

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

El estilo personal del terapeuta guatemalteco

Trabajo de graduación presentado por  
Beatriz Eugenia Cadena Illescas  
para optar al grado académico de  
Licenciada en Psicología General

Guatemala  
2007



El estilo personal del terapeuta guatemalteco

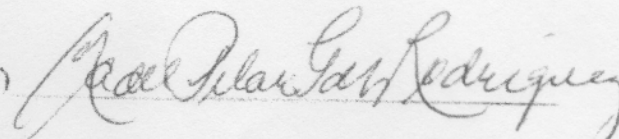
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

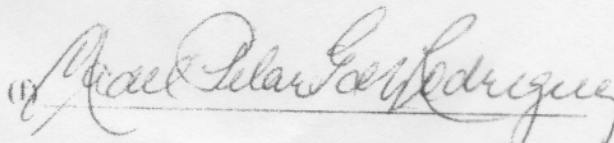
El estilo personal del terapeuta guatemalteco

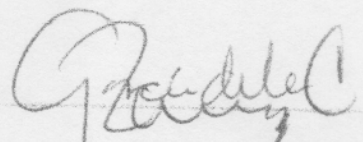
Trabajo de graduación presentado por  
Beatriz Eugenia Cadena Illescas  
para optar al grado académico de  
Licenciada en Psicología General

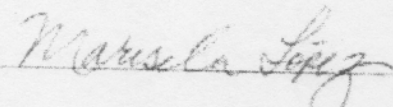
Guatemala,  
2007

(1)   
(Doctora María del Pilar Grazioso de Rodríguez)

Tribunal examinador

(1)   
(Doctora María del Pilar Grazioso de Rodríguez)

(1)   
(Doctora Claudia García de la Cadena)

(1)   
( MA. Marisela López )

## PREFACIO

El siguiente trabajo no hubiese sido posible sin la valiosa colaboración de los Doctores Héctor Fernández Álvarez y Fernando García quienes proporcionaron el cuestionario de evaluación del estilo personal del terapeuta; deseo agradecer al Doctor Fernández Álvarez por ser un modelo y ejemplo a seguir, por su ánimo y apoyo durante el proyecto. Asimismo le doy gracias a distintos miembros de la Fundación Aiglé especialmente a Verónica Rial por mantener comunicación y colaboración constante.

Quiero agradecer a la Licenciada Ma. del Pilar Grazioso de Rodríguez por su energía y entusiasmo así como toda su ayuda como asesora. De igual manera le doy gracias a la Licenciada Claudia García de la Cadena por su revisión e interés en el proyecto.

Por último agradezco a todos los terapeutas guatemaltecos que respondieron el cuestionario y mostraron interés en la investigación.

## CONTENIDO

PREFACIO .....	iv
LISTA DE CUADROS.....	vi
LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
A. DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA.....	3
B. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE PSICOTERAPIA.....	5
1. Relación terapéutica.....	7
2. Alianza psicoterapéutica .....	9
3. El psicoterapeuta.....	10
4. Estilo personal del terapeuta.....	13
C. OTROS FACTORES .....	18
D. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO.....	23
III. METODOLOGÍA.....	26
IV. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	29
V. DISCUSIÓN.....	39
VI. CONCLUSIONES .....	45
VII. RECOMENDACIONES.....	47
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	48

## LISTA DE CUADROS

1. Variables del terapeuta . . . . .	29
2. Estadísticas descriptivas de las funciones . . . . .	34
3. Comparación entre distintas funciones y orientación teórica del terapeuta	35

## LISTA DE GRÁFICOS

1. Función expresiva, medición de distancia y proximidad que permite el terapeuta. . . . .	32
2. Función atencional, medición de nivel de atención. . . . .	32
3. Función involucracional, medición de nivel de involucración. . . . .	33
4. Función instruccional, medición de flexibilidad y rigidez del terapeuta . . .	33
5. Función operacional, medición de tratamiento espontáneos o pautados. . . .	34
6. Comparación entre orientación teórica del terapeuta y las cinco funciones. .	35
7. Las emociones que despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento. . . . .	36
8. Las emociones como poderoso instrumento de cambio. . . . .	37
9. Los verdaderos cambios requieren de un clima emocional intenso. . . . .	37
10. Cambios importantes e el curso del tratamiento requieren que el terapeuta opere con un tono emocional bajo. . . . .	38
11. Proximidad emocional y cambio terapéutico. . . . .	38

## RESUMEN

El terapeuta es un elemento fundamental de cambio en el proceso terapéutico. Diferentes autores como Lambert, Beutler, Orlinski, Fernández-Álvarez, Garfield, se han centrado en estudiar al terapeuta como parte trascendental en la relación terapeuta-cliente.

En Guatemala la psicoterapia se encuentra en proceso de cambio y desarrollo. Estudiar al psicoterapeuta guatemalteco permite un acercamiento al conocimiento de la práctica del terapeuta y a las necesidades de renovación y redefinición de la profesión en el país.

Este estudio se centró en estudiar las características del terapeuta guatemalteco a través del instrumento de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta de Fernández-Álvarez y García, para lo cual se elaboró una versión guatemalteca.

Con el objetivo de poder identificar y describir el estilo personal del terapeuta guatemalteco, se utilizó un instrumento de evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C) con la autorización de sus autores Fernández-Álvarez y García. Se obtuvo información sobre los aspectos demográficos que identifican al terapeuta que ejerce en la ciudad de Guatemala. A la vez se identificaron las patologías que se presentan más frecuentemente en el área clínica, así como las poblaciones atendidas con mayor y menor frecuencia. Surgieron varias combinaciones en cuanto a orientación teórica, estando presente el modelo cognitivo en varias de ellas, la mayoría se identifica con el modelo integrativo o ecléctico.

La muestra estuvo compuesta por noventa terapeutas guatemaltecos que practican en la ciudad de Guatemala, siendo la mayoría femenina, con un rango de edad que oscila entre los treinta y seis y cuarenta y seis años de edad y un promedio de doce años de experiencia. La mayoría de los participantes obtuvo formación en psicología, un menor porcentaje obtuvo en medicina y el resto se formó en ambas o en un área distinta.

Surgió una gran cantidad de combinaciones de orientación teórica, son muy pocos los que se identifican con una sola orientación. Los terapeutas atienden en su mayoría a grupos compuestos por distintas poblaciones, son pocos los que se dedican a una población específica. En cuanto a las patologías atendidas, la mayoría de terapeutas

atiende más de una patología; la ansiedad y depresión, así como la violencia son las patologías que se presentan con mayor frecuencia.

