

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

El Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco en el interior del país

Ana Vides Porras

Guatemala

2008

El Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco en el interior del país

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

**Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología**

El Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco en el interior del país

**Trabajo de Graduación
presentado por Ana Vides Porras
para optar al grado académico de
Licenciatura en Psicología**

**Guatemala
2008**


VoBo.:

(f) 
MA. María del Pilar Grazioso

Tribunal:

(f) 
MA. María del Pilar Grazioso

(f) 
MSc. Claudia García de la Cadena

(f) 
Dr. Mario Colli Alonso

Fecha de Aprobación: Guatemala, 03 de diciembre de 2,008

CONTENIDO

	Página
Lista de cuadros	viii
Lista de gráficos	ix
Resumen	x
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
A. Definición de Psicoterapia.....	3
B. Historia de la Psicología y la Psicoterapia en América Latina.....	7
C. Historia y situación de la Psicoterapia en Guatemala.....	11
D. Elementos de la Psicoterapia.....	15
1. La relación terapéutica.....	16
2. La alianza terapéutica.....	18
3. El/la cliente.....	20
4. El/la terapeuta.....	21
a. La persona del/la terapeuta.....	22
b. Características del/la terapeuta.....	23
1) Características demográficas.....	25
a) Sexo	25
b) Género	25
c) Edad	25
d) Grupo étnico	25
2) Características profesionales del/la terapeuta	26
3) Características personales del/la terapeuta	27
a) Estilo cognitivo y locus de control	27
b) Flexibilidad y apertura vs. dominancia y dogmatismo	27
c) Bienestar emocional	28
d) Valores y actitudes vitales	28
4) Orientación teórica	29
E. El Estilo Personal del Terapeuta.....	31

1. Funciones del Estilo Personal del Terapeuta	33
a. Función instruccional	33
1) Rigidez vs. flexibilidad	34
2) Asimetría marcada vs. asimetría moderada	34
b. Función evaluativa	34
1) Optimismo vs. criticismo	34
2) Centrada en los medios vs. centrada en los fines	35
c. Función atencional	35
1) Activa vs. receptiva	35
2) Concentrada o de nivel múltiple (abierta).....	35
d. Función operativa	36
1) Directivo vs. persuasivo	36
2) Lógico (literal) vs. retórico (figurado)	36
e. Función expresiva	37
1) Tonalidad emocional baja vs. tonalidad emocional alta	37
f. Función de compromiso vincular	38
1) Compromiso interpersonal	38
a) Proximidad vs. distancia	38
2) Compromiso intrapersonal	39
a) Focalizado vs. extendido	39
2. Implicaciones del Estilo Personal del Terapeuta.....	39
3. Investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta.....	40
a. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta	40
b. Investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta	41
c. Investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta en Guatemala	44
F. Descripción del contexto.....	46
1. Contexto general	47
2. Salud mental en Guatemala	49
III. METODOLOGÍA.....	52
A. Objetivos.....	52

1. General	52
2. Específicos	52
B. Participantes.....	52
C. Diseño de la investigación.....	53
D. Muestreo.....	53
E. Instrumentos.....	53
1. Función instruccional	54
2. Función atencional	54
3. Función operativa	54
4. Función expresiva	55
5. Función involucracional	55
F. Procedimiento.....	56
G. Análisis de los datos.....	57
IV. RESULTADOS	59
A. Información general	59
B. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta	64
1. Función expresiva.....	65
2. Función atencional	65
3. Función involucracional	66
4. Función instruccional	66
5. Función operacional	67
6. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas	67
V. DISCUSIÓN.....	73
VI. CONCLUSIONES.....	83
VII. RECOMENDACIONES.....	85
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	86
IX. APÉNDICES.....	92
A. Consentimiento informado	93
B. Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta	94
C. Terapeutas entrevistados por departamento	97

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Variables del terapeuta.....	59
2. Orientaciones teóricas de las y los terapeutas.....	62
3. Estadísticas descriptivas de las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta...	67
4. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
1. Porcentaje de terapeutas por Departamento.....	60
2. Árbol de categorías de las orientaciones teóricas.....	61
3. Edad de la población atendida.....	63
4. Función expresiva. Medición de distancia vrs. proximidad que permite el terapeuta.....	65
5. Función atencional. Medición del nivel de atención. Abierto vrs. focalizado...	65
6. Función involucracional. Medición del nivel de involucración del terapeuta.....	66
7. Función instruccional. Medición del nivel de flexibilidad vrs. rigidez del terapeuta.....	66
8. Función operacional. Medición del tratamiento pautado vrs. espontáneo.....	67
9. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas.....	69
10. Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.....	70
11. “Las emociones son un poderoso instrumento de cambio”.....	70
12. “Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso”.....	71
13. “Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos”.....	71
14. “Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio”.....	72
15. “En mis intervenciones soy predominantemente directivo”.....	72

RESUMEN

El Estilo Personal del Terapeuta (EPT) se conceptualiza como un constructo multidimensional que está presente en todo proceso terapéutico y está basado en los modos de comunicación del/la terapeuta. Esta investigación tuvo como objetivo hacer una descripción de la Psicoterapia en el Interior del País dentro del marco de las investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta de la Fundación Aiglé de Argentina. Se administró el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) a 101 terapeutas de ambos sexos que laboran en el interior del país. Los resultados indican que la población atendida en el interior del país es sumamente diversa al igual que los motivos de consulta. El nivel de formación de las y los terapeutas en el interior del país se sitúa a nivel de Licenciatura principalmente y la población que recibe mayor atención es la de adultos, adolescentes y niños. Las y los adultos mayores son un grupo descuidado. Al revisar el Estilo Personal de los y las terapeutas del Interior del País como un solo grupo se encuentra que las dimensiones más altas son la operacional y expresiva. Esto evidencia que las y los terapeutas guatemaltecos, mantienen un nivel alto de cercanía con sus clientes. A su vez, puede notarse que el encuadre en el cual se desempeñan tiende a ser flexible. Muestran una tendencia a tener mayor comodidad trabajando con tratamientos pautados, el nivel de involucración tiende a ser bajo y su atención suele ser más abierta que focalizada.

I. INTRODUCCIÓN

La psicoterapia es un proceso en el que intervienen muchos factores. Dichos factores moldearán el resultado de la misma. Entre los elementos de mayor importancia, Jerome y Julia Frank (1993:2) mencionan un agente de sanación (terapeuta), una persona que está sufriendo (cliente) y una relación de sanación (relación terapéutica). Cada uno de los componentes de la psicoterapia, así como su definición, se desarrollan detalladamente a lo largo de los capítulos de esta investigación. Se hace una revisión de la psicoterapia y su definición, la historia y el desarrollo de la psicoterapia en América Latina y Guatemala, los elementos de la psicoterapia (entre los que se encuentra el terapeuta) y se finaliza con el Estilo Personal del Terapeuta.

Existe poca investigación sobre la figura del terapeuta, sus posicionamientos y su persona en general, a pesar de que este/a es una herramienta de fundamental importancia en el proceso de la psicoterapia. Su efectividad y éxito en el manejo de relaciones terapéuticas depende de distintas características personales. Cada una de éstas tendrá un impacto directo en el curso del proceso de la terapia.

Todas las características que componen a la figura del/la Psicoterapeuta conforman su Estilo Personal. Fernández-Álvarez, García y Scherb (1998:352) definen este último como «el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto terapéutico, modelando los atributos fundamentales de dicho acto. Está constituido por las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional»

Partiendo de todas las características que componen la figura del/la terapeuta, de su importancia y de la limitada información que existe sobre el/la mismo/a en la literatura a nivel mundial y especialmente en Guatemala, se hace relevante llevar a cabo un estudio sobre las características del/la terapeuta en el país. Esto se logró enmarcando esta necesidad de información en las investigaciones realizadas por la Fundación Aiglé en Buenos Aires sobre el Estilo Personal del Terapeuta. Debido a que los estudios previos

sobre el Estilo Personal del Terapeuta han sido realizados en la Ciudad de Guatemala, se hace necesario investigar la psicoterapia que se está llevando a cabo en el interior del país.

El estudio que se presenta a continuación es parte de un proyecto llevado a cabo por la Fundación Aiglé de Argentina y el Departamento de Psicología de la Universidad Del Valle de Guatemala. El mismo es un proyecto de colaboración entre ambas instituciones y es coordinado en el país por la M.A. María del Pilar Grazioso. La investigación del Estilo Personal del Terapeuta en el Departamento de Guatemala fue realizada previamente por el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala. Con el fin de describir el Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el interior del país, se utilizó un instrumento de evaluación desarrollado por el Dr. Héctor Fernández-Álvarez y el Dr. Fernando García denominado Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Esto se hizo con la autorización de sus autores. Actualmente este proyecto es liderado a nivel global por el Dr. Sergi Corbella.

I. MARCO TEÓRICO

A. Definición de Psicoterapia

Existen muchas formas de definir la Psicoterapia. Esta pluralidad de definiciones se da en función de una multiplicidad de enfoques. Como explican Feixas y Miró (1993:14), muchas de las definiciones existentes están vinculadas a la conceptualización que hace un modelo determinado del proceso y los objetivos terapéuticos. De las diversas corrientes contemporáneas en psicología han emergido teorías y técnicas en Psicoterapia (Harrsch, 1998:88). En este sentido, el Colegio Oficial de Psicólogos de España, COP (1997), explica que esta variedad de tratamientos proceden, a su vez, de distintas tradiciones dadas en el curso de la cultura occidental y que confluyen en Psicología. Es por esto, que dependiendo de la teoría que subyace cada definición, unas se basan en la resolución de la dinámica inconsciente, otras en el cambio de conducta y otras en la reestructuración del pensamiento. Es a partir de los principales postulados de cada una de las teorías psicológicas que se define la Psicoterapia, surgiendo de estas una variedad de definiciones tan amplia, como las teorías mismas.

El COP (1997) propone que:

«La Psicoterapia constituye un cuerpo de conocimientos nutrido por una variedad de tradiciones y apoyado por otras disciplinas clínicas, mayoritariamente del ámbito de la Psicología» (COP, 1997).

Como puede notarse, la Psicoterapia no tiene un origen único y específico. Esta se nutre de varios ámbitos distintos y se ha ido desarrollando a lo largo de los años.

A pesar de la diversidad de orígenes y filosofías, cada una de las definiciones de la Psicoterapia converge en ciertos conceptos comunes (Bernardi, *et al.*, 2004:99). Es decir, que al compararlas, puede encontrarse un núcleo conceptual común. A este respecto, Bernardi *et al.* (2004:100) comentan que:

«La Psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de uno y una o varios/as especialistas»

Por su parte Jerome Frank y Julia Frank (1993:2), agregan que debe considerarse Psicoterapia, solamente a aquellos tipos de intervención que tienen las siguientes características:

1. Un agente de sanación, típicamente una persona entrenada en un método que es aceptado socialmente por la persona que busca la ayuda y, por lo menos, algunos miembros de su grupo social.
2. Una persona que está sufriendo que busca alivio a través del agente de sanación.
3. Una relación de sanación, la cual está circunscrita a una serie de interacciones más o menos estructuradas en la cual el/la sanador/a, trata de aliviar los síntomas de la persona. Este alivio se ve acompañado de cambios en el estado emocional, actitudes y comportamiento.

La mayoría de las definiciones de Psicoterapia concuerdan en identificarla como un tratamiento que es llevado a cabo por un o una profesional autorizado/a que utiliza diversos medios psicológicos para ayudar en la resolución de problemas humanos, en el contexto de una relación profesional (Feixas y Miró, 1993:16).

Wolberg, citado por Bernardi *et al.* (2004:100), señala que:

«Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el o la paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo»

Como se menciona en cada una de las definiciones presentadas anteriormente, el papel de la relación humana que se establece con base en la Psicoterapia, es una parte fundamental de la definición de la misma. La Psicoterapia es una relación profesional que asienta sobre una relación interpersonal, la cual puede tener distintas formas y contar con distinto número de personas. En este sentido, la práctica profesional de la psicoterapia

supone el encuentro entre dos o más personas con sus características idiosincrásicas y no consiste solamente en la mera aplicación de técnicas derivadas de conocimientos teóricos (Corbella y Botella, 2004:78). Dicha relación profesional exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas (Bernardi, *et al.*, 2004:100).

En cuanto a la modalidad en que se lleva a cabo, la Psicoterapia es el proceso a través del cual, la persona, grupo, pareja o familia, se hace capaz de enfrentar conscientemente los problemas, sin necesidad de recurrir a mecanismos como la negación o la represión (Harrsch, 1998:89). A partir de esto, se rescata el papel que juega el o la cliente o paciente, además del/la terapeuta, en el proceso de la psicoterapia.

Es importante mencionar que la Psicoterapia, además de tener distintas modalidades, es llevada a cabo por una amplia gama de profesionales que trabajan en distintos ámbitos. En este sentido, se debe resaltar el hecho de que si bien se admite que la Psicoterapia es una práctica multiprofesional, se exige que quien la practica tenga un entrenamiento específico en las técnicas que va a emplear, además de una formación básica a nivel clínico y psicopatológico. En general se acepta que la formación profesional básica puede ser la de Médico/a Psiquiatra o la de Psicólogo/a, aunque según las técnicas pueden incluirse otros/as profesionales (Bernardi, *et al.*, 2004:100) entre los cuales pueden mencionarse a los consejeros/as profesionales, profesionales de enfermería psiquiátrica, terapeutas de matrimonios y familias, trabajadores/as sociales clínicos (Consoli y Machado, 2004:387). En algunos países existe la psicoterapia como una profesión en sí misma (Bernardi, *et al.*, 2004:100), por lo que los criterios pueden variar, según sea el caso.

De la misma forma que existe una diversidad de profesionales que pueden llevar a cabo la práctica psicoterapéutica, los ámbitos en que esta puede ser llevada a cabo son también diversos. Consoli y Machado (2004:385) explican que esta diversidad y su complejidad han crecido exponencialmente en las últimas décadas. Debido a esta diversificación, estos autores afirman que se pueden encontrar a profesionales de la salud mental ofreciendo servicios en los contextos y circunstancias más variados, y respondiendo a preocupaciones

y demandas de lo más intrincadas y exigentes. Lo anterior se ha dado en función de un exceso de demanda de ayuda ante una reducida oferta de la misma. En Guatemala pueden encontrarse profesionales psicoterapeutas en iglesias de diferentes religiones, instituciones gubernamentales, toda la red de centros de salud, colegios y otros, atendiendo casos generales y particulares.

En cuanto a las características que toda Psicoterapia debe poseer, independientemente del modelo que se adopte, Fernández-Álvarez citado en Sánchez (2000) menciona:

1. Una estructura teórica, que incluya:
 - a. teoría de la actividad psíquica;
 - b. teoría del padecimiento psíquicamente inducido;
 - c. teoría del cambio humano.

2. Un modelo de funcionamiento que se concreta a través de:
 - a. un sistema de creencias;
 - b. una relación terapéutica;
 - c. un conjunto de instrumentos de aplicación.

3. Procedimientos técnicos basados en la aplicación de:
 - a. dispositivo terapéutico ("encuadre")
 - b. diseño de los objetivos terapéuticos;
 - c. extensión del tratamiento (en duración y frecuencia);
 - d. evaluación;
 - e. otros

La Psicoterapia, como menciona el COP de España (1997), constituye hoy día tanto un cuerpo de conocimientos que conforman todo un currículum de estudios universitarios, como una actividad profesional de reconocida implantación social, cuyos contenidos y naturaleza son enteramente homogéneos con la Psicología.

A los y las profesionales de la psicoterapia se les demanda que, con sus intervenciones, sean un punto de apoyo para personas que a cada momento van a estar enfrentándose con un sistema cambiante y pluralista, en donde el/la individuo/a debe buscar estabilidad. A su vez, esta situación demanda de la Psicoterapia un enfoque que ayude a la persona a

evolucionar con los tiempos, de manera dinámica y flexible, conservando su identidad (Ramos, 2005:6).

Tomando en cuenta todo lo anterior, es importante entender la Psicoterapia tanto histórica como conceptualmente y su vinculación al ámbito de la Psicología. La Psicoterapia se basa en el establecimiento de una relación que busca la mejora en la calidad de vida de la persona que acude a esta. Asimismo, debe entenderse en el marco de la filosofía específica que sigue cada uno de los modelos. La Psicoterapia se utiliza en una diversidad de contextos y personas siendo una práctica muy amplia y variada y que, aunque las definiciones existentes comparten ciertas características, resulta muy difícil proponer una definición única y absoluta para la misma.

B. Historia de la Psicología y la Psicoterapia en América Latina

El desarrollo de la Psicología en América Latina, al igual que en Europa y Estados Unidos, tiene un largo pasado, pero sólo una breve historia. Antes de la institucionalización de la Psicología en los medios universitarios, hubo personas que se interesaron por los conocimientos psicológicos y algunas buscaron aplicaciones prácticas en sus actividades profesionales. En especial dos grupos de profesionales tuvieron interés por este conocimiento: los/las médicos/as psiquiatras y los/las filósofos/as. Es por esto, que las primeras escuelas de Psicología en América Latina surgieron en las facultades de Medicina y Filosofía (Harsch, 1998:109).

Rubén Ardila señala que el acontecimiento que marca el inicio de la Psicología en América Latina fue la fundación del primer Laboratorio de Psicología Experimental por Piñero, en Buenos Aires, 1898 (Harsch, 1998:112).

La Psicología en América Latina tuvo un importante punto de desarrollo a mediados del siglo pasado. Los primeros programas de entrenamiento profesional se crearon en 1947 y 1948 y la Sociedad Interamericana de Psicología se fundó en 1951 (Ardila, 2003). A partir

de lo anterior notamos que el auge de la misma, en América Latina, viene dándose a partir de la segunda mitad del siglo XX.

De acuerdo con Alarcón, la Psicología en América Latina ha tenido, a lo largo del tiempo en que se ha desarrollado, las siguientes características (Ardila, 2003:317):

1. La orientación científica. Interés en hacer una Psicología empírica, liberada de la Filosofía. Los/las pioneros/as de la Psicología fundaron laboratorios experimentales, divulgaron el método científico y utilizaron estadísticas. La Psicología Latinoamericana actual, por tanto, es predominantemente empírica, objetiva y cuantitativa (Ardila, 2003:317).

2. El carácter dependiente. La Psicología latinoamericana ha utilizado doctrinas importadas como el Racionalismo de Descartes, el Empirismo de Locke, y el Sensualismo de Condillac. El autor menciona que el Vitalismo de Bergson fue recibido con entusiasmo y devoción en épocas más recientes. Por último, el Positivismo Lógico, y luego la Psicología Angloamericana, tuvieron gran acogida en decenios posteriores del siglo XX (Ardila, 2003:318).

3. Escasa originalidad. En su primera etapa, la Psicología en América Latina se limitó a adaptar pruebas y sólo produjo unas pocas concepciones originales en la región. Sin embargo, se han propuesto teorías originales como la de Díaz- Guerrero, quien en 1972 postuló la teoría Histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano, y Ardila, quien postuló la síntesis experimental del comportamiento en 1988 (Ardila, 2003:318).

4. Entre la relevancia social y la permeabilidad política. A los/las psicólogos/as latinoamericanos/as les interesó orientar la investigación psicológica hacia problemas ligados al desarrollo social. El objetivo fue hacer una Psicología socialmente relevante. Esto llevó al compromiso político, a la investigación-acción, al desarrollo de la Psicología Social Comunitaria y finalmente a la Psicología Política. Ignacio Martín-Baró (1942- 1989) es el más distinguido representante de esta (Ardila, 2003:318). Martín-Baró, fraile jesuita y

psicólogo, dedicó su vida a la causa de los Derechos Humanos, la igualdad y la justicia social en El Salvador. Reconociendo el impacto devastador de la política estadounidense para su país adoptivo, visitó y habló frente a muchas organizaciones de los Estados Unidos acerca de nuestra obligación de denunciar la cooperación del gobierno estadounidense con la oligarquía y el ejército salvadoreño. Tuvo así una profunda influencia en un amplio rango de académicos, especialmente psicología, y activistas en los Estados Unidos (*The Ignacio Martín-Baró Fund for Mental Health and Human Rights*, 2007).

5. La preferencia por la Psicología Aplicada. La Psicología latinoamericana enfatiza trabajos prácticos y solución de problemas de aplicación inmediata. En este sentido, busca más la relación causa-efecto de distintos fenómenos, que la generación de nuevo conocimiento a través de la experimentación. (Ardila, 2003:318).

6. El ser humano como problema central. La Psicología latinoamericana trabaja más con participantes humanos que con animales. Los/las Psicólogos/as latinoamericanos/as buscan entender a la persona, describirla, comprenderla y explicarla. Aunque existen importantes trabajos en Psicología Comparada y Psicobiología, el énfasis se centra en el trabajo con participantes humanos (Ardila, 2003:318).

Las características de la Psicoterapia latinoamericana, presentadas anteriormente, son una comparación entre ésta y la desarrollada en otros países. Es importante tomar en cuenta el hecho que la Psicología en América Latina, independientemente de los modelos adoptados, ha debido responder a un contexto distinto del europeo y el estadounidense. De hecho, la psique latinoamericana es distinta de estas. En este sentido, Marino Pérez y Pedro Livacic (2002) explican que la/el latinoamericano/a, en relación con la/el angloamericano/a, es menos individualista (por tanto más cohesivo socialmente), tiene alta evitación de la incertidumbre (por tanto poca exposición al riesgo), y se sitúa a mayor distancia respecto a la autoridad (por tanto es más proclive a la conformidad y la obediencia). En cuanto a masculinidad/feminidad, entendida como masculinismo (hombre fuerte) y marianismo (mujer sufrida), es más masculino, y entendida como expresión

afectiva, es más femenino (de todos modos dándose con más heterogeneidad que en las dimensiones anteriores).

Así como las sociedades latinoamericanas comparten muchas características comunes en cuanto a sus habitantes, se caracterizan por una pobreza endémica y la exclusión de la mayoría de la población. Esto es el resultado de la naturaleza dependiente y neo-colonial de las economías en estos países y de la inequidad reinante. (Burton y Kagan, 2005). Martín-Baró (1996:7) propone que los pueblos centroamericanos, además, se caracterizan por una injusticia estructural, los conflictos armados internos y la pérdida de la soberanía nacional. Añade que aunque el psicólogo/a no está llamado a resolver problemas de este tipo, debe contribuir desde su ciencia, a buscar una respuesta. Además de ayudar a las personas a superar y transformar las condiciones opresivas de su contexto. Esto último precisa que el/la psicólogo/a aplique el conocimiento de su entorno a su práctica profesional.

Por lo tanto, la Psicoterapia latinoamericana, que ha surgido a partir de esta mezcla de modelos, psique e historia, tiene un carácter único que responde a un grupo específico con características distintivas.

Dada la situación diferencial de los países latinoamericanos, los europeos y Estados Unidos, la Psicoterapia en nuestros países debe entenderse en el contexto en el cual fue desarrollada y las distintas poblaciones a las que ha debido atender a lo largo de los años.

En cuanto al ejercicio de la Psicoterapia como tal en América Latina, enmarcada esta en todo lo presentado anteriormente, Fernández-Álvarez en una entrevista con Begoña Olabarría (1993) comenta que:

«La Psicoterapia en nuestros países ha estado asociada históricamente con dos modelos dominantes, la Psicoanálisis y la Terapia del Comportamiento. El primero, ingresó en el continente por vía del desarrollo en Argentina de una fuerte corriente, la Asociación Psicoanalítica. En sus inicios hubo un predominio freudiano, luego kleiniano y, posteriormente, una notable influencia del pensamiento lacaniano. En otros países han existido desarrollos significativos de

la terapia psicoanalítica como en México, Chile, Uruguay, Venezuela, en fin, hoy es una práctica extendida en todo el continente».

