

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Estilo Personal del Terapeuta y Competencias Multiculturales en egresados y
estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental

Juan Fernando Tschen Ríos

Guatemala

2009

Estilo Personal del Terapeuta y Competencias Multiculturales en egresados y
estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Estilo Personal del Terapeuta y Competencias Multiculturales en egresados y
estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental

Trabajo de Graduación
presentado por Juan Fernando Tschen Ríos
para optar al grado académico de
Licenciatura en Psicología

Guatemala

2009

Vo. Bo.:

(f) _____

MSc. Mario Colli

Tribunal Examinador:

(f) _____

MSc. Mario Colli

(f) _____

MSc. Claudia García de la Cadena

(f) _____

Dra. María del Pilar Grazioso

Fecha de aprobación: 7 de diciembre 2009

CONTENIDO

	Página
Lista de cuadros	ix
Lista de gráficos	x
Resumen	xi
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
A. Definición de Psicoterapia	3
B. Elementos de la Psicoterapia	4
1. Relación terapéutica	5
2. Alianza terapéutica	6
3. El cliente	7
4. El psicoterapeuta	7
a. Características demográficas	8
1) Sexo	8
2) Edad	8
3) Etnia	8
b. Características profesionales	8
c. Características personales del terapeuta	8
C. El Estilo Personal del Terapeuta	9
1. La posición del terapeuta	9
2. La situación vital del terapeuta	9
3. Los modos	9
4. Las funciones del EPT	10
a. Función instruccional	10
1) Rigidez vs. Flexibilidad	10
2) Asimetría marcada vs. Asimetría moderada	10

b. Función evaluativa	10
1) Optimismo vs criticismo	10
2) Centrada en los medios vs centrada en los fines	11
c. Función atencional	11
1) Activa vs receptiva	11
2) Concentrada o de nivel múltiple	11
d. Función operativa	11
1) Directiva vs persuasivo	12
2) Lógico vs. Retórico	12
e. Función expresiva	12
1) Tonalidad emocional baja vs tonalidad emocional alta	13
2) Corporal vs mental	13
f. Función de compromiso vincular	13
g. Compromiso interpersonal	14
1) Proximidad vs distancia	14
h. Compromiso intrapersonal	14
1) Focalizado vs extendido	14
i. Función fomentativa	15
1) Dirigido a la acción vs dirigido al Insight	15
5. Implicaciones del Estilo Personal del Terapeuta	15
6. Investigaciones sobre el Estilo Personal del Terapeuta	15
a. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta	15
7. Investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta en Guatemala	16
D. Consejería y Terapia Multicultural	18
1. Competencias de consejería multicultural	20

a.	Conciencia del terapeuta de sus propios valores culturales y prejuicios	22
b.	Conciencia del terapeuta de la visión del mundo del cliente	24
c.	Intervenciones culturalmente apropiadas	24
E.	Descripción del contexto	25
1.	Contexto general	25
2.	Salud mental en Guatemala	27
III.	METODOLOGÍA	27
A.	Objetivos	27
1.	General	27
2.	Específicos	27
B.	Participantes	27
C.	Diseño de la investigación	27
D.	Muestreo	27
E.	Instrumentos	27
F.	Procedimiento	29
G.	Análisis de los datos	29
IV.	RESULTADOS	31
A.	Información general	31
B.	Estilo Personal del Terapeuta	31
1.	Función expresiva	33
a.	Estudiantes	33
b.	Graduados	33
2.	Función atencional	34
a.	Estudiantes	34
b.	Graduados	34
3.	Función involucracional	35

a. Estudiantes	35
b. Graduados	36
4. Función instruccional	37
a. Estudiantes	37
b. Graduados	37
5. Función operativa	38
6. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y orientación teórica	39
a. Estudiantes	39
b. Graduados	42
C. Competencias de consejería multicultural	45
V. DISCUSIÓN	53
VI. CONCLUSIONES	56
VII. RECOMENDACIONES	57
VIII. BIBLIOGRAFÍA	58
IX. APÉNDICES	67
A. Estilo Personal del Terapeuta	68
B. Las competencias de consejería multicultural	69

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. La competencia cultural según Hayes	21
2. Orientaciones teóricas de los estudiantes	31
3. Orientaciones teóricas de los graduados	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
1. Ciclo vital de la población atendida	32
2. Función expresiva	32
3. Función atencional	35
4. Función involucracional	36
5. Función instruccional	37
6. Función operativa	38
7. Resultados orientación cognitiva a estudiantes	40
8. Resultados orientación humanista a estudiantes	41
9. Resultados orientación integrativa a estudiantes	41
10. Resultados orientación cognitiva a graduados	43
11. Resultados orientación humanista a graduados	44
12. Resultados orientación integrativa a graduados	44
13. Resultados orientación psicodinámica	45
14. Resultados orientación sistémica a graduados	45
15. Conocimiento del consejero de sus propios valores y prejuicios y años de experiencia	46
16. Conocimiento del Consejero de la visión del mundo del cliente	47
17. Estrategias de Intervención culturalmente apropiadas	47
18. Conocimiento del consejero de sus propios valores y prejuicios y formación previa	48
19. Conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente y formación previa	48
20. Estrategias de intervención culturalmente apropiadas y formación previa ...	49
21. Orientación teórica y competencias de consejería multicultural	49
22. Conocimiento del consejero de sus propios valores y prejuicios y años de experiencia	50
23. Conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente	51
24. Estrategias de Intervención culturalmente apropiadas	51
25. Orientaciones teóricas y competencias de consejería multicultural	52

RESUMEN

En esta investigación se examinan aspectos del estilo personal del terapeuta (EPT) y competencias de consejería multicultural los cuales son factores relevantes para la práctica de la Psicoterapia; el primero es definido por Fernández-Álvarez como «el conjunto de condiciones singulares que conducen a un/a terapeuta a operar de un modo particular en su tarea»; las competencias de consejería multicultural se refieren a que un terapeuta debe de tener una buena conciencia acerca de sus propias actitudes y creencias, y reconocer y ser sensible a las actitudes y creencias del consultante. Se administró el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) y el Cuestionario de Competencias de Consejería Multicultural a 23 terapeutas, 10 estudiantes de la Maestría de Consejería Psicológica y Salud Mental y 13 graduados de dicha Maestría. Los resultados indican que los terapeutas muestran un intercambio emocional y una cercanía alta de los terapeutas hacia sus consultantes, siendo los estudiantes los que muestran más esta cercanía. Por otro lado, las competencias de consejería multicultural se incrementan según la edad y los años de experiencia de los terapeutas.

I. INTRODUCCIÓN

Sin importar la definición que se utilice de la Psicoterapia, existen factores que influyen en el proceso terapéutico. Los elementos de mayor importancia son el rol del terapeuta, encargado de promover el cambio en el cliente, el cliente y la relación terapéutica, entre otros. Todos estos elementos se consideran el Estilo Personal del Terapeuta y las competencias multiculturales que condicionan los alcances del modelo teórico aplicado por el terapeuta en un país donde existe una mezcla de culturas. Para Fernández-Álvarez (1996), el estilo personal del terapeuta se trata de un fenómeno muy complejo, formado por tres tipos de variables, la posición del terapeuta, la situación vital actual del terapeuta y las funciones de la comunicación, cada uno de los componentes del Estilo Personal del Terapeuta se examina en esta investigación.

Guatemala es un país multicultural, plurilingüe, en el que cohabitan varias etnias y culturas, lo que le da gran importancia a las competencias de consejería multicultural. Un consejero competente multiculturalmente debe de entender los efectos de identidad racial, aculturación, identidad étnica, estrés minoritario, enfrentarse al estatus de minoría, y el impacto de influencias sociopolíticas en las personas pertenecientes a una minoría étnica. El terapeuta, también debe de tener, la habilidad de trabajar con grupos culturalmente diferentes y de proveer un proceso adecuado, en otras palabras, poder traducir intervenciones a estrategias y habilidades culturalmente compatibles (Martínez, Martínez y Calzado, 2006).

Esta investigación forma parte de un proyecto de investigación colaborativa entre la Fundación Aiglé de Argentina por el Dr. Héctor Fernández Álvarez y el Dr. Fernando García y el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala la cual está bajo la responsabilidad de la Dra. María del Pilar Grazioso. Este proyecto actualmente es coordinado por el Dr. Corbella. Por otro lado el cuestionario “Las Competencias en Consejería Multicultural” elaborado por Arredondo y Glauner en 1992 incluye tres grandes dimensiones importantes, conocimiento sobre el consejero, conocimiento sobre la visión del mundo del cliente y estrategias de intervención

culturalmente apropiadas; cada una de estas dividiéndose en actitudes y creencias, conocimientos y destrezas.

II. MARCO TEÓRICO

A. Definición de Psicoterapia:

Existen distintas definiciones de Psicoterapia, Lambert (1989) la define como una relación entre personas involucradas en un proceso compartido en donde hay uno o más individuos que necesitan un tipo específico de asistencia, para mejorar su funcionamiento como persona, junto con uno o más individuos definidos como capaces de brindar esta asistencia (Bernardi *et al.*, 2004:100).

Frank (1973), propone que Psicoterapia es: «Una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza, entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales» (Frank, 1973).

De la misma manera, Frank y Frank (1993:2) consideran que se debe de considerar Psicoterapia solamente a las relaciones que tienen las siguientes características:

1. Debe de existir una persona encargada de la sanación, esto es una persona entrenada para proveer esta ayuda.
2. Un consultante, que esté sufriendo y que busque solución a través de la persona entrenada.
3. Debe de existir una relación, la cual se ve acompañada de cambios conductuales, cognitivos y emocionales.

La Psicoterapia en Bernardi (2004), es el tratamiento por medios psicológicos de problemas emocionales, en el cual una persona entrenada establece una relación profesional con el consultante, con el propósito de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones de conducta perturbados y promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo (Bernardi *et al.*, 2004:100).

Según Bernal y Martínez-Taboas (2005), en la actualidad la Psicoterapia puede ser considerada como «Servicio profesional que provee ayuda personal en la esfera de la vida privada bajo la guía y autoridad del conocimiento científico» (Bernal y Martínez-Taboas, 2005: 9).

Arredondo y Salinas (2005), definen la Psicoterapia como un proceso de “reeducción emocional”. Le otorgan importancia a la relación paciente/terapeuta como “experiencia emocional correctiva” (Arredondo; Salinas, 2005:14).

Respondiendo a la gran diversidad de teorías psicoterapéuticas, se hace necesario mencionar a Fernández-Álvarez que menciona las características que debería de tener cualquier Psicoterapia, independientemente del modelo (Sánchez, 2000).

1. Estructura teórica:

- a. Teoría de la actividad psíquica
 - b. Teoría del padecimiento
 - c. Teoría del cambio en el ser humano
2. Modelo de funcionamiento que se construye a través de:
 - a. Un sistema de creencias
 - b. Una relación terapéutica
 - c. Un conjunto de instrumentos de aplicación
 3. Procedimientos técnicos:
 - a. Dispositivo terapéutico
 - b. Diseño de los objetivos terapéuticos
 - c. Extensión del tratamiento
 - d. Evaluación
 - e. Otros

Con esto, se puede concluir que la Psicoterapia posee elementos en común, como lo son una persona entrenada, una persona que busca ayuda para aliviar el sufrimiento que este padece, a través de diferentes recursos como el diálogo, la relación terapéutica y las habilidades del terapeuta.

B. Elementos de la Psicoterapia

Existen diversas variables que influyen en el proceso terapéutico. Orlinsky y Howard mencionan, en su Modelo Genérico de Psicoterapia seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso psicoterapéutico (Orlinsky, *et al*, 2005: 318)

1. El contrato terapéutico
2. Las operaciones terapéuticas (aspectos técnicos)
3. Vinculo terapéutico
4. Relación intra-personal
5. Proceso clínico
6. Modelos secuenciales

Bernardi *et. al.* (2004:117) mencionan que las variables de mayor importancia en un proceso psicoterapéutico son las variables del cliente, variables del terapeuta, y la interacción entre estas dos.

Los siguientes aspectos que incluyen, la Relación Terapéutica, Alianza Terapéutica, cliente y psicoterapeuta, que son los más relevantes para esta investigación. Estos aspectos forman parte e influyen en el resultado, del proceso terapéutico.

1. **Relación terapéutica:** Es imposible considerar una Psicoterapia sin la existencia de Relación Terapéutica. Feixas y Miró (1993: 27) mencionan que “La relación entre terapeuta y cliente es uno de los elementos distintivos esenciales de toda Psicoterapia”.

Norcross (2002), define la Relación Terapéutica basada en los sentimientos y actitudes que tienen el cliente por el terapeuta y viceversa así como la manera en que son expresados. Beutler *et. al.* (2004:288) describe a la Relación Terapéutica, como una relación orientada para que el cliente pueda encontrar sus propias soluciones a los problemas de su vida, sin que el terapeuta influya en estas.

Kanfer y Goldstein (1993), describen cuatro aspectos de la Relación Terapéutica (Arredondo y Salinas, 2005: 17):

- a. Relación unilateral: el objetivo es ayudar al cliente o consultante dejando de lado las necesidades del terapeuta.
- b. Relación sistemática: esto involucra planificación de metas y objetivos.
- c. De carácter formal: esto quiere decir que se realiza en un lugar fijo, a una hora determinada y bajo condiciones establecidas.
- d. Tiempo limitado.

Bowlby menciona que la relación terapéutica no está determinada por la historia del cliente, también entra en juego la historia del terapeuta (Chazenbalk, 2007: 11).

Lambert (1994: 282) menciona que la calidad de la relación puede ser vista desde distintos puntos: el del terapeuta, paciente o de un observador independiente.

Lambert y Barley (2001) enfatizan en la Relación Terapéutica como componente vital para el progreso del cliente, uno de los aspectos más influyentes en el resultado de la Psicoterapia (Norcross, 2002). Orlinsky y Howard (1995), indican que los estudios recientes 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 terapeutas» (Feixas y Miró, 1993: 30).

Lambert (1992), sugiere que la calidad de la Relación Terapéutica ocupa un 30% de los resultados obtenidos en cualquier tratamiento.

Strupp (1984), afirma que el conocimiento técnico del terapeuta no deja de ser importante, pero únicamente puede ser considerado una ventaja una vez que el cliente y el terapeuta hayan creado una alianza favorable de trabajo.

Yalom (1980), enfatiza en que «La relación es lo que cura».

Rogers afirma la efectividad de la Psicoterapia se debe a la relación humana establecida con el cliente, siendo sus elementos más fuertes la calidez afectiva, la empatía y la aceptación incondicional (Corbella; Botella, 2003: 212).

Acompañado de la Relación Terapéutica está la Alianza Terapéutica, la cual es un elemento vital, ya que el éxito de la terapia depende en gran parte del surgimiento de la misma.

2. Alianza Terapéutica: Bordin (2002), define la Alianza Terapéutica como un pre-requisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. La tarea de la terapia consiste en las actividades específicas con las que se debe comprometer el paciente para beneficiarse del tratamiento y el vínculo es la cualidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente, basado en confianza y aceptación mutua, siendo esta última necesaria para que el proceso terapéutico se logre llevar a cabo (Norcross, 2002: 25).

Luborsky (1976), señala que la Alianza Terapéutica es dinámica y que va cambiando según avanza la relación (Corbella y Botella, 2003: 208). La divide en dos tipos, según la etapa de la terapia en la que se encuentra:

- a. Sentimientos del paciente sobre el apoyo y ayuda que recibe del terapeuta al inicio del proceso terapéutico (Corbella y Botella, 2003: 208).
- b. Sensación de trabajo en equipo, para lograr aliviar los sufrimientos y necesidades del paciente (Corbella y Botella, 2003: 208).

Para Consoli y Machado (2004:421) destacan tres temas en la definición de la Alianza Terapéutica:

- a. Naturaleza colaborativa de la relación
- b. Lazo afectivo entre el cliente y el terapeuta
- c. Capacidad del cliente y terapeuta para ponerse de acuerdo sobre objetivos y tareas del tratamiento.

Norcross (2002), afirma que el terapeuta contribuye a formar la Alianza Terapéutica a través de elementos interactivos, interpersonales y de habilidad y destreza. Entre estos menciona las destrezas interpersonales como la capacidad de mostrar empatía hacia el cliente y generar un sentimiento de esperanza. Las destrezas relacionadas con la comunicación se refieren a mantener comunicación clara y abierta así como comprender la perspectiva del cliente.

Una definición de Alianza Terapéutica desarrollada por Horvath (1991), toma en cuenta la calidad y la fuerza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta en la terapia. Este concepto incluye: lazos afectivos positivos entre el cliente y terapeuta, tales como la confianza mutua, el aprecio, respeto y cuidado. La Alianza Terapéutica también incluye los aspectos más cognitivos de la Relación Terapéutica: consenso y compromiso activo en los objetivos de la terapia y en los medios necesarios para alcanzar esos objetivos (Fernández – Álvarez y Opazo, 2004: 365).

La Alianza Terapéutica es un elemento importante y es un principal factor predictor del éxito de la psicoterapia, está basada en el compromiso que se establece entre cliente y terapeuta de trabajo conjunto para alcanzar objetivos y metas de la terapia, de ahí que el trabajo del Psicoterapeuta sea imprescindible.

3. **Cliente:** El cliente es quien acude a los servicios terapéuticos. Las características personales y actitudes de los clientes tienen un efecto directo en el desarrollo del proceso psicoterapéutico. Todas las personas que acuden a un proceso psicoterapéutico, están experimentando alguna dificultad, malestar o trastorno, que presenta una dimensión considerable para provocar un deseo de cambio (Feixas y Miró, 1993:17).

Okun (2001:75) menciona que independientemente de la orientación del terapeuta, es necesario que el consultante este motivado y coopere con el proceso terapéutico. Frank y Frank (1993:10) mencionan que para ser candidato a un proceso psicoterapéutico, las personas deben de estar sufriendo, tener la capacidad para experimentar y relacionar estados emocionales con sus problemas psicológicos.

Es importante tomar en cuenta la situación en que la persona llega al proceso, con los clientes que aportan las diferentes características socioculturales al proceso de terapia. Los terapeutas deben conocer las diferencias en la expresividad emocional, lenguaje verbal y no verbal, actitudes hacia la familia, amigos y trabajo, las actitudes hacia el espacio, tiempo y el ritmo de vida, actitudes hacia la búsqueda de ayuda, el control, la responsabilidad, la toma de decisiones, los roles sexuales, la paternidad y maternidad y la identidad de sus clientes (Vides, 2008: 21).

4. **Psicoterapeuta:** Lambert (1989) y Mahoney (1991), escriben «La investigación sobre los procesos y resultados de la Psicoterapia ha puesto en claro que el psicoterapeuta como persona es una variable más significativa para el éxito de la Psicoterapia que otros factores tales como la orientación teórica o el uso de técnicas terapéuticas específicas» (Mahoney y Fernández-Álvarez, 1998: 10).

Orlinsky y Rosennestad (2005: 27) mencionan que los psicoterapeutas por lo general son descritos en términos de su preparación, identificación teórica y su nivel académico.

- a. Características profesionales: orientación teórica y formación profesional
- b. Características personales y demográficas: edad, sexo, estado civil y nacionalidad.
- c. Características de la práctica: ambiente, la modalidad terapéutica y las edades de las personas que atiende.

Los estudios más recientes están centrados en: a) Las características demográficas, b) Características profesionales, c) Características personales y relacionales del terapeuta (Corbella y Botella, 2004:79).

a. Características demográficas

- 1) Sexo: Sujeta a la definición externa independiente de un auto reporte. Ésta está determinada por auto percepciones y experiencias subjetivas. Los estudios revisados por Beutler *et.al.* (2004:230) no encontraron una relación entre el sexo del terapeuta y el resultado del proceso terapéutico.
- 2) Edad: pocas investigaciones sugieren que la edad del terapeuta contribuya de alguna manera en el resultado de la relación de ayuda (Beutler, *et al.*, 2004:231).
- 3) Etnia: El origen racial no es un factor que se relacione directamente con el terapeuta, sin embargo, consultantes que pertenecen a una minoría étnica prefieren ser atendidos por terapeutas de su mismo grupo étnico (Corbella y Botella, 2004: 81).

b. Características profesionales. La experiencia del terapeuta en el proceso de Psicoterapia se asocia a una disminución en los niveles de ansiedad en el paciente (Corbella y botella, 2004: 81).

Los estudios describen que la importancia de la experiencia radica más en el contacto clínico que en el desarrollo de habilidades específicas por lo tanto, la experiencia parece ser un determinante crucial de la competencia terapéutica (Vides, 2008: 21).

c. Características personales del terapeuta. Cada terapeuta posee un estilo propio que será trascendente en la relación terapéutica y, por lo tanto, en el desarrollo y curso de la terapia.