La práctica de la psicoterapia en Guatemala se caracteriza por un eclecticismo teórico y práctico, con carencia de especialización en la mayoría de los terapeutas. Se necesita desarrollar competencias multiculturales, así como regular la práctica de la psicoterapia en el país.

## I. INTRODUCCIÓN

Wolberg define la psicoterapia como un proceso de cambio, consiste en un tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional. En este proceso la persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, transformar patrones de conducta perturbados y promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo (Bernadi *et. al.*, 2004:2).

Actualmente se conoce la existencia de un sinnúmero de distintas teorías y variantes de teorías sobre la psicoterapia (Bernal; Martínez-Taboas, 2005: 9), a pesar de la diversidad y la aparente dificultad de llegar a un acuerdo sobre la efectividad de las mismas, también se hace evidente la presencia de varios elementos en común y la necesidad de integrar para apreciar los factores que unifican la psicoterapia. Partiendo de una visión integral se identifica que en psicoterapia intervienen distintos elementos. De acuerdo a investigaciones realizadas, entre los más estudiados se encuentran la relación terapéutica, las características del cliente y las contribuciones de la persona del terapeuta. A pesar que la efectividad de la psicoterapia es evidente, todavía es necesario llevar a cabo mayor investigación sobre los factores que intervienen en el proceso terapéutico y su influencia en el resultado de la terapia.

La relación terapéutica, formada por el cliente y el terapeuta, ocupa un espacio esencial en el proceso, es considerada como un factor determinante para lograr el cambio. Al analizar los procesos que intervienen en la psicoterapia y los factores de éxito, se hace evidente que el terapeuta es un elemento que no podemos ignorar. El éxito de la psicoterapia depende en parte de las habilidades, cualidades y características del terapeuta, figura fundamental de dicho proceso, es un agente de cambio y aporta significativamente a la relación terapéutica. Lambert (1989) propone que los terapeutas contribuyen en el proceso y resultados a través de actitudes, adaptación personal, entrenamiento, adaptación teórica, experiencia, estilo terapéutico, técnicas y actitudes hacia la relación (Fernández Álvarez; Opazo, 2004: 416).

A la vez es fundamental que muestre capacidad de empatía, escucha, compromiso y calidez.

Por otro lado, Fernández Álvarez y García (1998: 352) definen el estilo personal del terapeuta como el «Conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto. Está constituido por las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional».

Tomando en cuenta que en Guatemala la psicoterapia se encuentra en proceso de crecimiento, desarrollo, y dada la limitada información existente sobre la práctica de la psicoterapia, se hace necesario contribuir al conocimiento de la psicología en el país, específicamente documentar el trabajo realizado por los terapeutas guatemaltecos.

Este estudio es parte de un proyecto de investigación internacional fundamentado en la investigación del estilo personal del terapeuta de los Doctores Héctor Fernández-Álvarez y Fernando García de la Fundación Aiglé, Buenos Aires Argentina.

En el siguiente estudio se definen los elementos de la psicoterapia, se provee una descripción del contexto guatemalteco en el cual laboran los terapeutas, se define el estilo personal del terapeuta y se describen las dimensiones que lo componen, se detalla la metodología llevada a cabo y se presentan los resultados obtenidos, así como conclusiones y recomendaciones.

## 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).

Jerome Frank (1973), uno de los pioneros en realizar estudios comparativos en psicoterapia, propone la siguiente definición de psicoterapia «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» (Kleinke, 1998: 21).

Asimismo el autor reconoce que el proceso está caracterizado por los siguientes tres elementos: Como primer punto reconoce la existencia de «Una persona que sana, típicamente adiestrada y socialmente aceptada por las autoridades sociales, cuyos métodos curativos son considerados efectivos por la persona que sufre y otros miembros de su grupo social». Segundo, «Una persona que sufre y busca alivio de la persona que sana». Y por último, «Una relación de curación en la cual existe una serie de enlaces entre la persona que sana y la que sufre, a veces con la ayuda de un grupo, y donde se trata de ofrecer alivio a los síntomas. Dicho alivio es acompañado por cambios en conducta, estado emocional y actitudes» (Bernal; Martínez-Taobas, 2005:9).

Wolberg (1977) señala que la psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, con el objeto 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 Orlinsky y Howard (1995), 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; Martínez-Taobas, 2005: 9).

Por su parte también Strozka (1999), plantea que la psicoterapia es un proceso que tiene como características la relación interpersonal, la planificación y realización conciente, con el fin de modificar estados de sufrimiento tanto psíquicos como trastornos conductuales. Se distingue por la relación emocional entre psicoterapeuta y consultante. Agrega que el núcleo ético de la relación terapéutica se basa en el contrato terapéutico, mientras que el núcleo técnico se concentra en los procedimientos llevados a cabo para alcanzar objetivos, generalmente a través del diálogo, entorno a las necesidades del cliente; constituidas por sus fantasías, expectativas y concepciones (Arredondo; Salinas, 2005: 14).

Alexander y French (1946), definen la psicoterapia como un proceso de reeducación emocional. Dan gran importancia a la relación paciente/terapeuta como una experiencia emocional correctiva (Arredondo; Salinas, 2005:14).

Ante la diversidad de teorías psicoterapéuticas, resumiendo los factores antes mencionados, es necesario citar a Frank y Frank (1991), quienes postulan que toda psicoterapia comparte cuatro características efectivas: Primero, se caracteriza por ser «Una relación de confianza emocionalmente cargada con el agente sanador, frecuentemente con la participación de un grupo». «Segundo, está presente un «Un escenario de curación», Tercero, está acompañada de «Un racional, marco conceptual, o mito que provee una explicación razonable a los problemas o síntomas de la persona, así como recetas o procedimientos para resolver dichos problemas». Y por último posee «Rituales, tareas o procedimientos que requieren de la participación activa tanto del

paciente como del terapeuta, y que ambos crean en dichos procedimientos para restaurar la salud de la persona» (Bernal y Martínez-Taobas, 2005: 9).