«En cuanto a la terapia de modificación de conductas, tuvo un desarrollo muy fuerte en México, algunos países de América Central, Colombia, Venezuela y fue menor en Brasil, Uruguay y Argentina por el peso del Psicoanálisis. El enfoque conductista en la década del 70 alcanzó su auge y dio lugar a la creación de una Asociación Latinoamericana. No obstante, en los últimos años parece haber alcanzado un techo en su evolución mientras se observa la aparición de nuevas corrientes, en particular la teoría Sistémica, que muestra desarrollos muy importantes en Argentina, Brasil, México, Chile, Colombia, Uruguay, Puerto Rico, Venezuela, que dieron lugar en poco tiempo, a la creación de asociaciones importantes. Otro movimiento significativo ha sido el crecimiento de la Psicoterapia cognitiva».

A pesar de la evolución de diferentes corrientes en el desarrollo de la Psicoterapia en Latinoamérica, Fernández-Álvarez comenta que es evidente en los últimos años el creciente interés por la integración de las psicoterapias (Olabarría, B., 1993).

C.Historia y situación de la Psicoterapia en Guatemala

Aguilar y Recinos (1996:200), en un trabajo publicado acerca de la Psicología en Guatemala, puntualizan que la enseñanza de la Psicología en Guatemala se inició en la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos (USAC) en el año de 1946. Sin embargo, existe cierta controversia alrededor del inicio de la Carrera de Psicología como tal, debido a que durante el terremoto de 1976 se extraviaron numerosos documentos. Se cree que fue entre 1948 y 1950.

Los mismos autores refieren que la Universidad Rafael Landívar (URL) empezó sus actividades en 1961 e incluyó, desde sus inicios, la carrera de Psicología, como parte de la Facultad de Humanidades, con cinco años de estudios. En el año 1977 implementó las carreras técnicas de Psicometría, Educación Especial para Retardados Mentales; y Problemas de Lenguaje. En la actualidad, el Departamento de Psicología de la URL, además del programa de Licenciatura en Psicología Clínica, cuenta con las Licenciaturas en Administración de Recursos Humanos y Psicología Educativa, iniciadas en 1990.

En la Universidad del Valle de Guatemala se impartieron clases de Psicología General e Infantil por primera vez en un programa sabatino de la Facultad de Educación, para estudiantes de Profesorado de Enseñanza Media. En 1976 se abrió el Departamento de Psicología, dependiente de la Facultad de Ciencias y Humanidades. La orientación del Departamento de Psicología siempre fue ecléctica. La Universidad Del Valle de Guatemala ha contribuido de manera significativa al desarrollo de la Psicología en Guatemala, sobre todo en el área educativa a través de su Departamento de Psicología y de las investigaciones y los servicios que presta el Centro de Investigaciones Educativas (Aguilar y Recinos, 1996:204).

El Departamento de Psicología de la Universidad Mariano Gálvez se inició en 1986. El programa de Licenciatura en Psicología Clínica tiene una duración de cinco años (Aguilar y Recinos, 1996:208).

Actualmente los departamentos del país en donde se imparte la Licenciatura en Psicología son: Quetzaltenango, Huehuentenango, Sacatepéquez, Retalhuleu, Escuintla, Alta Verapaz, Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa, Izabal, Zacapa, Sololá y Chimaltenango. En la mayoría de éstos, existen sedes de la Universidad Rafael Landívar y la Universidad Mariano Gálvez. Solamente existe una sede departamental de la Universidad de San Carlos, en Quetzaltenango, en la que se imparte la Licenciatura en Psicología.

En cuanto a la Psicología en las universidades del interior del país, en Quetzaltenango el programa de Profesorado de Psicología se inició en la USAC en 1970 y el de licenciatura en 1979. En 1983 se graduó el primer Psicólogo de dicho programa. Por su parte, la URL de Quetzaltenango inició en 1967 la Carrera de Psicología (Aguilar y Recinos, 1996:209).

En 1995 se fundó en la Ciudad de Guatemala la Asociación Guatemalteca de Psicología (AGP). Ésta es de carácter privado, civil, cultural, de servicio, científico, social, no lucrativa, apolítica y no religiosa. Desarrolla sus actividades en todo el territorio nacional y puede formar parte de asociaciones internacionales que se dediquen a actividades similares (Grazioso, *et al.*, 2002:171). Las y los psicólogos en Guatemala cuentan con un Colegio de

Psicólogos, recientemente instituido, como una entidad separada del Colegio de Humanidades. Esta entidad emite también una revista de Psicología y cuenta a la fecha con 1048 colegiados, de los cuales 41 ejercen en el interior del país.

Actualmente las y los psicólogos tienen un mayor nivel de organización que hace algunos años. Prueba de esto es la realización en Guatemala, en 2004, del I Congreso Regional de Psicología de la Sociedad Interamericana de Psicología y la próxima realización del XXXII Congreso Interamericano de Psicología en las instalaciones de la Universidad del Valle de Guatemala.

En cuanto a las actividades que realizan las y los psicólogos en el país, Aguilar y Recinos (1996) comentan que se encuentran trabajando en diversas entidades, públicas y privadas. Entre estas el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Hospital Neuropsiquiátrico, el Instituto de Salud Mental, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), instituciones educativas, bancos del sistema, entre otros. Grazioso, *et al.* (2002:173) explican que la Psicología clínica y la Psicoterapia se practican en Guatemala a nivel privado, y que existen numerosos centros que se dedican a brindar este servicio. A pesar de esto, son pocos los centros que ofrecen un tratamiento integral.

En el interior del País, las y los terapeutas trabajan en instituciones públicas, privadas y educativas, al igual que en el Departamento de Guatemala. En cuanto a las instituciones públicas, cabe mencionar que se pueden encontrar terapeutas trabajando en las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ubicadas en los departamentos del país, así como en las Oficinas de Atención a la Víctima del Ministerio Público. En algunos hospitales del Interior del País también se puede encontrar terapeutas trabajando. Existe una red de terapeutas que labora en los Centros Fundabiem y otros/as que trabajan a nivel privado. También se puede encontrar a terapeutas laborando como docentes en las distintas sedes universitarias que imparten la Licenciatura en Psicología en el Interior del País y como terapeutas en escuelas y colegios del área. Cabe resaltar que en ocasiones los y las terapeutas combinan sus actividades. Es decir, que trabajan en más de un lugar o se

movilizan de un departamento a otro a lo largo de la semana para cubrir la demanda de servicios psicológicos.

Las universidades y algunos hospitales estatales brindan servicios psicológicos a bajo costo o gratuitos (Grazioso, *et al.* 2002:173). Existen otras organizaciones que ofrecen estos servicios, entre éstas, la Fundación Pediátrica Guatemalteca y Fundabiem. También existen otras organizaciones que abordan, desde el área psicológica, diversas temáticas como la violencia intrafamiliar y sexual.

En cuanto a la psicología educativa y la psicología aplicada a los problemas de aprendizaje, Grazioso *et al.*, (2002:173) mencionan que está altamente desarrollada. Las universidades del país ofrecen especializaciones en esta rama y una gran parte de los establecimientos educativos cuentan con un Departamento de Psicología. Otras actividades llevadas a cabo por psicólogos/as en esta área son la implementación de “Escuelas para Padres”, “Aulas integradas”, programas de “Desarrollo de la Inteligencia”, entre otros.

Cabe resaltar el hecho de que a pesar de que Guatemala es un país caracterizado por la diversidad, que ha sufrido catástrofes de gran magnitud, así como convulsiones políticas y sociales, ninguna universidad del país ofrece el programa de Licenciatura en Psicología Social (Grazioso, *et al.*, 2002:175).

La Psicología en Guatemala se ha ampliado también al campo empresarial e institucional. La formación en estas áreas, sin embargo, está más orientada a la Administración de Recursos Humanos o al manejo de personal, que al estudio del comportamiento organizacional y a la Psicología Industrial propiamente dicha (Grazioso, *et al.*, 2002:174).

Aunque en Guatemala persisten muchas necesidades y retos, la Psicología en el país ha tenido un desarrollo significativo. Uno de los grandes logros de la profesión es que la misma sea considerada válida y respetable. Prueba de esto es que está seleccionada en

séptimo lugar por las y los estudiantes que continúan sus estudios universitarios (Grazioso, *et al.*, 2002:176).

D. Elementos de la Psicoterapia

Existen diversas variables que tienen un efecto directo e indirecto en el proceso terapéutico. Orlinsky y Howard desarrollaron en 1986 el concepto de Modelo Genérico de la Psicoterapia, que busca encontrar elementos comunes que permitan construir un modelo válido para las distintas psicoterapias. Señalan así, seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso psicoterapéutico, cualquiera que sea su orientación (Orlinsky, *et al.*, 2004:318). Estas categorías son:

- El contrato terapéutico.
- Las operaciones terapéuticas (aspectos técnicos).
- El vínculo terapéutico (aspecto interpersonal).
- Relación consigo mismo (aspecto intra-personal).
- Impactos en las sesiones y realizaciones terapéuticas (aspecto clínico).
- Modelos secuenciales (aspecto temporal del proceso).

Bernardi *et al.* (2004:117), por su parte, mencionan entre las variables de mayor relevancia en la Psicoterapia, a las variables dependientes del/la cliente, las variables adscriptas al/la terapeuta, la interacción entre las variables del cliente y del terapeuta, entre otras. Feixas y Miró (1993) mencionan, como los principales elementos de la Psicoterapia al/la cliente, el/la psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

Es importante mencionar que la Psicoterapia efectiva es más que un conjunto de procedimientos técnicos, pero también es más que una cálida relación de apoyo. Tanto los factores comunes de la relación, como las intervenciones específicas, tienen un impacto en el resultado. El resultado se entiende mejor como el efecto sinérgico de los recursos y

problemas del/la paciente, combinados con las habilidades y limitaciones del/la terapeuta (Bernardi *et al.*, 2004:117).

A continuación se abordarán de forma detallada los componentes de la Psicoterapia que son más relevantes para la presente investigación. Estos son: el/la cliente, el/la terapeuta y la relación que entre estos se establece.

1. La relación terapéutica. La Psicoterapia no puede ser concebida al margen de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2003:205). Dado que la terapia es conducida por personas, la relación terapéutica es el vehículo para llegar a las metas trazadas (Chazenbalk, *et al.*, 2007:109). A este respecto, Safran y Muran (2005:12) proponen que la relación terapéutica es la variable más importante en el proceso terapéutico, con una influencia directa en el resultado de la Psicoterapia.

Gelso (1985:159) define la relación terapéutica como «los sentimientos y actitudes que los participantes en la consejería tienen hacia el otro, y la forma en que éstos se expresan». En esta definición, las técnicas y procedimientos utilizados por el/la terapeuta tienen su origen en función de la teoría desde la que se esté operando y pueden reflejar distintos aspectos de la relación, pero no la definen.

Beutler, Machado y Neufeldt concluyeron que la calidad de la Relación Terapéutica no es una cualidad del/la terapeuta, sino un conjunto de procesos que dependen de ambos: Terapeuta y Cliente (Consoli y Machado, 2004:421).

La diferencia esencial entre la relación terapéutica y una relación que también puede resultar de ayuda (como las relaciones familiares, con amigos, entre otras) es que la primera se trata de una relación profesional: el/la terapeuta se interesa genuinamente por el/la cliente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. De su carácter profesional se desprenden otras características, tales como su asimetría, su carácter

retributivo y su encuadre (Feixas y Miró, 1993:27). La relación terapéutica, como lo mencionan Beutler *et al.* (2004), implica restricciones en la relación personal entre terapeuta y cliente, de naturaleza ética, y el/la cliente puede recurrir a comités profesionales o instancias judiciales si estas normas no se respetan.

Se sugiere que el desarrollo de una adecuada relación terapéutica es un factor de cambio esencial en todas las formas de Psicoterapia y que la calidad de este vínculo determina el tono emocional de esta vivencia. Esta última influye en la colaboración del cliente en el proceso terapéutico. Asimismo, Beutler *et al.* (2004:288) explican que la relación terapéutica debe servir para que el/la cliente pueda encontrar sus propias soluciones a los problemas de su vida, sin ser influido por las opiniones o preferencias personales no técnicas del terapeuta.

Bowlby explica que la relación terapéutica no está determinada exclusivamente por la historia del cliente, sino que pone énfasis en la historia del terapeuta, quien deberá ser consciente de su propia contribución a la relación para poder actuar construyendo un vínculo de apego seguro (Chazenbalk, 2007:11). Aunque la relación terapéutica no se circunscribe específicamente a la figura del/la terapeuta, es importante mencionar que la influencia personal y técnica de este último/a se mediatiza a través de la relación establecida con el/la cliente, estimulando, a su vez, el compromiso del/la cliente con el tratamiento y activando sus recursos para operar el cambio, como lo mencionan Teyber y McClure (2000:68). Es importante mencionar que la orientación teórica del/la terapeuta tiene una influencia directa en el establecimiento de la relación terapéutica. En este sentido, los comportamientos del/la terapeuta tienen mucho que ver con las actitudes y sentimientos que emergen en el/la cliente (Gelso, 1985:159). Las técnicas y cómo estas son utilizadas, el momento y el contenido específico de cada técnica, son reflejos de la relación terapéutica y contribuyen con esta. Éstas, a su vez, surgen de los presupuestos teóricos bajo los cuales el/la terapeuta trabaja. El/la Psicoterapeuta aborda su trabajo desde el modelo teórico de referencia en el que se ha formado, moldeándolo por la experiencia (Safran y Muran, 2005: 16).

Con respecto a la importancia de la relación terapéutica, Orlinsky y Howard (1986) indican que (Feixas y Miró, 1993: 30):

«Los estudios hechos hasta ahora sugieren que la cualidad positiva del vínculo relacional, ejemplificado en las conductas interpersonales recíprocas de los participantes, está más claramente relacionado con la mejora del paciente que cualquiera de las técnicas de tratamiento particulares usadas por los y las terapeutas».

2. La alianza terapéutica. Horvath (1991) describe la alianza terapéutica como «la calidad y fuerza de la relación de colaboración entre cliente y terapeuta en la terapia. Este concepto incluye: lazos afectivos positivos entre cliente y terapeuta, tales como la confianza mutua, el aprecio, respeto y cuidado. La alianza también incluye los aspectos cognitivos de la relación terapéutica, como lo son el consenso y compromiso activo en los objetivos de la terapia» (Consoli y Machado, 2004: 421).

Se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre cliente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando con respecto del trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del/la otro/a, resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica. La alianza modula, además, la relación (Corbella y Botella, 2003: 208).

La alianza terapéutica ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas y en distintos formatos de terapia (Corbella y Botella, 2003: 210). En este sentido, puede evidenciarse que la alianza terapéutica es un factor que trasciende las distintas construcciones teóricas que se han realizado sobre el comportamiento humano, y ha demostrado ser un factor clave para el éxito de la Psicoterapia, independientemente de los constructos teóricos bajo los que se opere y si se trabaja con una o más personas. A pesar de que esta sea concebida de distintas formas por las distintas escuelas de psicoterapia, la alianza terapéutica, es un elemento esencial para lograr el cambio.

Según Consoli y Machado (2004:421), la mayoría de las definiciones de la alianza terapéutica destacan tres temas, parcialmente superpuestos: a) la naturaleza colaborativa de la relación, b) el lazo afectivo entre cliente y terapeuta y c) la capacidad de cliente y

terapeuta de ponerse de acuerdo sobre los objetivos y las tareas del tratamiento. También comentan que la alianza terapéutica implica una sensación de asociación entre cliente y terapeuta en la terapia, en la cual cada participante se siente comprometido/a con sus responsabilidades específicas y adecuadas con respecto de la terapia y cree que el otro también siente un compromiso entusiasta con el proceso. En este sentido, explican que el éxito de cualquier método o escuela psicoterapéutica depende de la convicción del/la cliente de que el/la terapeuta se interesa en él/ella.

La influencia de la alianza terapéutica en el resultado de la terapia se ha estudiado en tratamientos que van, desde las cuatro a las cincuenta sesiones y parece ser que la duración de la terapia no afecta a la relación entre alianza y resultado final (Corbella y Botella, 2003:211). Sin embargo, la alianza terapéutica disminuye el abandono prematuro de la terapia.

La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y cliente. El encaje o la compatibilidad entre ambos/as facilita o dificulta directamente la alianza terapéutica. En este sentido, las variables del/la terapeuta y el/la cliente adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2003: 216).

Es importante concebir la alianza terapéutica como una base que permitirá la exploración y la aceptación de riesgos por parte del/la cliente, el/la terapeuta y la díada terapéutica. Es probable que esta evolucione desde acciones que reflejan aceptación y afirmación, pasando por procesos facilitadores de la remoralización, hasta llegar a aquellos procesos que se proponen expandir o ampliar el repertorio de emociones experimentadas por los/las clientes y los significados a través de los cuales connotan sus experiencias (Consoli y Machado, 2004: 426).

La importancia demostrada de la alianza terapéutica como principal factor predictor del éxito de la psicoterapia indica la necesidad de ampliar el conocimiento existente en cuanto

a las variables, del/la cliente y el terapeuta/la, que influyen en el establecimiento de la misma.

3. El/la cliente. El/la cliente o paciente en psicoterapia es quien acude a los servicios terapéuticos. Las características personales y actitudes que las personas traen a la Psicoterapia, tienen un efecto directo en su respuesta a la misma. Este último, puede ser mayor que el efecto de la técnica que el/la terapeuta utilice.

A pesar de la diversidad existente entre las personas que asisten a psicoterapia, todas tienen algo en común. Esto es, que están experimentando alguna dificultad, malestar o trastorno, que es lo suficientemente importante en sus vidas como para provocar un deseo de cambio (Feixas y Miró, 1993:17).

Como lo menciona Okun (2001:75), independientemente de la orientación teórica del/la terapeuta, se requiere que la persona que recibe la ayuda esté motivada y coopere con el proceso de ayuda. Algunos enfoques sitúan en el/la terapeuta la responsabilidad de desarrollar esta motivación, pero todos dan por supuesto que la relación de ayuda mejora la disposición del/la cliente a abrirse y aceptar su vulnerabilidad para poder mejorar en los dominios afectivo, cognitivo y conductual. En este sentido, Frank y Frank (1993:10) explican que para ser candidato/a a tener un proceso psicoterapéutico, las personas deben estar sufriendo y tener la capacidad para experimentar y relacionar sus estados emocionales con sus problemas psicológicos.

Es importante tomar en cuenta, dentro de la variable “Cliente” a los muchos casos que existen en los que la persona que solicita la psicoterapia no es la que sufre el síntoma, y a quienes acuden a psicoterapia por indicación o mandato de otros. Estos casos abarcan un amplio espectro, desde niños y niñas hasta la psicoterapia en contextos judiciales (Feixas y Miró, 1993: 19). Cómo llegó la persona a psicoterapia determina en gran medida el curso de la misma y es una variable a considerar a lo largo del proceso terapéutico.

Además de la situación en que la persona llega a la psicoterapia, es importante tomar en cuenta que los/las clientes aportan diferentes características socioculturales al proceso de terapia. Los y las terapeutas deben conocer las diferencias en la expresividad emocional, el lenguaje verbal y no verbal, las actitudes hacia la familia, amigos y trabajo, las actitudes hacia el espacio, el tiempo y el ritmo de vida, las actitudes hacia la búsqueda de ayuda, el control, la responsabilidad, la toma de decisiones, los roles sexuales, la paternidad/maternidad y la identidad de sus clientes, por nombrar algunas características (Okun, 2001:75).

La figura del/la cliente no se refiere específicamente a un/a individuo/a concreto/a sino que puede incluir también a una pareja, una familia, un grupo o una institución (Feixas y Miró, 1993:19). En este sentido, puede notarse que el contexto de la psicoterapia no se limita al contexto individual, en consecuencia, puede atender a personas en una diversidad de situaciones. Cada una de estas situaciones, sin embargo, necesitan un abordaje que se adapte a sus necesidades.

4. El/la terapeuta. La investigación del proceso psicoterapéutico ha puesto en claro que el/la psicoterapeuta es una variable de gran importancia para el éxito de la psicoterapia. La persona del/la psicoterapeuta y su vida personal se han convertido en temas de creciente interés en la literatura profesional (Mahoney y Fernández-Álvarez, 1998:10). Como comenta Lambert, la influencia del/la terapeuta permanece significativa aún en estudios donde los/las profesionales han sido seleccionados/as, entrenados/as, supervisados/as y monitoreados/as para minimizar las diferencias de sus procedimientos (Chazenbalk, *et al.*, 2005:117). La investigación sobre el/la psicoterapeuta ha proporcionado resultados de interés, pero todavía parece escasa la atención prestada a la figura del/la terapeuta, teniendo en cuenta la importancia de la persona del/de la profesional para entender bien qué sucede entre el/la terapeuta y el/la cliente, durante el proceso psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2004: 88).

Como menciona Palmer citado por Consoli y Machado (2004:426), «la técnica es lo que se usa hasta que llega el/la terapeuta. Los métodos buenos pueden ayudar al/la terapeuta a

encontrar un camino hacia el dilema del/la paciente, pero la buena terapia no empieza hasta que el/la terapeuta de carne y hueso se una con la vida real del/la paciente».

La práctica psicoterapéutica puede considerarse, por una parte, agotadora y exigente, plagada de incertidumbres e inconsistencias y muy capaz de afectar la salud mental del/la terapeuta. Al mismo tiempo, Norcross (2000) explica que la tarea del psicoterapeuta puede generar «alivio, gozo, sentido, crecimiento, vitalidad, excitación y compromiso genuino» (Consoli y Machado, 2004:427). Los psicoterapeutas reconocen que su trabajo los puede vaciar emocionalmente, producir ansiedad y depresión, pero también afirman que aumenta su capacidad de gozar la vida y los convierte en mejores personas, más sabias y alerta.

Un profesional competente, según Aponte y Winter, debe tener una comprensión operativa de su propia estructura emocional y sus relaciones familiares, presentes y pasadas, así como de sus propios valores, cultura y espiritualidad. Además, el/la terapeuta debe ser consciente de los temas que trae a la relación, procedentes de su propia historia y experiencia vital (Consoli y Machado, 2004:428). Es importante recordar que a pesar de que los y las terapeutas están entrenados y capacitados para concebir el mundo en función de la persona que viene a la consulta, no dejan de ser personas que sienten, que difieren en opiniones y que tienen un trasfondo cultural y social propio y único. En este sentido, se propone que alguien con una mayor comprensión y dominio de sí, puede ofrecer un mejor servicio, pues esas características se traducen en una mayor capacidad de adentrarse en el significado de la lucha del paciente (Consoli y Machado, 2004).

a. La persona del/la terapeuta. Existe poca información objetiva sobre los/las psicoterapeutas y sus vidas personales. Con el fin de conocer un poco más acerca de este aspecto, Mahoney y Fernández-Álvarez (1998) distribuyeron un pequeño cuestionario autoadministrado del cual obtuvieron los siguientes resultados:

Los/las terapeutas se describieron a sí mismos/as como felices y saludables. El menor nivel de satisfacción en esta manera estuvo asociado con el gusto por el propio cuerpo. También consideraron sus infancias como felices. Entre las tensiones que padece el/la

terapeuta, mencionaron la resistencia al tratamiento, las respuestas violentas por parte de los/las pacientes, los intentos de suicidio, paranoia o delirio de los/las pacientes, terminación prematura y expresión de furia hacia el/la terapeuta. Estas últimas tensiones estuvieron asociadas a mayor tiempo de servicio como terapeutas (Mahoney y Fernández-Álvarez, 1998:15).

La mayoría de las y los terapeutas encuestados creía que sus problemas personales los/las habían convertido en mejores terapeutas, y esta creencia estuvo acentuada en los/las terapeutas de mayor experiencia (Mahoney y Fernández-Álvarez, 1998:16).