Guy (1995) citado en Feixas y Miró (1993: 28) menciona la diferencia en motivaciones funcionales y disfuncionales, en relación al beneficio del proceso psicoterapéutico. Dentro de las motivaciones funcionales se refiere a un interés genuino por la gente, acompañado de curiosidad por sí mismo y los demás. Siendo la capacidad de escucha uno de los principales atributos; así como la capacidad de conversar, sentir empatía y ser comprensivo, el terapeuta es capaz de entender las emociones propias y de los demás. Asimismo señala tolerancia a la ambigüedad y a la intimidad, capacidad de auto-negación, de reír, entre otras. En cuanto a las motivaciones disfuncionales, considera la aflicción emocional; con un deseo mayor por alcanzar comprensión de sí mismos, para tratar de superar situaciones que no ha logrado superar, por deseo de poder, necesidad de amor, etc. (Cadena, 2007).

Cada psicoterapeuta se distingue por sus cualidades y características personales, es así como refleja su estilo personal, como una huella digital presente el proceso terapéutico (Cadena, 2007).

C. El Estilo Personal del Terapeuta

El Estilo Personal del Terapeuta –EPT– lo define Fernández-Álvarez como «el conjunto de condiciones singulares que conducen a un/a terapeuta a operar de un modo particular en su tarea» (Fernández-Álvarez, *et. al.*, 1998:352). Esto quiere decir que cada terapeuta, como resultado de sus propias características, tiene un *modus operandi* único, independientemente del enfoque que trabaje y las diferentes intervenciones que lleve a cabo (Vides, 2008).

Para Fernández-Álvarez (1996) el Estilo Personal del Terapeuta se trata de un fenómeno muy complejo, formado por tres tipos de variables:

1. La posición del terapeuta, es decir, el rol que desempeña en función de su ubicación en la red social. Se compone de:
 - a. El nivel socioeconómico del profesional
 - b. El ambiente socio-profesional al que pertenece el terapeuta
 - c. La forma de pago o el sistema de contratación del terapeuta (liberal, público-comunitario, empresas de seguros de salud, etcétera)
2. La situación vital actual del terapeuta. Incluye:
 - a. «La apariencia que como individuo 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» (Fernández-Álvarez, 1996).
 - b. Etapa de la vida en la que se encuentra el terapeuta (condición familiar, laboral, física, etcétera)
3. «Los modos (o funciones de la comunicación). Éste es el factor más personalizado y de él dependen las variaciones con que el Estilo Personal del Terapeuta incide sobre el uso de una técnica específica. El Estilo Personal del Terapeuta se traduce, concretamente, en estos diferentes modos de comunicación a los que el terapeuta apela para influir sobre el paciente, con el objeto de promover determinados procesos de cambio. Al analizar los Modos Comunicativos encontramos que el Estilo Personal del 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).

4. Las funciones del EPT son:

a. **Función instruccional.** Formada por las acciones que lleva a cabo el terapeuta con el fin de determinar los alcances y los límites de la relación terapéutica, y por consiguiente la distancia que regirá entre consultante 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 muy diversas (Corbella y Botella, 2001). Entre las más significativas encontramos estas dimensiones:

1) **Rigidez vs. Flexibilidad.** Algunos 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 de acuerdo con la idea que el terapeuta tenía con anterioridad al encuentro con el paciente. En el caso de la flexibilidad, el terapeuta tiende a ajustar dicho límite en base a las modificaciones que le sugiere el contexto específico de cada relación (Fernández-Álvarez, 1996:141).

2) **Asimetría marcada vs. asimetría moderada.** Debe existir una diferencia entre terapeuta y paciente que permita a ambos tener claramente identificados los roles. Algunos terapeutas exageran esta diferencia, alejando al terapeuta del consultante, mientras que otros lo suavizan, reduciendo la distancia en uno o más aspectos de la situación. Suelen encontrarse ejemplos de lo primero entre los terapeutas principiantes, que experimentan con frecuencia sentimientos de inseguridad en relación al cumplimiento de su tarea; también puede observarse cuando el paciente es derivado por alguien muy significativo para el terapeuta (Corbella y Botella, 2001).

b. **Función evaluativa.** Función que opera desde el comienzo del acto psicoterapéutico. Debido a lo anterior debe considerarse incluida junto a la función instruccional, pues trata de las operaciones realizadas por el terapeuta para prever cada uno de los movimientos que realizan tanto él como el consultante. Ésta 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). Se compone de las siguientes dimensiones.

1) **Optimismo vs. Criticismo.** Sin importar los objetivos de evaluación que cada terapeuta puede emplear, basándose en la observación o en instrumentos específicos, cada terapeuta tiende a realizar evaluaciones permanentes dentro del tratamiento. La tendencia crítica dicta que el desarrollo de la terapia no es la mejor. Por ejemplo, con respecto a la delimitación de las tareas, puede estimar que las reglas no fueron suficientemente bien descritas, mientras que si el estilo refleja una actitud optimista, el terapeuta tenderá a evaluar 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 a estimar la marcha del proceso o evaluar de qué manera se han producido ciertos cambios. En los dos casos queda claro que el propósito de la psicoterapia está dirigido a la búsqueda de determinados objetivos. Lo que aquí se describe son modalidades de evaluación sin poner en duda ese propósito primordial (Fernández-Álvarez, 1996:141).

c. Función atencional. Se manifiesta por medio de formas de intercambio terapéutico que requieren ampliar el concepto de función atencional a algo que está más allá de la escucha. Esta función se compone de todas las operaciones que el terapeuta realiza con el fin de acceder a la información que el paciente 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 terapeuta podrá orientar su atención de una manera activa, realizando movimientos que busquen provocar en el paciente a proveer información u orientar dicha información en una dirección específica. Cuando actúe de manera receptiva, su atención estará operando en el sentido amplio para captar los signos que el paciente espontáneamente produzca.

2) Concentrada o de nivel múltiple (abierta). Cuando el terapeuta se posiciona frente al paciente de manera concentrada, tiende a facilitar el registro de muy definidas informaciones. Obviamente esto será muy útil cuando el terapeuta esté buscando aplicar un sistema terapéutico definido y muy estructurado. Con un estilo contrario, los terapeutas que actúan con una atención más abierta son capaces de permitir ingresar al circuito de trabajo fuentes informacionales muy diversas entre sí y pertenecientes a múltiples niveles (Fernández-Álvarez, 1996:141).

«En el desarrollo de esta función atencional habremos de reencontrar aquella función evaluativa sobre la que hablamos anteriormente. En este caso se aplicará a estimar en qué medida la tarea de prestar atención a la producción del paciente 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 terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas, del cual se supone que resultará la producción de los cambios esperados en el paciente. En la medida que el terapeuta esté correctamente entrenado, se espera que aplique rigurosamente las pautas de la técnica que considera correcta para cada caso. Ello no obstante, el estilo personal de cada terapeuta lo 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 terapeuta podrá aplicar la técnica dirigiéndose al paciente para que cumpla con las tareas asignadas. Su actitud tendrá en ese caso normativo y se espera que el paciente se ajuste a tales indicaciones. Por el otro lado nos encontraremos con aquellos terapeutas que utilizan modos persuasivos para lograr que el paciente se adecue al plan de tareas (Fernández-Álvarez, 1996:142).

2. Lógico (literal) vs. retórico (figurado). Ciertos terapeutas se proponen avanzar con la aplicación de la técnica mediante observaciones e indicaciones que se rigen a un plan lógico. Se trata de cumplir literalmente con lo que se espera para ese paciente. Los terapeutas que actúan de esta manera esperan que el paciente pueda entender adecuadamente la secuencia lógica que supone el tratamiento. En cuanto a la 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 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 trabajado. Existe un cierto prototipo ideal de función expresiva que describe al terapeuta como alguien cálido, con un gesto comprensivo, nunca muy elocuente, pero que transmite confianza y seguridad para comunicarse con él (Fernández-Álvarez, 1996:142).

Los terapeutas se distribuyen en un espectro amplio y no es seguro que el mismo modo expresivo sirva para hacer funcionar adecuadamente cualquier técnica o para lograr los mismos resultados con todos los pacientes. Indudablemente, todo terapeuta actúa en su trabajo guiado por una modalidad expresiva que lo acompaña desde el comienzo mismo de la relación con el paciente. En ese sentido, 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 terapeuta (Fernández-Álvarez, 1996:142). La función expresiva puede se ejemplifica por medio de:

1) Tonalidad emocional baja vs. tonalidad emocional alta. Aunque conceptos como calidez, equilibrio y templanza definen estilos expresivos ideales para un terapeuta, resulta que en muchas oportunidades su Estilo Personal se manifiesta exitosamente como de poca o de intensa transmisión. Ejemplos de ello ocurren cuando el paciente enfrenta una situación traumática como la de un embarazo, muerte de un familiar, etc. (Fernández-Álvarez, 1996:142).

2) Corporal vs. Mental. Esta es la dimensión más característica y más idiosincrásica de la función expresiva. Existen terapeutas que utilizan con preferencia modalidades corporales. Las más significativas son gestos faciales, miradas, tonalidades de la voz, movimientos corporales. Sin embargo, otros terapeutas muestran su expresividad por medio de recursos mentales como por ejemplo: fluidez verbal, riqueza asociativa, ritmo de comunicación etc. (Fernández-Álvarez, 1996:142).

f. Función de compromiso vincular. Esta función sintetiza el conjunto de las modalidades de comunicación anteriormente descritas. Se trata de una síntesis productiva y no 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 un consultante. Nos encontramos con descripciones ideales que proponen términos medios como la representación de este compromiso. Estos términos constituyen entidades ideales que describen usualmente la forma deseada por quienes lo postulan. En la práctica los terapeutas están lejos de adecuarse a esos prototipos, sin embargo esto ha contribuido enormemente a ampliar nuestro conocimiento 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 terapeuta está dispuesto a mantener con su paciente se abren en dos direcciones: Nivel de compromiso interpersonal y nivel de compromiso intrapersonal (Fernández-Álvarez, 1996:142).

g. Compromiso interpersonal. Éste se compone de:

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

Al contrario encontramos en aquellos terapeutas que trabajan a gusto cuando existe un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con sus consultantes. Son terapeutas que prefieren tratamientos con pacientes más perturbados, que eligen formas terapéuticas más abiertas y extendidas, lo que los expone a desarrollar un vínculo más intenso y a participar de zonas de la experiencia personal del paciente de mayor intimidad (Fernández-Álvarez, 1996:142).

h. Compromiso intrapersonal. Se trata del grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo, en relación con el resto de las áreas de su vida (Fernández-Álvarez, 1996:142). Los modos característicos pueden describirse como:

4. Focalizado vs. Extendido. Se trata de un 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, etc. Mientras que el segundo, el terapeuta que se siente comprometido en forma más global con su tarea que afecta y repercute sobre muchas áreas de su vida personal (Fernández-Álvarez, 1996:142).

j. Función Fomentativa. Ésta es una función que no se tenía en cuenta en el EPT-C, sin embargo se considera pertinente mencionarlo. Se refiere a las estrategias dirigidas a fomentar la acción o el *Insight* del cliente. Este depende de la orientación teórica del terapeuta, pues se basa en los objetivos que se pretenden cumplir (Beutler y Clarkin, 1990).

1) Dirigidos a la Acción vs Dirigido al Insight. Los terapeutas tienden a usar habitualmente estrategias terapéuticas que procuran estimular la autoconciencia (*Insight*), o que procuran la modificación conductual actuando directamente en la eliminación del síntoma.

3) Implicaciones del Estilo Personal del Terapeuta. Conocer el Estilo Personal del Terapeuta, no se realiza con el fin de describir cual es mejor o tiene mejores resultados. Este es para ayudar al terapeuta a conocer su estilo, en función de sus variables personales, teoría y actitud terapéutica, de tal modo que el terapeuta pueda entrenarse en las habilidades comunicativas y de intervención psicoterapéutica en base al Estilo Personal del Terapeuta (Corbella y Botella, 2004:113).

Corbella y Botella (2004:117) mencionan que existe una relación entre las variables del consultante y las intervenciones y comportamiento del terapeuta son de gran importancia en el resultado de la Psicoterapia. Esto quiere decir, que dependiendo de las características individuales de cada consultante, el terapeuta acoplará su estilo propio, para de esta manera tener mejores resultados psicoterapéuticos.

Es por esto que «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 cuando a las áreas de 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...» (Vides, 2008: 40).

4) Investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta

a. Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta. La fundación Aiglé construyó el cuestionario con el fin de evaluar las funciones comunicativas descritas anteriormente. Sus autores afirman que el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C), posee propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a su confiabilidad, consistencia interna y estabilidad en resultados a través del tiempo. Su composición factorial muestra una validez adecuada en cuanto a las dimensiones que se proponen (Fernández-Álvarez, *et. al.*, 2003:120).

El EPT-C consta de 36 ítems, en un formato autoadministrado que se responden en escala de tipo Lickert, que representan cada una de las funciones comunicativas. 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 indican que el 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 Terapeuta (Corbella y Botella, 2004:115).

Es importante mencionar que una investigación buscó los perfiles de los estilos personales de 106 psicoterapeutas, con distintas bases teóricas. En esta investigación se encontraron 4 diferentes perfiles terapéuticos, no coincidiendo con las distintas orientaciones. Esto describe que la orientación teórica influye en los métodos de comunicación del terapeuta, sin embargo las variables personales tienen un gran peso en el estilo terapéutico (Corbella y Botella, 2004:116).

El EPT-C cuenta con una hoja de datos que permite obtener información sobre variables demográficas, como sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, ciudad donde ejerce, orientación teórica, edad de los clientes, modalidad terapéutica, duración del tratamiento, formación académica y tipo de patologías mayormente atendidas.

5) Investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta en Guatemala. En Guatemala, Beatriz Cadena, de la Universidad del Valle de Guatemala, en 2007 aplicó el EPT-C a 90 terapeutas que trabajan en la ciudad de Guatemala. A partir de esta investigación, se describió las características de los terapeutas en cuanto a las variables demográficas. De la misma manera se describieron las características de la práctica psicoterapéutica y se identificó el funcionamiento de las dimensiones comunicativas en los terapeutas. Al EPT-C se le realizaron cambios en la cual se incluyó una página de consentimiento informado, se le agregó una variable de formación obtenida, lista de patologías de violencia y trastornos de alimentación, se reformularon las preguntas número cinco, seis, diez y treinta y cinco, para lograr una mejor comprensión (Cadena, 2007).

La investigación de Beatriz Cadena muestra que: «el 71.1% de la muestra de terapeutas fue de sexo femenino y 28.9% masculino. El rango de edad se encontró entre los 23 y 79 años. El rango de edad predominante es de 36 a 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 arriba. Cadena encontró distintas combinaciones en la orientación teórica de los terapeutas, mostrando un 22% Integrativo, 11% Cognitivo-Humanista, 10% Cognitivo y 8.9% Humanista Existencial. Entre las patologías atendidas en terapia se encuentran ansiedad y depresión, trastornos de la personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, violencia, trastornos de la alimentación, entre otros. Los resultados mostraron que un 83.3% de los terapeutas atienden más de una patología, 8.9 % ansiedad y depresión, 2.2% se solamente se dedica a violencia y 5.5% se dedica a otras. En cuanto a la duración del tratamiento 44.4% indica 6 meses, 32.2% dos años y 4.4% más de dos años» (Vides, 2008: 45).

«En cuanto a la relación de variables estudiadas y sus dimensiones, se encontró que los terapeutas Psicoanalistas tienen un nivel instruccional más rígido y un menor nivel de cercanía con los clientes y mantienen un nivel de atención que tiende a ser más focalizado. Los terapeutas cognitivos mostraron mayor planificación y más rigidez en sus tratamientos. Los Humanistas-Existenciales, mostraron un nivel elevado de cercanía e involucración con el cliente y sus tratamientos son más flexibles y espontáneos. Los sistémicos mostraron un nivel de cercanía elevado y un mayor grado de involucración con sus consultantes. Los terapeutas Integrativos muestran que mantiene un mayor nivel de cercanía con sus pacientes que los Cognitivos. Los primeros muestran un nivel de flexibilidad similar al de los terapeutas Humanista-Existenciales. La combinación Cognitivo-Humanista demostró un nivel de cercanía igual al Integrativo. En cuanto a la autorrevelación, los 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 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» (Vides, 2008:46).

La investigación realizada por Castellanos (2007) en la Universidad Rafael Landívar, con el fin de conocer el Estilo Personal del Terapeuta en los estudiantes de Psicología Clínica, se desarrolló bajo un diseño cuantitativo-cualitativo. Se utilizó el EPT-C que se aplicó a 60 estudiantes. Se calificaron los cuestionarios y se llevó a cabo el estudio estadístico correspondiente. Luego, se escogieron 8 casos que se analizaron a profundidad, estos respondiendo a una entrevista semiestructurada basado en las funciones que mide el EPT-C. Los casos se describieron, analizaron y se realizaron los esquemas correspondientes. A través de esta investigación se concluyó que los estudiantes mantienen un rango promedio en todas las funciones del Estilo Personal del Terapeuta, indicando una postura equilibrada (Castellanos, 2007:88).

Es necesario mencionar que existe gran cantidad de estudios sobre el Estilo Personal del Terapeuta, sin embargo, no se cuentan con estudios de Competencias Culturales, siendo estas últimas relevantes para el país, debido a la diversidad cultural que existe en Guatemala.

La cultura puede ser entendida como el patrón de conductas humanas, estos son pensamientos, comunicación, prácticas, costumbres, creencias, valores, instituciones, etc., de grupos definidos por dimensiones como etnia, género, nacionalidad, status socioeconómico, identidad sexual, religiosa o política, etc. Por su parte, la competencia se refiere a la habilidad para funcionar eficazmente. Por lo consiguiente, se puede definir competencia cultural como el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas, políticas y programas, que confluyen en una persona, organismo o sistema que le capacitan para trabajar con eficacia en contextos interculturales. Por tanto, la competencia cultural puede estar referida a ciudadanos, profesionales de los servicios, políticos, a un barrio, centro de salud o de servicios sociales, o al sistema jurídico, educativo, etc.

La competencia cultural es un constructo complejo, incluye múltiples dimensiones, y es también al mismo tiempo un proceso y un resultado. Hayes (1991) la concibe con una estructura dinámica que se mueve en un eje en el que representa los continuos progresos que realizan las personas hasta alcanzar el grado óptimo de funcionamiento en contextos culturales. Hayes (1991) explica que la adquisición de una competencia cultural eficaz es el resultado de un proceso de desarrollo de capacidad que no sigue un modelo lineal.

D. Consejería y Terapia Multicultural

La Consejería y Terapia Multicultural es más fácilmente descrita como una aproximación meta-teórica a las relaciones de ayuda reconociendo que todas estas relaciones existen dentro de un contexto cultural. Ésta aproximación integrativa de la relación de ayuda está compuesta de una amplia gama de estrategias terapéuticas y técnicas que ayudan a terapeutas para trabajar efectivamente, con respeto y éticamente con personas de grupos y contextos diferentes (Ivey, 2007).

Otra definición de Consejería Multicultural se refiere a la preparación y prácticas que integran conocimientos y habilidades multiculturales a las interacciones de Consejería (Arredondo, 1992).

La Consejería y Terapia Multicultural comienza con el conocimiento de parte del terapeuta acerca de las diferencias que son comúnmente manifestadas en personas que pertenecen a diferentes grupos culturales/raciales/étnicos, y las diferencias dentro de los grupos. Siguiendo esta definición se puede ver a la consejería multicultural altamente centrada en la persona, sin embargo es importante tomar en cuenta la familia y factores culturales que afectan el tipo de problemas y desafíos que consultantes de diferentes

grupos experimentan a través de sus vidas. Se puede decir entonces que la Consejería y Terapia Multicultural es culturalmente centrada (Ivey, 2007).

La guía de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), se basa en seis principios básicos.