Orlinsky y Howard (1995), en el modelo genérico de psicoterapia, definen la existencia de cinco elementos conceptuales del proceso: Inicialmente, en el contrato terapéutico se definen las condiciones del trabajo entre cliente y terapeuta. Como las metas, frecuencia de las sesiones, temas a trabajar, etc. Seguido por las operaciones psicoterapéuticas que conllevan la expresión por parte del cliente y la utilización de acercamientos teóricos elegidos por el terapeuta para trabajar con el cliente, el alivio de su condición, problema o síntomas. Tercero, La relación psicoterapéutica es parte fundamental del proceso en donde es necesario el trabajo en conjunto, respeto mutuo e interés por el bienestar del otro. Cuarto, la relación interna del cliente (y del psicoterapeuta), se refiere a la relación del cliente con sí mismo, su estado emocional y otros indicadores que señalan la capacidad de asimilar intervenciones psicoterapéuticas. Quinto, el impacto de la sesión de la psicoterapia, representa la dinámica dentro de la sesión que puede demostrarse en la mejoría, alivio emocional del cliente.

Por último, la medición del proceso, del conjunto de operaciones terapéuticas, así como de la relación psicoterapéutica, puede ser evaluada después de determinada sesión o conjunto de sesiones (Bernal; Martínez-Taobas, 2005: 12).

Dicho lo anterior se puede concluir que la psicoterapia posee varios elementos en común, como son la existencia de un sufrimiento o necesidad, para lo cual la psicoterapia puede aliviar dicho sufrimiento, a través de distintos recursos como el diálogo, la experiencia de una relación emocional o relación terapéutica y las habilidades del terapeuta para ayudar al cliente o paciente a encontrar herramientas para adaptarse a su entorno.

## B. Elementos que influyen en el proceso de la Psicoterapia

Se ha comprobado que las respuestas de clientes y terapeutas a tratamientos estandarizados tienden a variar. Existen divergencias en cuanto a la filosofía, métodos y

metas en la terapia. Los estudios más recientes en Psicoterapia sugieren ver más allá del modelo terapéutico y el diagnóstico del paciente. Para que la terapia funcione como agente de cambio intervienen distintos factores que deben ser identificados y estudiados a profundidad. Siguiendo a C.H. Patterson (1967), existe divergencia en el campo de la psicoterapia, en distintos puntos, como filosofía, técnica, metas, objetivos y métodos. Pero a pesar de ello existen varias áreas de similitud, por ejemplo, todos los modelos reconocen la existencia de un conflicto o problema sin resolver que es doloroso para el cliente o paciente y desea cambiarlo, como ya se mencionó anteriormente. Estando implícita una creencia en el cambio, se cree que la persona es capaz de transformarse a sí misma y que por lo tanto el futuro tiene influencia en el presente. Partiendo de las divergencias en la práctica de psicoterapia no se puede atribuir el éxito del proceso únicamente a un elemento, como por ejemplo al modelo teórico con la que se identifica el terapeuta, las metas, las cualidades del terapeuta o las características del cliente. Tomando en cuenta la incidencia de cada una de estas variables en el desarrollo y éxito de la terapia, por lo cual se definen a continuación.

Algunas investigaciones en psicoterapia se han centrado en examinar la relación entre distintos factores que intervienen en el resultado terapéutico. Por ejemplo, Feixas y Miró (1993), consideran que la psicoterapia está constituida por tres elementos; psicoterapeuta, cliente y proceso terapéutico, los cuales, a excepción del cliente, se describirán más adelante.

Para Lambert y Barley (2001), es necesario considerar los siguientes factores:

1. Factores extraterapéuticos: Apoyo social, eventos fortuitos y remisión espontánea.
2. Expectativas del cliente: Efecto placebo, el conocimiento del cliente de estar siendo tratado, la confianza del cliente en el tratamiento.
3. Técnicas: Factores específicos prescritos en la terapia, como sensibilización sistemática, hipnosis, etc.
4. Factores comunes: Encontrados en casi todas las modalidades terapéuticas sin importar su línea teórica, como lo son, la empatía, cariño, aceptación,

motivación a tomar riesgos, características del cliente y terapeuta, confidencialidad y la relación terapéutica en sí (Norcross, 2002: 17).

Para los fines del siguiente trabajo, merece la pena profundizar en los siguientes:

1. Relación terapéutica: Es probable que la característica común de mayor reconocimiento en psicoterapia sea la relación terapéutica. Feixas y Miró (1993: 27) añaden 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.

Kanfer y Goldstein (1993), agregan cuatro aspectos: El primer aspecto es que la relación es unilateral: es decir el objetivo de la misma es ayudar al cliente o paciente, se dejan a un lado las preocupaciones y necesidades del terapeuta, quien debe centrarse únicamente en ayudar a resolver las necesidades de quien busca sus servicios. El segundo aspecto indica que la relación es sistemática; involucra planificación de los pasos a seguir, objetivos y propósitos de la interacción.

Tercero, es formal ya que se lleva a cabo en un lugar, horario y condiciones establecidas, el terapeuta no ocupa otro rol más que el que ha sido establecido. Cuarto, está marcada por un tiempo limitado; muchas veces el resultado de la terapia es marcado por su fin, en donde idealmente tanto el cliente como el terapeuta están de acuerdo en que se han logrado los objetivos deseados (Arredondo; Salinas, 2005: 17).

Feixas y Miró (1993:28), mencionan que la asimetría por la que se caracteriza la relación está basada en la demanda del cliente y la respuesta centrada en sus necesidades. Los mismos autores agregan que al ser una relación profesional, la relación terapéutica requiere de una estructura específica. Esta relación va acompañada de un encuadre terapéutico que se define como el conjunto de reglas que fija el psicoterapeuta para hacer viable la psicoterapia. El encuadre incluye los honorarios, la duración y frecuencia de las

sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones y otros detalles que puedan afectar el desarrollo de la psicoterapia.

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.

Numerosos autores concuerdan en que la relación terapéutica es un elemento trascendental para lograr el cambio. Ejemplo de ello es Lambert y Barley (2001), quienes 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).

Siguiendo esta misma línea, 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).

Siguiendo esta línea Bennun y Schindler (1988), mencionan que los investigadores no debieran preocuparse tanto por estudiar las técnicas empleadas, más

bien podrían centrarse en las condiciones interpersonales que son esenciales para lograr el cambio terapéutico (Peiró, 2004: 39).

No se puede hablar de la relación terapéutica, sin mencionar la importancia de la alianza terapéutica, puesto que surge en dicho contexto. La alianza terapéutica es un elemento vital, 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 fuerza de la alianza depende del acuerdo entre el paciente y el terapeuta sobre las tareas y las metas de la terapia y de la modalidad del vínculo entre ellos. 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 (Norcross, 2002: 25).