Los efectos más comúnmente informados fueron aumento de la autoconciencia, mayor respeto por la diversidad humana, profundización del aprecio por las relaciones humanas, mayor tolerancia a la ambigüedad y aceleración del desarrollo psicológico (Mahoney y Fernández-Álvarez, 1998:20).

Dado que el/la terapeuta, en general, asume un compromiso con la labor psicoterapéutica, y su instrumento terapéutico es su propia persona, es fundamental que cuente con un espacio de trabajo en equipo, donde se sienta contenido/a y acompañado/a, trabajando su persona como terapeuta y la de sus pares. Asimismo, tiene un considerable valor el hecho de contar con espacios de recreación, de descanso e implementación del humor, que producen distensión y mayor efectividad en su labor terapéutica. Finalmente, es relevante que el/la terapeuta cuente con formación creativa, incluyendo la observación de sí mismo/a y de sus propias experiencias internas (Chazenbalk, *et al.*, 2005: 114).

b. Características del/la terapeuta. Con relación a los requisitos formales, conviene tener presente que, aunque el rol social del/la psicoterapeuta es muy antiguo, la profesión de psicoterapeuta es muy reciente. El papel del/la psicoterapeuta se ha ejercido tradicionalmente en el marco de la Medicina, la Pedagogía, la Asistencia Social y la Religión. En la práctica, cada una de estas profesiones necesita recurrir actualmente a los conocimientos y técnicas psicoterapéuticas. La psicoterapia tiende, en la actualidad, a

consolidarse como una profesión autónoma. Lo anterior va de la mano con la formación del/la psicoterapeuta.

En la actualidad, la formación de los/las psicoterapeutas tiende a consolidarse en el marco de la Psicología Científica. Los/las psicoterapeutas necesitan tener conocimientos específicos sobre los procesos de aprendizaje, la dinámica de la personalidad, los procedimientos y técnicas de evaluación psicológica, la psicopatología, los principios de interacción social, los procesos cognitivos y emocionales, el desarrollo durante el ciclo vital, entre otros (Feixas y Miró, 1993: 20). Además de esto, se espera que tengan un buen manejo en la entrevista y un juicio ético sólido basado en el código de ética profesional y las leyes que regulan la actividad (Consoli y Machado, 2004: 391).

La formación en psicoterapia requiere entrenamiento teórico práctico, siendo que la teoría constituye el marco de referencia para la comprensión de los modos singulares de procesar la información de cada paciente, y guía las operaciones para el cambio a través de diferentes técnicas. Sin embargo, se considera también, que el exagerado control y dogmatismo del/la terapeuta perturban su flexibilidad y son predictores de resultados pobres (Chazenbalk *et al.*, 2005: 113).

En cuanto a las características personales del/la terapeuta, han sido investigados la personalidad, el estilo de afrontamiento, el bienestar emocional, las creencias y los valores. Guy citado por Feixas y Miró (1993:21) y por Consoli y Machado (2004:389) destacó las siguientes características como motivadores funcionales que llevan a convertirse en un/a buen/a psicoterapeuta: es curioso/a e interesado/a en adentrarse en la conducta humana, capaz de escuchar, se siente cómodo/a en la conversación, es empático/a y comprensivo/a, tiene una mentalidad orientada hacia lo psicológico, es emocionalmente perceptivo/a y capaz de sentirse cómodo/a ante una amplia gama de emociones, inclinado/a a la introspección, es capaz de renunciar a la gratificación personal y puede practicar la autoabnegación, tolerante ante la ambigüedad, capaz de expresar calidez y preocupación, tolerante con la intimidad, el contacto y la cercanía, maneja el poder con comodidad y puede reír.

Los estudios actuales sobre el/la terapeuta están focalizados en tres áreas: a) las características demográficas, b) las características profesionales, y c) las características personales y relacionales del/la terapeuta (Corbella y Botella, 2004:79).

1) Características demográficas. También llamadas “Rasgos observables por Beutler *et al.* (2004:230), incluyen sexo, edad, raza, entre otras.

a) Sexo. En oposición al término “género”, el sexo se ha convertido en una variable definida biológicamente y está sujeta a definiciones externas, independientemente del autoreporte. Beutler *et al.* (2004:230) realizaron una revisión a varios estudios y no encontraron una relación entre el sexo del/la terapeuta y los resultados de la psicoterapia.

b) Género. El género es un concepto complejo que está sujeto a la percepción del/la sujeto y las experiencias subjetivas del/la terapeuta (Beutler *et al.*, 2004: 230). Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de la eficacia de los y las terapeutas en función del género (Corbella y Botella, 2004:80)

c) Edad. Existen pocas investigaciones contemporáneas que sugieran que la edad del/la terapeuta o la similitud en las edades del/la terapeuta y el/la cliente contribuya de forma significativa a los resultados del tratamiento (Beutler *et al.*, 2004: 231).

d) Grupo étnico. El origen racial no es un factor relevante en la competencia del/la terapeuta, pero aquellos pacientes que pertenecen a una minoría étnica prefieren ser atendidos por terapeutas de su mismo grupo étnico (Corbella y Botella, 2004:81). Cualesquiera que sean las ventajas atribuidas a la similitud étnica, estas no son consistentes en todos los grupos étnicos y por lo tanto, no existe una base sólida para hacer conclusiones definitivas (Beutler *et al.*, 2004:234). Es importante

tomar en cuenta el grado de aculturación del/la terapeuta, ya que es posible que se sienta más identificado con la cultura dominante que con la propia.

2) Características profesionales del terapeuta. También llamados “Estados Observables” por Beutler *et al.* (2004:234), estos incluyen el tipo de entrenamiento profesional, la cantidad de entrenamiento, la habilidad para facilitar procesos terapéuticos y el nivel de experiencia.

Lambert (1982) y Bergin (1971), a través de sus investigaciones, encontraron que los resultados de las intervenciones estaban relacionados con la experiencia del/la terapeuta. La experiencia general del/la terapeuta en el proceso de la psicoterapia está asociada a la disminución de los niveles de ansiedad del/la paciente (Corbella y Botella, 2004:81). Los estudios muestran que la importancia de la experiencia radica más en el contacto clínico que en el desarrollo de habilidades específicas (Beutler, *et al.*, 2004: 240). La experiencia, por lo tanto, parece ser un determinante crucial de la competencia terapéutica.

Greenspan y Kulish (1985), citados por Corbella y Botella (2004:82), comprobaron que aquellos/as profesionales con el título de Doctor (Ph.D.), y con experiencia como psicoterapeuta, tenían una menor tasa de abandonos por parte de los/las pacientes que los/las demás terapeutas. Otros estudios dan apoyo a la diferencia en la eficacia de los/las terapeutas según posean o no el grado de Doctor/a, pero no encuentran significativo el nivel de experiencia clínica para explicar la varianza en la eficacia de los/las terapeutas. Existen resultados contradictorios en cuanto al papel de la formación y la experiencia en el resultado de la psicoterapia. En este sentido, es evidente la necesidad de operacionalizar de mejor forma estas variables y realizar más investigación en este sentido.

Resulta importante agregar en las características profesionales del/la terapeuta, las competencias multiculturales que posea. Éstas se hacen especialmente relevantes en un país como Guatemala. Como mencionan Consoli y Machado (2004:395) las

competencias multiculturales van más allá de la raza, como único punto de discriminación, y la necesidad de alcanzar una representación más variada en la producción del conocimiento y la práctica. La noción actual de las competencias multiculturales incluye edad, etnia, género, orientación sexual, religión, discapacidad física, idioma, entre otras. En este sentido, se ha hecho relevante que las y los terapeutas desarrollen conciencia de sus propios supuestos sobre la conducta humana, valores, creencias, inclinaciones, prejuicios, limitaciones personales, herencia cultural, clase y la forma en que estas dimensiones pueden afectar a su trabajo profesional.

3) Características personales del/la terapeuta. El/la terapeuta, como persona que es, posee unas características particulares que conforman su identidad y que influyen en la percepción que tiene del quehacer psicoterapéutico. Las características personales del/la terapeuta hacen contribuciones fundamentales para el éxito de la psicoterapia. Las tendencias actuales en el estudio de la personalidad del/la terapeuta están dirigidas al estudio de unas pocas variables. Estas se muestran a continuación:

a) Estilo cognitivo y locus de control. Holloway y Wampold, citados por Corbella y Botella (2004:83) encontraron que los/las terapeutas con un estilo de procesamiento cognitivo abstracto y complejo eran más eficaces al enseñar y realizar tareas terapéuticas, que aquellos con estilos cognitivos más concretos. Otros estudios han demostrado que la similitud entre el estilo cognitivo del terapeuta y el del paciente facilita el mantenimiento de este último en terapia e incrementa la mejoría en las primeras sesiones.

b) Flexibilidad y apertura vrs. dominancia y dogmatismo. La dominancia y el dogmatismo son dos rasgos que reducen la flexibilidad del/la terapeuta y empobrecen los resultados del tratamiento. Por otro lado, otros investigadores han encontrado que un “carácter” dominante no tiene que limitar necesariamente los efectos terapéuticos. Hall y Malony, citados por Corbella y Botella (2004:83), sugirieron que los/las terapeutas poco dominantes eran más efectivos/as cuando los/las clientes eran de un grupo étnico

diferente al del/la terapeuta, pero no cuando este/a era del mismo grupo. Ante resultados tan diversos, resalta la evidente necesidad de continuar investigando estas variables.

c) Bienestar emocional. En el caso de los/las terapeutas, la importancia del estado emocional es más relevante que en otras profesiones. La relación terapéutica, como lo mencionan Corbella y Botella (2004:84), está cargada de intercambios de información con un gran contenido emocional que hace que la figura del/la terapeuta sea una persona que debe saber trabajar con las cogniciones, las emociones y el malestar del paciente y el suyo propio.

Los resultados de las investigaciones, no del todo contundentes, indican que el bienestar emocional del/la terapeuta es un aspecto importante, pero no es una condición indispensable para que la psicoterapia obtenga buenos resultados (Corbella y Botella, 2004:84).

d) Valores y actitudes vitales. Es importante diferenciar entre los valores del/la terapeuta y los valores de la terapia. Los valores del/la terapeuta serían aquellos valores más idiosincrásicos y los valores de la terapia serían aquellos que están más vinculados al tipo o forma de psicoterapia empleada (Corbella y Botella, 2004:86).

Los valores de los/las psicoterapeutas difieren en puntos importantes respecto a la media de la población. Los/las terapeutas valoran más la autonomía, la expresión de sentimientos y son más permisivos en la expresión de aspectos sexuales, mientras que, valoran en menor grado, la sumisión a la autoridad (Corbella y Botella, 2004:84).

Se necesita, de alguna manera, cierta comunalidad de valores entre el/la terapeuta y el/la cliente para poder establecer un buen primer contacto y una posterior alianza terapéutica, pero a la vez, la discrepancia o diferencia entre otros valores del/la terapeuta y del/la paciente favorece la apertura a nuevas alternativas que el/la terapeuta puede ofrecer al paciente (Corbella y Botella, 2004:86).

4) Orientación Teórica. La gran cantidad de orientaciones psicoterapéuticas refleja la imaginación, creatividad y diversidad de todo el movimiento psicoterapéutico, pero también muestra «el acercamiento a un estado de caos provocado por la diversidad fragmentada y a menudo inconexa» (Corbella y Botella, 2004:89). En este sentido, Feixas y Botella (2004:36) agregan que «la coexistencia de construcciones parciales de la realidad dota al campo de la psicoterapia de una apariencia fragmentaria».

La formación teórica recibida durante los cursos básicos de la carrera, así como las vivencias personales de cada estudiante, generan influencia en la determinación de la orientación teórica de las y los nuevos profesionales. Resulta evidente el hecho de que la formación universitaria, las experiencias personales y las afinidades entre las explicaciones proporcionadas y la percepción del/la futuro/a terapeuta, entre otras, influyen en la escogencia de una orientación teórica concreta (Corbella y Botella, 2004:89). La orientación teórica no tiene que ver solamente con las técnicas que el/la terapeuta utiliza para llevar a cabo su labor, ya que como lo mencionan Feixas y Botella (2004:33), la pertenencia a una orientación teórica o escuela determinada deviene una importante señal de identidad para muchos y muchas psicoterapeutas. También explican que esta adhesión tiene ventajas para el/la terapeuta ya que proporciona una visión determinada de los problemas humanos y de cómo intervenir a nivel psicoterapéutico en su solución, además del lenguaje y la estructura de apoyo que cada teoría posea. Esto último constituye un importante rol afiliativo en el desarrollo del/la psicoterapeuta. En este sentido, resulta importante resaltar el hecho de que, si bien la adscripción a una teoría concreta tiene muchas ventajas para el/la terapeuta, la dificultad para asumir elementos de cambio en la orientación bloquea la propia evolución y enriquecimiento y puede llevar a un estancamiento en la constante formación del/la psicoterapeuta (Corbella y Botella, 2004:89).

A pesar de las diferencias teóricas que plantean los distintos modelos de psicoterapia, no se han encontrado diferencias significativas que sitúen la efectividad de alguna escuela de psicoterapia por encima de otra. En las últimas décadas hay un número creciente de terapeutas que prefieren no identificarse plenamente con ninguna escuela

concreta. Parece que la tendencia de las y los psicoterapeutas a definirse como eclécticos, supera la adscripción a cualquier otra orientación particular (Feixas y Botella, 2004:34). Este fenómeno se da a causa del consenso creciente acerca de que no existe un enfoque que se considere adecuado universalmente para todas las personas, problemas y situaciones. Además, se ha determinado que existen factores comunes a todas las psicoterapias. En este sentido, se va extendiendo también la actitud de buscar los ingredientes comunes entre los enfoques, en lugar de remarcar sus diferencias. Este cambio de enfoque no se fundamenta en que los modelos contemporáneos se parezcan más, sino en un cambio de posicionamiento al observarlos. Busca promover más la cooperación entre terapeutas de distintas orientaciones en la articulación de una base común, de una integración (Feixas y Botella, 2004:37).

El eclecticismo, por su parte, puede entenderse más por lo que no es, que por lo que es. Es decir, no adhesión a una escuela concreta. Feixas y Botella (2004:34) explican que el término “ecléctico” tiene algunas connotaciones preocupantes, dado que implica la combinación de técnicas epistemológicamente incompatibles. La pluralidad de enfoques puros y de formas de práctica ecléctica refleja la diversidad actual de la psicoterapia y plantea nuevos retos. Uno de estos retos es el de avanzar desde las posturas eclécticas hacia lo que se conoce en la actualidad como el movimiento integrador en psicoterapia.

Desde el movimiento integrador, se busca que el resultado de la fusión de dos o más psicoterapias resulte mejor que cada una de las que se partió. El énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en esta síntesis (Feixas y Botella, 2004:49).

E. El Estilo Personal del Terapeuta

Como se menciona en el capítulo anterior, el/la Psicoterapeuta es un elemento de fundamental importancia en el proceso terapéutico. Las variables del/la psicoterapeuta tienen una ingerencia directa en el manejo, resultados, técnicas y presupuestos de la

terapia. Todas las características que componen a la figura del/la Psicoterapeuta conforman su Estilo Personal. La definición del mismo se presenta a continuación.

El Estilo Personal del/la Terapeuta –EPT- ha sido definido como «el conjunto de condiciones singulares que conducen a un/a terapeuta a operar de un modo particular en su tarea». Esto último se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime en su trabajo como resultado de su forma peculiar de ser, independientemente del enfoque de trabajo que utilice y los requerimientos específicos que exige cada intervención (Fernández-Álvarez, *et al.*, 1998:352). Corbella y Botella (2004:114) explican que el Estilo Personal del/la Terapeuta va variando a lo largo de su trayectoria y en función de los/las pacientes atendidos/as. En este sentido, puede pensarse en este constructo como algo moldeado no sólo por la personalidad y otras características personales del/la terapeuta, sino también por las demandas del entorno en el que el/la profesional se desenvuelve. Esta variación, sin embargo, se da sin que se pierda la particularidad en el modo en que comunica y realiza su trabajo el/la terapeuta. Es importante no perder de vista que el estilo del/la terapeuta no es estático, este varía y se da en función del comportamiento del/la terapeuta en cuanto a su comunicación con otra persona.

El Estilo Personal del Terapeuta no debe confundirse con las intervenciones del/la terapeuta, que son las técnicas y procedimientos que utiliza. Éstas a su vez, son proporcionadas por las distintas orientaciones teóricas. El/la terapeuta deberá usarlas en forma selectiva dependiendo del/la cliente. En este sentido, el Estilo Personal del/la Terapeuta tiene un aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta sin limitarse a las técnicas concretas empleadas (Corbella y Botella, 2004:99).

Como menciona Fernández-Álvarez (1998:352), todo/a terapeuta tiene un estilo personal característico, que le lleva a usar procedimientos con los que se siente más cómodo/a.

Se considera que el Estilo Personal del/la Terapeuta depende de tres factores, principalmente:

- **La posición del terapeuta**

«El rol que desempeña en función de su ubicación en la red social. Se compone del nivel de inserción socioeconómica del/la profesional, el circuito socio-profesional al que pertenece el/la terapeuta y la forma de prestación, o sea, el sistema de contratación que regula la práctica en cuestión (liberal, público-comunitario, empresas de seguros de salud, etcétera). De este factor depende la posibilidad de que, determinado/a paciente, pueda entrar en contacto con determinado/a terapeuta» (Fernández-Álvarez, 1996:141).

- **La situación vital actual del terapeuta**

«Se basa en la apariencia que, como individuo/a, presenta frente al imaginario colectivo de su grupo social de pertenencia y referencia. La edad, el sexo, el cuerpo, la inteligencia y el nivel cultural y otros datos accesibles a la observación o de presunción habitual en ese ámbito social, contribuyen a la conformación de su imagen aparente (Características Objetivas). En segundo lugar se basa en el momento vital específico que está atravesando el/la terapeuta» (Características Subjetivas) (Fernández-Álvarez, 1996:141).

- **Los modos o funciones de la comunicación que utiliza**

«Se trata del factor más personalizado y de él dependen las variaciones singulares con que el Estilo Personal de un/a Terapeuta incide sobre el uso de una técnica específica. El Estilo Personal se traduce, concretamente, en estos diferentes modos de comunicación a los que el/la terapeuta apela para influir sobre el/la paciente, con el objeto de promover determinados procesos de cambio. Al analizar los Modos Comunicativos, encontramos que, el Estilo Personal de un/a Terapeuta es el producto de una serie de funciones que operan integradamente, aunque no todas esas funciones tengan la misma importancia o incidencia en cada tramo de la relación terapéutica» (Fernández-Álvarez, 1996:141).

Como puede observarse, las primeras dos variables se refieren a condiciones que influyen sobre la actividad terapéutica como tal. La tercera variable, por su parte, reúne las modalidades básicas de comunicación que el/la terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico (Corbella y Botella, 2004:101).

A partir de este momento, se considerará del Estilo Personal del Terapeuta, exclusivamente la tercera variable, es decir los modos o funciones de comunicación.

Esto se debe a que, los modos dominantes de comunicación del/la terapeuta, comprenden sus acciones estilísticas primordiales. Éstos a su vez, están determinados por la orientación teórica del/la terapeuta (Corbella y Botella, 2004:101).

Como se mencionó anteriormente, las características del estilo comunicativo del/la terapeuta, van estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo la manera de relacionarse con el/la cliente. El conjunto de esas características constituye su Estilo Personal (Corbella y Botella, 2004:102). Como comenta Fernández-Álvarez (1996), cada una de las dimensiones se considera como un todo continuo con las siguientes características:

«Se señalan las posiciones extremas como las más características, pero por ser un continuo, se admiten puntos intermedios. La extensión alcanzada por cada dimensión en sus posiciones extremas refleja los límites máximos de funcionamiento favorable del terapeuta, las acciones iatrogénicas caen fuera de los límites establecidos. La actividad global de estas funciones se traduce en la acción como un conjunto de rasgos, actitudes y disposiciones que cada terapeuta puede evidenciar en cada momento de su evolución como profesional» (Fernández-Álvarez, 1996:141).

1. Funciones del Estilo Personal del Terapeuta

A continuación se presentan de forma detallada las funciones de comunicación que tienen más relevancia para el proceso psicoterapéutico. Es importante mencionar que esta clasificación busca ofrecer una visión, lo más amplia posible, del modo en que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera de cumplir con su tarea (Corbella y Botella, 2004:102).

a. Función instruccional. Está constituida por el conjunto de acciones que lleva a cabo el/la Terapeuta con el fin de determinar los alcances y los límites de la relación terapéutica, y por consiguiente la distancia que regirá entre Cliente y Terapeuta; así como los intercambios considerados legítimos en esa relación. Si bien cada técnica terapéutica establece principios generales sobre la forma en que debe desarrollarse ese vínculo, el Estilo Personal de cada terapeuta complementa esos principios de maneras diversas (Fernández-Álvarez, 1996:141). Entre las más significativas encontramos estas dimensiones:

1) Rigidez vs. flexibilidad. Algunos/as terapeutas se sienten inclinados a marcar límites muy rígidos, tanto en relación con el cumplimiento de las pautas o tareas, como en lo referente al vínculo terapéutico. El límite queda establecido en esos casos de acuerdo con la idea que el/la terapeuta tenía con anterioridad al encuentro con el paciente. En el caso de la flexibilidad, el/la terapeuta tiende a ajustar dicho límite con base en las modificaciones que le sugiere el contexto específico de cada relación (Fernández-Álvarez, 1996:141).

2) Asimetría marcada vs. asimetría moderada. Debe existir una asimetría, una diferencia entre terapeuta y cliente que permita a ambos tener claramente identificados los roles. Algunos/as terapeutas extreman esta diferencia, quedando el rol del/la terapeuta situado a gran distancia, mientras que otros lo suavizan, reduciendo la distancia en uno o más aspectos de la situación. Suelen encontrarse ejemplos de lo primero entre los/las terapeutas noveles, que experimentan con frecuencia sentimientos de inseguridad en relación con el cumplimiento de su tarea; también puede observarse este fenómeno cuando el/la paciente es derivado por alguien muy significativo para el/la terapeuta (Fernández-Álvarez, 1996:141).

b. Función evaluativa. Se trata de una función que opera desde el comienzo mismo del acto psicoterapéutico. Por lo tanto debe considerarse incluida junto a la función instruccional, pues trata del conjunto de operaciones realizadas por el/la terapeuta para estimar la marcha de cada uno de los movimientos que realizan tanto él/ella como su cliente. Como tal, sirve de reguladora de todas las otras funciones, incluida la del establecimiento de las reglas de juego que gobernarán la tarea. Aparecerá junto a cada una de las diferentes funciones y podrá graficarse representándola como una acción complementaria de las mismas, pues sirve para ajustar sus movimientos (Fernández-Álvarez, 1996:141). Puede ilustrarse con las siguientes dimensiones:

1) Optimismo vs. criticismo. Independientemente de los criterios objetivos de evaluación, tanto del proceso como de los resultados, que se pueden emplear basándose en la observación o en instrumentos específicos, cada terapeuta tiende a realizar evaluaciones permanentes sobre la marcha del tratamiento. La tendencia crítica supone

en cada caso que la marcha de la terapia no es la mejor. Por ejemplo, con respecto de la delimitación de las tareas, puede estimar que las reglas no fueron suficientemente bien explicitadas, mientras que si el estilo refleja una actitud optimista, el/la terapeuta tenderá a percibir que realizó su tarea del mejor modo posible (Fernández-Álvarez, 1996:141).