- 1) La conducta ética de los terapeutas se mejora cuando se conocen las diferencias en creencias y prácticas que emergen de la socialización a través de la afiliación a grupos étnicos y raciales, y como estos afectan en el proceso de psicoterapia. Está claro que mientras más conocimiento de las diferencias culturales tenga el terapeuta, funcionará mejor en su rol (Gamst, 2008).
- 2) Entender y reconocer la relación entre las experiencias de socialización y la herencia cultural puede mejorar la calidad de la relación con el consultante. Los terapeutas deben estar conscientes de cómo su propia identidad cultural puede afectar en la dinámica interpersonal en la práctica (Gamst, 2008).
- 3) Reconocimiento que el conocer las maneras en que la identidad racial se mezcla con otras dimensiones de la identidad, mejora el entendimiento y la relación con todas las personas (Gamst, 2008).
- 4) Conocimiento de los acercamientos que históricamente fueron catalogados como déficits y que no han valorado ciertas identidades sociales, ayuda a los terapeutas a entender la poca representación de las minorías étnicas en diferentes ambientes (Gamst, 2008).
- 5) Los terapeutas pueden promover igualdad social y justicia social. Esto se promueve a través del conocimiento de su impacto en otros y la influencia de su persona en los roles profesionales en la sociedad. Ser sensible al racismo, opresión, y mecanismos de injusticia social brinda la oportunidad a terapeutas a tratar la no igualdad en distintos niveles (Gamst, 2008).
- 6) El conocimiento de los terapeutas acerca de que organizaciones tienen el poder de cambiar el estado de la multiculturalidad (Gamst, 2008).

En cuanto a las Guías de multiculturalidad la APA describe:

- 1) Los terapeutas son motivados a reconocer que, como seres culturales, pueden tener actitudes y creencias que pueden influenciar en la percepción y la interacción ante individuos que son culturalmente diferentes a ellos (Gamst, 2008).
- 2) Los terapeutas son motivados a reconocer la importancia de ser sensibles, tener conocimiento y entender acerca de los individuos culturalmente diferentes. Esto quiere decir que tener empatía cultural puede ampliar el entendimiento del mundo de los consultantes (Gamst, 2008).
- 3) Como educadores, los Psicólogos deben emplear constructos de multiculturalidad y diversidad en la educación psicológica (Gamst, 2008).
- 4) Investigadores Psicólogos culturalmente sensibles son motivados a reconocer la importancia de realizar investigaciones centradas en la cultura (Gamst, 2008).
- 5) Los terapeutas son motivados a aplicar habilidades culturalmente apropiadas en la práctica clínica y otras prácticas de psicología aplicada (Gamst, 2008).
- 6) Los Psicólogos son motivados a utilizar cambios organizacionales para que estos cambios incluyan a individuos con una herencia cultural diferente (Gamst, 2008).

1. Competencias de Consejería Multicultural. Las Competencias de Consejería Multicultural se basan en las Dimensiones de la Identidad Personal. Este modelo comunica varias premisas: todos somos individuos multiculturales, todos poseemos cultura personal, histórica y política, somos afectados por eventos socioculturales, políticos, históricos y ambientales y la multiculturalidad se combina con otros factores individuales (Arredondo, *et.al*, 1996).

El modelo de las Dimensiones de la Identidad Personal puede utilizarse como un paradigma para percibir a las personas de una manera completa e integral (Arredondo, *et.al*, 1996). Entre las dimensiones de este Modelo se encuentran:

a. Dimensión A. Ésta se refiere a las características que sirven como perfil para todas las personas. La mayoría de estas son fijas, por ejemplo edad, género, cultural, raza, etc. siendo todas estas predeterminadas (Arredondo, *et.al*, 1996).

b. Dimensión B. Ésta es influida por las dimensiones A y C. Esta representa las posibles experiencias compartidas que no pueden ser observadas en la Dimensión A. No se puede decir si una persona es de cierta zona, o región del país, si es hijo único, hijo de padres solteros etc. (Arredondo, *et.al*, 1996).

c. Dimensión C. Ésta se refiere a todos los eventos históricos, políticos, socioculturales y económicos que pueden afectar la cultura personal y las experiencias de vida. El momento histórico en el que se nace no va a pasar nunca más lo que afecta aspectos personales como recuerdos de la familia, su niñez es afectada por esto, etc. Esta dimensión sugiere que existen diferentes eventos a nuestro alrededor que nos afectan positiva y negativamente. A pesar que estos eventos no afectan de una manera directa, si afectan en la forma en que las personas son percibidas, perciben, tratan y son tratados (Arredondo, *et.al*, 1996).

El propósito de este modelo es de demostrar la complejidad y cómo todo afecta al individuo. A pesar que se poseen características de cada dimensión compartida la combinación de las diferentes características en las diferentes dimensiones hace que cada individuo sea único (Arredondo, *et.al*, 1996).

En referencia a las Competencias de Consejería Multicultural este modelo introduce varios puntos en común entre los consultantes y los terapeutas. También sugiere que en consejería con personas de diferente cultura, etnicidad o raza, trabajando con estereotipos enfocados solo en las dimensiones A o B sin la consideración de la Dimensión C puede llevar a una mala comunicación y a erosionar la relación terapéutica (Arredondo, *et.al*, 1996).

Como se describió anteriormente, cada ser humano es único, aspectos como cultura, etnicidad y raza son tres aspectos que afectan la identidad de cada persona, sin embargo estas tres se mezclan con otras dimensiones, tales como género, orientación sexual, creencias religiosas, espiritualidad, entre otras. Es por esto que se hace importante examinar las competencias de consejería multicultural que se dividen en tres áreas:

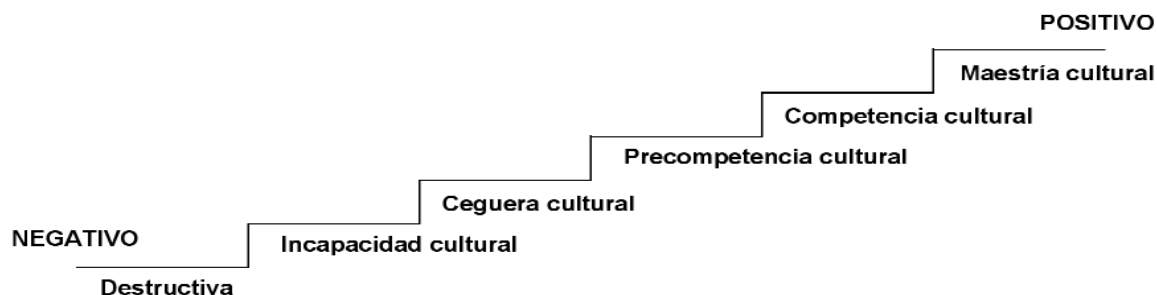
- a. la conciencia del terapeuta acerca de sus propios valores culturales y prejuicios
- b. conciencia del terapeuta acerca de la visión del mundo del consultante
- c. intervenciones culturalmente apropiadas

Cada uno de estos tres puntos, está compuesto por actitudes y creencias, conocimientos, y habilidades.

Por otro lado, Hayes (1991) concibe a la competencia cultural con una estructura dinámica que se mueve en un eje que representa el progreso que realizan las personas o instituciones, hasta alcanzar el grado óptimo de funcionamiento en contextos culturales (Cuadro 1). De acuerdo con Hayes (1991) obtener un funcionamiento alto en competencias culturales es un proceso de desarrollo de la capacidad y este no sigue un modelo lineal. Esto quiere decir que cada persona, terapeuta, institución progresa a un ritmo único

enfrentándose a retos personales. Es importante mencionar que los diferentes ámbitos que incluyen las competencias culturales incluye género, etnia, orientación sexual etc.

Cuadro 1. La competencia cultural según Hayes



Estas competencias cada vez se hacen más necesarias en el mundo por el incremento de poblaciones de minorías étnicas, son un factor clave en la satisfacción de los consultantes, y cumplen con las reglas de ética de la Asociación Americana de Consejería (ACA) (Martínez, *et. al.* 2006).

Por lo consiguiente, un terapeuta competente en consejería multicultural, debe de tener una buena conciencia acerca de sus propias actitudes y creencias, y reconocer y ser sensible a las actitudes y creencias del consultante. Debe de entender los efectos de identidad racial, aculturación, identidad étnica, estrés minoritario, enfrentarse al estatus de minoría, y el impacto de influencias sociopolíticas en las personas pertenecientes a una minoría étnica. El terapeuta, también debe tener, la habilidad de trabajar con grupos culturalmente diferentes y de proveer un proceso adecuado, en otras palabras, poder traducir intervenciones a estrategias y habilidades culturalmente compatibles (Martínez, *et. al.* 2006).

a. La conciencia del terapeuta acerca de sus propios valores culturales y prejuicios. El terapeuta es influenciado en la conformación de su visión del mundo por su propio contexto cultural de pertenencia (Pedersen, 200; Sue, Arredondo y McDavis, 1992). Es por esto que tiene que aprender a reconocer que esa pertenencia a culturas específicas puede conducirle a adoptar actitudes y creencias que tengan una influencia negativa sobre su manera de interactuar con individuos que pertenecen a grupos culturalmente distintos (Martínez, *et. al.* 2006).

Esto implica un continuo examen de los propios sesgos y prejuicios hacia otras culturas, así como una exploración en profundidad del propio trasfondo cultural. Sin ser consciente de los valores de nuestra propia cultura y sus implicaciones prácticas, corremos el riesgo de practicar una imposición cultural (Leininger,

1978). En este sentido se ha señalado que en la psicoterapia tradicional subyacen una serie de conflictos relacionados con ciertos valores sostenidos por algunos grupos minoritarios (Nagayama-Hall, 2001). Así, por ejemplo, el tratamiento psicológico convencional tiende a promover los valores propios de la cultura individualista: autonomía individual, competitividad, límites claramente definidos entre el *self* y los otros, emociones *ego* centradas, asertividad, *locus of control* interno, etc.; por el contrario, algunos grupos socializan a sus miembros en los valores propios de la cultura colectivista: armonía con el grupo, cooperación, *self* interdependiente, conexión con los valores grupales; valoración del logro grupal, fomento de la equidad, etc. El problema puede surgir, no tanto de la preferencia que tenga el profesional hacia ciertas personas, orientaciones sociales, modelos, valores etc., sino que evalúe como negativas otras preferencias y actúe en consecuencia (Martínez, *et. al.* 2006).

Desde la Psicología Social se ha puesto de manifiesto que las percepciones que tenemos de los miembros de los otros grupos, y del mundo en general, se conforman y se estructuran a través del proceso psicológico de la categorización social (Tajfel y Turner, 1986, Fiske, 1998). A través de ella se asocian rasgos y comportamientos a grupos determinados siguiendo una serie de leyes o normas tales como:

- 1) Los individuos perciben más homogéneos a los miembros de su propio grupo y exageran las diferencias respecto de los miembros de los demás grupos.
- 2) Esta distinción conlleva al mismo tiempo un cierto favoritismo hacia los miembros del endo-grupo.

Esta forma de actuar se hace de forma inconsciente y puede resultar problemática cuando un grupo tiene más poder que otro o cuando los recursos que hay en un determinado contexto no están repartidos equitativamente. Por ello, se debe aceptar que la interpretación que hace el profesional de algunas conductas de las personas pueda ser inconscientemente prejuiciosa y esté influenciada por estereotipos negativos, elementos constitutivos del proceso de categorización social (Martínez, *et. al.* 2006).

La conciencia cultural debe ser un elemento crítico en el proceso de actualización formativa de los terapeutas y les debe conducir desde el etnocentrismo a un etnorelativismo cultural, sin que esto signifique que han de ser aceptadas todas las prácticas culturales. Esto implica la adquisición de conocimientos acerca de sus propios entornos culturales que han influido en sus actitudes, estereotipos, ideas preconcebidas, comportamiento, etc. (Martínez, *et. al.* 2006).

En la literatura especializada se han descrito diversas estrategias para amortiguar el sesgo endogrupal y mejorar de esta forma las relaciones intergrupales. Una de ellas se refiere a la adopción de una perspectiva daltónica al interactuar con personas de otra etnia, género, etc. minimizando las diferencias y poniendo el énfasis en los aspectos universales del comportamiento (APA, 2003). De esta forma se puede disminuir la

desigualdad al minimizar el pensamiento categórico, el uso de estereotipos, la preferencia por el endogrupo, etc.

Siguiendo las recomendaciones de la *American Psychological Association*, para reducir los estereotipos y prejuicios de los profesionales de la intervención social (APA, 2003), se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- 1) mejorar el conocimiento de las propias creencias, valores, actitudes etc.
- 2) esforzarse y ejercitarse para cambiar las percepciones automáticas positivas para el endogrupo y negativas para el exogrupo
- 3) percibir a las personas como individuos y no como miembros de un grupo
- 4) cambiar la percepción de nosotros vs. ellos por la de nosotros
- 5) recategorizar a los miembros del exogrupo como miembros del endogrupo.

b. Conciencia del terapeuta acerca de la visión del mundo del consultante. Uno de los requisitos más importantes para comprender la conducta del consultante es conocer su forma de ver el mundo. Por ello es importante buscar y adquirir un sólido conocimiento cultural y comprensión acerca de las diferencias étnicas de los individuos. Este conocimiento multicultural conlleva un aprendizaje y búsqueda de información sobre culturas, cosmovisiones y experiencias de los diferentes grupos de personas: patrimonio, historia, estructura familiar, valores, creencias, etc. En el campo de la salud mental, es importante para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento conocer del usuario sus creencias sobre el origen y naturaleza de la salud mental, la forma de manifestarse los síntomas, el estilo de afrontamiento, el sistema de apoyo familiar y comunitario, la disposición para el cumplimiento del tratamiento, etc. Asimismo, se debe tener información precisa sobre las barreras institucionales, el contexto sociopolítico y los mecanismos de opresión y discriminación que sufre el grupo minoritario en cuestión (Sodowsky, Kuo-Jackson, y Loya, 1997). Esta dimensión de la competencia cultural debe completarse con una actitud de búsqueda continua de información y de formulación de preguntas apropiadas y significativas.

Purnell y Paulanka (1998) distinguen cuatro niveles de conocimiento cultural:

- 1) Incompetencia inconsciente, o síndrome de la ceguera cultural, cuando el terapeuta no es consciente de su carencia de conocimiento cultural
- 2) Incompetencia consciente, cuando se conoce la importancia de la cultura en la prestación de servicios a poblaciones diversas pero no se tienen los conocimientos necesarios
- 3) Competencia consciente es el acto intencionado de aprender acerca de la cultura de los usuarios ofreciendo respuestas profesionales culturalmente sensibles

- 4) Competencia inconsciente es la habilidad automática para ofrecer servicios culturalmente congruentes a las características de los usuarios.

c. Intervenciones culturalmente apropiadas. Ésta tercera dimensión se refiere a la ejecución de prácticas profesionales culturalmente apropiadas a las características de los usuarios con los que se interactúa. Estas prácticas van desde el uso apropiado del lenguaje, la forma de desarrollar la entrevista, los datos a obtener del usuario, la elaboración del diagnóstico o el diseño de un programa de intervención. El conocimiento y la conciencia cultural abordados en párrafos anteriores deben ser empleados para desarrollar las habilidades multiculturales, es decir, comportamientos e intervenciones apropiadas y culturalmente sensibles. La vía hacia el desarrollo de estas habilidades es la propia exploración y conciencia cultural, y conforme los profesionales sean más conscientes de sus propias ideas, valores, concepciones y estereotipos, tenderán a proyectar en menor medida sus propios valores culturales a los usuarios, por lo que se volverán más eficientes (Sue, Ivey y Pedersen, 1996).

De acuerdo con el efecto de primacía (Asch, 1946), los primeros elementos informativos que recibe el perceptor son muy importantes ya que se constituyen en un filtro que organiza y estructura la información posterior. Por ello, es importante la habilidad del terapeuta para establecer desde el principio una relación positiva de comunicación con el usuario, creando un clima cálido, respetuoso y de confianza. Para ello debe, si es posible, conocer y pronunciar correctamente su nombre, mantener una distancia personal apropiada a su cultura, cuidar las formulas de cortesía y el contacto visual, etc. Igualmente hay que destacar las habilidades necesarias para realizar una adecuada evaluación diagnóstica del usuario, paciente, trabajador, etc. El lenguaje, como vehículo de expresión de emociones y sentimientos ocupa, en este ámbito, un lugar central por lo que la utilización de herramientas de evaluación culturalmente apropiadas se hace fundamental para conocer de forma fiable el funcionamiento psicológico del individuo (Martínez, *et. al.* 2006).

E. Descripción del contexto

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

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

Por la ubicación geográfica, condiciones geológicas y climáticas, Guatemala es un país vulnerable a desastres naturales. En la actualidad en 69% de la población vive en la meseta central y occidental, así como en la bocacosta y costas del Océano Pacífico. Ésta es la porción del país más productiva, en cuando a ingresos provenientes de la agroexportación e industria. Del mismo modo esta población es la más propensa a amenazas como terremotos, erupciones volcánicas, derrumbes, inundaciones y sequías (OIM, 2008:11).

La exclusión económica y social que existe dentro el país, con relación a la población rural pobre, compuesta en su gran mayoría por indígenas, es causa de insatisfacción. Las oportunidades que brinda el sistema nacional, no contempla la magnitud necesaria para mitigar la demanda poblacional (OIM, 2008:14).

Se puede distinguir, que en Guatemala la cultura urbana ha evolucionado sin ningún patrón, lo que resulta en un grupo sin características propias, en otras palabras refleja tendencias norteamericanas, mexicanas y europeas. Mientras tanto la cultura rural está formada por un mosaico de culturas indígenas que han preservado su cultura tradicional (Núñez, E. 1982:18).

El conflicto armado interno iniciada en 1962, jugó y juega un papel importante en la sociedad guatemalteca de hoy en día. Los cambios que provocó afectó todos los niveles de la sociedad. Esto último se puede observar en la conformación de familias, comunidades, etc. Se puede decir, entonces, que el conflicto armado modificó de forma violenta las relaciones, mentalidades y comportamiento del guatemalteco, dejando marcado la memoria histórica de Guatemala (Vides, 2008:46).

Esto dejó un estilo de vida diferente de cómo era antes de que se iniciara el conflicto armado. Los vínculos familiares se rompieron por muerte violenta, separaciones, etc. Esto creó creando un trauma que altera la forma de ver el futuro (Osorio, 2005:86).

Luego de los acuerdos de paz y la incapacidad del estado para hacerlos valer, se puede observar que reina la impunidad, violencia, inestabilidad sociopolítica y económica, entre otras características de un país que ha pasado por un conflicto armado interno. Todo esto forma una cultura de violencia. En este contexto la mayoría de guatemaltecos vive con la violencia internalizada, y exacerbada por el conflicto sociopolítico permanente. La violencia social, que actualmente se ha agravado debido a la insatisfacción social y crisis económica que reina en el país. Por otra parte, la población vive amenazada por la inseguridad, a pesar de los esfuerzos inefectivos del gobierno para controlarla (Villareal, 2000:2).

La desintegración familiar se dio ante la pérdida de algunos de sus miembros, víctimas ya sea del conflicto armado interno o de la violencia común. Muchos hogares perdieron la fuente de sustento,

culturalmente atribuida al padre, mientras tanto la madre debió de encontrar formas de obtenerlo. Dedicarse a otras actividades fuera del hogar llegó a que esto no fuera percibido como una fuente de seguridad o se le consideraba como un recordatorio del trauma (Osorio, 2005:96).

Las pérdidas ocasionadas por el conflicto armado y por la violencia no se queda en solo muertes y pérdidas, estas se encuentran en lo más profundo del individuo y están relacionadas con su vida pasada y futura. Esto es el caso de las personas que sufrieron pérdidas del sentido de seguridad o tradiciones. Las consecuencias de estas pérdidas se dan en ámbitos personales abarcando las distintas esferas de la vida de las personas (Vides, 2008).

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) se evidencian debilidades en la red de servicios de salud mental. Esto último, pues la mayoría de los dispositivos están centrados en la capital, empobreciendo la cobertura en el interior del país y en áreas rurales. No se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta. Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorio y solo uno está destinado a niños y adolescentes, ninguno proporciona seguimiento de casos. Hay dos servicios de día en el país, sin áreas para niñez ni adolescencia, y dos hospitales psiquiátricos, para un total de 0.7 camas por cada 100,000 habitantes, encontrándose el 99% de camas psiquiátricas en dos hospitales del área metropolitana (Vides, 2008:46).

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

El número total de recursos humanos que trabajan en establecimiento de salud mental o práctica privada por 100,000 habitantes es de 2.43. Estos se conforman por 0.57% psiquiatras, 0.03% otros médicos, 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 ONG's, establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, mientras tanto 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, 20% trabaja para ambos sectores. Los datos de psicólogos que trabajan para ONG o práctica privada no está disponible (OMS/OPS, 2006:36).

La elevada concentración de los recursos humanos en las capitales afecta el acceso a los servicios de la población del interior del país, en especial las zonas rurales (Rodríguez, *et. al.*, 2007:353).

III. METODOLOGÍA

A. Objetivos

1. General

- a. Caracterizar el estilo personal del terapeuta y las competencias multiculturales en estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental.