Luborsky (1976), señala que la alianza terapéutica es dinámica y que va cambiando según avanza la relación. La divide en dos tipos, según la etapa de la terapia en la que se encuentra: El primer tipo de alianza se caracteriza por sentimientos del paciente sobre el apoyo y ayuda que recibe del terapeuta al inicio del proceso terapéutico. El segundo tipo de alianza se conforma por una sensación de trabajo en equipo, para lograr aliviar los sufrimientos y necesidades del paciente (Corbella, Botella, 2003: 208).

Norcross (2002), afirma que el terapeuta contribuye a formar la alianza terapéutica a través de elementos interactivos, interpersonales y de habilidad y destreza. Entre ellos menciona las destrezas interpersonales como la capacidad de mostrar sensibilidad a las necesidades del cliente y su habilidad para generar un sentimiento de esperanza. Las destrezas relacionadas con la comunicación se refieren a la capacidad del terapeuta de mantener comunicación clara y abierta así como comprender la perspectiva fenomenológica del cliente. La empatía es otro componente básico para crear un lazo interpersonal fuerte, asimismo la capacidad del terapeuta de mantenerse abierto y dispuesto a explorar. En cuanto a experiencia y entrenamiento los resultados son poco

constantes pero se sabe que los clientes que tienen dificultad en formar relaciones íntimas, logran alianzas más fuertes con terapeutas con mayor experiencia.

Una definición de alianza terapéutica fue desarrollada por Horvath (1991), la cual 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 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. «La alianza implica una sensación de asociación entre cliente y terapeuta en la terapia, en el cual cada participante, se siente activamente comprometido con sus responsabilidades específicas y adecuadas con respecto a la terapia y cree que el otro también siente un compromiso entusiasta con el proceso. La alianza en un aspecto consciente y significativo de la relación entre terapeuta y cliente» (Fernández – Álvarez, Opazo, 2004: 365).

Como se mencionó anteriormente, se puede decir que la alianza terapéutica es un elemento esencial para lograr el cambio y fortalecer la relación terapéutica. 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. El Psicoterapeuta: El terapeuta ocupa un rol fundamental en el proceso psicoterapéutico, evidencia de ello es el interés reciente en estudios que han tomado en cuenta específicamente al terapeuta como elemento básico para lograr el cambio.

Existe un interés notorio por describir las variables del terapeuta y su influencia en el desarrollo de la terapia. Lambert (1989) y Mahoney (1991), señalan:

«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; Fernández-Álvarez, 1998: 10). Otros autores

clasifican las variables del terapeuta que consideran más importantes, por ejemplo Orlinsky y Rosennestad (2005: 27) mencionan que los psicoterapeutas generalmente son descritos en términos de su preparación, identificación teórica y su nivel académico. Dividen las variables en tres:

- a. Características profesionales: compuestas por la orientación teórica y formación profesional obtenida.
- b. Características personales y demográficas: Toman en cuenta la edad, sexo, estado civil y nacionalidad.
- c. Características de la práctica: Incluye el “setting”, la modalidad terapéutica y las edades de las personas que atiende.

Por otro lado Beautler, *et. al.* (1994), ha desarrollado un resumen de los aspectos del terapeuta más importantes que contribuyen o prometen contribuir con el resultado positivo de la terapia. Basado en los resultados obtenidos en distintas investigaciones realizadas (Lambert, 1994: 228). Divide las variables en dos grupos; (Lambert, 1994: 229).

1) Rasgos observables: Estas características pueden ser observadas e identificadas por procedimientos independientes al terapeuta, pueden ser verificadas. Son las características demográficas como el sexo, edad, y etnia.

a) Sexo: Sujeta a la definición externa independiente de un auto reporte. Por otro lado la variable género está determinada por auto percepciones y experiencias subjetivas. Los estudios realizados todavía no son suficientes para determinar si el sexo del terapeuta influye en el resultado del proceso terapéutico.

b) Edad: Se puede creer que la psicoterapia varía según la edad del terapeuta, esto es debido a que la edad puede estar relacionada con los años de experiencia y educación obtenida. En los estudios sobre investigaciones previas no se encontró que la variable edad o la similitud de edad con el cliente contribuya significativamente.

c) Etnia: Existe muy poca información sobre la influencia de la variable raza o etnicidad. Se enfatiza más en las competencias multiculturales que debe desarrollar todo terapeuta.

2) Estados observables: Entrenamiento y disciplina profesional, nivel de experiencia, habilidad y tipo de intervenciones que faciliten el proceso. Estudios realizados indican que existe una relación positiva entre los rasgos observables y un menor número de abandonos del tratamiento.

a) Disciplina profesional y cantidad de entrenamiento recibido: Los efectos del entrenamiento sólo pueden ser comprendidos si se conoce el contenido del mismo. En las investigaciones realizadas ha sido difícil de separar el tipo de entrenamiento con la cantidad de entrenamiento recibido y no se ha logrado establecer si existe una relación directa con el éxito de la terapia.

b) Experiencia profesional: En estudios realizados sobre la influencia que tiene la experiencia profesional en la psicoterapia se ha encontrado que existe relación con un nivel menor de ansiedad en los clientes.

c) Métodos de tratamiento terapéutico: Tratamientos basados en un manual: La utilización de manuales originalmente fue vista como una manera de estandarizar y controlar el tratamiento, también para optimizar el tratamiento en psicoterapia y afinar los tratamientos a manera de mejorar sus efectos. Sin embargo tal intento no elimina la influencia que tiene cada terapeuta en los resultados. Se ha dado un crecimiento y proliferación del uso de los manuales, algunos consideran que su uso es transferible a distintos lugares y poblaciones; sin embargo otros sugieren que son muy rígidos para ser útiles y que limitan la creatividad del terapeuta. Datos correlacionales han demostrado que niveles muy altos de adherencia a un modelo específico puede intervenir con el desarrollo de una buena relación de trabajo así como con obtener resultados positivos.

d) Supervisión: La supervisión en Psicoterapia pretende ser un método efectivo para asegurar que los terapeutas desarrollen profesionalismo y destreza. Sin embargo no se han encontrado datos que sostengan tal afirmación.

e) Tipo de intervención: Las intervenciones son las técnicas utilizadas para iniciar el cambio en psicoterapia. Se han encontrado distintos tipos de intervenciones, entre ellas directividad del terapeuta, versus auto dirección del paciente, orientaciones basadas en lograr insight versus orientaciones centradas en los síntomas y las intervenciones emotivas versus intervenciones de apoyo.