2) Centrada en los medios vs. centrada en los fines. La evaluación puede dirigirse de manera predominante a estimar la marcha del proceso o bien a evaluar de qué manera se han producido ciertos efectos. En los dos casos queda claro que el propósito de la psicoterapia está dirigido a la consecución de determinados objetivos. Lo que aquí se describe son modalidades de evaluación procesales sin poner en duda ese propósito primordial (Fernández-Álvarez, 1996:141).

c. Función atencional. Tradicionalmente fue denominada "función de escucha", particularmente cuando la psicoterapia era considerada casi exclusivamente una curación por medio de la palabra. Hoy en día, aunque sigue conservando en buena medida ese mismo carácter, se manifiesta por medio de otras formas de intercambio terapéutico que requieren ampliar el concepto de función atencional a algo que está más allá de la escucha. Es posible afirmar que esta función se compone de todas las operaciones que el/la terapeuta realiza con el fin de acceder a la información que el/la cliente aportará para tratar de lograr ayuda para su problema (Fernández-Álvarez, 1996:141). Sus dimensiones más significativas son las siguientes:

1) Activa vs. receptiva. El/la terapeuta podrá orientar su atención de una manera activa, realizando movimientos que busquen provocar en el/la cliente la disposición a proveer determinadas informaciones u orientarlas en una dirección específica. Cuando actúe de manera receptiva, su atención estará operando en el sentido de un radar disponible para captar las emisiones de signos que el/la cliente espontáneamente produzca (Fernández-Álvarez, 1996:141).

2) Concentrada o de nivel múltiple (abierta). Cuando el/la terapeuta se posiciona frente al cliente de manera concentrada, tiende a facilitar el registro de ciertas y muy

definidas informaciones. Obviamente esto será muy útil cuando el/la terapeuta esté buscando aplicar un sistema terapéutico definido y muy estructurado. Con un estilo contrario, nos encontraremos con aquellos/as terapeutas que actúan con una atención más abierta, capaz de permitir ingresar a fuentes informacionales muy diversas entre sí y pertenecientes a múltiples niveles (Fernández-Álvarez, 1996:141).

En el desarrollo de esta función habremos de reencontrar aquella función evaluativa sobre la que se habló anteriormente. En este caso se aplicará a estimar en qué medida la tarea de prestar atención a la producción del/la cliente está siendo favorable o desfavorablemente cumplida. En este caso, una dimensión crítica supondrá que la información recogida es insuficiente o que está pobremente presentada, lo que obligará a esperar o provocar la aparición de nueva información. Una actitud optimista producirá, lógicamente, un efecto inverso (Fernández-Álvarez, 1996:141).

d. Función operativa. Se trata de las acciones que el/la terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas, del cual se supone que resultará la producción de los cambios esperados en el/la cliente. En la medida que el/la terapeuta esté correctamente entrenado, se espera que aplique rigurosamente las premisas de la técnica que considera correcta para cada caso. No obstante, el estilo personal de cada terapeuta le llevará a cumplir esa función operativa de maneras muy diversas (Fernández-Álvarez, 1996:142). Las dimensiones más destacables aquí son las siguientes:

1) Directivo vs. persuasivo. Un/a terapeuta podrá aplicar la técnica dirigiéndose al/la cliente para que cumpla con las tareas asignadas. Su actitud tendrá en ese caso un carácter normativo y se espera que el/la cliente se ajuste a tales indicaciones. En el extremo opuesto se encuentran aquellos/as terapeutas que utilizan modos persuasivos para lograr que el/la cliente se adecue al plan de tareas. El modo imperativo y la sugerencia aparecen como dos estilos contrapuestos que definen formas de intentar hacer cumplir una tarea (Fernández-Álvarez, 1996:142).

2) Lógico (literal) vs. retórico (figurado). Ciertos/as terapeutas se proponen avanzar con la aplicación de la técnica mediante observaciones e indicaciones que se

ajusten a un plan lógico. Se trata de cumplir literalmente con lo que se espera para ese/a cliente. Quienes actúan así esperan que el/la cliente pueda descifrar adecuadamente la secuencia lógica que supone el tratamiento. Existe una modalidad contraria, basada principalmente en el uso de las figuras retóricas, ejemplificadas por el uso de figuras y tropos (por ejemplo las metáforas), a los que el/la terapeuta recurre como una manera de volver inteligible la marcha necesaria del proceso terapéutico (Fernández-Álvarez, 1996:142).

e. Función expresiva. Se trata de la función del Estilo Personal sobre la que más se ha insistido, probablemente, en los estudios sobre incidencia del factor personal del/la terapeuta. Existe incluso un cierto prototipo ideal de función expresiva que describe al/la terapeuta como alguien cálido, con un gesto comprensivo, nunca muy elocuente, pero que transmite confianza y seguridad para comunicarse con él/ella (Fernández-Álvarez, 1996:142).

Los/las terapeutas se distribuyen en un espectro bastante amplio y además no es seguro que el mismo modo expresivo sirva para hacer funcionar adecuadamente cualquier técnica o para lograr los mismos resultados con todos los/las clientes. Esta función también está presente desde un comienzo y atraviesa toda la acción terapéutica como una constante, cuyas variaciones dependerán de los diferentes estados que puede manifestar el/la terapeuta.

La función expresiva puede ejemplificarse por medio de dos funciones primordiales:

1) Tonalidad emocional baja vs. tonalidad emocional alta. Aunque conceptos como calidez, equilibrio y templanza parecen definir estilos expresivos ideales para un/a terapeuta, resulta evidente que en muchas oportunidades su Estilo Personal se manifiesta exitosamente como de poca o de intensa transmisión. Ejemplos de ello ocurren cuando el/la cliente enfrenta una situación traumática (pérdida de un embarazo, muerte de un familiar) (Fernández-Álvarez, 1996:142). Corporal vs. Mental. Es la dimensión más característica y más idiosincrásica de la función expresiva. Existen terapeutas que utilizan con preferencia modalidades corporales (Fernández-Álvarez,

1996:142). Entre las más significativas se encuentran: gestos faciales, miradas, tonalidades de la voz y otros movimientos corporales.

Otros/as terapeutas sostienen su expresividad por medio de recursos mentales como por ejemplo: fluidez verbal, riqueza asociativa y ritmo de comunicación.

f) Función de compromiso vincular. Esta función sintetiza el conjunto de las modalidades de comunicación anteriormente descritas. Pero se trata de una síntesis productiva y no meramente un resumen de las mismas (Fernández-Álvarez, 1996: 142).

Cada terapeuta manifiesta, por medio de su compromiso vincular, la disposición que tiene para ayudar a una persona que padece. Nuevamente se encuentran en este punto ciertas descripciones ideales que proponen términos medios como la representación de este compromiso. Tales términos medios constituyen precisamente entidades ideales que describen usualmente la forma deseada por quienes los postulan. En la práctica, los/las terapeutas distan mucho de adecuarse a esos prototipos. Y esto, lejos de ser algo negativo, ha contribuido enormemente a ampliar el conocimiento existente de la psicoterapia. El movimiento de la integración debe mucho a esta circunstancia (Fernández-Álvarez, 1996:142).

Las dimensiones por medio de las cuales podemos representar el compromiso vincular que el/la terapeuta está dispuesto/a a mantener con su cliente se abren en dos niveles: Compromiso Interpersonal y Compromiso Intrapersonal.

1) Compromiso interpersonal. Se manifiesta en un continuo cuyas modalidades extremas son:

a) Proximidad vs. distancia. Algunos/as terapeutas sólo se sienten cómodos para trabajar cuando logran que la relación con el/la cliente no implique una fuerte involucración o compromiso personal. Terapeutas con ese perfil se encuentran entre quienes prefieren realizar tratamientos individuales antes que grupales, con clientes no muy severos y con alto grado de autonomía personal, con programas terapéuticos focalizados y de corta duración (Fernández-Álvarez, 1996:142).

El extremo opuesto son aquellos/as terapeutas que trabajan a gusto cuando existe un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con sus clientes. Son terapeutas que prefieren tratamientos con pacientes más perturbados, que eligen formas terapéuticas más abiertas y extendidas en el tiempo, lo que les expone a desarrollar un vínculo más intenso y a participar de zonas de la experiencia personal del/la paciente de mayor intimidad (Fernández-Álvarez, 1996:142).

2) Compromiso intrapersonal. Se trata del grado de compromiso que el/la terapeuta experimenta con su trabajo, en relación con el resto de las áreas de su vida. Los modos característicos pueden describirse como:

a) Focalizado vs. extendido. El primero se trata de un/a terapeuta que involucra pocos aspectos de su vida personal en el trabajo, en términos de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y de prestigio social, etcétera (Fernández-Álvarez, H., 1996:142).

El segundo es el modelo del/la terapeuta que se siente comprometido en forma más global con su tarea, lo que repercute sobre muchas áreas de su vida personal (Fernández-Álvarez, 1996:142).

2. Implicaciones del Estilo Personal del Terapeuta. La importancia del conocer el Estilo Personal del/la Terapeuta no reside en detectar cuál es el mejor estilo de terapeuta, sino ayudar a cada terapeuta a conocer su propio estilo en función de sus variables personales, los posicionamientos teóricos y su actitud terapéutica. El conocimiento del EPT posibilita un elemento que enriquece la formación de psicoterapeutas, de modo que el o ella se pueda entrenar en habilidades comunicativas y de intervención psicoterapéutica respetando el estilo personal de cada quien, y teniendo en cuenta que no se trata de un estilo rígido e inflexible, sino dinámico. Este último puede verse beneficiado por el asesoramiento y la formación para potenciar los aspectos del estilo personal que le pueden ser beneficiosos (Corbella y Botella, 2004:113).

Se ha encontrado que la relación entre variables del/la cliente y las intervenciones o el comportamiento del/la terapeuta son importantes para favorecer los resultados de la

psicoterapia (Corbella y Botella, 2004:117). En este sentido, dependiendo de las características personales de la persona que acude a terapia, el/la terapeuta irá acoplando su propio estilo, con el fin de tener mejores resultados psicoterapéuticos. Además, podrá aplicar las distintas herramientas con las que cuenta en función de las características del/la cliente.

A partir de lo anterior resulta evidente la importancia de conocer más sobre el Estilo Personal del Terapeuta y la figura del mismo como tal. Esto, con el fin de aumentar el conocimiento en cuanto a las áreas de la relación y alianza terapéutica y el papel que juega en la mejora de quien asiste a terapia. Es a través de conocer su estilo personal, que los y las terapeutas podrán adueñarse de su profesión, darle un toque personal a la terapia que imparten y mejorar su efectividad, así como fomentar su capacidad de autoevaluación, búsqueda de crecimiento y formación continua. Lo anterior, sin dejar de lado el hecho de que la figura del/la terapeuta y su estilo personal son variables que tienen una influencia específica en los resultados de la psicoterapia.

3. Investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta.

a. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta. El grupo de investigación de la Fundación Aiglé construyó un cuestionario con el fin de evaluar las funciones comunicativas presentadas anteriormente. De acuerdo a sus autores (2003), el cuestionario EPT-C muestra propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a su confiabilidad, tanto de su consistencia interna como en la estabilidad de los resultados a través del tiempo. Su composición factorial sugiere una validez adecuada en cuanto a las dimensiones propuestas (Fernández-Álvarez, *et al.*, 2003:120).

El instrumento consta de 36 ítems en formato autoadministrado que se responden en una escala tipo Likert (1-7) y representan cada una de las funciones comunicativas. Con este instrumento, el equipo de Aiglé, encontró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la mayoría de funciones del estilo personal característico de cada una de las orientaciones teóricas. Los resultados encontrados indicaron que el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) es sensible

para detectar los distintos estilos de las diferentes orientaciones, y que la orientación teórica es una de las variables más relevantes para explicar el Estilo Personal del/la Terapeuta (Corbella y Botella, 2004:115).

Cabe resaltar que otra investigación buscó los perfiles de los estilos personales de 206 psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas. En este caso, se encontraron 4 perfiles terapéuticos, pero éstos no coincidían con las distintas orientaciones. De esto se concluye que la orientación teórica influye en los modos de comunicación del terapeuta, pero que sin embargo, las variables personales tienen un peso específico en el estilo terapéutico (Corbella y Botella, 2004:116).

Además de las preguntas que permiten conocer el Estilo Personal del/la Terapeuta, el cuestionario cuenta con una hoja de datos que permite obtener información sobre distintas variables demográficas. Entre estas se puede mencionar sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, ciudad donde ejerce, orientación teórica, edad de las y los clientes, modalidad terapéutica (individual, pareja, familia, grupo), duración predominante del tratamiento (breve, intermedio, prolongado), formación académica y tipo de patologías que atienden.

El cuestionario EPT-C ha sido traducido a varios idiomas y está siendo administrado en la actualidad por varios equipos de investigación en distintos países.

b. Investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta. En 2004, Corbella *et al.* estudiaron la compatibilidad entre el Estilo Personal del/la terapeuta y la personalidad del/la cliente. Este fue un estudio conjunto entre la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España) y la Fundación Aiglé de Buenos Aires (Argentina) y tuvo el objetivo de profundizar el conocimiento sobre el ajuste entre terapeuta y cliente. La muestra estuvo compuesta por pacientes ambulatorios (N=401) y terapeutas (N=48). Los resultados finales indican: (a) la influencia estadísticamente significativa de la resistencia del/la paciente sobre la alianza y en los resultados de la psicoterapia; (b) la influencia estadísticamente significativa de la directividad del estilo terapéutico en el

efecto de la resistencia del/la paciente sobre la alianza y resultados de la psicoterapia; (c) la influencia clínicamente significativa de la interacción entre el estilo de afrontamiento del/la paciente y el estilo personal del/la terapeuta sobre la alianza y resultados de la terapia; y (d) la influencia estadísticamente significativa de la alianza terapéutica sobre los resultados de la terapia .

En 2005, Etchebarne *et al.* llevaron a cabo en Argentina la investigación “Intervenciones, marco teórico y estilo personal del terapeuta”. El objetivo de este estudio piloto fue analizar la interacción entre el estilo personal de terapeutas cognitivos/as y psicoanalíticos/as; su marco teórico y los tipos de intervenciones que realizan durante las sesiones terapéuticas. Con este fin, se administró el EPT-C a dos terapeutas (uno de orientación cognitiva y otro de orientación psicoanalítica), también se grabaron dos sesiones terapéuticas de cada uno de ellos y las mismas fueron analizadas por jueces independientes. Entre los resultados se puede mencionar un nivel mayor de todas las dimensiones comunicativas que mide el cuestionario en las respuestas del terapeuta cognitivo. La mayor diferencia observable se da en la función instruccional, en la cual el terapeuta con orientación psicoanalítica, es considerado como más rígido (García, *et al.*, 2005).

En el mismo año, Torrente *et al.* también en Argentina, llevaron a cabo una investigación denominada «Caracterización empírica de casos difíciles en psicoterapia: la perspectiva de los terapeutas». Con este objetivo se aplicó el EPT-C a una muestra de 92 terapeutas en un protocolo sobre caracterización de casos difíciles en psicoterapia. Este protocolo forma parte de un programa de investigación más amplio sobre ese tema. El cuestionario fue utilizado para estudiar la interacción entre las características de los casos identificados como difíciles y el estilo de los y las terapeutas, suponiendo que diferentes estilos de terapeutas deben percibir diferentes tipos de casos difíciles (García, *et al.*, 2005).

Durante el 2006, Rial *et al.* estudiaron el Estilo Personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados. Se encontró que estos/as terapeutas se

consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, con una menor involucración y más pautados, operativamente, que aquellos/as terapeutas que asisten a pacientes no severos. Además de esto, pudo constatar que los y las terapeutas cognitivos/as e integrativos/as que atienden a esta población, se autodescribieron como significativamente menos involucrados/as y más pautados/as al ser comparados/as con los/las terapeutas de la misma orientación que atienden pacientes con trastornos no severos. Los/las psicoanalistas, por su parte, se describieron con mayor distancia emocional, menos involucrados/as y más pautados/as con los/las pacientes severamente perturbados/as, comparados/as con psicoanalistas que asisten a pacientes menos severos. Es importante mencionar el hecho de que aquellos/as terapeutas que manifestaron una motivación personal por atender a pacientes severos, se describieron con mayor involucración, una mayor consideración de la proximidad emocional, más disponibilidad hacia las necesidades del paciente y más consideración por los aspectos que hacen a la relación terapéutica dentro de la terapia, en comparación con aquellos/as que atienden a esta población por exigencias de su lugar de trabajo. Es importante resaltar, en este sentido, la importancia de los factores personales del/la terapeuta, además de su orientación teórica (García, *et al.*, 2005).

Durante el mismo año, en la Universidad de Alcalá de Henares, R. Rodríguez Piedra realizó la “Validación del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) para población española”. Este proyecto fue su tesis doctoral y estuvo dirigida por A. Fernández-Liria. El objetivo de este proyecto fue validar científicamente en población española el instrumento en cuestión. Para esto, el mismo fue aplicado a 50 personas. A partir de esto se generó un instrumento de medida del Estilo Personal del/la Terapeuta destinado a ser utilizado por psicoterapeutas españoles/as (García, *et al.*, 2005).

En Brasil (2006) da Silva Oliveira *et al.* realizaron la adaptación de este cuestionario del español al portugués. Luego se avaló, se llevó a cabo un estudio piloto y se planteó una versión final. Esta versión del cuestionario tiene validez y confiabilidad adecuadas así como características psicométricas satisfactorias. Esta escala se aplicó a 225

terapeutas brasileños y brasileñas. Se concluyó que este cuestionario puede ser un elemento útil en el entrenamiento del/la terapeuta.

En Argentina (2008) Castañeiras *et al.* presentaron una versión abreviada del cuestionario EPT-C con el fin de proporcionar nuevas pruebas sobre la validez de este instrumento como herramienta para la evaluación del constructo. Se administró el EPT-C versión original a una muestra de 461 psicoterapeutas argentinos/as. Se analizó la validez de constructo del cuestionario mediante Análisis Factorial Confirmatorio, se estudió la relación entre la versión breve y la original, y se evaluó la capacidad del instrumento para discriminar a los diferentes grupos de terapeutas en variables de relevancia para el proceso y los resultados de la psicoterapia. Los resultados indicaron un buen ajuste entre el modelo de medida penta factorial del EPT-C y las dimensiones del constructo teórico. El cuestionario EPT-C aporta una medida sensible para detectar diferencias entre grupos de terapeutas a partir de varias características de los mismos.

c. Investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta en Guatemala. En Guatemala, Cadena (2007) en la Universidad Del Valle de Guatemala, aplicó el instrumento a 90 terapeutas que trabajan en la Ciudad de Guatemala. A partir de la información recolectada pudo describir características de las y los terapeutas en cuanto a edad, sexo, años de experiencia, nivel de formación y orientación teórica. A su vez, describió las características de la práctica psicoterapéutica en la región e identificó el funcionamiento de las dimensiones comunicativas en terapeutas que trabajan en la ciudad de Guatemala. Se utilizó el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta de la Fundación Aiglé. Se elaboró una versión guatemalteca del mismo, en la que se agregó una página de consentimiento informado para que el/la terapeuta aceptara o no participar en el estudio. Asimismo se hicieron los siguientes cambios: se agregó la variable de formación obtenida, ya sea en medicina, psicología u otra; se agregó a la lista de patologías la de violencia y trastornos de alimentación; se aclaró la pregunta número cinco, que hace referencia al encuadre, para lograr una mejor comprensión, al igual que en la pregunta seis y diez. Se consideró necesario aclarar el significado de “tratamientos pautados” como tratamientos basados en un manual. En la pregunta

treinta y cinco se sustituyó la palabra “laxo” por “flexible” por cuestiones del lenguaje cotidiano utilizado en la región.

El 71.1% de la muestra de terapeutas fue del sexo femenino y 28.9% masculino. El rango de edad oscila entre los 23 y 79 años. El rango de edad predominante es de los 36 a los 46 años con un promedio de 12 años de experiencia. El 63.3% de la muestra ha tenido formación en Psicología, el 20% en Medicina, el 1.1% tiene otro tipo de formación y el 15.6% ha tenido formación en más de una de las áreas mencionadas anteriormente. Cadena encontró además distintas combinaciones en la orientación teórica de los y las terapeutas, un 22% de la muestra se identifica como Integrativo, seguido por un 11% que se considera Cognitivo-Humanista, 10% se describe como Cognitivo y un 8.9% Humanista Existencial. Entre las patologías atendidas en terapia se encuentran la ansiedad y depresión, trastornos de personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, violencia, trastornos de la alimentación, entre otros. Los resultados mostraron que el 83.3% de las y los terapeutas atienden más de una patología, un 8.9% atiende ansiedad y depresión, un 2.2% se dedica específicamente a la población que sufre violencia y un 5.5% se dedica a otras. En cuanto a la duración del tratamiento un 44.4% reportó 6 meses, 32.2% dos años y 4.4% más de dos años.

En cuanto a la relación entre las variables estudiadas y sus dimensiones, se encontró que los y las terapeutas Psicoanalistas tienen un nivel instruccional más rígido y un menor nivel de cercanía con sus clientes y mantienen un nivel de atención que tiende más a ser focalizado. Las y los terapeutas Cognitivos mostraron mayor planificación y rigidez en sus tratamientos. Las y los Humanistas-Existenciales, por su parte, mostraron un nivel elevado de cercanía e involucración con el/la cliente y sus tratamientos son más flexibles y espontáneos. Los Sistémicos también mostraron un nivel de cercanía elevado y un mayor grado de involucración con sus pacientes. Los y las terapeutas Integrativos afirmaron que mantienen un mayor nivel de cercanía con sus pacientes que las y los terapeutas cognitivos. Los primeros muestran un nivel de flexibilidad similar al de las y los terapeutas Humanistas-Existenciales. La combinación Cognitiva-Humanista

demonstró un nivel de cercanía igual al Integrativo. En cuanto a la autorrevelación, los y las terapeutas se comunican a través de gestos (43.3%), se encuentran en un nivel intermedio en cuanto a la utilidad de revelar aspectos personales (37.3%) y evitan revelar su estado emotivo a sus clientes (40%). El 77.8% de los y las terapeutas del estudio concuerda en que las emociones son un instrumento poderoso de cambio, el 17.8% se sitúa en una postura intermedia y el 4.4% restante está en total desacuerdo con ello.

Por su parte, Castellanos (2007) llevó a cabo en la Universidad Rafael Landívar un estudio con el fin de conocer el Estilo Personal del Terapeuta de los y las estudiantes de dicha Universidad de la carrera de Psicología Clínica y que realizaron su práctica supervisada en el año 2007. Dicho estudio contó con un diseño cuantitativo-cualitativo. En cuanto al diseño cuantitativo se utilizó el EPT-C, Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta. En este estudio participaron 60 estudiantes de ambos sexos. Se calificaron los cuestionarios y se realizó un análisis estadístico de los resultados. En cuanto al análisis cualitativo, se escogieron 8 casos que se analizaron a profundidad. Estos casos respondieron a una entrevista semiestructurada que se basó en las funciones que mide el instrumento. Los casos de estudio se describieron, analizaron y se realizaron esquemas. A través del análisis de resultados se concluyó que los y las practicantes mantienen un rango promedio en todas las funciones del Estilo Personal del/la Terapeuta, lo que indica que tienen una postura equilibrada.

F. Descripción del contexto

1. Contexto general. Guatemala es un país ubicado en el istmo centroamericano, tiene una extensión territorial de aproximadamente 108,889 kilómetros cuadrados y está dividido en 22 departamentos. En Guatemala la distribución de la población por sexo es de 47.9% masculino y 52.1% femenino. La población total para el año 2006, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) fue de 12,987,829 personas, de las cuales el 51% vive en la pobreza. El 72% de las personas pobres se encuentra en el área rural del país y el 55.6% de las personas pobres son indígenas (INE, 2006).

El 43% de la población reside en el área rural y 42% es indígena. El 62.6% de la población es menor de 24 años, un 18% corresponde a adolescentes y 4% a mayores de 60 años. La expectativa de vida es de 65.87 años (OPS/OMS, 2006:24).