2. Específicos

- a. Definir el estilo personal del terapeuta de la población examinada.
- b. Relacionar las competencias multicultural y el estilo personal de los consejeros

B. Participantes

Se trabajó con una población total de 31 sujetos de los cuales 18 cursan la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental, mientras los otros 13 son graduados de dicha maestría. Cada uno de los terapeutas completó el Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, de la Fundación Aiglé, y el Cuestionario de Competencias de Consejería Multicultural. Junto con estos cuestionarios se recolectó información sobre sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, orientación teórica, edad de los clientes, modalidad terapéutica, duración del tratamiento, formación académica y tipo de patologías que atienden. Sin embargo, únicamente se trabajaron con 10 estudiantes de maestría, pues los 8 estudiantes restantes no completaron todos los cuestionarios que se les proporcionó.

C. Diseño de la investigación

El estudio fué descriptivo. Se compararán los resultados del EPT-C con el Cuestionario de Competencias en Consejería Multicultural, así como la diferencia entre estudiantes y graduados de la maestría.

D. Muestreo

Se trabajará con una muestra específica. Siendo el muestreo voluntario e intencionado, de la población de los estudiantes y egresados de la maestría.

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), éste permite obtener información sobre distintas variables demográficas, entre ellas; sexo, edad, nacionalidad, años de experiencia, ciudad donde ejerce, orientación

teórica, edad de los pacientes, modalidad terapéutica (individual, pareja, familia, etc.), duración predominante de los tratamientos (breve, intermedio o prolongado), formación académica y tipo de patologías que se atienden (Cadena, 2007).

Se utilizó la versión elaborada por Ana Vides, en esta versión del cuestionario, se agregó una página de consentimiento informado para que el terapeuta se informará sobre el estudio y aceptara o no participar. A la vez se cambiaron los siguientes ítems:

Se agregó la variable de formación obtenida, ya sea en medicina, psicología o alguna otra, mientras que en la variable que mide las patologías más frecuentes se agregó violencia y trastornos de alimentación (Cadena, 2007).

La pregunta cinco hace referencia al proceso terapéutico, el cual se definió para mayor comprensión de quien completaba la encuesta. En la pregunta diez, se consideró necesario aclarar el significado de “tratamientos pautados” como tratamientos basados en un manual. La pregunta diez y seis nuevamente menciona el encuadre terapéutico por lo que se colocó la misma definición que el la pregunta número cinco. En la pregunta treinta y cinco se sustituyó la palabra “laxo” por “flexible”, ya que se consideró que dicha palabra, no se utiliza tan frecuentemente (Cadena, 2007).

Los terapeutas completaron un cuestionario con respuestas que se encontraban en un rango entre el 1 al 7 en una escala tipo Likert, donde 1 representaba total desacuerdo y un 7 indica total acuerdo. Fueron evaluadas las siguientes funciones:

1. Dimensión instruccional: (El puntaje más alto representa mayor rigidez) Comprende las acciones realizadas por el terapeuta para regular y establecer aspectos de la terapia como el sistema de normas y reglas, tareas a cumplir en el transcurso de las sesiones. Por ejemplo la fijación de horarios, honorarios, ámbito de trabajo y las maneras de negociar cambios en el entorno terapéutico (Cadena, 2007).

2. Dimensión expresiva: (Puntaje más alto significa mayor cercanía) Acciones llevadas a cabo por el terapeuta para lograr comunicación emocional efectiva (Cadena, 2007).

3. Dimensión de involucración y compromiso: (Puntaje más alto se refiere a un mayor nivel). Se refiere al conjunto de conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta respecto a su desempeño profesional y, en especial, frente a sus pacientes (Cadena, 2007).

4. Dimensión atencional: (Puntaje más alto indica un enfoque más cerrado) Describe la manera en que el terapeuta centra su atención para obtener la información necesaria de sus pacientes (Cadena, 2007).

5. Dimensión operativa: (Puntaje más alto corresponde a mayor planificación) Se refiere a las acciones que están directamente conectadas con intervenciones terapéuticas específica (Cadena, 2007).

Conjuntamente con el EPT-C se utilizó el el Cuestionario de Competencias en Consejería Multicultural elaborado por Arredondo y Glauner en 1992. Este cuestionario consta de tres dimensiones:

1. Conocimientos sobre el/la consejero/a (propios valores y prejuicios): Éste se refiere a las actitudes y creencias del terapeuta, hacia minorías étnicas y raciales, la necesidad de revisar estereotipos, desarrollar una orientación positiva hacia la multiculturalidad y la forma que los valores y creencias del consejero afectan en la terapia.

2. Conocimientos del consejero/a de la visión del mundo del cliente: Éste reconoce que, un terapeuta multiculturalmente competente, posee buenos conocimientos acerca de su propia visión del mundo y entiende las influencias sociopolíticas.

3. Estrategias de intervenciones culturalmente apropiadas: Ésta se refiere a la elaboración de intervenciones que estén en concordancia con la creencia pertenecientes a grupos minoritarios.

Cada uno de estas tres dimensiones mide:

- a. Actitudes y creencias
- b. Conocimientos
- c. Destrezas

Tomando en cuenta lo anterior, se puede desarrollar una matriz de tres (características) por tres (dimensiones) en el cual la mayoría de habilidades multiculturales se pueden organizar.

F. Procedimiento

La información necesaria se recolectó por medio de Lda. Meri Lubina, Dra. Maria del Pilar Grazioso y Dra. Claudia García de la Cadena; se acordó aplicar el EPT-C y el Cuestionario de Consejería Multicultural al inicio del primer curso de la cuarta cohorte.

Al iniciar el curso se les explicó a los estudiantes sobre la investigación y para que serian utilizados los resultados, entregándoles el EPT-C, el Cuestionario de Consejería Multicultural y consentimiento informado para ser devueltos cuatro días después.

Luego del plazo establecido, se recogieron los instrumentos, en total se obtuvieron 10 juegos completos de los instrumentos entregados.

La información retrospectiva acerca de los graduados de dicha maestría, se obtuvo de instrumentos ya aplicados durante el curso de la tercera cohorte, estos instrumentos fueron aplicados por la Lda. Beatriz Cadena y la Lda. Meri Lubina.

G. Análisis de los datos

La información obtenida de los cuestionarios se proceso en el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 15.0. Realizando estadísticos de los elementos descriptivos del Estilo Personal del Terapeuta y el Cuestionario de Consejería Multicultural.

IV. RESULTADOS

A. Información general

Se administraron dos cuestionarios a 31 estudiantes de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental, únicamente se logró trabajar con 10 estudiantes y 13 graduados de dicha Maestría debido a falta de papelería completa; por lo que se trabajó con una muestra total de 23 terapeutas que ejercen su profesión en Guatemala, siendo el 95% del sexo femenino y 5 % del sexo masculino. El rango de edad de los estudiantes de la maestría se encuentra entre 24 y 48 años, mientras el de los graduados se encuentra entre 23 y 50 años.

En cuanto a la orientación teórica de los estudiantes contó con un 70% Integrativa, 20% Humanista y 10% Cognitiva, mientras que no existió Psicoanalítica y Sistemica. De la misma manera, no mostraron combinaciones entre orientaciones teóricas. Como puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1. Orientaciones teóricas de los estudiantes

Orientación Teórica	Cantidad	Porcentaje
Integrativa	7	70%
Humanista	2	20%
Cognitiva	1	10%
Psicoanalítica	0	0%
Sistemica	0	0%

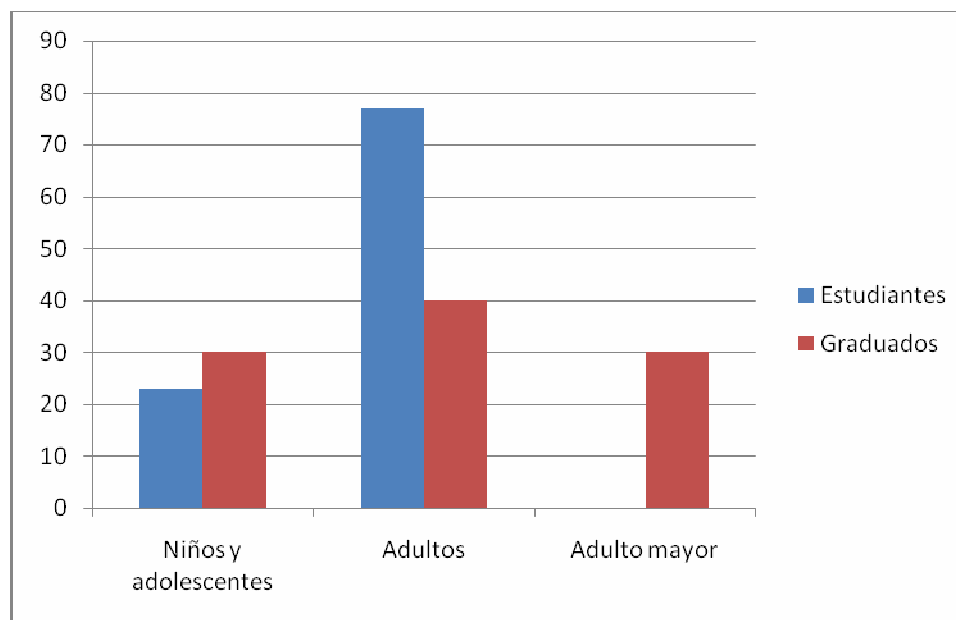
Mientras que la orientación teórica de los graduados se compone como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Orientaciones teóricas de los graduados

Orientación Teórica	Cantidad	Porcentaje
Integrativa	5	38%
Humanista	2	15%
Cognitiva	4	31%
Psicoanalítica	1	8%
Sistemica	1	8%

En cuanto al ciclo vital atendido por los estudiantes, el 77% se compone de adultos mientras el 23% de niños, mientras los graduados es de 30% niños y adolescentes, 40% adultos y 30% adulto mayor (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Ciclo vital de la población atendida



La modalidad terapéutica entre los estudiantes en su mayoría fue individual (73%), mientras el restante es una combinación: Individual-Familia (13.5%), Individual-Pareja-Familia-Grupo (13.5%). Mientras la modalidad de los graduados se compone de: Individual (31%), Individual-Grupo (23%), Individual-Familia (23%), Individual-Pareja (15%) E individual-Pareja-Familia-Grupo (7%).

En lo que respecta a las patologías atendidas: Ansiedad y depresión, Trastornos de la Personalidad, Adicciones, Psicosis, Trastornos de la Comunicación, Disfunciones sexuales, Violencia, Trastornos de Alimentación y Otros. Entre los estudiantes los resultados indican que un 10% atiende Ansiedad y depresión, un 36% Trastornos de la comunicación, mientras el 9% corresponde a Ansiedad y depresión y Adicciones, un 36% Ansiedad y depresión, Trastornos de la comunicación y Violencia y un 9% menciona que trabaja con todas las patologías. Los resultados de los graduados se componen por: 77% menciona que trabaja con todas las patologías y el 23% con otras patologías.

La formación de los estudiantes que participaron el 55% tiene formación psicológica, mientras el 45% con otra formación, mientras los graduados muestra el 100% de formación psicológica.

B. Estilo Personal del Terapeuta

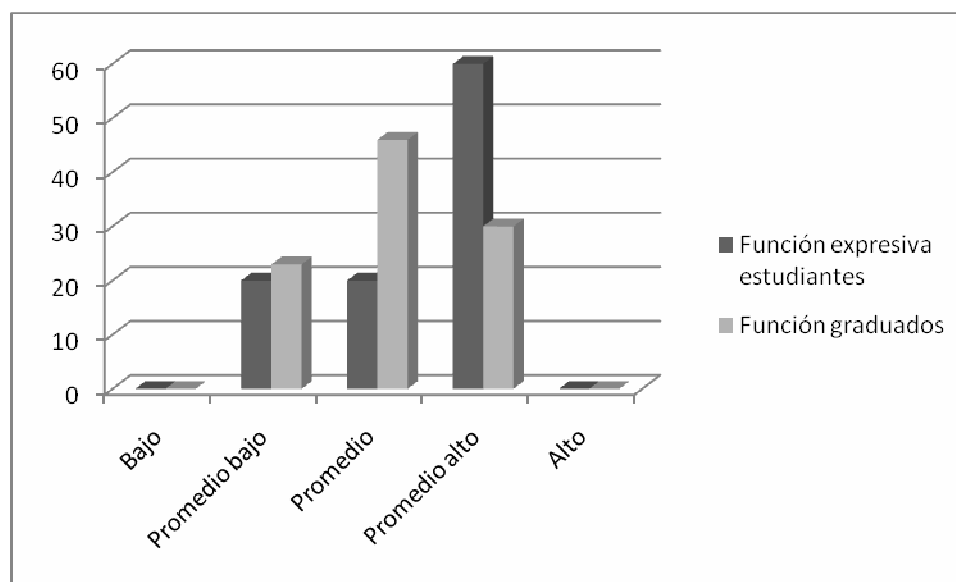
El Estilo Personal del Terapeuta se refiere a la forma individual en que el terapeuta ejerce su profesión. Estas se componen de diferentes funciones, las cuales describen la comunicación, cercanía emocional, focalización atencional, grado de involucración, y como dirigen la terapia.

1. Función Expresiva

a. Función expresiva estudiantes: El 20% de los terapeutas se encuentran en un nivel promedio bajo, 20% se encuentra intermedio entre proximidad y distancia, mientras que 60% en un promedio alto (Ver Gráfico 2).

b. Función expresiva graduados: El 23% de los terapeutas se encuentra en un nivel promedio bajo, 46% intermedio, y un 30% promedio alto (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Función expresiva



A continuación se explican los rangos, con base a las descripciones que Corbella y Botella (2001) realizan de la función expresiva.

Alto: Describe a los terapeutas que mantienen una cercanía emocional hacia sus pacientes. El terapeuta debe mantener la relación dentro de la colaboración activa. En otras palabras, el terapeuta es empático.

Promedio Alto: En este nivel corresponden los terapeutas con características similares a los que puntuaron alto, pero menos distintivas.

Promedio: Se considera necesario mantener un determinado grado de intercambio emocional con el consultante haciendo sentirle confiado y escuchado para pedir ayuda. Los terapeutas que puntúan en el promedio pueden mantener un equilibrio en la proximidad emocional con sus consultantes.

Promedio bajo: Terapeutas que muestran características similares a los que puntuaron bajo, pero menos distintivas.

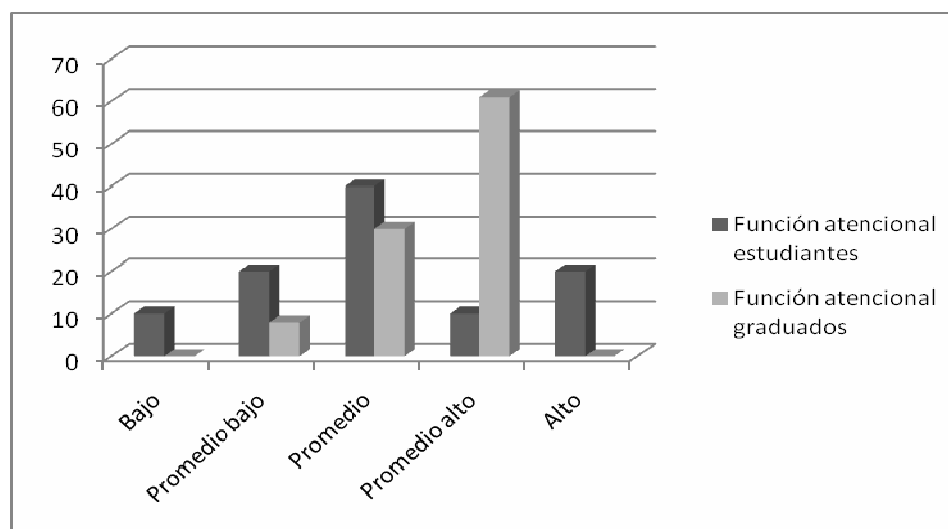
Bajo: En este los terapeutas, no se involucran emocionalmente con el consultante, ya que poseen una barrera entre la relación terapeuta y consultante.

2. Función atencional:

a. Función atencional estudiantes: El 10% de los terapeutas se encuentran en un nivel bajo, 20% se encuentra en promedio bajo, 40% en promedio, 10% promedio alto y 20% alto (Ver Gráfico 3).

b. Función atencional graduados: El 8% de los terapeutas se encuentra en un nivel promedio bajo, 30% intermedio, y un 61% promedio alto (Ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Función atencional



A continuación se explican los rangos, con base a las descripciones que Corbella y Botella (2001) realizan de la función atencional.

Alto: Describe a los terapeutas que mantienen una escucha focalizada. Experimenta mayor presión para actuar en forma activa y concentrar su atención en ciertos aspectos significativos

Promedio Alto: En este corresponden los terapeutas con características similares a los que puntuaron alto, pero menos distintivas.

Promedio: En este caso el terapeuta no determina la actitud a adoptar. Existe algún grado de determinación, el terapeuta hará sentir su estilo en la manera de realizar prescripciones del caso.

Promedio bajo: Terapeutas que muestran características similares a los que puntuaron bajo, pero menos distintivas.

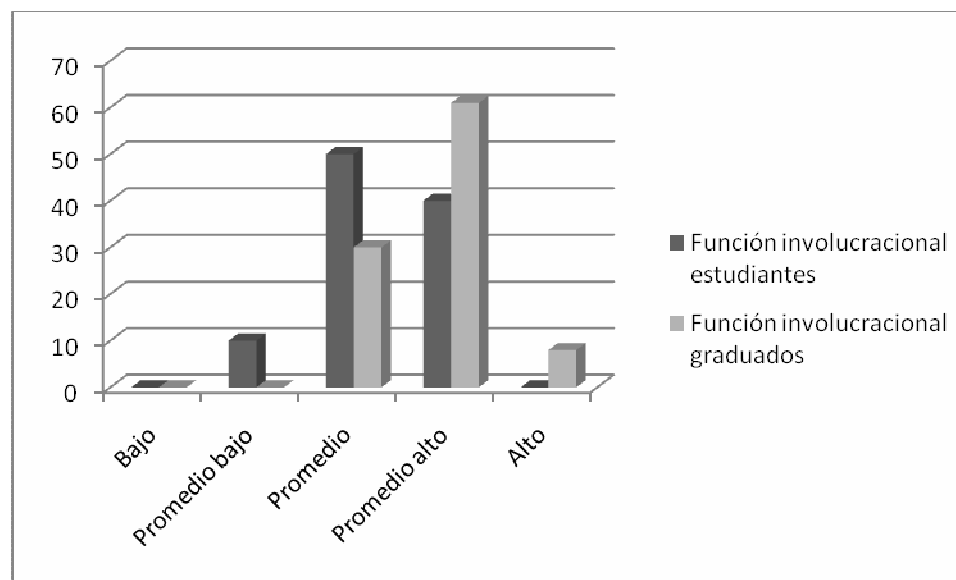
Bajo: Se refiere a los terapeutas que mantienen una escucha amplia hacia sus consultantes. Si atención es más general y distribuida.

3. Función involucracional:

a. Función involucracional estudiantes: El 10% de los terapeutas se encuentran en promedio bajo, 50% en promedio, 50% promedio alto (Ver Gráfico 4).

b. Función involucracional graduados: El 30% de los terapeutas se encuentran en un nivel intermedio, 61% promedio alto y 8% en alto (Ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Función involucracional



A continuación se explican los rangos, con base a las descripciones que Corbella y Botella (2001) realizan de la función Involucracional.

Alto: Describe a los terapeutas que mantienen un mayor grado de involucración en su profesión de terapeutas y hacia sus pacientes. Algunos terapeutas se involucran de tal manera con el consultante que lo toma como parte de su vida diaria. Existe un compromiso que relaciona su trabajo con el resto de sus áreas personales.

Promedio alto: En éste corresponden los terapeutas con características similares a los que puntuaron alto, pero menos distintivas.

Promedio: En este, los terapeutas mantienen un equilibrio saludable. 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. En otras palabras, los terapeutas se adaptan a su consultante.

Promedio bajo: Terapeutas que muestran características similares a los que puntuaron bajo, pero menos distintivas.