3) Rasgos inferidos: Constructos hipotéticos formados por los aspectos de la personalidad y la calidad de la relación. La presencia de tales cualidades puede ser conocida por los auto reportes 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. Por otro lado, Feixas y Miró (1993: 28) señalan que Guy (1995), agrega una «Interesante sistematización de la investigación sobre la características personales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta». Distingue entre motivaciones funcionales y disfuncionales, en relación al beneficio del proceso psicoterapéutico. Dentro de las motivaciones funcionales menciona: Un interés genuino por la gente, acompañado de curiosidad por sí mismo y los demás. Agrega que la capacidad de escucha es 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 autonegación, de reír, entre otras. En cuanto a las motivaciones disfuncionales, toma en cuenta la aflicción emocional; con un deseo mayor por alcanzar comprensión de sí mismos, para tratar de superar situaciones que no ha logrado sobrepasar, por deseo de poder, necesidad de amor, entre otras.

Cada psicoterapeuta se distingue por las cualidades y características personales, es así como se presenta su estilo personal, como una huella digital presente el proceso terapéutico.

4) Estilo personal del terapeuta: La persona del terapeuta está involucrada en el proceso terapéutico, es considerada como una herramienta o instrumento en terapia. En

ello radica la importancia de autoconocimiento, formación, actualización constante y cuidado personal. Alponente y Winter (2000), definen que «Un profesional competente debe de tener una comprensión operativa de su propia estructura emocional y sus relaciones familiares pasadas y presentes, así como sus propios valores, cultura y espiritualidad» (Fernández – Álvarez; Opazo 2004: 428). Mencionan que «el terapeuta debe de ser consciente de los temas que trae a la relación procedentes de su propia historia y experiencia vital, ¿qué es lo que se remueve en su interior a partir de la interacción con el cliente en un momento determinado» (Fernández – Álvarez; Opazo, 2004: 428). De acuerdo a los autores, para que se de un mejor servicio el terapeuta debe de comprenderse y conocerse a sí mismo para poder entender la lucha del paciente.

Stiles, Shapiro, y Elliot (1986), sugieren que el terapeuta es una variable de cambio ya que ofrece a los clientes una nueva perspectiva a sus problemas y a su vida. Por medio de empatía, aceptación positiva incondicional y acoger al cliente (Kleinke, 1998). Cada terapeuta desarrolla valores, habilidades y creencias; que combina con sus conocimientos los cuales aplica a situaciones y contextos variados formando así **un estilo personal único.**

Estilos Interpersonales del terapeuta (Lambert, 1994: 240): Beutler, Machado, Neufeldt mencionan que los estilos psicoterapéuticos interpersonales toman distintas formas. Por ejemplo patrones dominantes y positivistas hasta varios estilos verbales y no verbales.

Los estilos interpersonales del terapeuta pueden ser (Lambert, 1994: 240):

a. Patrones de interacción recíproca: Estudios realizados para conocer la influencia de comportamientos amigables o positivos por parte del terapeuta concluyen que existe relación con resultados favorables obtenidos en la terapia. Por el contrario los comportamientos « poco amigables » del terapeuta resultaron en un menor nivel de eficiencia en la comunicación por parte del paciente. Los resultados sugieren que estilos interpersonales compatibles entre terapeuta y cliente pueden encaminar el proceso de manera positiva. Dichos estudios señalan que la compatibilidad

entre los estilos interactivos interpersonales son indicativos de si la psicoterapia va a proceder de manera positiva.

b. Patrones de expresión verbal: Tracey indica que los patrones relevantes de interacción verbal utilizados en psicoterapia incluyen contenido y no contenido (numero de palabras y oraciones utilizadas) de la comunicación. La introducción de temas por parte del terapeuta está altamente relacionada con el resultado en la terapia. Los resultados en dicho estudio demostraron que la introducción del tema por parte del terapeuta es influyente pero también es importante el acuerdo con ello por parte de ambos. Proporciones altas de acuerdo de temas entre terapeuta – cliente, sin tomar en cuenta quien inicia el tema, fue asociado con la continuidad en la terapia así como con la cantidad de beneficio obtenido.

c. Combinación de comportamientos verbales y no verbales: Se han realizado pocos estudios sobre la iteración entre patrones verbales y no verbales y el resultado terapéutico, los resultados obtenidos han mostrado que la cualidad de interacción verbal y no verbal facilita el tratamiento psicológico. (Lambert, 1994: 244).

Continuando con lo anterior, Fernández Álvarez y García (1998) definen el Estilo personal del terapeuta como el «Conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto. Está constituido por las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional».

Fernández Álvarez (1996) señala que las características personales del terapeuta están constituidas por tres tipos de variables, (las que se mencionan a continuación) también indica que el estilo personal del terapeuta es el resultado de una serie de funciones que operan integradamente, aunque no todas tengan la misma incidencia en cada tramo de la relación terapéutica.

1) Posición del terapeuta: «El papel que desempeña en función de su ubicación en la red social». Se compone del nivel de inserción socioeconómica, el círculo socio profesional al que pertenece el terapeuta y la forma de presentación, es decir el sistema de contratación que regula la práctica en cuestión ya sea liberal, público-comunitario, empresas de seguros de salud, etc. De este factor depende la posibilidad de que determinado paciente entre en contacto con determinado terapeuta (Fernández-Álvarez, 1996: 141).

2) La situación vital del terapeuta, constituye la apariencia que como individuo presenta frente al imaginario colectivo de su grupo social de pertenencia y referencia. La edad, sexo, apariencia física, inteligencia, el nivel cultural y otros datos accesibles a la observación o presunción habituales en ese ámbito social constituyen la formación de su imagen aparente (Fernández-Álvarez, 1996: 141).