En el país se puede distinguir una cultura urbana que ha evolucionado y se ha desarrollado sin ningún patrón en particular, resultando en un grupo sin características distintivas en el sentido de que su comportamiento refleja tendencias norteamericanas, mexicanas y europeas. Por otra parte, la cultura rural está formada por el mosaico de culturas indígenas que han preservado su cultura tradicional (Núñez, E. 1982:18).

Con el estallido del conflicto armado interno en 1962, Guatemala entró en una etapa trágica y devastadora de su historia, con un enorme costo humano, material y moral. Se estima que el número de personas desaparecidas como resultado de la confrontación fratricida alcanzó un total de más de 200,000 (CEH, 1999:6).

Tantos años de miedo, injusticias e incertidumbre han jugado un papel importante en la sociedad guatemalteca que hoy conocemos. Los cambios que provocó se dieron a todos los niveles, no sólo en las personas, sino también en la conformación de las familias, las comunidades, etc. Este, de forma violenta, modificó a las personas, las comunidades, las relaciones, mentalidades y comportamiento de las personas.

Las secuelas, políticas, sociales y emocionales son incuantificables y aún no han terminado de surgir. Sin embargo, puede asegurarse que este conflicto transformó la vida cotidiana de las personas de tal forma que dejó una huella indeleble en la memoria histórica del país.

A la par del Conflicto Armado Interno hubo grandes pérdidas humanas. Todas las personas y todas las comunidades sufrieron de una u otra manera, independientemente de sus vínculos. Entre los adultos, son pocos a quienes no afectó de forma directa la guerra. Todos perdieron a algún familiar durante la guerra, ya sea porque este murió, tuvo que salir del país o fue desaparecido (Osorio, 2005:84).

La guerra dejó también un estilo de vida totalmente distinto a como era al inicio. Los vínculos familiares fueron rotos por la muerte violenta y las separaciones. La persistencia del trauma altera la forma de ver el futuro (Osorio, 2005:86).

Luego de los acuerdos de paz y con la incapacidad del estado para hacerlos valer, la realidad revela impunidad, violencia e inestabilidad sociopolítica y económica, característica de un país que ha experimentado un conflicto armado. Esto ha dado paso a un nuevo esquema de confrontación: LA CULTURA DE VIOLENCIA. En este contexto, la mayoría de guatemaltecos y guatemaltecas ha internalizado la violencia, exacerbada por el ya permanente conflicto sociopolítico. De hecho, la violencia social que experimentamos actualmente ha aumentado y agravado debido a la insatisfacción social y la crisis económica permanente. Por otra parte, la población vive amenazada por la inseguridad, a pesar de los esfuerzos del gobierno para controlarla. La violencia política, por su parte, continúa (Villareal, 2000:2).

A pesar de todo, la existencia de las personas en las comunidades y la ciudad es mejor que la de sus ancestros. La generación que era adulta durante el conflicto ha notado el cambio, especialmente los adultos mayores; a pesar del sufrimiento se ha tratado de reconstruir la vida (Osorio, 2005:86).

La desintegración familiar se dio ante el resquebrajamiento de la estructura familiar por la pérdida de alguno de sus miembros. Muchos hogares perdieron la fuente de sustento, atribuida culturalmente al padre y la madre debió encontrar formas de obtenerlo. Dedicarse a otras actividades fuera del hogar llevó a que este no fuera percibido como una fuente de seguridad o se le consideraba como un recordatorio del trauma, lo que provocó en muchos casos que integrantes de las familias se fueran de la comunidad (Osorio, 2005:96).

Como puede notarse y como ya se mencionó anteriormente, las pérdidas ocasionadas por el conflicto armado van mucho más allá de las muertes y las pérdidas materiales.

Estas se sitúan en lo más íntimo del individuo y están relacionadas no sólo con su vida pasada sino también la futura. Tal es el caso de las personas que sufrieron la pérdida de su sentido de seguridad o de su tradición. Las consecuencias de estas pérdidas se dan en distintos ámbitos personales además del emocional y abarcan muchas esferas de la vida de las personas.

Por su ubicación geográfica, condiciones geológicas y climáticas, Guatemala es un país con una alta propensión a los desastres naturales. En la actualidad, el 69 % de la población (el aporte al PIB es del 90 %) vive en la meseta central y occidental, así como en la bocacosta y costas del Océano Pacífico, o sea, en los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Chimaltenango, Sololá, Quiché, Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Retalhuleu, Suchitepéquez, Escuintla, Santa Rosa y Jutiapa. Curiosamente, esa porción del territorio es la más propensa a amenazas, tales como terremotos, erupciones volcánicas, derrumbes, inundaciones y sequías (OIM, 2008:11).

La porción del país mencionada es la más productiva del país, en cuanto a ingresos por concepto de la agroexportación y por la industria, en el caso de la ciudad de Guatemala; ella también es área de alta concentración de agricultura de subsistencia (OIM, 2008:11).

La exclusión económica y social que existe en el país con relación a la población rural pobre, compuesta es su mayoría por indígenas, pero que también abarca a los aldeanos ladinos, constituye una causa de insatisfacción. Las oportunidades que brinda el sistema nacional en su conjunto, no están ofreciendo opciones de la magnitud necesaria, para mitigar la demanda poblacional que es superada por los esfuerzos gubernamentales (OIM, 2008:14). Esta situación refuerza el sentimiento de desesperanza y apatía, aumentando las divisiones sociales y generando, en esta población, una sensación de vulnerabilidad y desamparo.

2. Salud mental en Guatemala. Según el Informe sobre los sistemas de salud en Nicaragua, El Salvador y Guatemala de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006:25), se evidencian debilidades en la red de servicios de salud mental: la mayoría de los dispositivos están concentrados en la capital, siendo la cobertura en el interior del país y en especial en las áreas rurales muy pobre. No se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta. Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorios y sólo uno está destinado para la niñez y adolescencia; ninguno proporciona seguimiento de casos a nivel de la comunidad. Hay dos servicios de día en el país, sin especificidades para niñez, ni adolescencia; y dos hospitales psiquiátricos, para un total de 0.7 camas por cada 100,000 habitantes, encontrándose el 99% de las camas psiquiátricas en estos dos hospitales del área metropolitana.

No hay suficientes recursos humanos para la atención en salud mental y la mayoría se concentra en el área metropolitana. También hay pocas oportunidades de capacitación y actualización para el personal que labora en los establecimientos ambulatorios (OMS/OPS, 2006:25).

El número total de recursos humanos que trabajan en establecimientos de salud mental o práctica privada por 100,000 habitantes es de 2.43. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.57 psiquiatras, 0.03 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 1.28 enfermeros, 0.35 psicólogos, 0.07 trabajadores sociales y 0.13 terapeutas ocupacionales. Ninguno de los psiquiatras trabajan únicamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, 52% trabaja para ONGs, establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 48% trabajan para ambos sectores (Gobierno y ONG) (OMS/OPS, 2006:36).

El 80% de psicólogos trabajan solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, en tanto que el 20% trabajan para ambos sectores. No está disponible el dato de psicólogos que solo trabajan para ONG o práctica privada (OMS/OPS, 2006:36).

El índice o relación entre el personal de salud mental trabajando en o cerca de la ciudad más grande del país (Guatemala) y los que laboran en el interior es significativamente desproporcional (OMS/OPS, 2006:37). La elevada concentración de los recursos humanos en las capitales afecta seriamente el acceso a los servicios de la población del interior de la nación, en especial de las zonas rurales o de los indígenas. En Guatemala, la relación entre la razón nacional de médicos psiquiatras y la de aquellos ubicados en la capital es de 2,96 (Rodríguez, et al., 2007:353).

III. METODOLOGÍA

A. Objetivos

1. General

- Describir el Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco y otras características del ejercicio de la Psicoterapia en el interior del país.

2. Específicos

- Describir las características demográficas de las y los terapeutas en el interior del país.
- Describir las patologías más comúnmente atendidas en el interior del país.
- Realizar una comparación entre las características del Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco en el interior del país y de la ciudad de Guatemala.

B. Participantes

Se repartieron 175 cuestionarios, de los cuales 59 no fueron devueltos y 15 no se tomaron en cuenta debido a que estaban contestados incorrectamente o el/la terapeuta no cumplía con los requisitos para participar en el estudio (laborar en el interior del país y estar graduado/a) La muestra final de esta investigación estuvo compuesta por 101 terapeutas guatemaltecos y guatemaltecas que laboran en el interior del país y que participaron de forma voluntaria. Cada uno de los y las terapeutas completó el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, de la Fundación Aiglé, al cual se hizo referencia anteriormente. A través del mismo se recolectó, además, información sobre sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, ciudad donde ejerce, orientación teórica, edad de las y los clientes, modalidad terapéutica (individual, pareja, familia, grupo), duración predominante del tratamiento (breve, intermedio, prolongado), formación académica y tipo de patologías que atienden los y las terapeutas. No se tomó en cuenta a

terapeutas no graduados/as, ni a terapeutas que dan clases en algún departamento y ejercen la psicoterapia en la ciudad capital.

C. Diseño de la investigación

Esta investigación fue un estudio descriptivo con un solo grupo, sin manipulación. Es decir, que no se incluyó grupo control ni se dio ningún tipo de tratamiento. La información fue recolectada en un solo momento.

D. Muestreo

El muestro fue incidental, voluntario, e incluyó un consentimiento informado. Es decir que si los y las participantes no deseaban llenar el cuestionario, no lo hacían. En el consentimiento informado se incluyó además información sobre la naturaleza de la investigación, la universidad que lo llevó a cabo, direcciones de correo electrónico para comunicarse con las responsables de la investigación, entre otros.

E. Instrumentos

Se utilizó el cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) con la autorización de sus autores, el Dr. Héctor Fernández-Álvarez y Fernando García. Actualmente el Dr. Sergi Corbella lidera esta investigación. De acuerdo a sus autores (2003), el cuestionario EPT-C muestra propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a su confiabilidad, tanto de su consistencia interna como en la estabilidad de los resultados a través del tiempo. Su composición factorial sugiere una validez adecuada en cuanto a las dimensiones propuestas (Fernández-Álvarez, *et al.* 2003:120).

El cuestionario del EPT-C está dividido en cinco dimensiones que describen el Estilo Personal del Terapeuta. Estas dimensiones son la Instruccional, Expresiva, Involucracional, Atencional y Operacional. Cada una de estas dimensiones puede definirse como un continuo bipolar. Es decir que tiende hacia dos direcciones opuestas,

según la dimensión, pero que admite distintos matices entre los polos. El Estilo Personal se traduce entonces en la combinación obtenida por los y las terapeutas en el cuestionario y se expresa a través de un perfil en donde cada ítem corresponde a una dimensión o función particular. A continuación se describen cada una de las dimensiones.

1. Función instruccional. Está constituida por el conjunto de acciones que lleva a cabo el/la terapeuta con el fin de determinar los alcances y los límites de la relación terapéutica, y por consiguiente la distancia que regirá entre cliente y terapeuta así como los intercambios considerados legítimos en esa relación. Si bien cada técnica terapéutica establece principios generales sobre la forma en que debe desarrollarse ese vínculo, el Estilo Personal de cada terapeuta complementa esos principios de maneras diversas (Fernández-Álvarez, 1996:141).

2. Función atencional. Tradicionalmente fue denominada "función de escucha", particularmente cuando la psicoterapia era considerada casi exclusivamente una curación por medio de la palabra. Hoy en día, aunque sigue conservando en buena medida ese mismo carácter, se manifiesta por medio de otras formas de intercambio terapéutico que requieren ampliar el concepto de función atencional a algo que está más allá de la escucha. Es posible afirmar que esta función se compone de todas las operaciones que el/la terapeuta realiza con el fin de acceder a la información que el/la cliente aportará para tratar de lograr ayuda para su problema (Fernández-Álvarez, 1996:141).

3. Función operativa. Se trata de las acciones que el/la terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas, del cual se supone que resultará la producción de los cambios esperados en el/la cliente. En la medida que el/la terapeuta esté correctamente entrenado, se espera que aplique rigurosamente las premisas de la técnica que considera correcta para cada caso. No obstante, el estilo personal de cada terapeuta le llevará a cumplir esa función operativa de maneras muy diversas (Fernández-Álvarez, 1996:142).

4. Función expresiva. Se trata de la función del Estilo Personal sobre la que más se ha insistido, probablemente, en los estudios sobre incidencia del factor personal del/la terapeuta. Existe incluso un cierto prototipo ideal de función expresiva que describe al/la terapeuta como alguien cálido, con un gesto comprensivo, nunca muy elocuente, pero que transmite confianza y seguridad para comunicarse con él/ella (Fernández-Álvarez, 1996:142).

Los/las terapeutas se distribuyen en un espectro bastante amplio y además no es seguro que el mismo modo expresivo sirva para hacer funcionar adecuadamente cualquier técnica o para lograr los mismos resultados con todos los/las clientes. Esta función también está presente desde un comienzo y atraviesa toda la acción terapéutica como una constante, cuyas variaciones dependerán de los diferentes estados que puede manifestar el/la terapeuta.

5. Función involucracional. Cada terapeuta manifiesta, por medio de su compromiso vincular, la disposición que tiene para ayudar a una persona que padece. Nuevamente se encuentran en este punto ciertas descripciones ideales que proponen términos medios como la representación de este compromiso. Tales términos medios constituyen precisamente entidades ideales que describen usualmente la forma deseada por quienes los postulan. En la práctica, los/las terapeutas distan mucho de adecuarse a esos prototipos. Y esto, lejos de ser algo negativo, ha contribuido enormemente a ampliar el conocimiento existente de la psicoterapia. El movimiento de la integración debe mucho a esta circunstancia (Fernández-Álvarez, 1996:142).

El instrumento original consta de 36 ítems en formato autoadministrado y autodescriptivo que se responden en una escala tipo Likert (1-7) y representan cada una de las funciones comunicativas. En dicha escala, el 1 representa total desacuerdo y el 7 total acuerdo, los números intermedios reflejan matices de opinión. Con este instrumento, el equipo de Aiglé, encontró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la mayoría de funciones del estilo personal característico de cada una de las orientaciones teóricas. (Corbella, S. y L. Botella, 2004:115).

Debido a que en la población del Interior del País el instrumento presentó un nivel bajo de consistencia interna (0.457) se realizó una selección de ítems para mejorar la confiabilidad de la escala. Se removieron 11 ítems con lo que la confiabilidad de la misma subió a 0.623 (alfa de Cronbach). Se eliminaron los siguientes ítems: 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 26, 27 y 33. La versión utilizada consta de 25 ítems.

Se incluyeron en este nuevo estudio, las actualizaciones realizadas por Cadena (2007) de la Universidad Del Valle de Guatemala, que permitieron la realización de una versión guatemalteca del instrumento en cuestión. Asimismo, se realizaron otras actualizaciones a la hoja de datos generales. Se agregó una casilla para “Etnicidad” y otra para el “Nivel de Formación” en la cual se incluyeron las categorías: “Licenciatura”, “Maestría”, “Doctorado” y “Otra”.

F. Procedimiento

La información se recolectó de distintas formas. La primera fue visitando algunas de las universidades en donde se imparte la Licenciatura en Psicología en el Interior del País. Las universidades visitadas fueron la Universidad Rafael Landívar, Mariano Gálvez y San Carlos de la Ciudad de Quetzaltenango, la Universidad Mariano Gálvez de Escuintla y Coatepeque y las Universidades Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Sacatepéquez.

Además de esto, se contactó a los y las terapeutas que participaron en la formación del Programa Nacional de Salud Mental (2007). Este contacto se hizo vía telefónica. Una vez hecho el contacto telefónico los cuestionarios fueron enviados vía fax y devueltos de la misma forma. En los casos en que esto no fue posible, se enviaron los cuestionarios vía Cargo Expreso y regresaron de la misma forma. El método de encomienda también se utilizó para enviar y recibir cuestionarios. Esto se realizó en los departamentos de Alta Verapaz, Izabal, Jalapa, y Quiché. En algunos casos se fue a recoger los cuestionarios a la casa u oficina de los y las terapeutas que así lo prefirieron.

Otra forma de recolección de información fue a través del contacto con los Centros Fundabiem. Este contacto se realizó inicialmente con cada uno de los centros ubicados en el interior del país. Ante la poca respuesta, se contactó al área de Relaciones Públicas de Fundabiem central, a través del cual se enviaron los cuestionarios.

Utilizando los contactos que se tenían previamente se establecieron vínculos para localizar a otros terapeutas/as y así hacerles llegar el cuestionario. También se contactaron las áreas de salud de algunos departamentos y se hizo el contacto con el/la psicólogo/a del centro.

A través del programa “Espacios Amigables para Adolescentes” se tuvo contacto con varios/as terapeutas que llevan a cabo las actividades del mismo. Esto se logró asistiendo a una reunión en donde cada unidad presentó los avances alcanzados. Al finalizar el primer día de presentaciones se pidió a las y los terapeutas que llenaran el cuestionario. Cabe resaltar el hecho de que muchas de las personas que asistieron a la reunión y que llevan a cabo éstas actividades son “facilitadores comunitarios” y no tienen formación como terapeutas. Se tomó en cuenta solamente a las y los participantes con algún grado aprobado de Psicología.

Durante el Congreso VI Congreso Nacional de la Asociación Guatemalteca de Psicólogos, realizado del 20 al 23 de agosto de 2008, se repartieron cuestionarios a los y las terapeutas que trabajan en el interior del país. Se recogieron solamente cuatro cuestionarios.

G. Análisis de los datos

La información obtenida a través de los cuestionarios se tabuló en el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 14.0. A través de este programa se realizó una descripción de las variables demográficas de la muestra, así como otros elementos que componen su Estilo Personal como Terapeutas.

Se realizó la selección de los ítems mencionada anteriormente y con la versión adaptada se llevó a cabo el análisis estadístico.

Debido a que surgieron muchas combinaciones distintas de Orientaciones Teóricas, las mismas se separaron en grupos. Cada una de las categorías mayores (Cognitiva, Humanista-Existencial, Psicoanálisis, Sistémico e Integrativo) constituyeron una sola categoría en sí mismas. Las distintas combinaciones de orientaciones teóricas, con excepción de la Cognitiva-Humanista, fueron categorizadas y procesadas como eclécticas.

Se llevó a cabo, además, un análisis sobre la relación entre distintas variables y su implicación para el/la terapeuta guatemalteco/a.

IV. RESULTADOS

A. Información general

La muestra final estuvo compuesta por 101 terapeutas guatemaltecos, 73.3% del sexo femenino y 26.7% del sexo masculino. El rango de edad de los y las terapeutas que completaron el cuestionario se encuentra entre los 21 y 59 años. La media de la edad fue de 38 años. El promedio de años de experiencia fue de 7.72 (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Variables del terapeuta

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	100	21	59	38.01	10.29
Años de experiencia	99	1	30	7.72	6.85

En cuanto a la etnicidad, el 20.8% de los y las terapeutas se identificaron como indígenas y el 76.2% como no indígenas. La distribución de los y las terapeutas que participaron en el estudio se muestra en la Gráfica 1. Es importante mencionar que los Departamentos del país en donde se imparte la esta licenciatura son: Quetzaltenango, Huehuetenango, Sacatepéquez, Retalhuleu, Escuintla, Cobán, Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa, Izabal, Zacapa, Sololá y Chimaltenango.

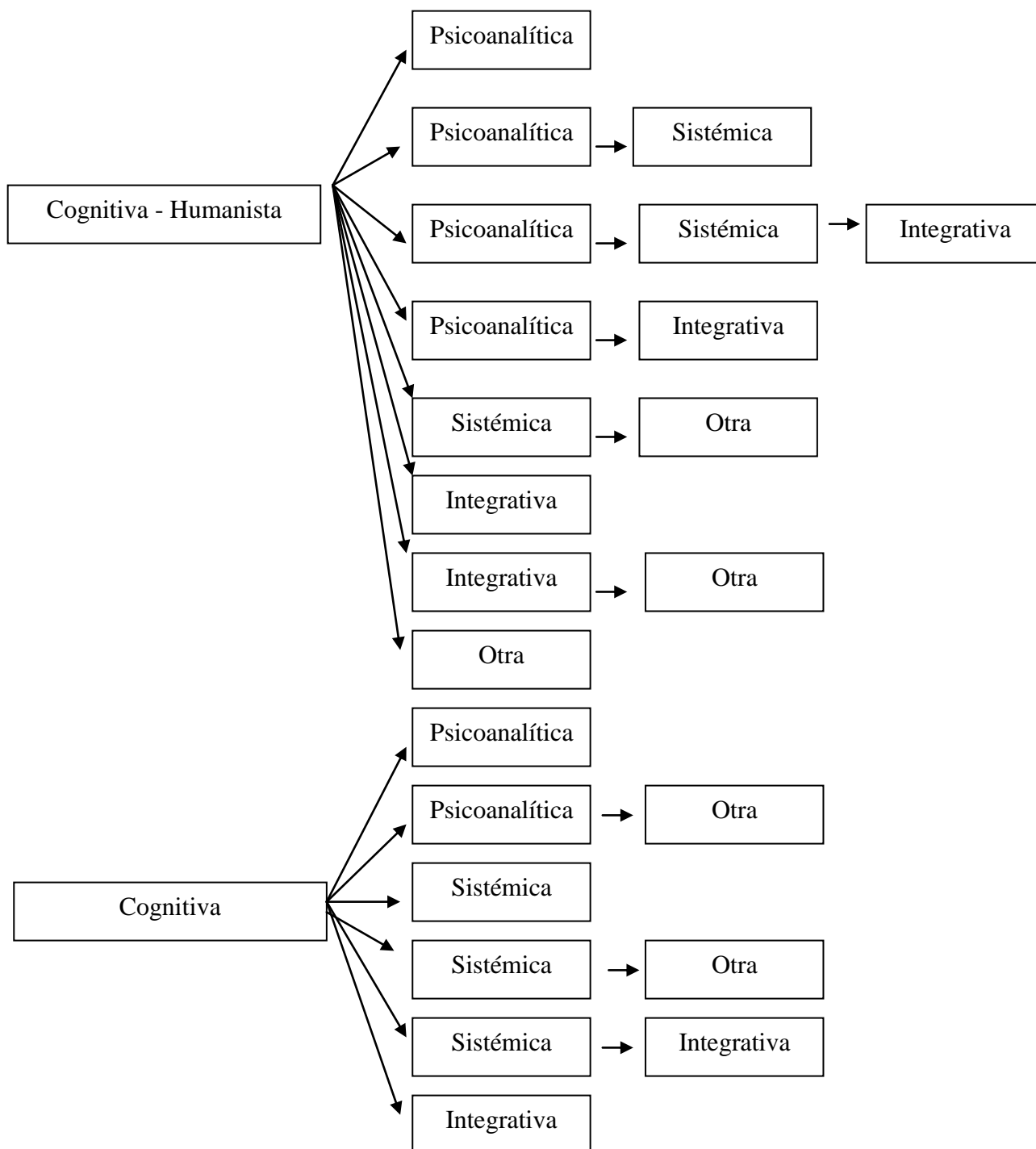
Gráfica 1: Porcentaje de Terapeutas por Departamento



Los y las terapeutas se identificaron con distintas orientaciones teóricas y combinaciones de las mismas. El 22.8% de la muestra se identificó como Integrativo, seguido por un 13.9% que se identificó como Cognitivo, un 10.9% que se identificó como Humanista-Existencial y un 7.9% se identificó como Cognitivo-Humanista. El resto de terapeutas se identificó con dos o más orientaciones teóricas. Estos se

clasificaron como Ecléticos. Las combinaciones encontradas se muestran en la gráfica 2. Los porcentajes de terapeutas que se identificaron con las distintas orientaciones teóricas se muestran en la Tabla 2.