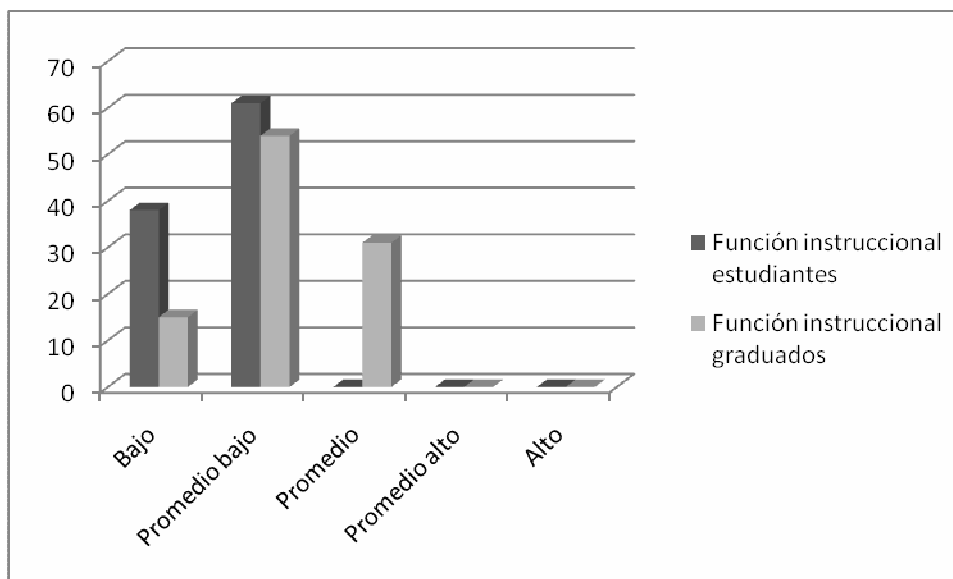
Bajo: Se refiere a los terapeutas que mantienen un menor grado de involucración en su profesión como terapeutas. Prefieren tener un menor compromiso y los consultantes comprenden que pueden contar en menor grado con su terapeuta.

4. Función instruccional:

a. Función instruccional estudiantes: El 38% de los terapeutas se encuentran en bajo, mientras un 61% en promedio bajo (Ver Gráfico 5).

b. Función instruccional graduados: El 15% de los terapeutas se encuentran en bajo, mientras un 54% en promedio bajo, y 31% en promedio (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Función instruccional



A continuación se explican los rangos, con base a las descripciones que Corbella y Botella (2001) realizan de la función Instruccional.

Alto: Se refiere a los terapeutas que mantienen una postura rígida ante la forma de regular y dirigir la terapia. Cuanto más rígido es el terapeuta el consultante llega a comprender que no existirán cambios ni modificaciones al plan terapéutico.

Promedio alto: En éste corresponden los terapeutas con características similares a los que puntaron alto, pero menos distintivas.

Promedio: En este caso el terapeuta comunica las reglas, modos en que se llevara el proceso, etc. antes del comienzo del tratamiento. Sin embargo contempla la posibilidad de modificaciones y cambios que se necesitan realizar dependiendo del consultante.

Promedio bajo: Terapeutas que muestran características similares a los que puntuaron bajo, pero menos distintivas.

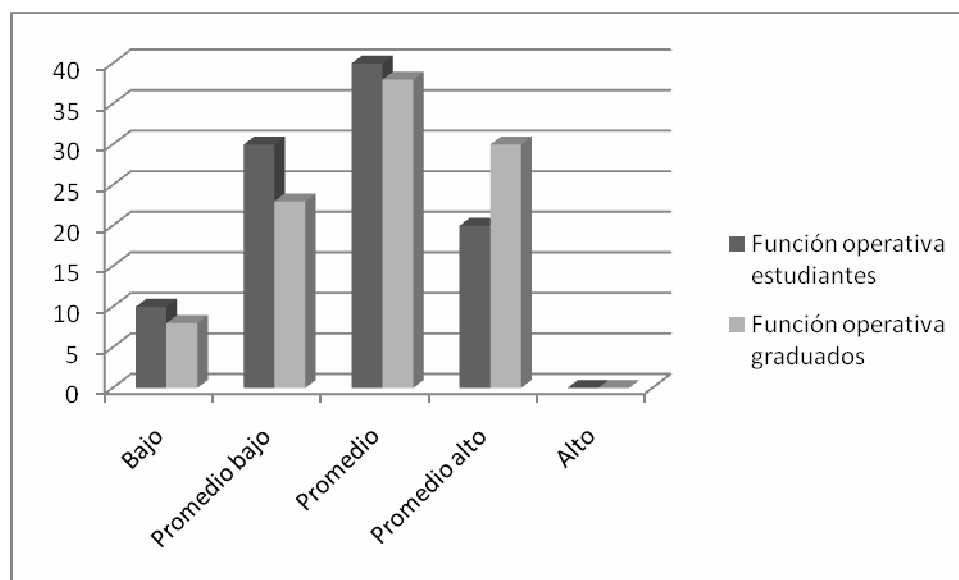
Bajo: Se refiere a los terapeutas flexibles, que pueden anticipar la posible necesidad de realizar ciertos cambios, teniendo presente determinadas condiciones.

5. Función operativa:

a. Función operativa estudiantes: El 10% de los terapeutas se encuentran en bajo, mientras un 30% en promedio bajo, el 40% de los terapeutas se encuentra en promedio, y 20% en promedio alto (Ver Gráfico 6).

b. Función operativa graduados: El 8% de los terapeutas se encuentran bajo, 23% en promedio bajo, el 38% de los terapeutas se encuentra en promedio, y 30% en promedio alto (Ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Función operativa



A continuación se explican los rangos, con base a las descripciones que Corbella y Botella (2001) realizan de la función operativa.

Alto: Describe a los terapeutas que son pautados en sus intervenciones terapéuticas, directivos.

Promedio alto: En éste corresponden los terapeutas con características similares a los que puntaron alto, pero menos distintivas.

Promedio: Estos terapeutas mantienen un equilibrio entre la postura en la que imponen el cumplimiento de tareas. Ésta se debe analizar desde la perspectiva del consultante, pues algunos necesitan de mas o de menos directivo.

Promedio bajo: Terapeutas que muestran características similares a los que puntaron bajo, pero menos distintivas.

Bajo: Se refiere a los terapeutas que son espontáneos en sus intervenciones.

6. Comparación de funciones del Estilo Personal del Terapeuta y orientación teórica.

a. Estudiantes. El terapeuta cognitivo muestra un promedio bajo en la función instructiva, promedio alto en la función expresiva, mientras promedio en la función involucrativa, promedio alto en la función atencional y promedio en la función operacional. Esto quiere decir que es un terapeuta flexible cuando sea necesario, muestran una cercanía emocional, posee un equilibrio hacia su profesión, tienen una escucha focalizada hacia sus consultantes y mantienen un equilibrio en cuando a las tareas que les asignan a sus consultantes (ver Gráfico 7).

El 100% de los terapeutas humanistas puntaron en promedio bajo en la función instructiva, esto quiere decir que son terapeutas flexibles; 100% puntaron promedio en la función expresiva lo que muestra que mantienen un equilibrio en cuanto a la proximidad emocional; 50% punteo promedio en la función atencional y el otro 50% en promedio bajo en la misma función, lo que demuestra que estos terapeutas muestran un nivel amplio de escucha; el 50% punteo promedio en la función operativa y el otro 50% punteo en promedio bajo, esto quiere decir que los terapeutas humanistas se mueven entre la espontaneidad en las intervenciones y regularmente rígidos en cuanto a intervenciones y tareas (ver Gráfico 8).

Por último el 86% de los integrativos punteo bajo en la función instruccional y el 14% en bajo, lo que demuestra que estos terapeutas se muestran flexibles en cuanto a las reglas del proceso terapéutico; el 71% punteo promedio alto en la función expresiva y el 29% en promedio bajo, esto expresa que estos terapeutas demuestran una proximidad emocional adecuada con sus pacientes; el 57% punteo promedio en la función

involucrativa, 29% en promedio alto, y 14% en promedio bajo, lo que demuestra que la mayoría de terapeutas integrativos mantienen un equilibrio entre proximidad y distancia con respecto al consultante; 57% de los terapeutas integrativos puntuaron promedio en la función atencional, 14% promedio alto, 14% promedio bajo y 14% bajo, esto demuestra que la gran mayoría de los terapeutas integrativos poseen una escucha selectiva, el 29% de estos terapeutas puntuaron promedio alto, 29% promedio, 29% promedio bajo y 14% bajo en la función operacional, esto expresa que los terapeutas integrativos muestran una amplia manera de realizar sus intervenciones, desde el equilibrio hasta la realización de intervenciones bien pautadas (ver Gráfico 9).

Gráfico 7. Resultados orientación cognitiva a estudiantes

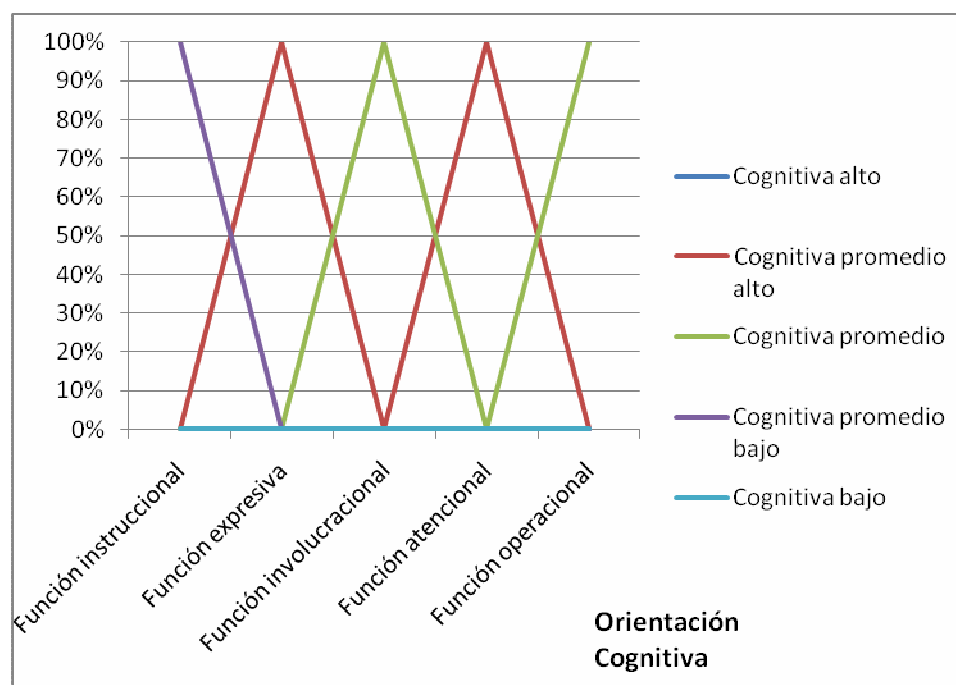


Gráfico 8. Resultados orientación humanista estudiantes

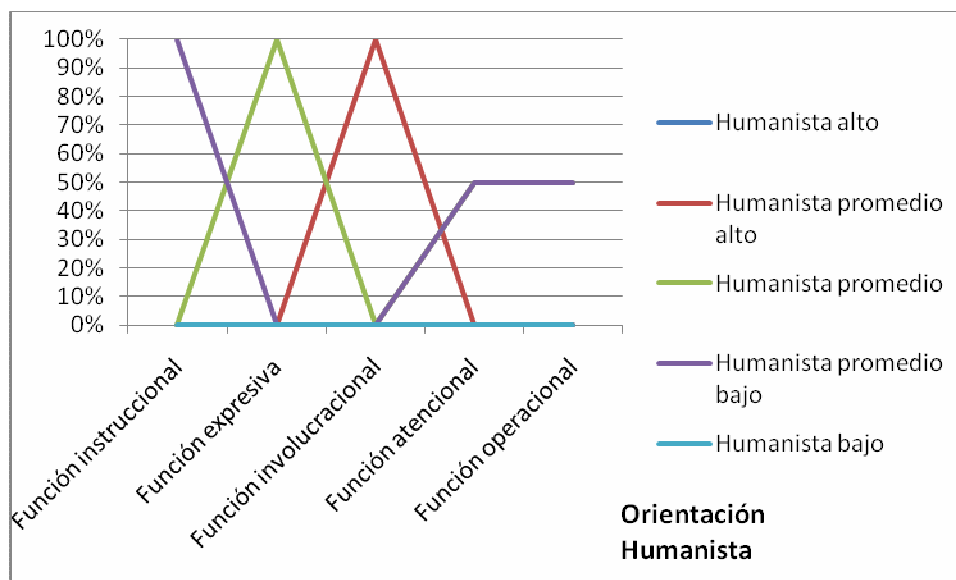
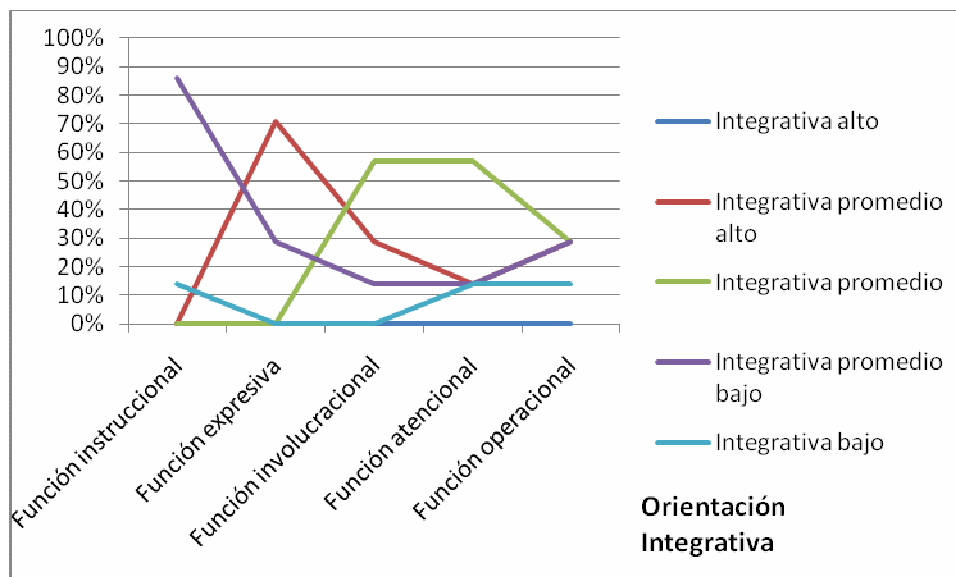


Gráfico 9. Resultados orientación integrativa a estudiantes



b. **Graduados.** Los terapeutas cognitivos se dividen un 75% en promedio bajo y un 25% en bajo en la función instruccional; 50% punteo promedio, 25% en promedio bajo y 25% en promedio bajo en la función expresiva; el 100% punteo promedio alto en la función Involucradora; 50% promedio, 25% en promedio bajo y 25% en promedio alto en la función atencional; y por último 50% promedio bajo, 25% promedio y 25% en promedio alto en la función operacional. Esto quiere decir que la mayoría de terapeutas cognitivos son flexibles en cuanto a cambios que se pueden llevar a cabo, la mayoría muestra un equilibrio en cuanto a la cercanía emocional con su consultante, mientras el resto se divide en una cercanía emocional flexible y rígida, la totalidad de los terapeutas cognitivos siente regularmente comprometido con su consultante, estos terapeutas muestran un amplio rango de escucha que va desde regularmente específica hasta regularmente amplia, por último la mitad de los terapeutas tienen un equilibrio en cuanto al cumplimiento de tareas, mientras la otra mitad muestra un nivel regular de espontaneidad en cuanto a intervenciones y tareas (ver Gráfico 10).

El 100% de terapeutas humanistas puntúan promedio bajo en la función instruccional, lo que muestra que estos son regularmente flexibles en cuanto a la realización de cambios que se necesiten, en la función expresiva existe una división del 50% en promedio y el otro 50% en promedio alto, lo que expresa que mantienen una cercanía emocional más marcada; en cuanto a la función Involucrativa el 100% punteo promedio alto, lo que nos dice que estos terapeutas mantienen un alto grado de compromiso con sus terapeutas; el 100% de los terapeutas humanistas puntúan promedio en la función atencional, lo que demuestra que tienen una escucha equilibrada entre muy específica y amplia; por último el 50% punteo promedio y el otro 50% en promedio alto en la función operacional, lo que expresa que estos terapeutas tienen un grado equilibrado en cuanto a la asignación de tareas (ver Gráfico 11).

En los terapeutas que se designaron como Integrativos, los resultados de la función Instructiva fueron el 40% promedio, 40% promedio bajo y 20% en bajo, esto demuestra que estos terapeutas tienen un amplio grado de flexibilidad ante cambios que requiera el proceso terapéutico; el 40% punteo promedio, 40% promedio alto y 20% en promedio bajo en la función expresiva, lo que demuestra que estos terapeutas tienden a tener una cercanía emocional equilibrada sin embargo tienden a buscar una cercanía emocional más marcada; en la función involucradora el 80% punteo promedio alto y el 20% en alto lo que demuestra que estos terapeutas tienden a tener un alto grado de involucración con sus consultantes; un 100% de estos terapeutas puntúan en promedio alto, esto demuestra que mantienen una escucha moderadamente focalizada con sus consultantes; en la función operativa el 40% puntúa promedio alto, 40% alto y un 20% en promedio, lo que demuestra que estos terapeutas muestran una tendencia a ser pautados en cuanto a sus tratamientos y tareas (ver Gráfico 12).

Los terapeutas psicoanalíticos puntuaron 100% promedio en la función instruccional, 100% promedio bajo en la función expresiva, 100% promedio alto en la función involucracional, 100% promedio alto en la función Atencional y un 100% promedio bajo en la función operacional; estos resultados demuestran que los terapeutas psicoanalíticos tienen un equilibrio en cuanto a los cambios que se deben de hacer durante el proceso, debido a la larga duración del tratamiento; mantienen una distancia emocional marcada con sus terapeutas; su nivel de proximidad emocional es relativamente alta, muestran una escucha regularmente focalizada y son regularmente espontáneos en sus intervenciones; estos resultados están de acorde a las características del proceso psicoanalítico (ver Gráfico 13).

Por último los sistémicos, el 100% puntaje promedio bajo en la función instruccional mostrando una cierta flexibilidad en cuanto a cambios en el proceso terapéutico, 100% puntaje promedio en la función expresiva demostrando un equilibrio en cuanto al intercambio emocional con sus pacientes, 100% puntaje promedio alto en la función Involucracional, mostrando que estos terapeutas tienden a un alto grado de compromiso con su consultante, 100% puntaje promedio alto en la función atencional mostrando una moderada escucha focalizada, y por último el 100% muestra un puntaje promedio en la función operativa lo cual se refiere a que tienen un equilibrio en cuanto a las intervenciones y tareas (ver Gráfico 14).