3) Las funciones de la comunicación, de ello dependen las variaciones singulares con que el estilo personal de un terapeuta incide sobre el uso de una técnica específica (Fernández-Álvarez, 1996: 141). El autor aclara que cada dimensión se manifiesta en diferentes funciones consideradas como un todo continuo con las siguientes características:

a) Se señalan las posiciones extremas como las más características pero ser un continuo se admiten términos medios. (Fernández-Álvarez, 1996: 141)

b) La extensión alcanzada por cada función en sus posiciones extremas refleja los límites máximos del funcionamiento favorable del terapeuta (Fernández-Álvarez, 1996: 141).

c) La actividad global de estas funciones se traduce en la acción como un conjunto de rasgos, actitudes y disposiciones que cada terapeuta puede evidenciar en cada momento de su evolución como profesional (Fernández-Álvarez, 1996: 141).

En el análisis realizado por Fernández-Álvarez y García (1996: 142) en su estudio sobre el estilo personal del terapeuta, clasifican las dimensiones del terapeuta de la siguiente manera:

1. **Función instruccional:** Se refiere al conjunto de acciones que lleva a cabo el terapeuta para determinar alcances y límites de la relación terapéutica, marca la distancia entre paciente y terapeuta así como los intercambios considerados legítimos en dicha relación, incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas, así como las tareas ha cumplir en el curso de las sesiones. Por ejemplo, la fijación de horarios, honorarios, ámbito de trabajo y las maneras de negociar cambios en el entorno.
  
2. **Función atencional:** Va más allá de la escucha ya que se compone de todas las acciones del terapeuta para acceder a la información que el paciente aporta y así lograr ayuda para su problema. Se divide en:
  - a. **Activa vs. Receptiva:** se manejan los terapeutas con una atención más abierta capaz de hacer ingresar al circuito de trabajo fuentes informacionales pertenecientes a distintos niveles (Fernández-Álvarez, 1996).
  - b. **Concentrada o de nivel múltiple:** Cuando el terapeuta se posiciona frente al paciente de manera concentrada, tiende a facilitar el registro de información.
  
3. **Dimensión operativa:** Comprende las acciones que el terapeuta desarrolla para cumplir con el plan de tareas, del cual se espera que se den los cambios deseados en el paciente. « No debe confundirse con las técnicas, aunque se asocia directamente con ellas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera o por la preferencia que muestra para utilizar procedimientos pautados o espontáneos ». (Fernández-Álvarez, N.F.) Se destacan dos estilos:
  - a. **Directivos vs. Persuasivo:** son contrapuestos e implican formas muy definidas de tratar de que se cumpla una tarea.
  - b. **Lógico (literal) vs. Retórico (figurado):** Los terapeutas que suelen ser literales esperan que los pacientes descifren adecuadamente la secuencia lógica que supone el tratamiento. La manera retórica está basada en el uso de figuras retóricas a las que el terapeuta recurre como una manera inteligible la marcha necesaria del proceso terapéutico (Fernández-Álvarez, 1996).

4. Dimensión expresiva: Fernández Álvarez (1996) señala que la función expresiva ha sido la más estudiada en cuanto a las investigaciones sobre la incidencia del factor terapeuta. Toma en cuenta las acciones que realiza el terapeuta para mantener la comunicación emocional con el paciente, la empatía es un factor elemental. Se expresa a través de situaciones como la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados o ante las reacciones emocionales del paciente. Compuesta de dos dimensiones:
  - a. Tonalidad emocional baja vs. tonalidad emocional alta: «El estilo personal se manifiesta muchas veces a través de poco o mucha expresión de emocional». (Fernández-Álvarez, 1996).
  - b. Corporal vs. mental: «Los terapeutas suelen centrarse en dos maneras distintas de expresión, la primera es a través de expresiones corporales como gestos faciales, miradas, distintos tonos de voz, etc. La segunda se refiere a los terapeutas que prefieren utilizar recursos como la fluidez verbal, riqueza asociativa y ritmo de comunicación» (Fernández-Álvarez, 1996).
5. Dimensión de involucración o compromiso: «Es el 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. Abarca el grado con que el terapeuta se siente involucrado, en general, con sus pacientes así como el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su experiencia vital» (Fernández-Álvarez, 1996).

C. Otros factores importantes en el proceso psicoterapéutico:

1. Papel de las emociones: Anteriormente se mencionó que la dimensión de expresividad ha sido de las más estudiadas, debido a la importancia que juegan las emociones como elemento básico en el proceso psicoterapéutico, de ahí radica la importancia de estudiarlas dentro de dicho ámbito. Distintas corrientes psicológicas concuerdan con la importancia de la expresión y corrección de emociones en el proceso

terapéutico. Como se mencionó anteriormente, Alexander y French dieron nombre al término Experiencia emocional correctiva, el cual enfatiza en trabajar a través de los conflictos emocionales dolorosos en un ambiente seguro y empático como lo es la relación terapéutica (Bridges, 2006: 552).

Varios autores, desde Freud hasta Rogers y Pearls señalan que el trabajo con las emociones es terapéutico. Mientras que existe cierta concordancia en cuanto a la importancia del trabajo con las emociones, no parece estar claro cuál es el nivel óptimo de intensidad emocional en el proceso terapéutico.

De acuerdo a Greenberg (2002, 2004) y Watson (2005), existen 4 principios empíricos que guían la intervención terapéutica que trabaja con emociones, éstos son: Primero la conciencia e intensidad de la emoción, seguido por la regulación de la misma, luego se refleja y por último se llega a transformar (Greenberg, 2006: 612).

Trabajar con base a estos principios implica identificar la diferencia entre una buena adaptación de las experiencias emocionales y las emociones primarias o secundarias, (Greenberg, 2006: 612) las cuales se describen a continuación:

Tomar conciencia de las emociones constituye el primer paso y la meta al trabajar con emociones en terapia, es decir, el lograr estar conciente de las emociones. Estar conciente implica aceptar y acercarse a dichas emociones.

Existen diferentes tipos de emociones. Se dividen en emociones primarias y secundaria. Las emociones primarias son las reacciones iniciales más directas y fundamentales hacia una situación en particular. La emociones secundarias consisten en las respuestas que son secundarias a los procesos primarios, son respuestas defensivas.

Emociones mal adaptativas: Son respuestas aprendidas, generalmente se desarrollan en las experiencias traumáticas como una manera de adaptación, sin embargo

no facilitan el resolver los conflictos más bien dejan a la persona con un sentimiento de desesperación e impotencia (Greenberg, 2006: 616).

La empatía juega un papel importante para que el cliente o paciente logre llegar a auto cuidarse, recuperar el equilibrio emocional y fortalecer su ser. Ciertas destrezas son necesarias para bajar el nivel de preocupación, al trabajar con emociones en terapia se debe buscar el que el cliente o paciente logre identificar y nombrar emociones, permitir las y tolerarlas, establecer una distancia de trabajo terapéutico adecuada, incrementar emociones positivas, y finalmente reducir vulnerabilidad hacia emociones negativas (Greenberg, 2006: 616).