Gráfica 2. Árbol de categorías de las orientaciones teóricas



Continuación Gráfica 2. Árbol de categorías de las orientaciones teóricas

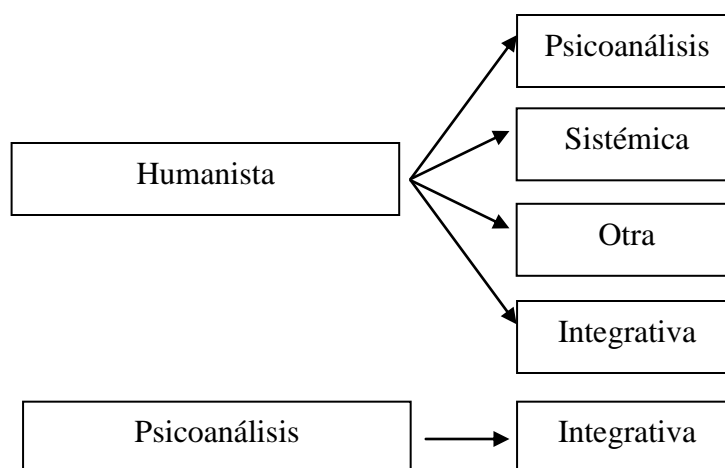


Tabla 2. Orientaciones teóricas de las y los terapeutas

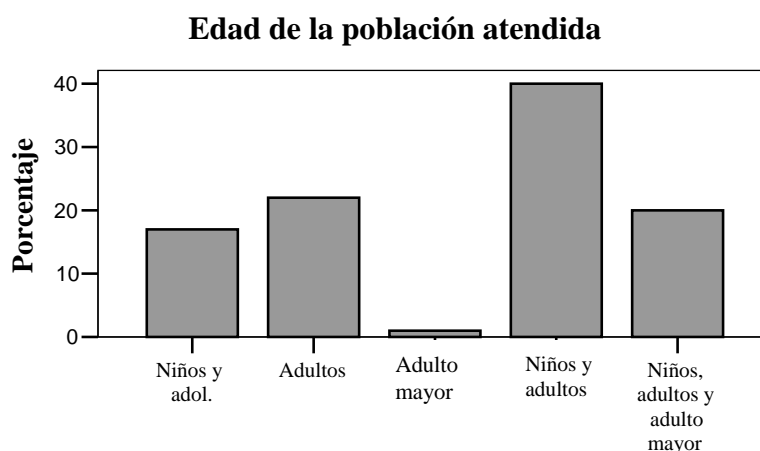
Orientación teórica	Cantidad	Porcentaje
Integración de varias	23	22.8%
Cognitiva	14	13.9%
Humanista-existencial	11	10.8%
Psicoanalítica	5	4.95%
Sistémica	2	1.98%
Ecléctica	46	45.5%

Entre las marcadas como “Otra”, las y los terapeutas mencionaron la Terapia Gestalt, Equinoterapia e Hipnosis. El 53.5% de las y los terapeutas trabaja bajo una sola orientación, el 23.8% se identificó con dos orientaciones y el 22.8% restante se identificó con tres orientaciones o más.

En cuanto a la población atendida, el 39.6% de los y las terapeutas reportó trabajar con niños, adolescentes y adultos. El 21.8% trabaja solamente con adultos, el 16.8%

atiende a niños y adolescentes y el 19.8% atiende a todas las poblaciones, es decir, niños, adolescentes, adultos y adulto mayor. Solamente el 1% de las y los terapeutas entrevistados reportó atender adultos mayores (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Edad de la población atendida



La modalidad terapéutica estuvo dividida en cuatro tipos: individual, pareja, familiar y grupos. El 34.7% de los y las terapeutas reportaron trabajar en un formato de terapia individual, el 23.8% trabaja todas las modalidades terapéuticas, el 9.9% trabaja formato individual y de familia y el 9.9% trabaja en formato individual y de grupo. Solamente el 5% de las y los terapeutas llevan a cabo exclusivamente terapia de grupo y el 1% terapia de familia. El resto atiende a distintas combinaciones de modalidad. Entre estas se encuentran: Individual-Pareja-Familia (5.9%), Individual-Pareja (5.9%), Individual-Familia-Grupo (2%), Individual-Pareja-Grupo (2%).

Las patologías atendidas son diversas. Entre estas están la ansiedad y depresión, trastornos de personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, violencia y trastornos de alimentación. Los y las terapeutas escogieron distintas combinaciones las mismas. El 5.9% de las y los terapeutas reportó dedicarse al tratamiento de la ansiedad y la depresión, el 4% reportó trabajar ansiedad y depresión junto con violencia, el 3% trabaja con todas las patologías

y el 5% trabaja otras patologías, como problemas de aprendizaje, de conducta y escolares. El resto de combinaciones de patologías tienen menos del 3% de representatividad. Es importante mencionar que el 89.1% de los y las terapeutas atienden más de una patología y que el 88.1% reportó trabajar con casos de ansiedad y depresión, ya sea como única o dentro de las combinaciones de patologías atendidas. Se dio el mismo fenómeno en cuanto a la violencia, la cual es atendida como única o combinada por el 50.5% de las y los terapeutas.

La mayoría de los y las terapeutas (70.3%) reportó que la duración predominante de los tratamientos que ofrecen es breve (hasta 6 meses). El 16.8% reportó que la duración de sus tratamientos es Intermedio (hasta 2 años), el 11.9% reportó una combinación entre tratamientos breves e intermedio. Ningún terapeuta reportó una duración prolongada del tratamiento.

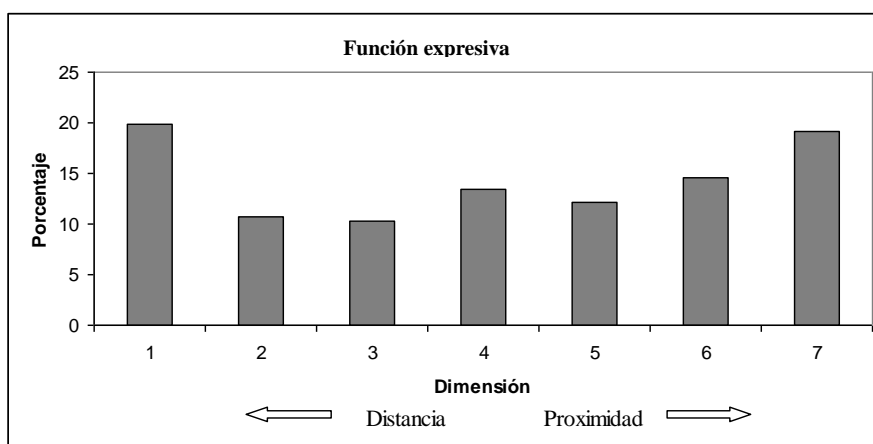
El 90.1% de los y las terapeutas participantes tienen formación en Psicología, el 7.9% en más de una (Medicina y Psicología), y el 2% tiene formación en otra área (Trabajo Social). En cuanto al nivel de formación, el 52.5% reportó tener un grado de Licenciatura, el 10.9% de Maestría, el 4% de Doctorado y un 32.7% no respondió.

B. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta

El cuestionario del EPT-C está dividido en cinco dimensiones que describen el Estilo Personal del Terapeuta. Estas dimensiones son la Instruccional, Expresiva, Involucracional, Atencional y Operacional. Cada una de estas dimensiones puede definirse como un continuo bipolar. Es decir que tiende hacia dos direcciones opuestas, según la dimensión, pero que admite distintos matices entre los polos. El Estilo Personal se traduce entonces en la combinación obtenida por los y las terapeutas en el cuestionario y se expresa a través de un perfil en donde cada ítem corresponde a una dimensión o función particular. A continuación se describen los resultados en función de esas dimensiones.

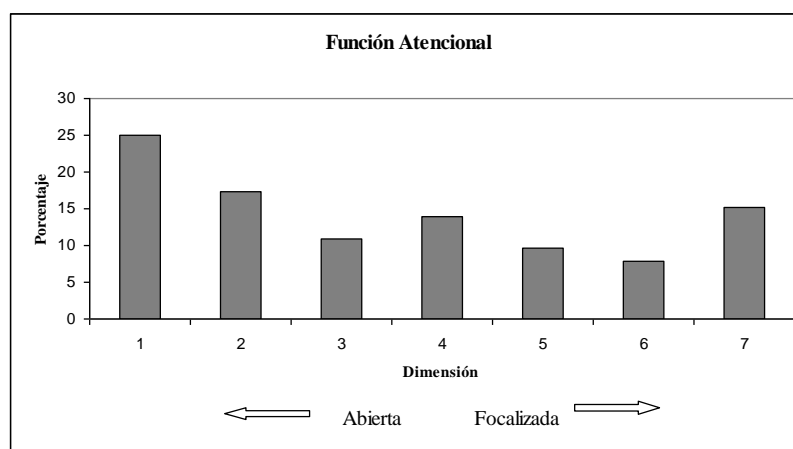
1. Función expresiva. En cuanto al nivel de Distancia-Proximidad que mantienen los y las terapeutas en el interior del país, el 41% de los y las terapeutas se encuentran en un nivel distante con respecto del paciente, 46% se ubican en el otro extremo, en un nivel alto de proximidad y el 13% de las y los terapeutas se encuentra en un nivel intermedio en cuanto a esta dimensión (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Función expresiva. Medición de distancia vrs. proximidad que permite el terapeuta



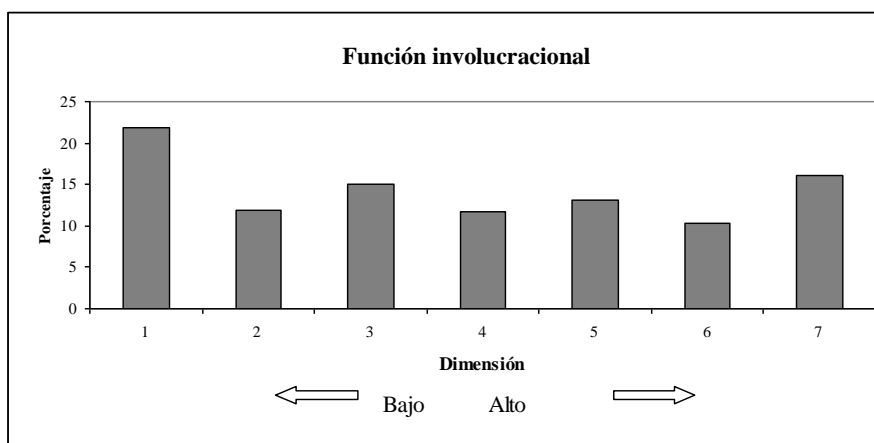
2. Función atencional. La atención es predominantemente abierta durante las sesiones en el 53% casos, 33% focaliza su atención y un 14% se mantiene en una posición intermedia con respecto de esta función (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5: Función Atencional. Medición del nivel de atención. Abierto vrs. Focalizado.



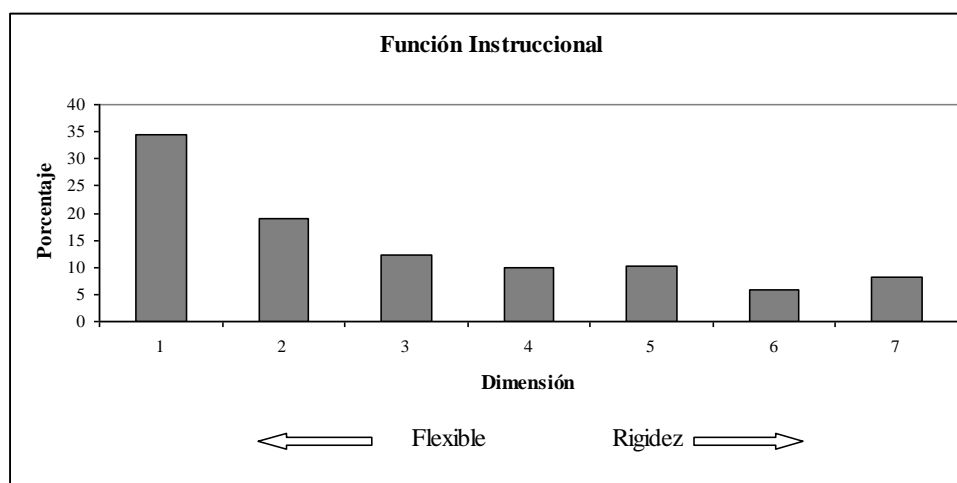
3. Función involucracional. Las y los terapeutas encuestados, en general, muestran una tendencia a desarrollar un nivel bajo de involucración con sus pacientes o clientes (49%), el 39% por el contrario, se sitúa en un nivel alto de cercanía. Un pequeño porcentaje (12%) mantiene una postura intermedia en cuanto a esta dimensión (Ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Función Involucracional. Medición del nivel de involucración del terapeuta.



4. Función Instruccional. El nivel de flexibilidad es alto para el 66% de las y los terapeutas, mientras el 24% tiende a la rigidez. El 10% se encuentra en un nivel intermedio en cuanto a esta dimensión (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Función instruccional. Medición del nivel de flexibilidad vrs. rigidez del terapeuta.



5. Función Operacional. Al evaluar la preferencia de las y los terapeutas en cuanto a los tratamientos pautados versus espontáneos, se encontró que el 47% de las y los terapeutas reportaron que suelen actuar de manera espontánea durante las sesiones, el 40% reporta que prefiere los tratamientos pautados, mientras un 13% mantiene una postura intermedia en cuanto a esta dimensión (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Función operacional. Medición del tratamiento pautado vrs. espontáneo.

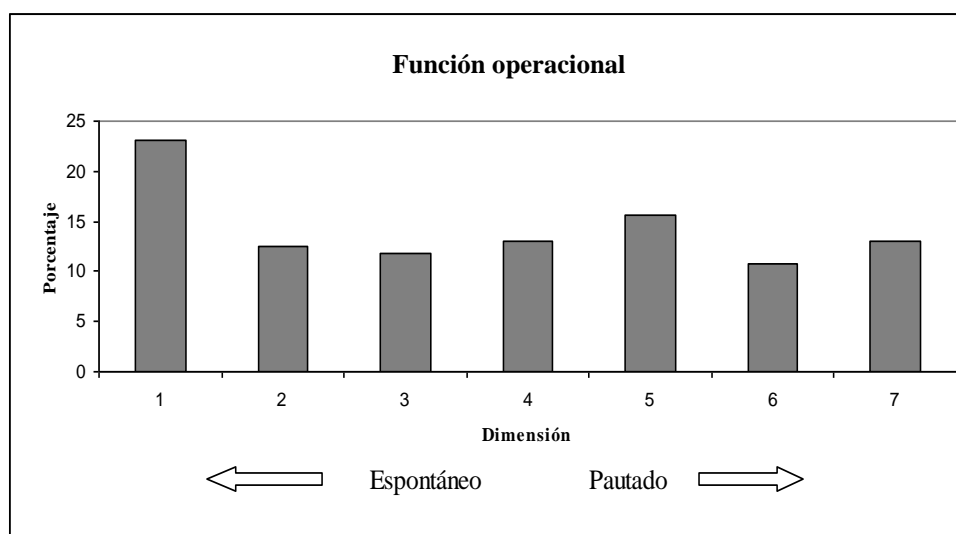


Tabla 3. Estadísticas descriptivas de las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta

Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Instruccional	101	4	25	15.11	4.72
Expresiva	101	11	47	27.04	7.35
Involucración	101	5	29	14.17	6.09
Atencional	100	4	24	14	4.65
Operativa	101	5	32	18.49	5.76

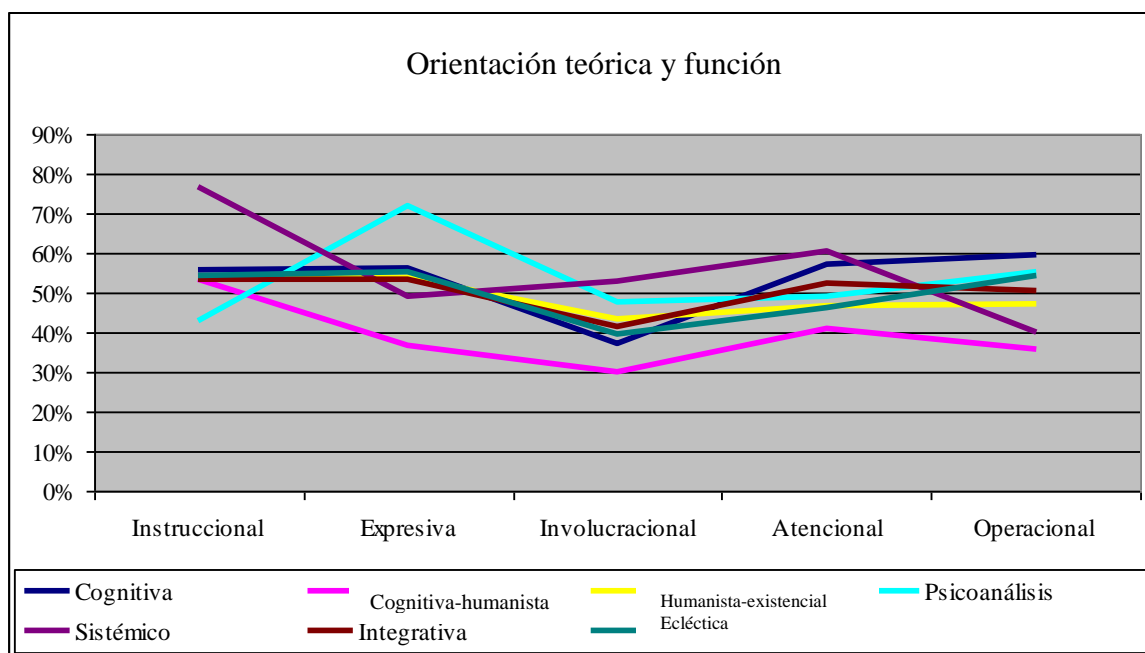
6. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas. Los y las terapeutas que se identifican como Cognitivos tienen el

mismo nivel de función instruccional que expresiva (56%). Tienen un nivel bajo de función involucracional (37%), en comparación con el resto de sus funciones. Los y las terapeutas que se identifican como cognitivos-humanistas poseen el nivel más bajo de función involucracional de toda la clasificación. Las funciones expresiva (37%) y operacional (36%) son las más bajas de este grupo, es decir que mantienen mayor distancia emocional y prefieren los tratamientos espontáneos. Las y los terapeutas cognitivos tienen un nivel más alto de cada una de las funciones que las y los terapeutas que se identificaron cognitivos-humanistas. Es decir que mantienen mayor proximidad emocional, tienen una escucha más focalizada, mantienen un mayor nivel de involucración, tienden más a la rigidez y están más orientados a los tratamientos pautados que los terapeutas cognitivos-humanistas. En cuanto a la función instruccional, quienes mantienen un mayor nivel de rigidez son los y las terapeutas que se identifican como sistémicos (77%). La función involucracional tiene los porcentajes más bajos en cada una de las orientaciones teóricas de todas las funciones. Las y los terapeutas eclécticos tienen una función instruccional (54%), expresiva (55%) y operacional (54%), mayor que sus funciones involucracional (40%) y atencional (46%). Están más orientados a mantener un mayor grado de rigidez, de proximidad y de focalización que a involucrarse con sus clientes y a mantener abierto su nivel de atención. Las y los terapeutas con mayor preferencia por tratamientos pautados son quienes tienen una orientación cognitiva (función operacional 59%), quienes están orientados hacia tratamientos más espontáneos de todo el grupo son quienes se identifican como cognitivos-humanistas (función operacional 36%). Quienes mantienen un nivel de función atencional que tiende a una atención más focalizada, son los y las terapeutas que se identificaron como sistémicos (61%), seguidos por los y las terapeutas cognitivos (57%) e integrativos (52%). En el otro extremo, se encuentran los y las terapeutas que mantienen su atención más bien abierta. Entre estos se encuentran las y los terapeutas cognitivos-humanistas (41%), eclécticos (46%), humanista-existenciales (47%) y psicoanalistas (49%) (Ver Tabla 4 y Gráfica 9).

Tabla 4. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas

Función	Instruccional	Expresiva	Involucracional	Atencional	Operacional
Cognitiva	56%	56%	37%	57%	59%
Cognitiva-Humanista	54%	37%	30%	41%	36%
Humanista-Existencial	53%	54%	43%	47%	47%
Psicoanálisis	43%	72%	47%	49%	55%
Sistémico	77%	49%	53%	61%	40%
Integrativa	53%	53%	41%	52%	50%
Ecléctica	54%	55%	40%	46%	54%

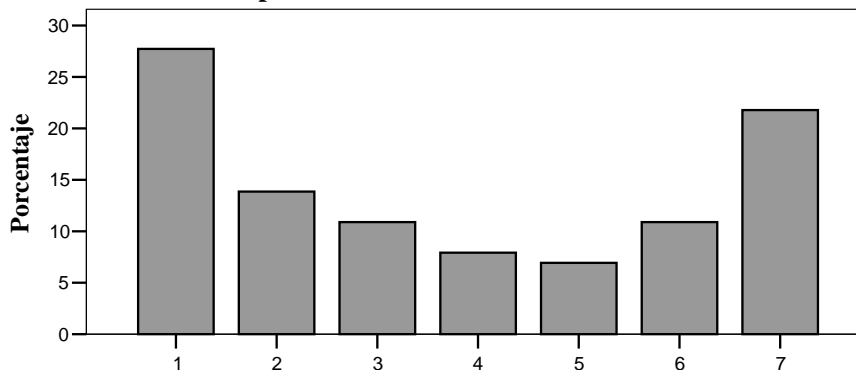
Gráfica 9. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y las distintas orientaciones teóricas



En cuanto a la afirmación “Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento”, 52.6% de los terapeutas se encuentra en desacuerdo, el 39.6% está de acuerdo y el 7.9% muestra una postura intermedia (Ver Gráfica 10).

Gráfica 10. Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.

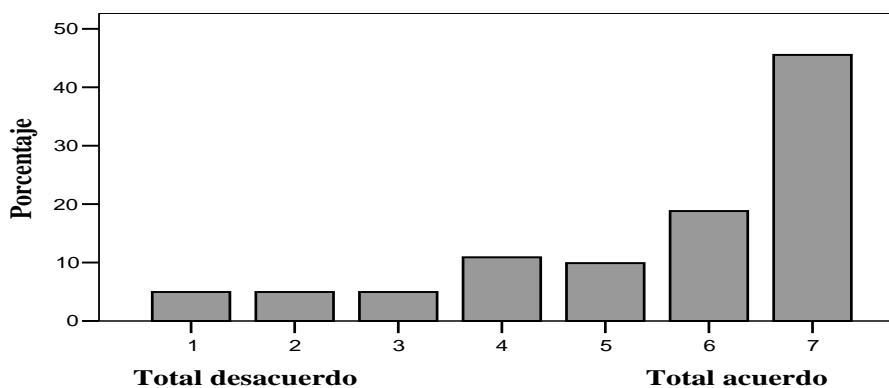
Pregunta 6: "Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento"



Un alto porcentaje (75%) de los y las terapeutas está de acuerdo con el hecho de que las emociones son un instrumento poderoso de cambio, el 10.9% mantiene una postura intermedia y el 15% está en desacuerdo con la afirmación (Ver Gráfica 11).