Gráfico 10. Resultados orientación cognitiva a graduados

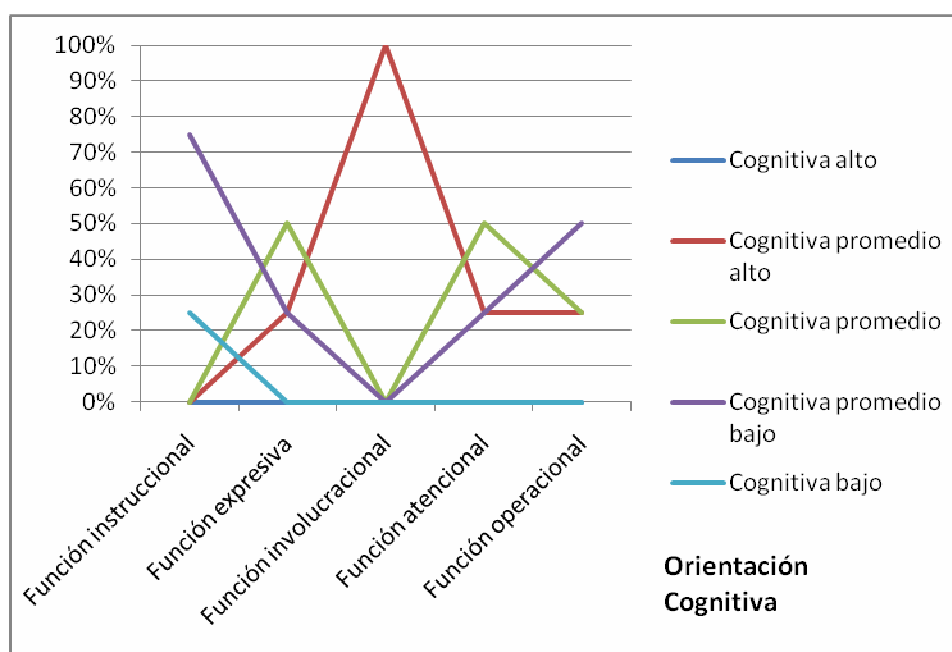


Gráfico 11. Resultados orientación humanista a graduados

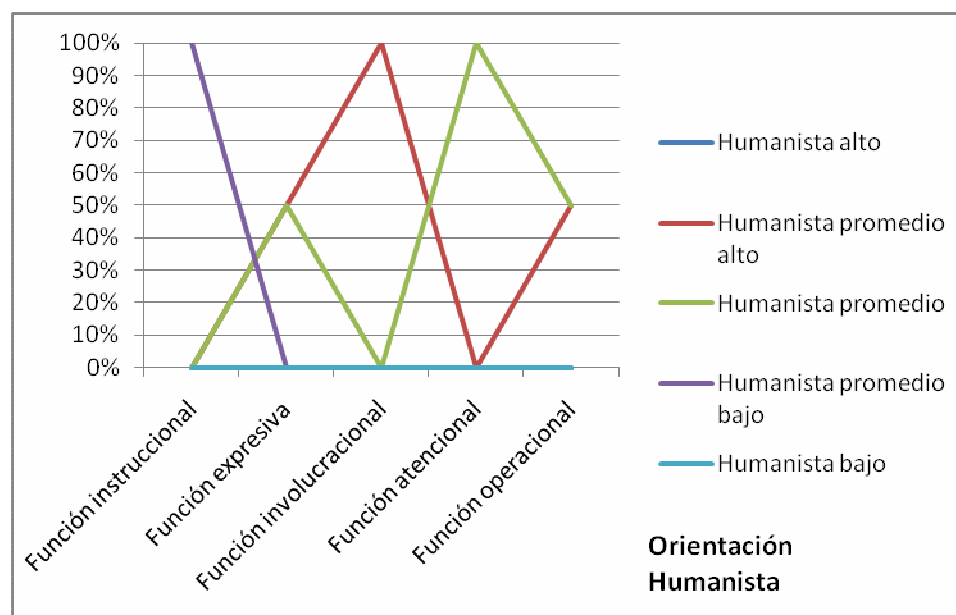


Gráfico 12. Resultados orientación integrativa graduados

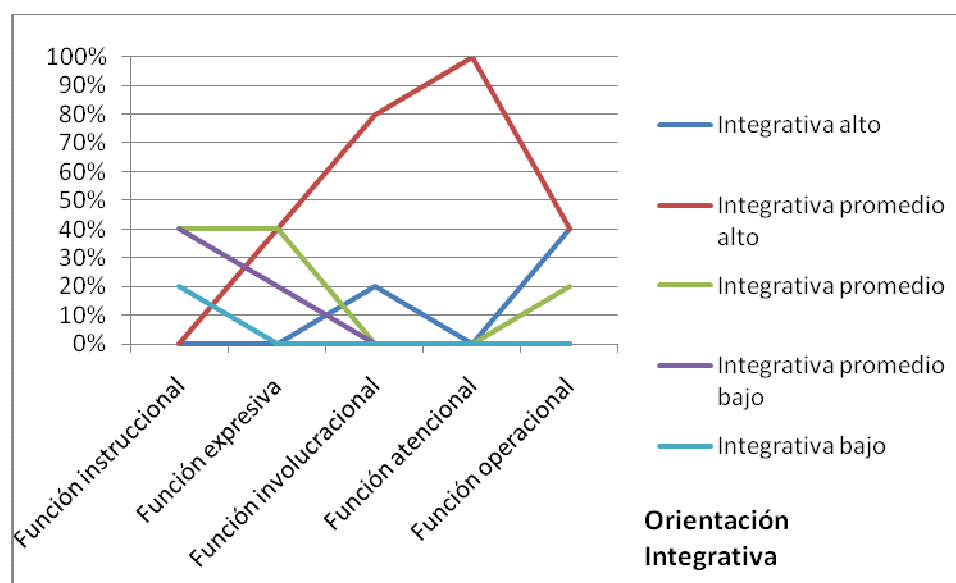


Gráfico 13. Resultados orientación psicodinámica a graduados

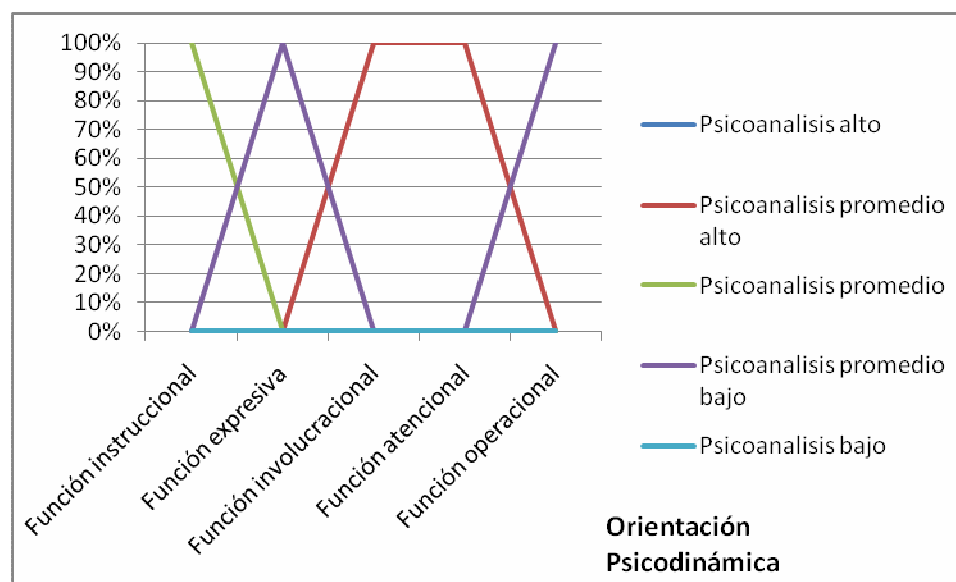
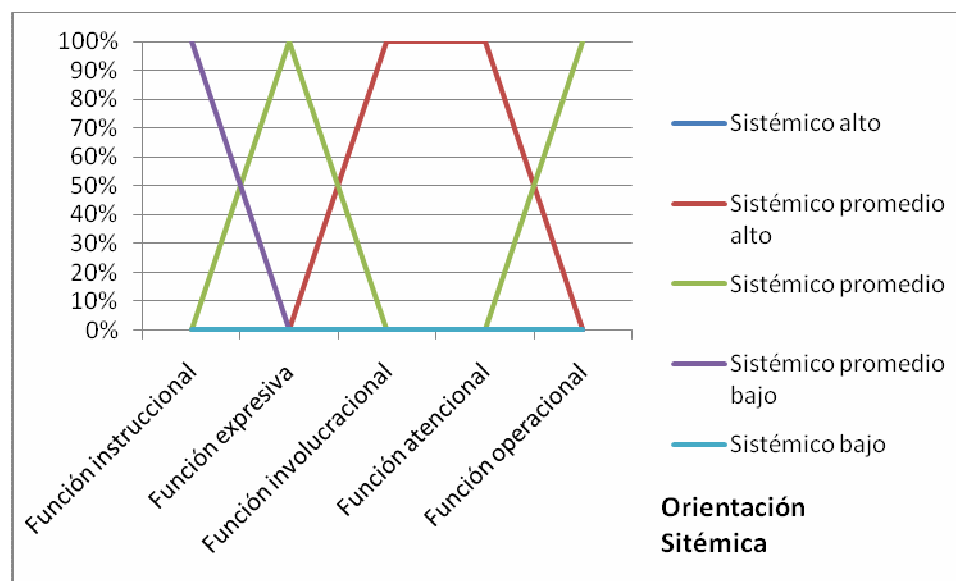


Gráfico 14. Resultados orientación sistémica a graduados



C. Competencias de Consejería Multicultural

1. Estudiantes. Los resultados de las competencias de consejería multicultural fueron variados, se puede observar que los conocimientos del consejero en cuando a sus propios valores, prejuicios y años de experiencia incrementan y llegan a su máximo entre los 5 y 11 años de experiencia (ver Gráfico 15).

Los resultados del conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente se comportan de una manera similar (ver Gráfico 16).

El punteo que se asignaron a las estrategias de intervenciones culturalmente apropiadas se comporta de la misma manera que las dos variables anteriores (ver Gráfico 17).

Estos resultados similares demuestran que las competencias de consejería multicultural aumentan mientras más experiencia tengan los terapeutas. Del mismo modo, se observa que las actitudes y creencias suelen estar por encima de los conocimientos y destrezas, por lo que puede indicar que los estudiantes se dejan llevar por sus conocimientos previos. Sin embargo se debe de tomar en cuenta que este cuestionario es un cuestionario de autoevaluación, por lo que algunos resultados pueden estar sesgados.

Gráfico 15. Conocimiento del consejero de sus propios valores y prejuicios y años de experiencia

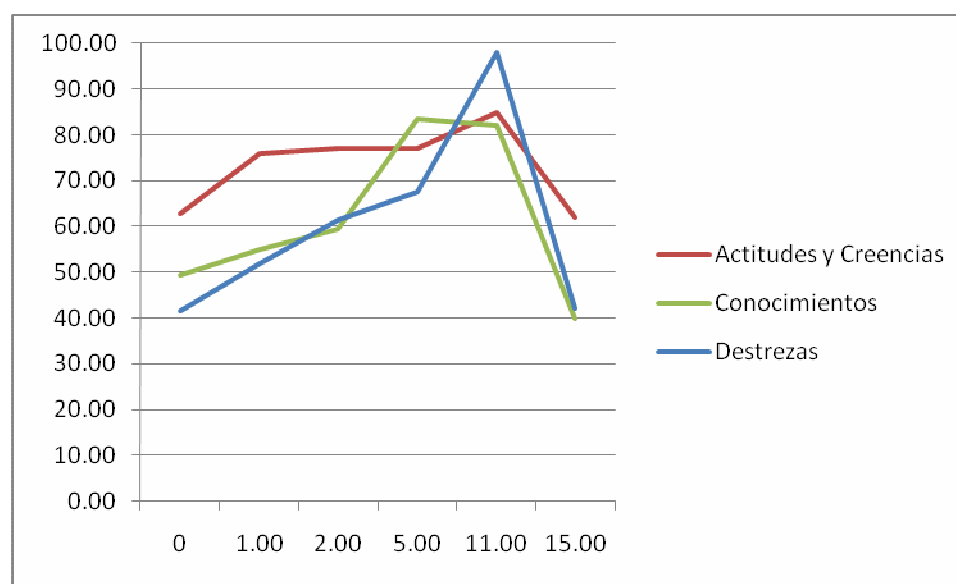


Gráfico 16. Conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente

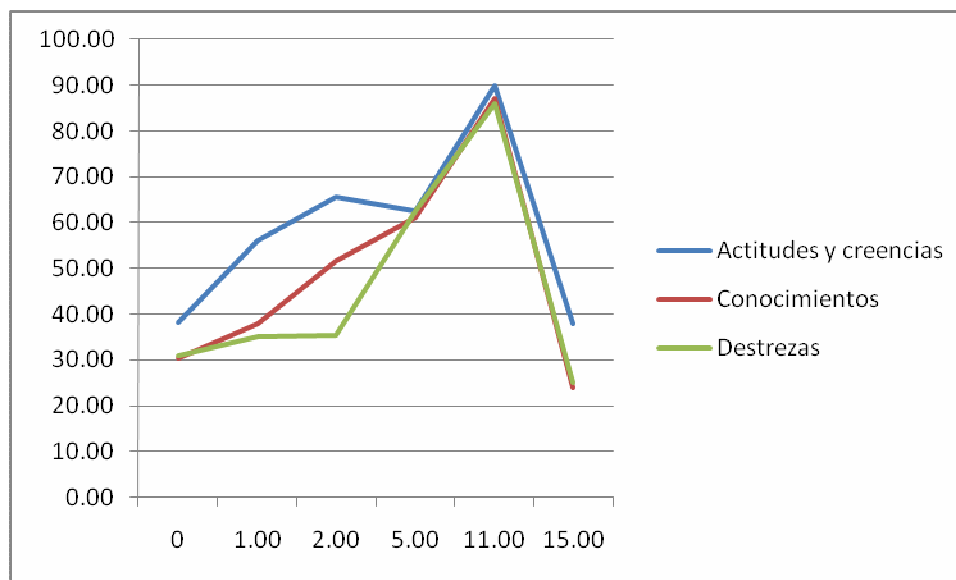
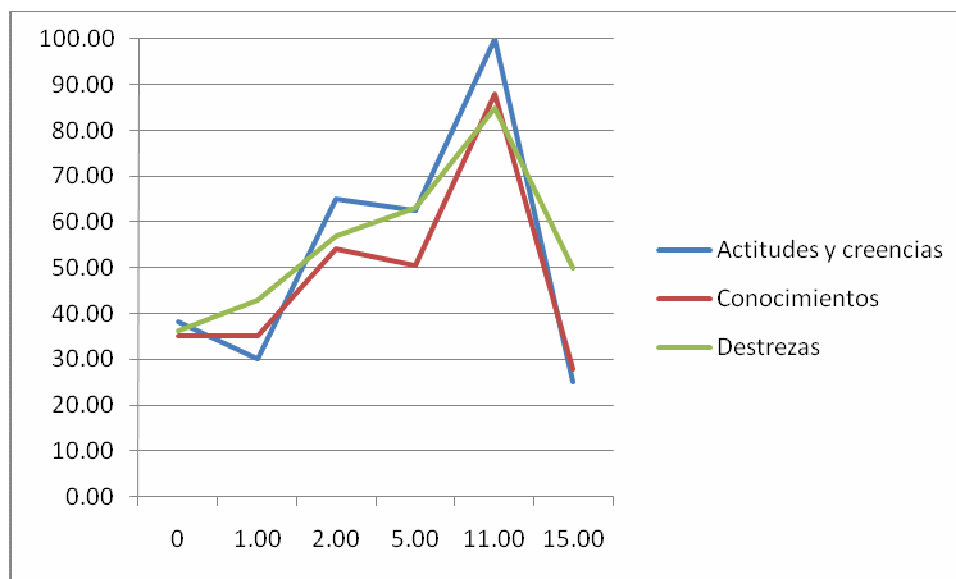


Gráfico 17. Estrategias de intervencion culturalmente apropiadas



Es válido también mencionar que el puntaje en las tres diferentes variables que componen las competencias de consejería multicultural es más alto significativamente en los estudiantes que tienen formación en psicología sobre los que tienen otro tipo de formación. Lo que demuestra que para poder ser un consejero competente en cuanto a la multiculturalidad parece que tener formación psicológica es un factor necesario e importante (ver Gráficos 18, 19 y 20).

Gráfico 18. Conocimiento del consejero de sus propios valores y prejuicios y formación

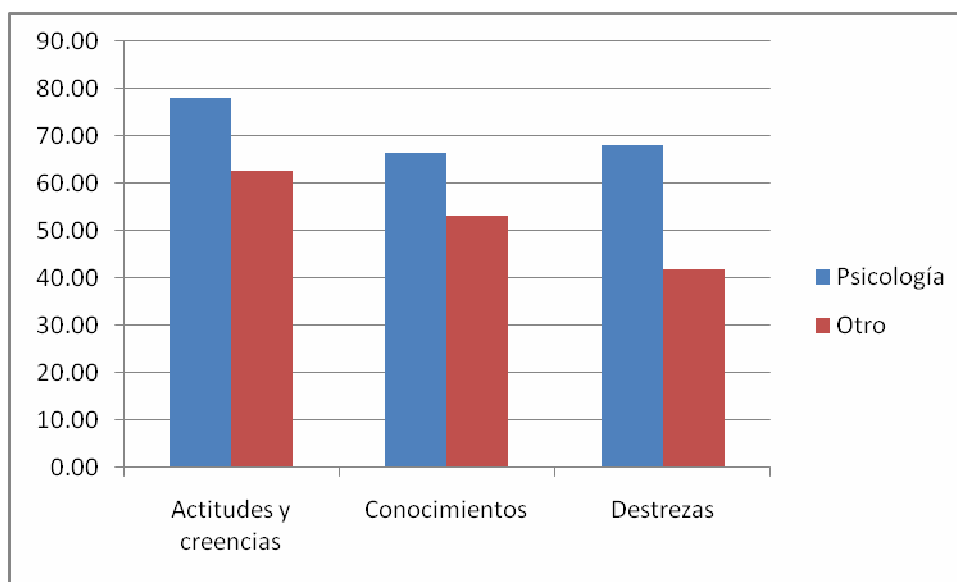


Gráfico 19. Conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente y formación

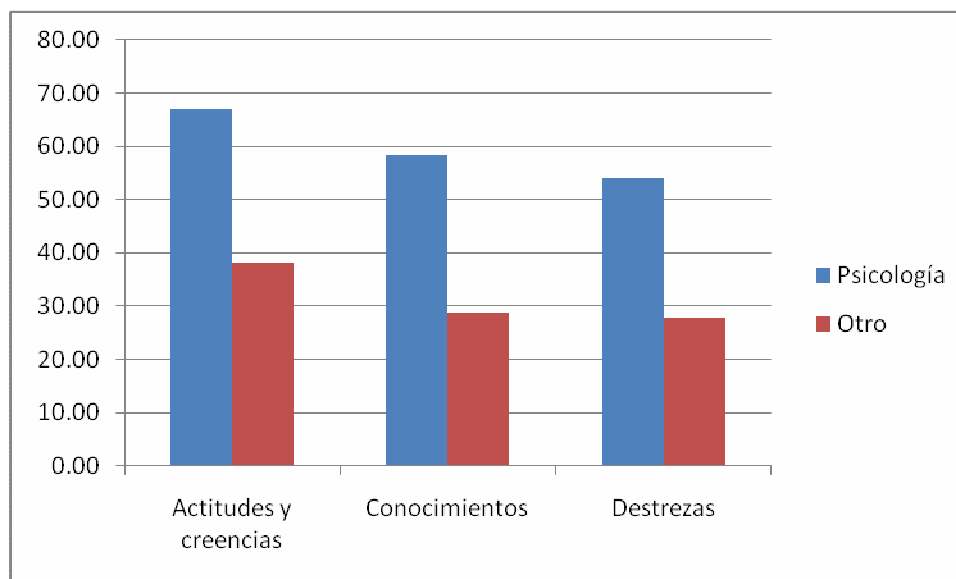
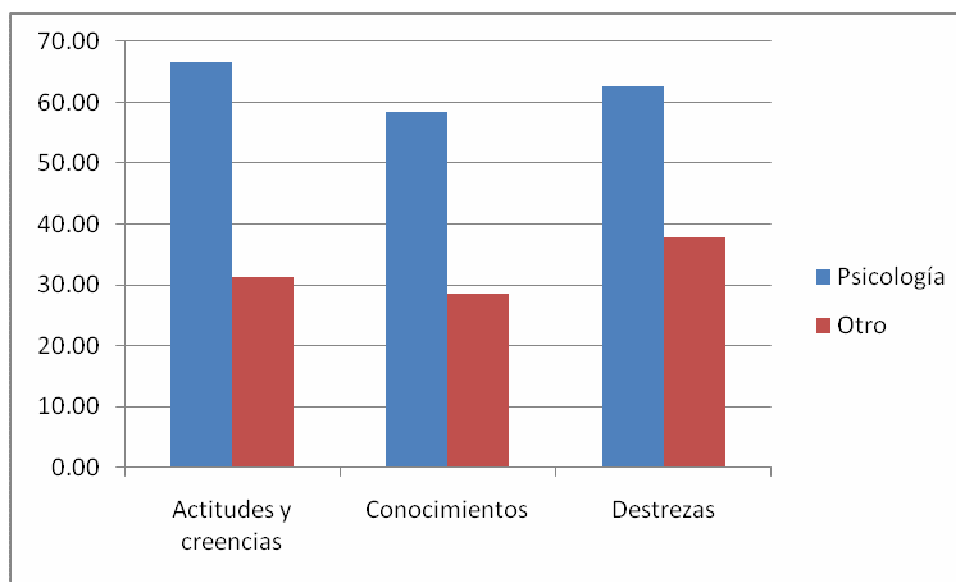
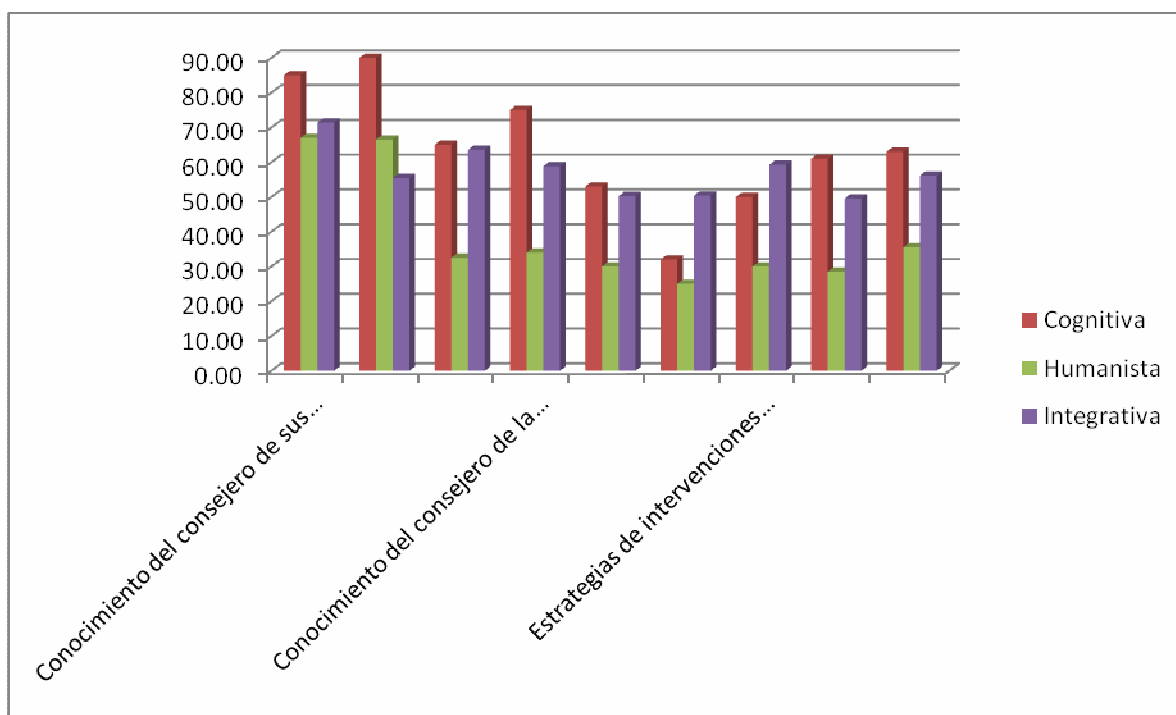


Gráfico 20. Estrategias de intervencion culturalmente apropiadas y formación



En cuanto a la orientación teórica se puede observar que la humanista es la que presenta un puntaje menor en cuanto a las variables de consejería multicultural, y el cognitivo y el integrativo muestran unos resultados similares (ver Gráfico 21).