Pennebaker y otros señalan que a través del lenguaje las personas son capaces de estructurar, organizar y asimilar las emociones y los eventos que las provocaron, cuando las emociones son expresadas en palabras, permite reflejar sus sentimientos, crear nuevos significados, evaluar su experiencia emocional y compartir su experiencia con otros. (Greenberg, 2006: 617).

2. Autorevelación de terapeuta: Otro aspecto importante en el estilo del terapeuta es la autorevelación. A pesar de la postura que el terapeuta tome respecto al tema; la autorevelación forma parte del proceso. Las características, cualidades del terapeuta se harán evidentes en algún momento. El terapeuta es una presencia humana, no una roca que no siente. Es por ello que no se puede evitar mencionar la autorevelación como parte del estilo personal del terapeuta.

La autorevelación del terapeuta en el proceso terapéutico ha sido tema de debate, es claro que algunas corrientes teóricas la consideran como una técnica y otras es nada más que un error. Existen distintas perspectivas en cuanto a su efectividad y ética.

Clara Hill (1998), define la autorevelación como una de las intervenciones psicoterapéuticas menos comunes, pero que puede tener efectos positivos en los clientes. (Knox; Hill, 2003: 529)

La autorevelación es definida por (Knox; Hill, 2003: 529) como declaraciones verbales que revelan algo personal sobre el terapeuta, según las autoras existen por lo menos 7 tipos de autorevelación; sobre hechos, sentimientos, insight, estrategias, apoyo, reto y cercanía.

Se dice que la autorevelación Miller (1933) y Watkins (1990) debe de consistir en revelaciones que son positivas para el cliente y no para el terapeuta (Edwards; Murdock, 1994: 384).

La teoría psicodinámica tradicional considera que mientras más sabe el paciente de su terapeuta, menos pura será la transferencia. Lane y Hull (1990), señalan que el terapeuta debe mantenerse anónimo, aunque mencionan que siempre se revelará algún aspecto del terapeuta ya que su misma oficina y vestuario es autorevelante. (Hill; Knox, 2003: 531) Añaden que actualmente se ha marcado un cambio en las corrientes psicoanalistas/psicodinámicas, según Berstein (1999), al acoger la técnica de autorevelación, el paciente puede sentir la emoción del analista, sin la cual un análisis auténtico se hace imposible. Hill y Knox (531: 2003) citan a Billow (2000), ya que agrega que a través de la autorevelación el terapeuta ya no es una pantalla en blanco sino una presencia humana real con un rango de emocionalidad que incluye sentimientos como confusión, tristeza, envidia, humor, etc. Según el autor algunos analistas también revelan información de sus vidas fuera de la terapia como por ejemplo enfermedades, pérdida, orientación sexual e infancia.

Según Enns (1993) la terapia feminista recomienda la autorevelación como una intervención clínica importante. Sugiere que la autorevelación sobre creencias, estilo de vida e historia ayuda a los clientes a tomar decisiones sobre trabajar con determinado terapeuta. La autorevelación es utilizada para hacer más equitativa la relación de poder en la terapia. (Simi y Mahalik, 1998: 466). Del mismo modo, los autores citan a Brown y Walter (1990) Rochlison (1982) y Webster (1986), en la que dan importancia a la autorevelación del terapeuta feminista; en donde informar sobre sus ideales políticos y religiosos, orientación teórica, orientación sexual y otros valores, antes o temprano en la

terapia, permite mejores oportunidades para que el cliente elija un terapeuta que funcione como modelo a seguir. (Simi, Mahalik, 1998: 466) Desde esta perspectiva, según Brown (1994) y Mahalik (2000), no utilizar la autorevelación puede ser considerado un mal uso del poder. (Hanson, 2005: 97).

En la terapia cognitiva conductual la autorevelación es utilizada como una manera de modelar conductas, Goldfried, Burkell y Eubanks-Carter (2003), señalan que los terapeutas cognitivo conductuales pueden revelar información sobre sus vidas fuera de la relación terapéutica, citan a Dryden (1990), quien indica que la autorevelación es una manera adecuada de modelar conductas. Agregan que Bandura (1986) señala el modelamiento como una de las maneras más poderosas para transmitir valores, actitudes y patrones de pensamiento y comportamiento. En terapia cognitiva conductual la autorevelación puede ser utilizada para proveer retroalimentación sobre el impacto causado por el cliente, fortalecer la alianza terapéutica, normalizar la reacción del cliente, recalcar expectativas positivas y motivación, reducir los miedos y modelar funcionamiento efectivo. (Goldfried, Burkell, Eubanks-Carter, 2003: 559).

En el modelo Humanista-existencial se considera que la autorevelación ilustra la autenticidad y aceptación positiva del terapeuta. Autores como Rogers, Truax y Carkhuff agregan que la autenticidad del terapeuta es básica para promover la apertura, confianza, autocomprensión y cambio en el cliente. (Hill, Knox, 2003: 531)

Al ser autorevelante, el terapeuta debe poner en práctica cinco elementos críticos. Los primeros tres implican conciencia de sí mismo y autocontrol, siendo necesario el pensamiento crítico. Los últimos dos elementos requieren habilidades de sintonía, compromiso y reflexión. (Ragg, 2001: 247)

- a. Conciencia: El terapeuta esta conciente de un impulso interno de revelar al cliente algún aspecto de su vida.
- b. Propósito: Reflexiona sobre el propósito y metas de la relación de ayuda. Si la revelación no cumple con la meta de ayuda, deberá abandonar la idea de autorevelar.

- c. Pensamiento crítico: Reflexionar sobre los riesgos o mal interpretaciones que pueden surgir después de la revelación, si el terapeuta no encuentra aspectos que pueden interferir entonces es posible continuar.
- d. Revelación limitada: El terapeuta comunica la información, la cual debe ir acompañada de:
  - 1) La introducción del objetivo o el aspecto del cliente que originó la necesidad de autorevelar.
  - 2) Luego describe el evento o historia personal que se relaciona con la situación del cliente.
  - 3) Finalmente termina la historia mayor detalle y finaliza la autorevelación.
- e. Reflexión de la transición: El terapeuta regresa la discusión hacia la situación del cliente y sus metas.