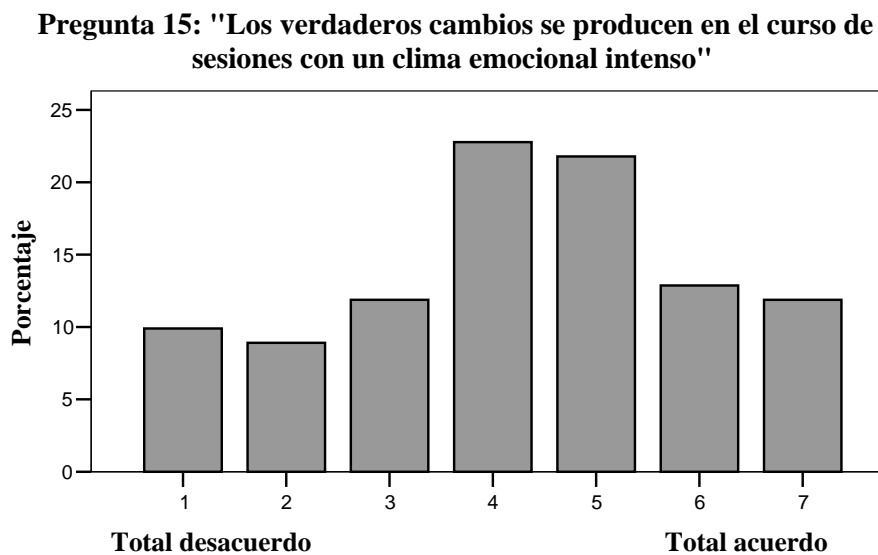
Gráfica 11. "Las emociones son un poderoso instrumento de cambio"

Pregunta 11: "Las emociones son un poderoso instrumento de cambio"



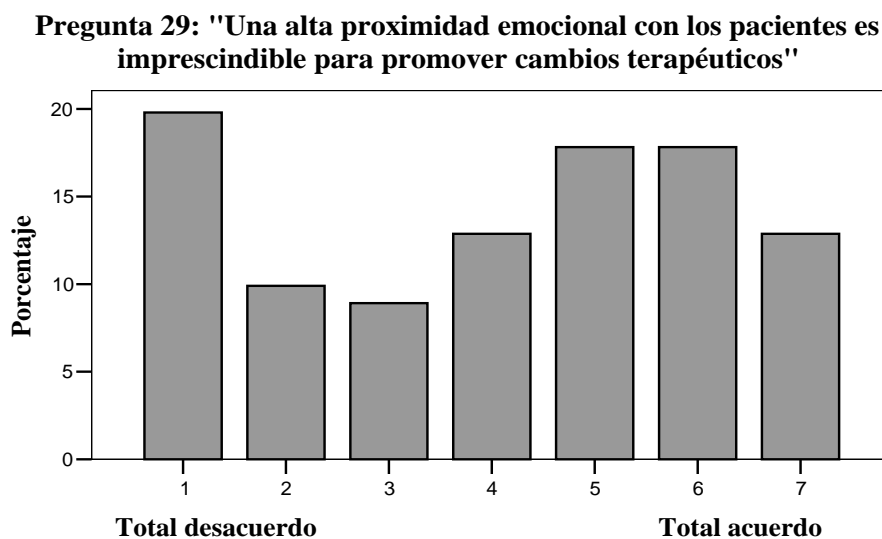
Un clima emocional intenso es considerado favorecedor para que se produzcan cambios por el 46.6% de los y las terapeutas, el 22.8% se encuentra en una postura intermedia y el 30.7% reportó estar en desacuerdo con esto (Ver Gráfica 12).

Gráfica 12. “Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.



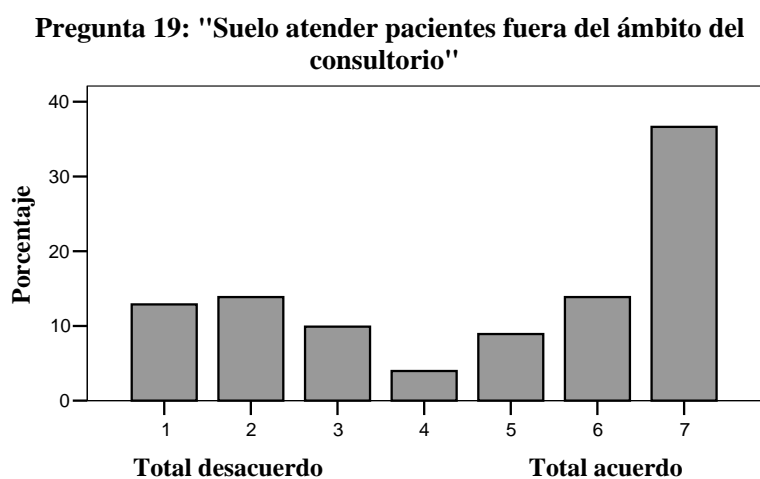
La proximidad emocional con los pacientes es considerada imprescindible para promover cambios terapéuticos por el 48.5% de la muestra. El 38.6% de las y los terapeutas están en desacuerdo con lo anterior. Un 12.9% mantiene una postura intermedia (Ver Gráfica 13).

Gráfica 13. “Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos”



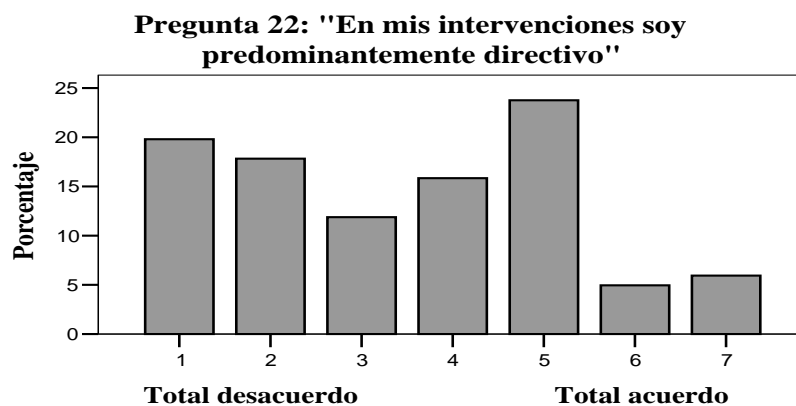
En cuanto a la afirmación “Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio”, el 59.4% estuvo de acuerdo, el 36.7% afirma lo contrario. El 4% de los y las terapeutas adoptaron una postura intermedia (Ver Gráfica 14).

Gráfica 14. “Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio”



La directividad es predominante en las intervenciones del 49.5% de la muestra, mientras que el 34.7% se encuentra en el extremo opuesto. El 15.8% tiene una postura intermedia (Ver Gráfica 13).

Gráfica 15. “En mis intervenciones soy predominantemente directivo.”



V. DISCUSIÓN

Durante los últimos años ha aumentado la conciencia en el país sobre la importancia de la salud mental, lo cual ha implicado un desarrollo de la psicología como ciencia. Esto se ha dado por varias razones. Entre éstas se puede mencionar los antecedentes históricos de violencia que ha vivido el país, los desastres naturales y pobreza extrema. La multiculturalidad es el eje sobre cual gira la mayoría del trabajo que se realiza actualmente en salud mental. Es importante mencionar que las muchas etnias y culturas que cohabitan en Guatemala, específicamente las culturas indígenas, han sido siempre víctimas de discriminación y exclusión. Esta población fue la más afectada durante el Conflicto Armado Interno, por lo tanto la que se encuentra más vulnerable ante cualquier amenaza de índole natural y es, a su vez, la población que no ha tenido la oportunidad de cerrar sus procesos de duelo totalmente. Por lo anterior, cada vez más, se desarrollan planes para el fomento de la salud mental desde distintas instituciones. En concordancia con esto, puede verse que en Guatemala se encuentra personal de salud mental, específicamente psicólogos/as, trabajando en los contextos más variados. Esto se hace especialmente cierto en el interior del país, donde las y los terapeutas, en función de la población atendida, trabajan de diversas maneras, en distintos contextos y bajo diferentes metodologías. Cabe resaltar que una parte fundamental del quehacer de las y los psicólogos/as en el interior del país es proveer de servicios de psicoterapia a la población.

Por lo tanto, puede afirmarse que el ejercicio de la psicoterapia en el interior del país, es tan diverso como su cultura y geografía. Esto afecta la visión del mundo del/la terapeuta, su forma de ejercer, sus supuestos teóricos y la forma en que establece la relación con el/la cliente; no olvidando que este puede ser una persona, una familia, un grupo o una comunidad.

Durante este proyecto de investigación algunos/as terapeutas se mostraron anuentes a participar, mientras otros se mostraron resistentes. Las causas de esta resistencia pueden ser la poca exposición a proyectos de investigación y a hacer autoevaluaciones de su

propio desempeño profesional; esto se reflejó en la dificultad para tener una muestra representativa mayor de las y los psicoterapeutas en el interior del país. Por lo tanto, se obtuvo una muestra final de 101 terapeutas, a pesar de que el Colegio de Psicólogos y el Colegio de Ciencias y Humanidades reporta un número mayor de profesionales. Entre los principales retos encontrados para la recolección de información se puede mencionar, además de la renuencia mencionada anteriormente, la cantidad reducida de terapeutas que laboran en el interior del país. El hecho de que muchos de los y las terapeutas se movilicen de un lugar a otro como parte de sus labores cotidianas dificultó también la localización de los mismos para invitarles a participar en el estudio y luego; para hacerles llegar y recoger los cuestionarios. En el caso de las universidades que fueron visitadas, se pudo constatar que las y los terapeutas que laboran como catedráticos/as, permanecen muy poco tiempo en estas instituciones, esto es especialmente cierto en lugares en donde la carrera se imparte solamente en plan fin de semana. Dado que las instituciones no tienen autorización de revelar otras formas de comunicación con las y los catedráticos, se debió llamar en constantes ocasiones para localizarles y entregar y recoger los cuestionarios. Finalmente, la falta de herramientas de comunicación (fax e internet) en muchas de las áreas de salud contactadas, retardó el proceso de establecimiento de contactos. Cabe resaltar que a pesar que se encontraron dificultades para recolectar la información, la colaboración de otros/as terapeutas y estudiantes de psicología, facilitó el trabajo en gran medida e hizo contrapeso a las dificultades, dando una prueba de la solidaridad que como gremio debería caracterizarnos.

La distribución por edad los y las terapeutas que ejercen en el interior del país y que participaron en el estudio es de entre 21 y 59 años, con una media de 38.01. El hecho que la muestra sea, en su mayoría femenina, indica la tendencia cultural a ver la Psicología como una profesión para mujeres. Esta diferencia entre mujeres y hombres terapeutas también fue documentada por Cadena (2007) en la investigación del Estilo Personal del Terapeuta realizada en la Ciudad de Guatemala. Como explican Grazioso, *et al.* (2002:178) «en algunos grupos guatemaltecos existe la idea de que la Psicología es una profesión para mujeres», y que, por lo tanto, esta carrera suele ser buscada por un

grupo de mujeres bajo el supuesto de que no exige conocimientos matemáticos ni internados hospitalarios, como es en el caso de quienes estudian medicina.

Como se mencionó anteriormente, Guatemala es un país diverso en muchos sentidos. Uno de los rostros de esta diversidad, es la étnica. La etnicidad en el país tiene su origen en tres vertientes primarias: indígenas, españoles y africanos. Debe recordarse además que Guatemala es un país receptor de migrantes (PNUD, 2005:60). Siendo Guatemala un crisol de culturas, resulta importante notar que solamente el 20.8% de los y las terapeutas participantes se identificó como Indígena. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el Informe Nacional de Desarrollo Humano (2005:149), indica que es evidente que el país ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la condición educativa en el país durante los últimos diez años. Sin embargo, aún no se han alcanzado los niveles mínimos educativos que tienen la mayoría de países. Se menciona, además, que existen diferencias estadísticamente significativas en las tasas de escolarización primaria y secundaria entre blancos y no blancos. En el caso de la educación superior (universitaria), las diferencias entre blancos y no blancos en la tasa neta de escolarización son muy altas. Se halló además discriminación étnica, en este último nivel. Tomando en cuenta esta información resulta evidente que el acceso para personas Indígenas a la educación universitaria es más difícil, lo que explica la diferencia tan amplia en cuanto a etnicidad en la muestra. A pesar de lo anterior, se observa que en las últimas décadas se dio una pequeña ampliación de oportunidades de acceso para la población Indígena (PNUD, 2005).

Las múltiples orientaciones teóricas también son una muestra de diversidad. La mayoría de las y los terapeutas se identificó con dos o más orientaciones teóricas, por lo que se les clasificó como “Eclécticos/as”. Esta mezcla de enfoques se reporta en la investigación realizada por Cadena (2007) en la Ciudad de Guatemala. El eclecticismo puede entenderse como la «no adhesión a una escuela psicológica concreta» (Feixas y Botella, 2004:34). En este sentido puede verse que los y las terapeutas utilizan, en sus intervenciones, supuestos y técnicas que en ocasiones pueden llegar a ser teóricamente incompatibles, en un intento por responder a su contexto y situación. Tal es el caso de la

combinación de la teoría Psicoanalítica y la Humanista-Existencial. La corriente Cognitiva apareció en 15 de las 20 combinaciones que se clasificaron dentro de la categoría “ecléctica”, pudiendo esto indicar que los supuestos de la teoría Cognitiva se adecuan bien al contexto en donde se desempeñan estos/as terapeutas, además de que la formación en las universidades en el interior probablemente enfoquen sus programas hacia esta orientación teórica. La corriente Humanista-Existencial aparece en 13 de las 20 combinaciones. En menor frecuencia la corriente Psicoanalítica (7 de 20) y la Sistémica (7 de 20). Estos resultados se repiten en el caso de las orientaciones teóricas puras. Es decir, en primer lugar la Cognitiva, luego la Humanista Existencial, la Psicoanalítica y finalmente, la Sistémica. Un porcentaje significativo de terapeutas (22.8%) se identificó como Integrativo. Este hecho coincide con lo que explican Feixas y Botella (2004:37) en cuanto a que se va extendiendo la actitud entre los y las terapeutas de buscar los ingredientes comunes entre los enfoques, en lugar de remarcar sus diferencias. Lo anterior con el fin de lograr mejores resultados y hacer una psicoterapia que responda a las necesidades de la persona que acude a la misma. Sin dejar de lado ni poner en juego, en esta adaptación, su estilo personal.

La población que recibe más atención, según la muestra, está compuesta por Niños/as, Adolescentes y Adultos/as. Solamente el 1% reportó trabajar exclusivamente con adultos mayores y el 19.8% incluye a las y los adultos mayores con adultos, adolescentes y niños, dentro de su población atendida. Este porcentaje es consistente con el 1.1% de terapeutas que trabajan específicamente con adultos mayores en la Ciudad de Guatemala y el 14% que atiende a todas estas poblaciones (Cadena, 2007). Esto resulta de mucho interés y preocupación, debido a que, como explican Albala *et al.* (2005:2), en los próximos 10 años la población de 60 años o más, alcanzará o superará la cifra de 13%.

En el interior del país puede verse la tendencia a trabajar varias modalidades terapéuticas. Es decir, que las y los terapeutas llevan a cabo terapia individual, de pareja, familiar y de grupo o distintas combinaciones entre éstas. Esto indica un grado muy bajo de especialización de las y los terapeutas que se puede deber al hecho de que

«el índice o relación entre el personal de salud mental trabajando en o cerca de la ciudad más grande del país (Guatemala) y los que laboran en el interior es significativamente desproporcional» (OMS/OPS, 2006:37). Un claro ejemplo de esta situación es el hecho de que de 1048 colegiados en el Colegio de Psicólogos de Guatemala, solamente 41 ejercen en el interior del país. Debe considerarse en este sentido, el componente de subregistro que existe. Dadas las características mencionadas en cuanto a la práctica clínica en el interior del país, puede inferirse que las y los psicólogos deben realizar tareas diversas que son exigidas por la misma y a la vez por el entorno. No hay suficientes recursos humanos para la atención en salud mental, la mayoría se concentra en el área metropolitana. Tampoco hay muchas oportunidades de capacitación y actualización para el personal que labora en los establecimientos ambulatorios (OMS/OPS, 2006:25). Esto se refleja, en el hecho de que un gran porcentaje de los y las terapeutas (77.9%) tienen formación solamente a nivel de licenciatura. Cabe resaltar que a causa de lo anterior, el poco personal y el bajo nivel de especialización, el acceso a servicios de salud mental para la población del interior del país es limitado. En consecuencia, las actividades que generalmente son llevadas a cabo por un terapeuta, están siendo atendidas por facilitadores comunitarios, con un nivel de entrenamiento distinto.

Los y las terapeutas de la muestra atienden patologías diversas. El 89.1% de la muestra atiende más de una patología. Este hallazgo concuerda con los resultados de Cadena (2007) en el estudio del Estilo Personal del Terapeuta, que se realizó en la Ciudad de Guatemala. Las y los terapeutas del interior deben responder a necesidades diversas, como se mencionó anteriormente y esto se refleja en la cantidad de patologías que atienden. Las patologías más comunes atendidas por los y las terapeutas de este estudio coinciden con lo encontrado por Cadena (2007) donde la ansiedad y la depresión se evidencian como necesidades de las personas que recurren a terapia. Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Kohn *et al.* (2005:233) donde se reporta que en América Latina la depresión mayor mostró una prevalencia media de 8,7% y que la frecuencia de la enfermedad fue casi el doble en mujeres. Los trastornos de ansiedad generalizada mostraron también una alta prevalencia en la población y

fueron más frecuentes en mujeres que en varones. Los mismos autores estimaron que en el período de 1999 a 2005 los trastornos que afectaron al mayor número de adultos fueron la depresión mayor, la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada, y el abuso o la dependencia del alcohol.

La violencia es uno de los mayores problemas psicosociales que se viven en Guatemala y otros países de América Latina. A causa de esto, «muchos terapeutas deben responder a las secuelas que la violencia produce» (Cadena, 2007). El porcentaje de terapeutas de la muestra que trabajan con violencia en el Interior del País (50.5%) es mayor al de la Ciudad de Guatemala (2.2%). No debe dejarse de lado, en este sentido, que el Conflicto Armado Interno tuvo impacto principalmente en el área rural. Muchas personas y comunidades sufrieron de una u otra manera, independientemente de sus vínculos. Entre los adultos, son pocos a quienes no afectó de forma directa la guerra. Todos perdieron a algún familiar durante la guerra, ya sea porque este murió, tuvo que salir del país o fue desaparecido (Osorio, 2005:85). La sociedad guatemalteca de post guerra ha dado paso a un nuevo esquema de confrontación, que se traduce en violencia social, inseguridad y repetición de la violencia en el ámbito familiar y de la pareja.

Según los resultados de este estudio, el Estilo Personal de los y las terapeutas del interior del país como grupo unificado, se encuentra que las dimensiones más altas son la operacional y expresiva. La predominancia de la función expresiva corresponde con la encontrada por Cadena (2007:41). En cuanto a la predominancia de la flexibilidad en la función instruccional, Corbella y Botella (2004:105) explican que un terapeuta flexible puede transmitirle al paciente que podrán existir cambios y modificaciones en el plan de tareas establecido. A su vez, puede notarse que el encuadre en el cual se desempeñan tiende a la flexibilidad. Con referencia a la dimensión expresiva de las y los terapeutas del interior del país, se evidencia que las y los terapeutas guatemaltecos, mantienen un nivel intermedio de cercanía con sus clientes. Resulta relevante el hecho de que existe incluso un cierto tipo ideal de función expresiva que describe al/la terapeuta como alguien cálido con un gesto comprensivo, nunca muy elocuente pero que transmite confianza y seguridad (Fernández-Álvarez, 1996:142). Asimismo,

muestran una tendencia a mayor comodidad trabajando con tratamientos pautados. Las y los terapeutas que prefieren trabajar con acciones programadas son aquellos/as que se inclinan por terapias breves y focalizadas. Cuanto más delimitada resulta una terapia tantas más posibilidades existen de controlar su curso de acción (Corbella y Botella, 2004:108). El nivel de involucración tiende a ser bajo entre las y los terapeutas del interior del país, en comparación con las otras dimensiones de su comunicación. Éstos/as prefieren situarse en un lugar de menor compromiso y las/los pacientes saben que pueden contar menos incondicionalmente con sus terapeutas. El grado de autonomía relativa y de poder de decisión que el terapeuta le asigna a cada paciente es una variable fundamental en este sentido (Corbella y Botella, 2004:112). La atención de las y los terapeutas suele ser más abierta que focalizada. En este sentido, debe recordarse que el modelo teórico y las técnicas empleadas influyen en el modo que se debe canalizar la información encontrándose importantes relaciones con la función operativa. Es decir, que cuando el programa de tratamiento está muy pautado o se enfatiza la directividad del terapeuta, este experimentará mayor presión para concentrar su atención en ciertos aspectos en particular. Por el contrario, cuando el terapeuta se enfrenta con programas terapéuticos menos estructurados, su atención tenderá a ser más abierta y distribuida (Corbella y Botella, 2004:104). Puede verse entonces cómo las dimensiones de comunicación de las y los terapeutas guatemaltecos/as coinciden con el entorno psicoterapéutico en el cual la terapia tiende a ser breve y existe una mayor comodidad en trabajar con base en tratamientos pautados.

Los resultados en referencia a las Dimensiones, separadas por orientaciones teóricas, variaron según estas últimas. Es decir, que cada una de las orientaciones teóricas presentó, en algún grado, las características del estilo de cada una de las teorías. También se dio el caso de estilos que no coincidieron con los presupuestos básicos de las teorías. Puede verse entonces que, dentro de la misma orientación, los y las terapeutas muestran diferencias de estilo. Es importante también tomar en cuenta que la población clínica asistida pone en evidencia modos diferentes de abordaje según la orientación de los terapeutas (Rial, *et al.*, 2006:203). Esto indica que la orientación teórica del/la terapeuta depende también de lo que el entorno le esté demandando.

Las emociones son consideradas, en mayor o menor medida, como un elemento esencial en el desarrollo de la persona y del proceso psicoterapéutico. La mayoría de terapeutas del estudio no consideró que las emociones que el/la paciente le despierte sean importantes para el curso del tratamiento. Esto contrasta con los hallazgos de Duan y Kivlighan en cuanto a que la « semejanza entre las emociones del terapeuta y del paciente contribuían a que el cliente evaluara la sesión como profunda» (Corbella y Botella, 2003:207). No debe olvidarse que la empatía implica sostener determinado grado de intercambio emocional con el paciente, con el fin de desarrollar la confianza y la posterior alianza terapéutica; y que la manera en que el/la terapeuta se expresa emocionalmente durante las sesiones, resulta un factor sintetizador de la función expresiva (Corbella y Botella, 2004:106).

Un porcentaje alto de las y los terapeutas concuerdan en que las emociones son un poderoso instrumento de cambio y en que un clima emocional intenso favorece la producción de cambios. En este sentido puede verse cómo las y los terapeutas del estudio pueden estar enfocando la importancia de las emociones solamente desde la perspectiva del/la cliente. Pero no debe dejarse de lado que « la percepción que el/la cliente tiene de si el/la terapeuta entiende sus experiencias internas está relacionada positivamente con el resultado de la terapia» (Corbella y Botella, 2004:107).

Dependiendo de las distintas teorías psicológicas, el encuadre en que se lleva a cabo la terapia adquiere distintos matices. Un gran porcentaje de los y las terapeutas afirma atender a sus pacientes fuera del ámbito de su consultorio. Esto tiene una relación directa con lo mencionado anteriormente en cuanto a que los contextos en los que las y los terapeutas del interior del país laboran son variados e implican diversas demandas. Debido a sus distintas actividades y poblaciones atendidas, muchos/as terapeutas deben movilizarse de un lugar a otro para llevar a cabo su trabajo. A pesar de esta flexibilidad en el encuadre, un porcentaje alto tiende a ser directivo en sus intervenciones. Algunos estudios han encontrado una relación positiva entre la directividad del terapeuta y los de la terapia mientras que otros han encontrado que ésta interfiere en la complicidad del

paciente y está relacionada negativamente con la reducción del síntoma (Corbella y Botella, 2004:109). En este sentido, no debe olvidarse que aunque el/la terapeuta tiene un estilo determinado, este último debe adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Los resultados de esta investigación ofrecen evidencia sobre la diversidad que se vive en el país, tanto en general como en el ámbito de la psicoterapia. Las y los terapeutas guatemaltecos se encuentran ante un país con muchas necesidades, retos y esperanzas. Ante un panorama que ha sido tan adverso, la psicología en el interior del país se ha desarrollado enormemente y actualmente se reconoce su importancia para el desarrollo de la salud mental en el país. Resulta evidente la necesidad de una mayor especialización de la profesión y aumento en el nivel de capacitación de las y los terapeutas ante las distintas situaciones a las que se están enfrentando. En este sentido, la educación continua de los y las terapeutas adquiere especial relevancia; adaptando esta en todo momento, al contexto. Dado que las universidades, pueden no estar proveyendo las herramientas necesarias para el desempeño de las y los terapeutas en contextos determinados, es responsabilidad de cada profesional el actualizarse y capacitarse en formas de intervención más efectivas. Lo anterior permitirá mejorar la eficacia de los servicios ofrecidos a dicha población. Deberá tomarse siempre en cuenta la característica multicultural de la población guatemalteca en esta formación continua.