Gráfico 21. Orientación teórica y competencias de Consejería Multicultural



b. **Graduados.** Los resultados de las competencias de consejería multicultural fueron variados, se puede observar que los conocimientos del consejero en cuando a sus propios valores, prejuicios y años de experiencia son más regulares que los resultados de los estudiantes. Esto se puede deber al nivel de formación que poseen (ver Gráfico 22).

Los resultados del conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente se comportan de una manera similar. Se puede observar que las actitudes y creencias son mayores que las destrezas y conocimientos, lo que puede mostrar que los graduados se dejan llevar por sus conocimientos previos (ver Gráfico 23).

El punteo que se asignaron a las estrategias de intervenciones culturalmente apropiadas se comporta de la misma manera que las dos variables anteriores, aunque mostrando mayor variabilidad entre los terapeutas graduados que completaron el cuestionario (ver Gráfico 24).

Estos resultados similares demuestran que las competencias de consejería multicultural son mas uniformes y no dependen tanto de los años de experiencia como el punteo de los estudiantes. Sin embargo se debe tomar en cuenta que este cuestionario es un cuestionario de autoevaluación, por lo que algunos resultados pueden estar sesgados.

Un factor importante que se debe tomar en cuenta es que el 100% de los terapeutas que completaron este cuestionario tienen formación en psicología por lo que contribuyó a que los resultados fueran relativamente uniformes, comparados con los estudiantes.

Gráfico 22. Conocimiento del Consejero de sus propios valores y prejuicios y años de experiencia

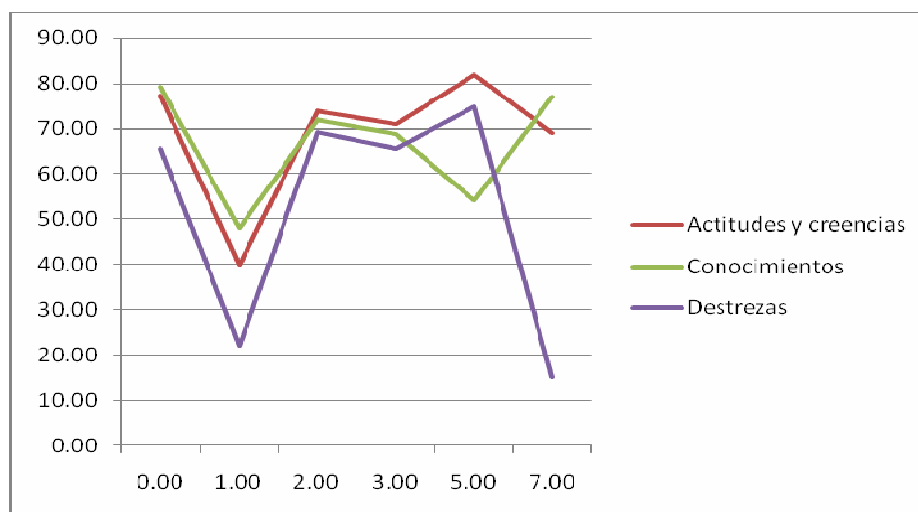


Gráfico 23. Conocimiento del consejero de la visión del mundo del cliente

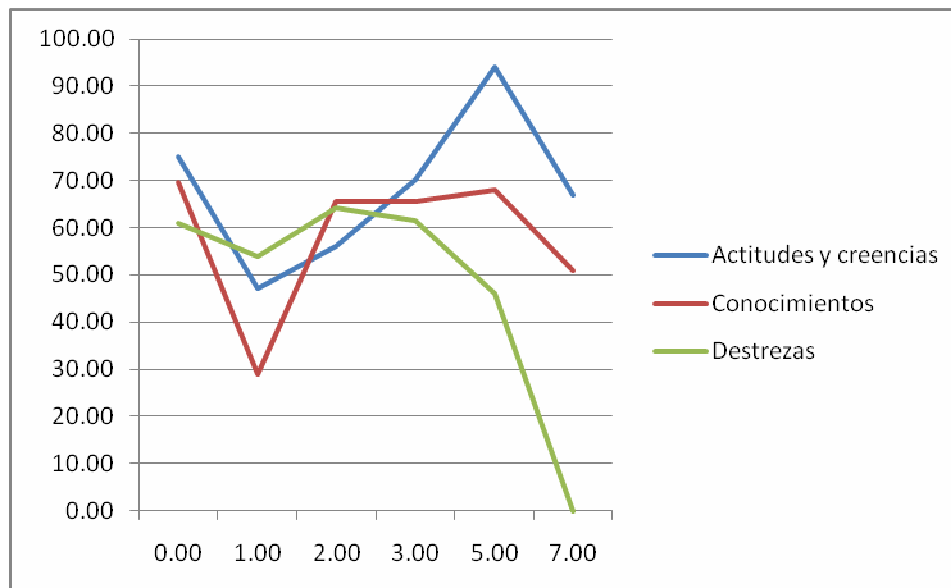
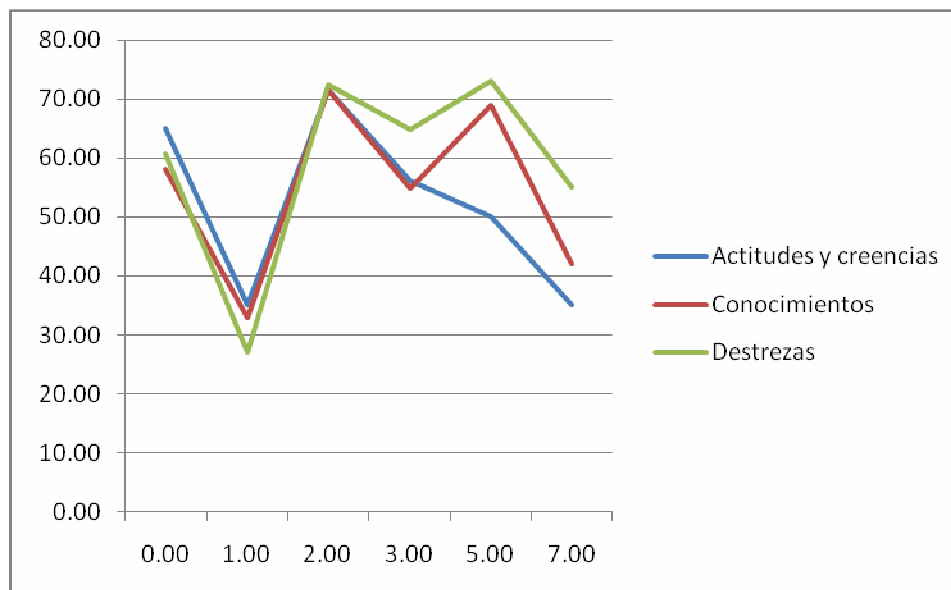
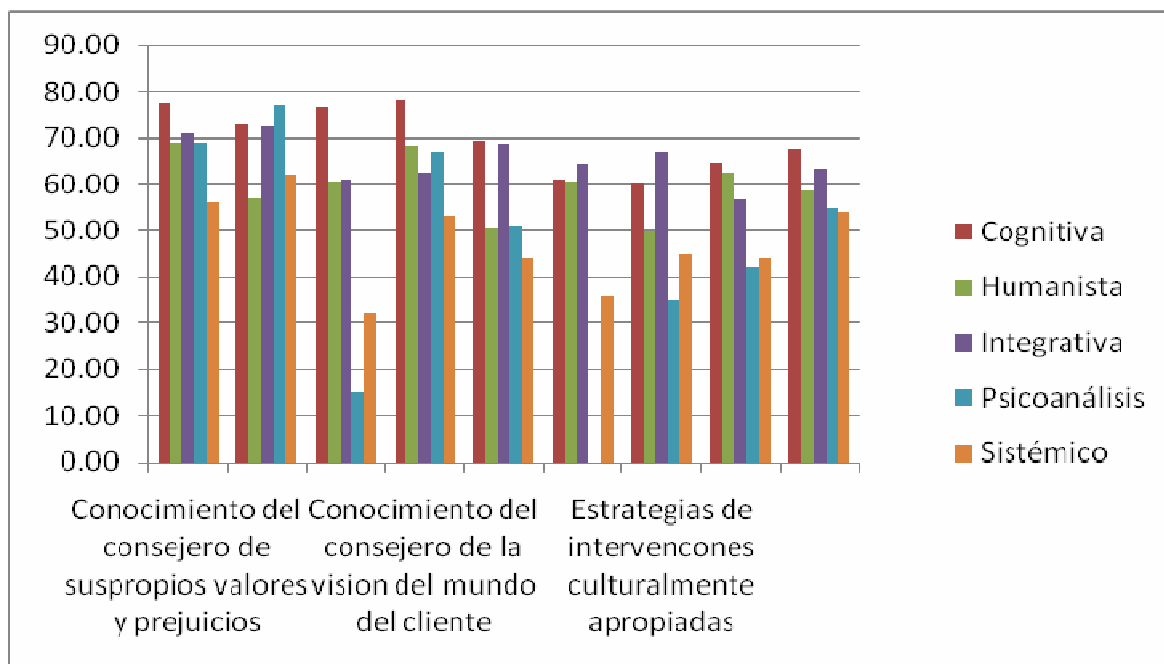


Gráfico 24. Estrategias de intervencion culturalmente apropiadas



En cuanto a la orientación teórica se puede observar que los terapeutas cognitivos puntúan más alto en todas las variables de las competencias de consejería multicultural, es seguida por la integrativa y los humanistas (ver Gráfico 25).

Gráfico 25. Orientación teórica y competencias de Consejería Multicultural



V. DISCUSIÓN

Este proyecto tuvo como objetivo realizar una descripción y comparación de los estilos personales del terapeuta y de las competencias multiculturales que existen en los estudiantes y graduados de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental de la UVG dirigido por la Dra. Maria del Pilar Grazioso, con el fin de determinar si existe algún cambio entre estos dos grupos.

En los últimos años se ha visto un desarrollo de la Psicología como ciencia debido a la situación de Guatemala. Esto último se ve reflejado en la cantidad de estudiantes que ingresan tanto a un nivel de Licenciatura, como en la búsqueda de programas de posgrado. Se ha visto que personas, que no tienen una preparación en Psicología están buscando una preparación en algún tipo de consejería psicológica, demostrando que existe una alta necesidad de profesionales capacitados para proveer servicios psicoterapéuticos y de consejería.

Es importante mencionar la diversidad de etnias y culturas que existen en Guatemala, lo que ha incrementado la importancia de los estudios y capacitación de consejería multicultural en el país.

La recopilación de la información para llevar a cabo este proyecto presentó muy poca resistencia. Los estudiantes a los que se les aplicaron los instrumentos estuvieron abiertos a completarlos. Sin embargo, cabe mencionar, que existió una gran cantidad de estudiantes que completaron solo un instrumento y no el otro, lo que dificultó la obtención de información. Se obtuvo una muestra de 23 terapeutas que ejercen la profesión en Guatemala. Se contó con la participación de una consejera colombiana lo cual enriqueció el proyecto. El 95% de la muestra fue de sexo femenino lo que demuestra la tendencia cultural a considerar a la carrera de Psicología como una profesión para mujeres. Esta diferencia entre mujeres y hombres fue documentada en los estudios de Vides (2008) y Cadena (2007). La edad de muestra fue de un rango de 23 a 50 años, demostrando una amplia diversidad en cuanto a profesionales.

Guatemala es un país multicultural, plurilingüe y marcado por la diversidad. Esto se puede observar porque terapeutas de nacionalidades no guatemaltecas ejercen su profesión en Guatemala agregando un factor de mayor diversidad. Las diferentes orientaciones teóricas son, también, una muestra de la diversidad que existe en el país. El 54% de los profesionales se identificaron como Integrativos lo que puede demostrar, que esta es la que mayor se adapta al contexto de Guatemala. A esta corriente le sigue la Cognitiva con 20.5 %, Humanista con 17.5%, Psicoanalítica 8% y Sistémica con 8%. Esto coincide lo que Feixas y Botella (2004:37) explican sobre la búsqueda de elementos comunes entre todas las orientaciones para lograr mejores resultados y poder responder a la necesidad del consultante.

Los resultados demuestran que la población más atendida son los adultos, seguido por niños y adolescentes y por último adulto mayor. Estos resultados fueron encontrados por Vides (2008). Esto

demuestra que por alguna razón, los adultos mayores asisten menos a un proceso terapéutico que el resto de la población.

Entre las modalidades terapéuticas más comunes aparecen la individual con 52%, el resto maneja una combinación entre terapia individual y de pareja, familia y grupo, estos hallazgos apoyan los resultados de Vides (2008). Estos resultados no solo reflejan la baja diversificación en áreas de la psicología fuera de la modalidad individual, sino también apoyan la baja cantidad de profesionales de la salud mental por habitantes.

Según la información recopilada, los motivos de consulta que más atienden los estudiantes de la Maestría se dividen en 36% trastornos de la comunicación y 36% ansiedad y depresión. Mientras que el 77% de los graduados indicó que trabaja con todas las patologías mencionadas en el cuestionario demográfico.

En cuanto a las funciones del Estilo Personal del Terapeuta, se puede ver una diferencia marcada entre los estudiantes y los graduados. Según los resultados de los cuestionarios demográficos esto no es influido por la experiencia terapéutica, sino por un autoconocimiento mayor debido a la diferencia de edad entre los participantes. Se puede observar que existen características diferentes, que no coincidieron, con las orientaciones teóricas. Estos mismos resultados fueron encontrados en el trabajo de Vides (2008), con lo que se apoya que «dentro de la misma orientación, los terapeutas muestran diferencias de estilo» (Vides, 2008). Estos hallazgos muestran, que el estilo del terapeuta no depende de la orientación teórica que se practique, es influido por las necesidades del consultante, y del entorno, y de un autoconocimiento mayor del terapeuta como persona.

Sobre los resultados del Cuestionario de Competencias de Consejería Multicultural se debe de considerar que el instrumento es un cuestionario de autoevaluación, el cual puede estar sujeto a sesgos en cuanto a una pobre valoración de sus capacidades por parte de los estudiantes y una sobrevaloración de parte de los graduados. Los resultados de este cuestionario demuestran, que en general, los graduados muestran mejores competencias en consejería multicultural, sin embargo, los resultados están influidos de la misma manera que los del estilo personal. Es decir, los resultados de las competencias de consejería multicultural se incrementan mientras mayor edad y autoconocimiento tenga el consejero/a.

Los resultados sobre las competencias de consejería multicultural de los estudiantes, que no tenían una formación en Psicología, fueron bajos comparados con los estudiantes que sí poseían formación en Psicología. Por lo que se puede decir que tener una formación previa de Psicología favorece a tener una mayor competencia de consejería multicultural.

En cuanto a los resultados de competencias de consejería multicultural y orientaciones se observa que la formación Cognitiva es la que mejor competencias presenta, seguido por la Integrativa y la Humanista. Se

puede decir entonces que, los terapeutas que buscan proveer una mejor atención hacia el consultante, también muestran competencias de consejería multicultural alta.

Se puede observar en los resultados de este proyecto, que existe una deficiencia general en cuanto a las competencias de consejería multicultural, afirmando que la población atendida por los profesionales egresados de la maestría de salud mental es la minoría del país; pues si existiría una mayor diversidad en cuanto a la población que busca servicios de salud mental, los terapeutas se verían obligados a mejorar sus competencias de consejería multicultural, ya que si la población que busca servicios de salud mental tuviera mayor diversidad entonces los terapeutas se verían obligados a mejorar sus competencias de consejería multicultural.

VI. CONCLUSIONES

1. Existen mayor cantidad de mujeres entre los psicólogos que practican Psicoterapia.
2. Se observó que, entre las personas que acuden a buscar ayuda psicológica y/o Psicoterapia, en su mayoría son adultos, niños y adolescentes, siendo los adultos mayores la población que menos acude.
3. La orientación integrativa es la que predomina en la muestra utilizada.
4. Las funciones expresivas e involucracionales puntúan alto, lo que muestra un alto intercambio emocional y una cercanía alta de los terapeutas estudiantes y graduados hacia sus consultantes.
5. Las competencias de Consejería Multicultural son bajas y están influidas en gran mayoría por la formación previa en Psicología.
6. El constructo del Estilo Personal del Terapeuta es utilizado, para caracterizar una muestra de terapeutas y observar fortalezas y debilidades en las mismas.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio sobre competencias eficaces para la consejería, en personas con una formación diferente a la de psicología.
2. Realizar un estudio en la ciudad de Guatemala y en el interior del país sobre competencias de consejería multicultural.
3. Utilizar los resultados de esta investigación sobre las competencias de consejería multicultural y compararlos con estudios en otros países sobre las competencias.
4. Crear más espacios para la formación de consejeros y terapeutas con altas competencias en consejería multicultural.
5. Explorar la razón por la que el adulto mayor es la población menos atendida.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. AEDC 2002. "The valuing Diversity Project. Final Report. APA (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practices and Organizational Changes for Psychologists." *American Psychologist*, 58, 377-402.
2. Aguilar, Guido; L. A. Recinos. 1996. «Historia y estado actual de la psicología en Guatemala». *Revista Latinoamericana de Psicología*. 28 (2) 197-232.
3. Arredondo, Margarita; P. Salinas. 2005. «Alianza terapéutica en psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile». Tesis de la Universidad de Chile. 147 págs. Obtenido en septiembre 2009 desde: <http://www.cybertesis.cl>
4. Arredondo, P., Glauner, T. 1992. Personal Dimensions of Identity Model. Boston, MA: Empowerment Workshops.
5. Arredondo, P. et. al. 1996. «Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies.» *Journal of Multicultural Counseling & Development*; 24(1): 42-78
6. Asch, S. 1946. "Forming impressions of personality." *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 177-181.
7. Aveline, Mark. 2005. «The Person of the Therapist». *Psychotherapy Research*. 15 (3): 155-164.
8. Bernal, G., y Sáez-Santiago, E. 2006. "Culturally centered psychosocial interventions". *Journal of Community Psychology*, 34, 121-131.
9. Bernal, Guillermo; A. Martínez-Taobas. 2005. *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico*. San Juan de Puerto Rico, Publicaciones Puertorriqueñas Inc. 448 Págs.

10. Bernardi, Ricardo, *et al.* 2004. «Guía clínica para la psicoterapia». *Revista psiquiátrica Uruguay*. 68 (2), 99-146.
11. Beutler, L.E. y Clarkin, J. 1990. “*Guidelines for the systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Nueva York. Oxford University Press.
12. Beutler, Larry, *et.al.* 2004. Therapist Variables. En Bergin y Garfields *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227-306). Massachusetts. John Wiley & Sons.
13. Bridges, Michael. 2006. «Activating the Correctional Emotional Experience» *Journal of Clinical Psychology*. 62 (5): 551-568
14. Cadena, Beatriz. 2007. *El estilo personal del terapeuta en la ciudad de Guatemala*. Universidad del Valle de Guatemala (tesis sin publicar).
15. Campinha-Bacote, J. 1998. *The process of cultural competence in the delivery of Healthcare Services*. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associate Press.
16. Campinha-Bacote, J. 2003. Many Faces: “Addressing Diversity in Health Care. *Online Journal of Issues in Nursing*.” Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associate Press.
17. Cazali, Lucía, M.P. Grazioso, L. Recinos. n.f. «Retos y desafíos en la formación del Psicólogo en Guatemala». En Villegas, Julio; P. Marassi, J.P. Toro. n.f. *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.
18. Chen, G. M. y Starosta, W. 1996. “Intercultural Communication Competence: A synthesis.” *Communication Yearbook*, 19, 353-383.
19. Cherpitel, Ch. J. 2001. “Differences in services utilization between White and Mexican America DUI arrestees.” *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (1), 122-127.

20. Colli, M. 2009. Comunicación Personal con el Dr. Von Ahn. Universidad de San Carlos
21. Consoli, Andres, 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.
22. Corbella, Sergi; L. Botella, 2001. *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid. Editorial Vision Net.
23. Corbella, Sergi; L. Botella. 2003. «La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación». *Anales de Psicología, Universidad de Murcia*. 19 (2): 205 a 221.
24. Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., e Isaacs, M., 1989. *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
25. Echeverry, J.J. 1997. Treatment barriers: Assessing and accepting professional help. En G. García y M.C. Zea (Eds.), *Psychological interventions and research with Latino populations* (p.p. 94-124). Boston: Allyn and Bacon.
26. Edwards, Caria; N. L. Murdok. 1994. «Characteristics of Therapist Self-Disclosure in the Counseling Process». *Journal of Counseling & Development*. 72 (4): 384-89.
27. Feixas, Guillem; M.T. Miró. 1993. *Aproximaciones a la psicoterapia. Una Introducción a los tratamientos psicológicos*. 14ª ed. Barcelona, Paidós Ibérica. 416 págs.
28. Fernández – Álvarez, Héctor, *et al.* 2003. «Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10: 116-125.
29. Fernández – Álvarez, Héctor; F. García y E. Scherb. 1998. «The Research Program at AIGLE». *Journal of Clinical Psychology*. 54 (3): 343-359.

30. Fernández –Álvarez Héctor; R. Opazo. 2004. *La integración en psicoterapia*. Barcelona, Paidós. 451 págs.
31. Fernandez-Álvarez, Héctor, *et al.* 2006. «Research Program on the Personal Style of the Therapist». Ponencia en el II Congreso de la Sociedad para la Investigación de Psicoterapia Edimburgo, 2006
32. Fernández-Álvarez, Héctor, *et al.* 2006. «El estilo personal del terapeuta cognitivo» [Ponencia en ALAPCO] *Departamento de Investigación Fundación AIGLÉ*. Buenos Aires, Argentina.
33. Fernández-Álvarez, Héctor. 1996. «Características personales del psicoterapeuta». *Colección de Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría*. 1(4): 141-142.
34. Fernandez-Álvarez, Héctor. 2007. «Programa de investigación sobre el estilo personal del terapeuta». [Ponencia en 6to Congreso brasilero de terapias cognitivas] Gramado, Brasil.
35. Fiske, S. T. 1998. “Stereotyping, prejudice, and discrimination.” En D. T. Gilbert & S. T. Fiske (Eds.), *The handbook of social psychology*, Vol. 2 (4th ed., pp. 357-411). New York: McGraw-Hill.
36. Frank, Jerome. 1973. *Persuasion & Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. 1a. ed. Maryland. The John Hopkins University Press. 310 págs.
37. Frank, Jerome y J. Frank. 1993. *Persuasion & Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. 3a. ed. Maryland. The John Hopkins University Press. 343 págs.
38. Gamst, C. G., Der-Karabetian, A., y Dana, R.H. 2008. *Readings in Multicultural Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
39. Goldfried, Marvin; L. A. Burckell y C. Eubanks-Carter. 2003. «Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy». *Journal of Clinical Psychology*. 59 (5): 555-568.

40. Greenberg Leslie; L. A. Pascual. 2006 «Emotion in Psychotherapy: A Practice Friendly Review». *Journal of Clinical Psychology*, 62 (5): 611-630.
41. Hayes, M. 1991. *Report of State Health Officer Washington*. US Printing Government Washington Washington.
42. Ivey A. E., et. al. 2007. *Theories of Counseling and Psychotherapy*. Boston: Pearson Education.
43. Kleinke, Chris. 1998. *Principios comunes en psicoterapia*. 2ª ed. Bilbao, Editorial Descleé de Brouwer. 318 págs.
44. Labert, Michael. 1994. "Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change." 5ª ed., Nueva York. John Wiley & Son. 847 págs.
45. Leininger, M. 1978. *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice*. New York: John Wiley & Son. 450 págs.
46. Leong (Eds.). 2003. *Handbook of racial and ethnic minority psychology* (pp. 487-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
47. Mahoney, Michael J.; H. Fernández – Álvarez. 1998. «La Vida Personal del Psicoterapeuta». *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 9-22.
48. Marin, G. y Marin, B.V. 1991. *Research with hispanic populations*. Newbury Park, CA. Sage.
49. Martínez, M.F. y Martínez, J. (2006). Determinantes psicosociales de la utilización de organizaciones comunitarias por inmigrantes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (3), 433-444.

50. Martínez, Manuel Francisco *et.al.* 2006. «La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social.». *Intervención Psicosocial*. [España]. 15 (3): 331-350.
51. Michie, S. 2005. *Creencias tradicionales y problemas de salud*. Obtenido en agosto 2009 desde: <http://tilz.tearfund.org/>.
52. Nagayama Hall, G. C. 2001. "Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502-510.
53. Norcross, John C. 2002. *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York, Oxford University Press Inc. 452 págs.
54. Nuñez, Edna. 1982. *Cultural Policy in Guatemala. Studies and Documents on Cultural Policy*. Francia. 51 págs.
55. Orlinsky, David; M.H. Ronnestad. 2005. *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, D.C., American Psychological Association. 325 págs.
56. Osorio, Bruce. 2005. *Nimlaha'kok: Lucha y Resistencia (geografía humana y análisis psicosocial)*. 1ª ed. Mixco. ECAP. 123 págs.
57. Patterson, Cecil. 1989. «Understanding Psychotherapy: Fifty Years of Client Centered Theory and Practice. *American Journal of Psychotherapy*. 21: 427-435.
58. Pedersen, P. 2000. *A handbook for developing multicultural awareness*. (3rd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
59. Pedersen, P.D. 2003. Cross-cultural counseling: Developing culture-centered interactions. In G. Bernal, J.E. Trimble, A.K. Burlew, & F.T.L.
60. Peiró, B. Gema. 2004. *La rigidez como variable de personalidad y su relación con pacientes con trastornos de ansiedad*. Tesis Universidad de Valencia, España. 427 págs.

61. Power, T.J.; Eiraldi, R.B.; Clarke, A. T. & Mazzuca, L.B. 2005. Improving Mental Health Service Utilization for Children and Adolescents. *Social Psychology Quarterly*, 20 (2), 187-205.
62. Purnell, L. y Paulanka, B. 1998. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
63. Ragg, Mark D. 2001. *Building Effective Helping Skills. The Foundation of Generalist Practice*. Michigan, Prentice Hall. 324 págs.
64. Roberts, R. et al. 1990. *Developing Culturally Competent Programs for Families of Children With Special Needs*. Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center.
65. Robinson, C. & Stalker, K. 1993. "Patterns of provision in respite care and the Children Act." *British Journal of Social Work*, 23(1), 4563.
66. Saldaña, D. 2001. *Cultural Competence. Apractical guide for mental health providers*. Austin: Hogg Fountation for Mental Health.
67. Sánchez, Roberto. 2000. "Cyberterapia: ¿una alternative válida?" *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Obtenido en octubre 2009 desde:
http://www.psisuiatria.com/congreso/mesas/mesa15/conferencias/15_ci_a.htm
68. Schofield, J. W. 1986. "Causes and consequences of the colorblind perspective." J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 231-253). San Diego, CA: Academic Press.
69. Sherif, M. (1966). *Group conflict and co-operation. Their social psychology*. Londres: Routledge & Keagan Paul.
70. Sadowsky, G. R., Kuo-Jackson, P., & Loya, G. 1997. "Outcome of training in the philosophy of assessment: Multicultural counseling competencies." En D. B. Pope-Davis & H. L. K. Coleman

(Eds.), *Multicultural Counseling Competencies: Assessment, Education and Training, and Supervision* (pp. 3-42). Thousand Oaks: Sage Publications.

71. Starret, R.A.; Todd, A. & DeLeon, L. 1989. "A comparison of the social service utilization behavior of the Cuban and Puerto Rican elderly." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11 (4), 341-353.
72. Sue, D. W.; Arredondo, P.; y McDavis, R.J. 1992. "Multicultural counselling competencies and standards: A call to the profession." *Journal of Counseling & Development*, 70, 477-486.
73. Sue, D.W.; Ivey, A.F. y Pedersen, P.B. 1996. *A theory of multicultural counselling and therapy*. San Francisco: Brooks/Cole Publishing.
74. Sue, S. 2006. "Cultural competency: from philosophy to research and practice." *Journal of Community Psychology*, 34 (2), 237-245.
75. Sue, S. y Zane, N. 1987. "The rol of culture and culture techniques in psychotherapy: A critique and reformulation." *American Psychologist*, 42, 37-45.
76. Sutton, M. 2000. "Improving Patient Care." *Family Practice Management*, 7 (9).
77. Tajfel, H., & Turner, J. C. 1986. "The social identity theory of intergroup behavior." En S.Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7—24). Chicago: Nelson–Hall.
78. Trickett, E. J., Watts, R. J., y Birman, D. 1994. "Toward an overarching framework for diversity." En E. J. Trickett, Watts, R. J.,y y Birman, D. (Eds.), *Human diversity: Perspectives and people in context* (pp. 7-26). San Francisco: Jossey-Bass.
79. Vázquez, O. 2002. *Competencia intercultural e intervención social. Qué formación para el desarrollo de la acción intercultural*. Ponencia en el II Congreso Nacional sobre Inmigración Extranjera en España.

80. Vides, Ana. 2008. *El Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco en el interior del país*. Tesis Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala, Guatemala. 97 Págs.
81. Villareal, M. 2000. Sustainable Reconciliation for Sustainable Peace. Guatemala Case. Higher Education For Peace. Ponencia. Tromso.
82. Wolsko, C., Park, B., Judd, C. M., & Wittenbrink, B. 2000. "Framing interethnic ideology: Effects of multicultural and color-blind perspectives on judgments of groups and individuals." *Journal of Personality & Social Psychology*, 78, 635-654.
83. Worchel, S. y Norvell, N. 1980. "Effect of perceived environmental conditions during cooperation on intergroup attraction." *Journal of Personality and Social Psychology*, 18 (5), 764-772.
84. Zhang, A. Snowden, L.R. & Sue, S. 1998. "Differences between Asian and White American Help Seeking and Utilization Patterns in the Los Angeles area." *Journal of Community Psychology*, 26 (4), 317-326.

IX. APÉNDICES

A. Estilo Personal del Terapeuta

Este cuestionario no puede utilizarse sin la aprobación del departamento de psicología de la Universidad del Valle de Guatemala

EPT-C Cuestionario de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta																																									
Héctor Fernández-Alvarez - Fernando García -Sergi Corbella Versión Guatemala 2008																																									
<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 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</p>																																									
<p>Por favor complete los datos siguientes: Fecha: <input type="text"/></p> <p>Apellido y nombre (sólo si desea consignarlo)</p>																																									
<table border="1"> <tr><th>1</th><th>Edad</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	Edad			<table border="1"> <tr><th>2</th><th>Sexo</th></tr> <tr><td>1</td><td>Femenino</td></tr> <tr><td>2</td><td>Masculino</td></tr> </table>	2	Sexo	1	Femenino	2	Masculino	<table border="1"> <tr><th>3</th><th>Nacionalidad</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	3	Nacionalidad			<table border="1"> <tr><th>4</th><th>Etnicidad</th></tr> <tr><td>1</td><td>No Indígena</td></tr> <tr><td>2</td><td>Indígena</td></tr> <tr><td colspan="2">Especifique Idioma: <input type="text"/></td></tr> </table>	4	Etnicidad	1	No Indígena	2	Indígena	Especifique Idioma: <input type="text"/>																	
1	Edad																																								
2	Sexo																																								
1	Femenino																																								
2	Masculino																																								
3	Nacionalidad																																								
4	Etnicidad																																								
1	No Indígena																																								
2	Indígena																																								
Especifique Idioma: <input type="text"/>																																									
<p>Ejercicio de la psicoterapia</p>																																									
<table border="1"> <tr><th>5</th><th>Años de Exp.</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	5	Años de Exp.			<table border="1"> <tr><th>6</th><th>Pais d/ejerce:</th></tr> <tr><td> </td><td>Guatemala</td></tr> </table>	6	Pais d/ejerce:		Guatemala	<table border="1"> <tr><th>8</th><th>Orientación teórica</th></tr> <tr><td>1</td><td>Cognitiva</td></tr> <tr><td>2</td><td>Human.-Existencial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Psicoanálisis</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sistémico</td></tr> <tr><td>5</td><td>Otra <input type="text"/> ¿Cuál?</td></tr> <tr><td>6</td><td>Integración de varias <input type="text"/> ¿Cuáles?</td></tr> </table>		8	Orientación teórica	1	Cognitiva	2	Human.-Existencial	3	Psicoanálisis	4	Sistémico	5	Otra <input type="text"/> ¿Cuál?	6	Integración de varias <input type="text"/> ¿Cuáles?																
5	Años de Exp.																																								
6	Pais d/ejerce:																																								
	Guatemala																																								
8	Orientación teórica																																								
1	Cognitiva																																								
2	Human.-Existencial																																								
3	Psicoanálisis																																								
4	Sistémico																																								
5	Otra <input type="text"/> ¿Cuál?																																								
6	Integración de varias <input type="text"/> ¿Cuáles?																																								
<table border="1"> <tr><th>9</th><th>Edad Pac.</th></tr> <tr><td>1</td><td>Niños y adol.</td></tr> <tr><td>2</td><td>Adultos</td></tr> <tr><td>3</td><td>3ª Edad</td></tr> </table>	9	Edad Pac.	1	Niños y adol.	2	Adultos	3	3ª Edad	<table border="1"> <tr><th>10</th><th>Modalidad terapéutica</th></tr> <tr><td>1</td><td>Individual</td></tr> <tr><td>2</td><td>Pareja</td></tr> <tr><td>3</td><td>Familia</td></tr> <tr><td>4</td><td>Grupos</td></tr> </table>	10	Modalidad terapéutica	1	Individual	2	Pareja	3	Familia	4	Grupos	<table border="1"> <tr><th>13</th><th>Patología más común</th></tr> <tr><td>1</td><td>Ansiedad y depresión</td></tr> <tr><td>2</td><td>Trast. De la personalidad</td></tr> <tr><td>3</td><td>Adicciones</td></tr> <tr><td>4</td><td>Trastornos severos (psicosis)</td></tr> <tr><td>5</td><td>Trastornos de la comunicación</td></tr> <tr><td>6</td><td>Disfunciones sexuales</td></tr> <tr><td>7</td><td>Otros <input type="text"/> ¿Cuáles?</td></tr> <tr><td>8</td><td>Violencia</td></tr> <tr><td>9</td><td>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 type="text"/> ¿Cuáles?	8	Violencia	9	Trastornos de Alimentación
9	Edad Pac.																																								
1	Niños y adol.																																								
2	Adultos																																								
3	3ª Edad																																								
10	Modalidad terapéutica																																								
1	Individual																																								
2	Pareja																																								
3	Familia																																								
4	Grupos																																								
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 type="text"/> ¿Cuáles?																																								
8	Violencia																																								
9	Trastornos de Alimentación																																								
<table border="1"> <tr><th>11</th><th>Durac.predom.de los trat.</th></tr> <tr><td>1</td><td>Breve (hasta 6 meses)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Intermedio (hasta 2 años)</td></tr> <tr><td>3</td><td>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)	<table border="1"> <tr><th>12</th><th>Formación</th></tr> <tr><td>1</td><td>Medicina</td></tr> <tr><td>2</td><td>Psicología</td></tr> <tr><td>3</td><td>Otro</td></tr> </table>	12	Formación	1	Medicina	2	Psicología	3	Otro	<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>																							
11	Durac.predom.de los trat.																																								
1	Breve (hasta 6 meses)																																								
2	Intermedio (hasta 2 años)																																								
3	Prolongado (más de 2 años)																																								
12	Formación																																								
1	Medicina																																								
2	Psicología																																								
3	Otro																																								
<table border="1"> <tr><th>14</th><th>Nivel deFormación</th></tr> <tr><td>1</td><td>Licenciatura</td></tr> <tr><td>2</td><td>Maest.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Doctorado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Otro</td></tr> <tr><td colspan="2">Especifique(otro) <input type="text"/></td></tr> </table>	14	Nivel deFormación	1	Licenciatura	2	Maest.	3	Doctorado	4	Otro	Especifique(otro) <input type="text"/>																														
14	Nivel deFormación																																								
1	Licenciatura																																								
2	Maest.																																								
3	Doctorado																																								
4	Otro																																								
Especifique(otro) <input type="text"/>																																									
FUNDACION AIGLÉ -UVG																																									
Tel: 23 68 83 41 Esta encuesta pertenece al Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, salón G203. Favor devolver a la persona que se lo entregó.																																									

B. Las Competencias de Consejería Multicultural

Datos generales

Nombre: _____

Fecha: _____

Nota: La escala de Evaluación oscila entre 1 y 4, en la cual 4=Muy bien; 3=Bien, 2=Poco bien; y 1=De ningún modo. Recuerde que ésto es solamente para su uso personal. Ejemplo: 1a. 1 1b. 4 1c. 3 1d. 2 1e. 1

I. Conocimiento del (a) Consejero(a) de sus Propios Valores y Prejuicios:

A. Actitudes y Creencias

1. Los(as) consejeros(as) culturalmente eficaces creen que el auto-conocimiento cultural y la sensibilidad hacia su propia herencia cultural son esenciales.	1=de ningún modo; 2=Poco bien; 3=bien, 4=muy bien
a. Puedo identificar la cultura (s) a la cual pertenezco y lo que significa ser parte de este grupo así como la relación que existe entre los individuos de mi grupo y los individuos de otros grupos institucionalmente, históricamente, educacionalmente, etc (incluya las Dimensiones A, B y C aquí y en las otras sugerencias en esta sección).	___
b. Puedo identificar el grupo (s) cultural del cual derivo mi herencia cultural fundamental. También puedo identificar las creencias y actitudes significativas que poseen aquellas culturas a las cuales yo me he asimilado.	___
c. Puedo reconocer cómo estas creencias impactan la capacidad que yo tenga para respetar a las personas que son diferentes a mí.	___
d. Puedo identificar las actitudes, creencias, y valores de mis conductas que demuestran respeto y el aprecio por las diferencias, de las que impiden u obstaculizan mi respeto y aprecio por las diferencias.	___
e. Activamente busco la manera de enfrentar constantemente mis propias actitudes y creencias que no apoyan el respeto y el aprecio por las diferencias.	___
f. Yo aprecio y expreso los aspectos positivos de mi propia herencia cultural que me dan fortalezas para comprender las diferencias.	___
g. Además de mi grupo (s) cultural (es), reconozco la influencia de otras Dimensiones de Identidad Personal y el papel que tienen en mi propio auto-conocimiento cultural.	___
2. Los consejeros culturalmente eficaces tienen conocimiento de cómo su propia historia y experiencias culturales han influenciado actitudes, creencias, valores, y prejuicios relacionados con los procesos psicológicos.	
a. Puedo identificar la historia de mi cultura con relación a las oportunidades educacionales y su impacto en mi visión actual del mundo (incluye Dimensiones A y algunas B).	___
b. Puedo identificar al menos 5 características personales relevantes a la cultura y puedo explicar cómo cada una ha influenciado mis valores culturales.	___
c. Puedo identificar influencias sociales y culturales en mi desarrollo cognitivo y estilo actual de procesar información y puedo comparar estos con los de otras personas (incluye Dimensiones A, B y C).	___
d. Puedo identificar factores sociales y culturales específicos y eventos de mi historia personal que han influenciado la visión que tengo de pertenencia social, interpretaciones de conducta, motivación, métodos de resolver problemas y hacer decisiones, pensamientos y conductas (incluyendo el subconsciente) con relación a la autoridad y otras instituciones y puedo comparar estos con las perspectivas de otros (Dimensiones A y B).	___
e. Puedo expresar las creencias de mi grupo cultural y religioso relacionadas	___