A pesar que se encontraron terapeutas en 20 de 21 departamentos del país investigados, la cantidad de Recurso Humano aún es muy baja para las necesidades de atención que se viven. La psicología no puede ejercerse en el vacío y, por lo tanto, el conocimiento del contexto es fundamental para llevar a cabo la labor psicoterapéutica. No se debe olvidar que Guatemala aún está viviendo una etapa de transición hacia la democracia, que las instituciones del Estado aún son débiles y que éste último no tiene la capacidad para asegurar el bienestar de las y los ciudadanos. Ante esto, resulta fundamental la labor de las y los terapeutas. Lo anterior en el sentido de que aunque éstos/as no están llamados a resolver problemas políticos y sociales, la Psicología debe contribuir desde su campo de acción a dar una respuesta a los mismos; tanto para ayudar

a las personas a transformar sus condiciones de vida como para acompañarlas en el camino hacia una nueva nación.

Esta investigación no pretende determinar el mejor estilo terapéutico sino hacer una descripción sobre los distintos estilos personales en el interior del país. Dado que existe limitada información sobre la figura de los y las terapeutas que ejercen en el país, sus posicionamientos y persona, resulta de suma importancia realizar una investigación en la cual se describa el Estilo Personal del/la Terapeuta Guatemalteco/a, y que abarque toda la nación. Este paso es de suma importancia para la construcción de un cuerpo de conocimientos sobre la figura del/la terapeuta en el país. El mismo sentará las bases para futuras investigaciones en el campo de la Psicología en Guatemala.

VI. CONCLUSIONES

1. A pesar que el desarrollo de la Psicología en el interior del país no ha tenido el mismo auge que en la Ciudad de Guatemala, ésta ha hecho grandes avances y se está posicionando como una de las profesiones más respetadas en todos los ámbitos. Prueba de ello es el hecho de que haya tantos programas de Licenciatura en Psicología en las distintas universidades del país. Asimismo, se pueden encontrar terapeutas trabajando en instancias en donde antes no los habían; como lo son las Áreas de Salud de cada departamento o las Oficinas de Atención a la Víctima del Ministerio Público.
2. Los programas de salud mental en Guatemala han aumentado a partir del cese del Conflicto Armado y tienen como eje principal la Multiculturalidad. Esto exige que las y los terapeutas que trabajan en este ámbito tengan la preparación una buena preparación. En este sentido, se hace evidente la necesidad de especialización que las y los terapeutas guatemaltecos en el interior del país.
3. La Psicoterapia en Guatemala es un ámbito diverso. A pesar de esto, no se cuenta en el país con oportunidades de especialización que respondan a estas necesidades.
4. La Psicología, por diversas razones, es una carrera escogida por mujeres. Esto se da también en la Ciudad de Guatemala.
5. La etnicidad de las y los terapeutas fue en su mayoría no indígena, reflejando las pocas oportunidades de acceso a educación universitaria de la población indígena.
6. En cuanto a las orientaciones teóricas, se pudo ver una tendencia al eclecticismo. Las y los terapeutas utilizan técnicas y supuestos de corrientes distintas de la psicoterapia. El 46% de la muestra trabaja bajo esta perspectiva.

7. Las y los terapeutas deben responder a situaciones diversas dentro de sus actividades cotidianas. Debido a esto, deben trabajar distintas modalidades terapéuticas y en distintas situaciones y condiciones.
8. En cuanto al Estilo Personal de los y las terapeutas del interior del país como un solo grupo se encuentra que las dimensiones más altas son la operacional y expresiva. Esto evidencia que las y los terapeutas guatemaltecos, mantienen un nivel intermedio de expresividad con sus clientes. A su vez, puede notarse que el encuadre en el cual se desempeñan tiende a la flexibilidad. Asimismo, muestran una tendencia a tener mayor comodidad trabajando con tratamientos pautados. El nivel de involucración tiende a ser bajo y su atención suele ser más abierta que focalizada.
9. Las y los terapeutas reconocen en general que las emociones son un instrumento que facilita el cambio. Sin embargo, esta importancia sólo se enfoca desde la perspectiva del paciente y no desde la del terapeuta.
10. La Psicología en el interior del país se ha desarrollado enormemente y actualmente se reconoce su importancia para el desarrollo de la salud mental en el país. Resulta de fundamental importancia la promoción de una formación continua y contextualizada, con el fin de mejorar la eficacia de los servicios ofrecidos a la población del interior del país.

VII. RECOMENDACIONES

1. A través de las investigaciones realizadas sobre el Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco se hace evidente la necesidad de continuar investigando sobre el ejercicio de la Psicoterapia, los estilos personales y las distintas perspectivas que se trabajan en Guatemala.
2. Realizar estudios de tipo cualitativo sobre el Estilo Personal del Terapeuta para complementar la información existente.
3. Usar los resultados de esta investigación con el fin de detectar necesidades de capacitación en terapeutas del interior del país. Dado que las y los terapeutas en el interior del país trabajan bajo perspectivas variadas y en ocasiones epistemológicamente incompatibles, resulta importante revisar la formación que está siendo impartida en las distintas instituciones y enfocarla a las necesidades de la población atendida. Esta investigación provee una base sólida en cuanto a las características tanto de la población atendida como de los y las terapeutas, a partir de la cual se pueden dirigir los esfuerzos por formar terapeutas más preparados/as para el contexto en el cual se desarrollarán.
4. Hacer una puesta en común sobre los resultados obtenidos a través de las distintas investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta en Guatemala y sacar conclusiones generales.
5. Publicar los resultados de esta investigación en medios científicos con el fin de que puedan servir a personas que estén trabajando este tema en otros países y se puedan aprovechar la experiencia.
6. Promover que se lleven a cabo más estudios en el interior del país con el fin de aumentar los conocimientos y la apertura de las personas a participar en estudios de este tipo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Guido; L.A. Recinos. 1996. «Historia y estado actual de la Psicología en Guatemala». *Revista Latinoamericana de Psicología*. 28 (2): 197-232.
- Albala, Cecilia, et al. 2005. «Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada». *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5): 307-322
- Ardila, Rubén. 2003. «Psicología latinoamericana. ¿Cuáles son los principales logros y aportes de medio siglo de actividad científica y profesional?» *Revista Perspectiva Psicológica*, 3-4. Disponible en:
http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1992-46902003000100002&script=sci_arttext
- Ardila, Rubén. 2004. «La Psicología Latinoamericana: El primer medio siglo». *Revista Interamericana de Psicología*. 38(2): 317-322.
- Bernardi, Ricardo, et al. 2004. «Guía Clínica para la psicoterapia». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 68(2): 99-139.
- Beutler, Larry, et al. 2004. Therapist Variables. En Bergin y Garfields *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227-306). Massachusetts. John Wiley & Sons.
- Burton, Mark y C. Kagan. 2005. «Liberation Social Psychology: Learning from Latin America». *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 15: 63-78
- Cadena, Beatriz. 2007. «El estilo personal del terapeuta guatemalteco». Tesis de licenciatura Universidad Del Valle de Guatemala. 52 págs.

- Castañeiras, Claudia, *et al.* 2008. «Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C» *Terapia Psicológica*. 26(1): 5-13.
- Castellanos, Maricarminha. 2007. «*Estilo personal del terapeuta en los estudiantes de Psicología Clínica que realizan práctica supervisada*». Tesis de licenciatura Universidad Rafael Landívar. 159 págs.
- Chazebalk, Liliana, *et al.* 2007. «La Incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico». *Revista Psicología, Cultura y Sociedad*. 3: 108-115.
- Colegio Oficial de Psicólogos. 1997. «La psicoterapia como disciplina psicológica». *Revista Papeles del Psicólogo*. 67. Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=746>
- Comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH). 1999. Memoria del Silencio.
- Consoli, Andrés, P. Machado. 2004. Los Psicoterapeutas, ¿Nacen o se hacen? Las Habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: Implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *La Integración en Psicoterapia*. (pp. 384-441). Argentina. Paidós.
- Corbella, Sergi y L. Botella. 2003. «La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación». *Anales de Psicología*. 19(2): 205-221.
- _____ ; 2004. *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. 1ª. Ed. Madrid. Vision Net. Págs 75-223.

Da Silva Oliveira, Margareth, *et al.* 2006.«Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q». *Psico*. 37 (3): 241-247.

Desastres y Migraciones en Guatemala (Documento de Trabajo). 2008. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 41 págs.

Father Ignacio Martín-Baró. 2007. The Ignacio Martín-Baró Fund for Mental Health & Human Rights. 2007. Disponible en:

<http://www.martinbarofund.org/moreinfo/martinbaro.htm>

Feixas, Guillem y M. Miró. 1993. *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. 14ª. Ed. Barcelona. Paidós. 416 págs.

Feixas, Guillem y L. Botella. 2004. «Integración en Psicoterapia; Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista». En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *La Integración en Psicoterapia*. (pp. 33-61) Argentina. Paidós.

Fernández-Álvarez, Héctor. 1996. «Características personales del psicoterapeuta». *Colección de Trabajos Distinguidos. Serie Psiquiatría* 1(4): 141-142

Fernández-Álvarez, Héctor, *et al.* 1998. «The Research Programa at AIGLE». *Journal of Clinical Psychology*. 54(3): 343-359.

Fernández-Álvarez, Héctor, *et al.* 2003. «Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q» *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10: 116-125.

- Fernández-Álvarez, Héctor, et al. 2006. «El estilo personal del terapeuta cognitivo» [Ponencia en ALAPCO] *Departamento de Investigación Fundación AIGLÉ*. Buenos Aires, Argentina.
- Frank, Jerome y J. Frank. 1993. *Persuasion & Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. 3a. ed. Maryland. The Johns Hopkins University Press. 343 págs.
- García, Fernando, et al. 2005. Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta. Póster presentado en el IV World Congress of Psychotherapy. Buenos Aires, Argentina
- García, Luciano. 2007. «Breve Historia de la Investigación en Psicoterapia». *Revista Psiencia, Número Presentación*, 1-6.
- Grazioso, María del Pilar, et al. 2002. «Retos y desafíos en la formación del Psicólogo en Guatemala». En Villegas, Julio; P. Marassi, J.P. Toro. *Problemas Centrales para la formación académica y entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Volumen II. Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), Universidad Central de Chile, Universidad Diego Portales, Universidad Mariano Egaña.
- Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. 2006. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. 68 págs.

- Kohn, Robert. 2005. «Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública». *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4): 229-240.
- Mahoney, Michael y H. Fernández-Álvarez. 1998. «La Vida Personal del Psicoterapeuta» *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 16, 9-22
- Martín-Baró, Ignacio. 1996. «O papel do Psicólogo». *Estudos de Psicologia*. 2(1): 7-27
- Nuñez, Edna. 1982. *Cultural Policy in Guatemala. Studies and Documents on Cultural Policy*. Francia. 51 págs.
- Olabarría, Begoña. 1993. «Entrevista a Héctor Fernández-Álvarez». *Papeles del Psicólogo*. 55.
- Osorio, Bruce. 2005. *Nimlaha´kok: Lucha y Resistencia (geografía humana y análisis psicosocial)*. 1ª. ed. Mixco. ECAP. 123 págs.
- Pérez, Marino y P. Livacic .2002. «Desafíos para la psicología latinoamericana». *Revista Papeles del Psicólogo*, 83. Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=893>
- Plan Estratégico Nacional Para el fomento de la Salud Mental en Guatemala 2007-2020. 2007. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.19 págs.
- Ramos, Manuel. 2005. «El Sentido de la Psicoterapia en el mundo actual». *Hojas Informativas de los psicólogos de Las Palmas*. Instituto de Terapia Gestalt en Valencia. No. 74.

- Rodríguez, Jorge. 2007. «Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS». *Revista Panamericana de Salud Pública*. 22(5): 348-357
- Safran, Jeremy y C. Muran. 2005. *La Alianza Terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. *Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer*. 14 págs.
- Sánchez, Roberto. 2000. «Cyberterapia: ¿una alternativa válida?» *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa15/conferencias/15_ci_a.htm
- Teyber Edward y F. McClure. 2000. Therapist Variables. En A. Consoli (Ed.), *Handbook of psychological change; psychotherapy processes & practices for the 21st century*. (pp.62-87). California State University Bakersfield.
- Thase, M. 2004. «Therapist Variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed patients». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3): 255-265.
- Villareal, M. 2000. *Sustainable Reconciliation for Sustainable Peace. Guatemala Case. Higher Education for Peace*. Ponencia. Tromso

IX. APÉNDICES

A. Consentimiento informado

Universidad Del Valle de Guatemala
Fundación Aiglé

Consentimiento informado

Estimado/a Terapeuta:

Este estudio, para el cual se solicita su colaboración, es un proyecto que está siendo llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad Del Valle de Guatemala. Este tiene como fin, conocer el Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco y está fundamentado en la investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta que se originó en la Fundación Aiglé, en Buenos Aires, Argentina con el Dr. Héctor Fernández Álvarez y el Dr. Fernando García.

En Guatemala, el Estilo Personal del Terapeuta, ha sido investigado por el Departamento de Psicología mencionado anteriormente. La presente investigación busca complementar la información obtenida a través de la misma, realizando una réplica de este proyecto con terapeutas del interior de la República de Guatemala. Esta investigación es mi trabajo de graduación con el cual podré optar al grado de Licenciatura y cuenta con la supervisión de la Lda. María del Pilar Grazioso y la Lda. Claudia García de la Cadena.

Quisiéramos pedir su colaboración durante aproximadamente 15 minutos para completar el presente formulario de consentimiento informado y el cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) guatemalteco.

Al firmar este cuestionario usted acepta participar en el estudio y llenar los cuestionarios que le serán entregados. Le agradeceremos que complete el cuestionario de forma individual y al terminar lo coloque dentro del sobre que se le ha entregado y lo selle de tal forma que la información que usted proporcione sea confidencial. Al finalizar el proyecto, le enviaremos los resultados y conclusiones de la investigación. En caso de que usted no desee participar en el estudio le agradeceremos devolver el sobre a quien se lo entregó.

Su participación es voluntaria y confidencial. Los resultados de esta investigación contribuirán a aumentar la información existente sobre la práctica de la psicoterapia en el país.

En caso de tener alguna duda con respecto de esta investigación no dude en comunicarse con Ana Vides Porras al teléfono 52913174 o al correo electrónico anavidesp@gmail.com o con la Licda. María del Pilar Grazioso al Departamento de Psicología de la Universidad Del Valle de Guatemala al teléfono 23690791, ext. 573 o al correo electrónico mpgderod@uvg.edu.gt.

Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludan,

Ana Vides Porras
Estudiante de Psicología

Lda. María del Pilar Grazioso
Directora, Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental

Al firmar doy mi consentimiento para participar en esta investigación, me comprometo a llenar el cuestionario que me sea entregado y devolverlo en sobre sellado lo antes posible.

Nombre

Firma

Fecha

Correo electrónico (opcional)

Número telefónico (opcional)

Celular (opcional)

B. Cuestionario Estilo Personal del Terapeuta

EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta																					
Héctor Fernández-Alvarez - Fernando García	Versión Guatemala 2006																				
<p><i>El presente inventario está destinado a conocer su estilo personal como terapeuta. No hay respuestas buenas o malas ya que diferentes estilos pueden ser igualmente beneficiosos. Más allá de que su labor varía con los diferentes pacientes, queremos que responda según sea su modo más general y frecuente de llevar adelante su trabajo. No piense demasiado en el significado de cada afirmación. La respuesta más espontánea es la más valiosa.</i></p> <p>Cómo puntuar <i>Marque con un número del 1 al 7 cada una de las afirmaciones. El número 1 significa su total desacuerdo con la afirmación. El número 7 indica que usted está totalmente de acuerdo con la misma. Los números intermedios reflejan matices de su opinión</i></p>																					
<p>Por favor complete los datos siguientes: Fecha: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Apellido y nombre (sólo si desea consignarlo)</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">1</th> <th style="width: 100px;">Edad</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 100px;"> </td> </tr> </table>	1	Edad			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">2</th> <th style="width: 100px;">Sexo</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Femenino</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Masculino</td> </tr> </table>	2	Sexo	1	Femenino	2	Masculino										
1	Edad																				
2	Sexo																				
1	Femenino																				
2	Masculino																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">3</th> <th style="width: 100px;">Nacionalidad</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 100px;"> </td> </tr> </table>		3	Nacionalidad																		
3	Nacionalidad																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">4</th> <th style="width: 100px;">Etnicidad</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">No Indígena</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Indígena</td> </tr> </table>		4	Etnicidad	1	No Indígena	2	Indígena														
4	Etnicidad																				
1	No Indígena																				
2	Indígena																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Especifique Idioma:</th> </tr> <tr> <td style="width: 100px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>		Especifique Idioma:																			
Especifique Idioma:																					
<p>Ejercicio de la psicoterapia</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">5</th> <th style="width: 100px;">Años de Exp.</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 100px;"> </td> </tr> </table>	5	Años de Exp.			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">6</th> <th style="width: 100px;">Pais d/ejerce:</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 100px;">Guatemala</td> </tr> </table>	6	Pais d/ejerce:		Guatemala												
5	Años de Exp.																				
6	Pais d/ejerce:																				
	Guatemala																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">7</th> <th style="width: 100px;">Departamento</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 100px;"> </td> </tr> </table>		7	Departamento																		
7	Departamento																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">9</th> <th style="width: 100px;">Edad Pac.</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Niños y adol.</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Adultos</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">3ª Edad</td> </tr> </table>	9	Edad Pac.	1	Niños y adol.	2	Adultos	3	3ª Edad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">10</th> <th style="width: 100px;">Modalidad terapéutica</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Individual</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Pareja</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Familia</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 100px;">Grupos</td> </tr> </table>	10	Modalidad terapéutica	1	Individual	2	Pareja	3	Familia	4	Grupos		
9	Edad Pac.																				
1	Niños y adol.																				
2	Adultos																				
3	3ª Edad																				
10	Modalidad terapéutica																				
1	Individual																				
2	Pareja																				
3	Familia																				
4	Grupos																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">8</th> <th style="width: 100px;">Orientación teórica</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Cognitiva</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Human.-Existencial</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Psicoanálisis</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 100px;">Sistémico</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 100px;">Otra <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál?</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 100px;">Integración de varias <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?</td> </tr> </table>		8	Orientación teórica	1	Cognitiva	2	Human.-Existencial	3	Psicoanálisis	4	Sistémico	5	Otra <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál?	6	Integración de varias <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?						
8	Orientación teórica																				
1	Cognitiva																				
2	Human.-Existencial																				
3	Psicoanálisis																				
4	Sistémico																				
5	Otra <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuál?																				
6	Integración de varias <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">11</th> <th style="width: 100px;">Durac.predom.de los trat.</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Breve (hasta 6 meses)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Intermedio (hasta 2 años)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Prolongado (más de 2 años)</td> </tr> </table>		11	Durac.predom.de los trat.	1	Breve (hasta 6 meses)	2	Intermedio (hasta 2 años)	3	Prolongado (más de 2 años)												
11	Durac.predom.de los trat.																				
1	Breve (hasta 6 meses)																				
2	Intermedio (hasta 2 años)																				
3	Prolongado (más de 2 años)																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">12</th> <th style="width: 100px;">Formación</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Medicina</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Psicología</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Otro</td> </tr> </table>		12	Formación	1	Medicina	2	Psicología	3	Otro												
12	Formación																				
1	Medicina																				
2	Psicología																				
3	Otro																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">13</th> <th style="width: 100px;">Patología más común</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Ansiedad y depresión</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Trast. De la personalidad</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Adicciones</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 100px;">Trastornos severos (psicosis)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 100px;">Trastornos de la comunicación</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 100px;">Disfunciones sexuales</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">7</td> <td style="width: 100px;">Otros <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">8</td> <td style="width: 100px;">Violencia</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">9</td> <td style="width: 100px;">Trastornos de Alimentación</td> </tr> </table>		13	Patología más común	1	Ansiedad y depresión	2	Trast. De la personalidad	3	Adicciones	4	Trastornos severos (psicosis)	5	Trastornos de la comunicación	6	Disfunciones sexuales	7	Otros <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?	8	Violencia	9	Trastornos de Alimentación
13	Patología más común																				
1	Ansiedad y depresión																				
2	Trast. De la personalidad																				
3	Adicciones																				
4	Trastornos severos (psicosis)																				
5	Trastornos de la comunicación																				
6	Disfunciones sexuales																				
7	Otros <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Cuáles?																				
8	Violencia																				
9	Trastornos de Alimentación																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20px;">14</th> <th style="width: 100px;">Nivel de Formación</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Licenciatura</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Maest.</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">Doctorado</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 100px;">Otro</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Especifique(otro) <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>		14	Nivel de Formación	1	Licenciatura	2	Maest.	3	Doctorado	4	Otro	Especifique(otro) <input style="width: 100px;" type="text"/>									
14	Nivel de Formación																				
1	Licenciatura																				
2	Maest.																				
3	Doctorado																				
4	Otro																				
Especifique(otro) <input style="width: 100px;" type="text"/>																					
<p>Marque con un número 1 la patología que atiende más comúnmente con un número 2 la segunda más común y así sucesivamente. (Solo debe marcar las más comunes)</p>																					
FUNDACION AIGLÉ																					

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 - 7 \\ Total acuerdo

01	Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva que concentrada y focalizada.	
02	Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.	
03	Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.	
04	Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.	
05	Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre (Acuerdo de horario, honorario, lugar físico del consultorio, etc.)	
06	Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.	
07	Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.	
08	Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.	
09	Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.	
10	Los tratamientos pautados (en base a un manual) me merecen escasa valoración.	
11	La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.	
12	Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.	
13	Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.	
14	Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.	
15	Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.	
16	Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre (Acuerdo de horario, honorario, lugar físico del consultorio, etc.) flexible.	
17	Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.	
18	Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.	
19	Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.	

20	Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.	
21	Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.	
22	En mis intervenciones soy predominantemente directivo.	
23	Pienso bastante en mi trabajo, aún en mis horas libres.	
24	Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.	
25	Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.	
26	La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio.	
27	Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.	
28	Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.	
29	Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.	
30	Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.	
31	Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.	
32	Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.	
33	Procuro dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.	
34	Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.	
35	Soy bastante laxo (flexible) con los horarios.	
36	Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.	

C. Terapeutas entrevistados por departamento

No.	Departamento	N	Porcentaje
1	Alta Verapaz	9	8.9
2	Baja Verapaz	1	1.0
3	Chimaltenango	4	4.0
4	Chiquimula	3	3.0
5	Petén	2	2.0
6	Quiché	2	2.0
7	Escuintla	13	12.9
8	Huehuetenango	8	7.9
9	Izabal	2	2.0
10	Jalapa	2	2.0
11	Jutiapa	1	1.0
12	Quetzaltenango	26	25.7
13	Retalhuleu	2	2.0
14	Sacatepéquez	9	8.9
15	San Marcos	2	2.0
16	Santa Rosa	5	5.0
17	Sololá	4	4.0
18	Suchitepéquez	1	1.0
19	Totonicapán	4	4.0
20	Zacapa	1	1.0
	Total	101	100.0