#### D. Descripción del contexto:

La psicoterapia en Guatemala, así como el qué hacer el terapeuta guatemalteco ha sido poco documentada. La información obtenida (Aguilar, 1996: 198) demuestra que se encuentra en un proceso de desarrollo y consolidación como profesión. Aguilar y Recinos (1996: 227), estiman que la mayor cantidad de psicólogos en Centroamérica está en Guatemala, pero no hay información disponible sobre cuántos psicólogos existen en el país, dónde están, ni en qué trabajan.

«La Psicología clínica y la Psicoterapia se practican en Guatemala a nivel privado, existiendo numerosos centros y consultorios destinados a brindar estos servicios. Son muy pocos los centros privados de tratamiento integral que se dedican prioritariamente al área clínica». (Grazioso, Cazali y Recinos, n.f.: 173). La evidencia de falta de integración es señalada por Aguilar y Recinos (1996: 211) quienes indican la presencia de numerosos consultorios pequeños, que agrupan de dos a tres psicólogos que comparten oficinas pero carecen de un director, una organización y una estructura, estos por lo general trabajan tanto en el área clínica como en educación especial y problemas de aprendizaje.

Actualmente en Guatemala existen cinco universidades que ofrecen programas de licenciatura en Psicología: la Universidad de San Carlos, la Universidad Rafael Landívar, la Universidad del Valle de Guatemala, la Universidad Francisco Marroquín y la Universidad Mariano Gálvez. Las oportunidades de especialización de la carrera son muy pocas y en su mayoría pertenecen al área industrial organizacional.

En 1996 se estimaban más de 1900 psicólogos graduados de las diferentes universidades en Guatemala, sin embargo el número de profesionales activos parecía ser significativamente menor. (Aguilar; Recinos, 1996: 227). Actualmente, se estima que la cantidad ha aumentado. Sin embargo es difícil conocer el número exacto de terapeutas que ejercen actualmente ya que la consolidación de un Colegio de Psicólogos se encuentra en proceso y los terapeutas que están registrados en la guía telefónica son mucho menores a las cantidades mencionadas.

Aguilar y Recinos (1996: 212), refieren que la educación universitaria se encuentra centralizada. A parte de la ciudad de Guatemala, Quetzaltenango es el único departamento en donde la Psicología está formalmente desarrollada. Mencionan que las universidades brindan servicios comunitarios gratuitos o a bajo costo. Cuentan con departamentos de psicología varios hospitales estatales, como el Hospital Roosevelt, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Entre los grupos y asociaciones de atención a la salud mental se encuentra una Asociación Guatemalteca de Psicología, una Asociación Psiquiátrica Guatemalteca, el Colegio Guatemalteco de Neuropsicofarmacología, Liga Guatemalteca de Higiene Mental, SECCATID (adicciones y violencia), Instituto de Psicología aplicada (Ipsa), entre otras. Por otro lado, también existen organizaciones a nivel internacional que cuentan terapeutas y estudiantes afiliados. Entre ellas se encuentran la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), Asociación de Análisis y Modificación del Comportamiento (ALAMOC), Sociedad Latinoamericana del Análisis Transaccional (ALAT) la American Psychological Association (APA). La participación en las mismas

demuestra más un esfuerzo individual que colectivo. (Cazali, Recinos y Rodríguez, n.f.: 181).

En los estudios mencionados anteriormente; se hace énfasis en la carencia de un colegio de psicólogos que regule la práctica psicoterapéutica. Sin embargo esto ha cambiado ya que recientemente se aprobó la creación del colegio de psicólogos. Los autores están de acuerdo en que se evidencia la necesidad de supervisar la práctica de la Psicoterapia en el país ya que aunque existen buenos terapeutas, muchos sin experiencia y conocimientos adecuados ejercen como psicólogos clínicos. También hacen énfasis en la necesidad de que los clínicos se dediquen más a la investigación para fundamentar su práctica clínica en el conocimiento empírico.

### III. METODOLOGÍA

#### A. Muestra:

Participaron 90 terapeutas guatemaltecos de manera voluntaria. Completaron un formulario de consentimiento informado. Por medio del instrumento evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT-C) se recolectó información sobre distintas variables del terapeuta; edad, sexo, orientación teórica, años de experiencia, modalidad terapéutica, duración predominante de los tratamientos, formación académica y tipo de patologías atendidas.

#### B. Instrumento de medición:

Se utilizó el cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta EPT-C con la autorización de su creador el Doctor Fernández-Álvarez y Fernando García. El instrumento es definido por Fernández – Álvarez y García (1998) como un inventario autodescriptivo que consta de 36 ítems diseñados para evaluar las dimensiones que componen el Estilo Personal del Terapeuta. El ETP-C cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias en cuanto a consistencia interna y estabilidad en el tiempo.

#### C. Descripción del instrumento:

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.

Se elaboró una versión guatemalteca del cuestionario, en la que se agregó una página de consentimiento informado para que el terapeuta se informara 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.
- En la variable que mide las patologías más frecuentes se agregó violencia y trastornos de alimentación.

- La pregunta cinco hace referencia al encuadre 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 numero cinco.
- En la pregunta treinta y cinco se substituyó la palabra “laxo” con flexible, ya que se consideró que dicha palabra, no se utiliza tan frecuentemente.

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:

- **Dimensión instruccional:** (El punteo 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 ha 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.
- **Dimensión expresiva:** (Punteo más alto significa mayor cercanía) Acciones llevadas a cabo por el terapeuta para lograr comunicación emocional efectiva.
- **Dimensión de involucración y compromiso:** (Punteo 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.*
- **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.
- **Dimensión operativa:** (Puntaje más alto corresponde a mayor planificación) Se refiere a las acciones que están directamente conectadas con intervenciones terapéuticas específica.

#### D. Procedimiento:

La investigación se llevó a cabo en distintas etapas: Primero, se realizó la revisión del instrumento del “Estilo personal del terapeuta” para hacer una adaptación a Guatemala. (La cual se describió anteriormente). Luego se llevó a cabo la recolección de datos la cual se llevo a cabo en dos etapas, Al principio se repartieron 90 instrumentos de evaluación del Estilo Personal del Terapeuta guatemalteco (ETPG-C) en el V Congreso Nacional de Psicología; «*Desafío Frente al Desarrollo Integral: Un perspectiva psicológica*» del 25 al 28 de octubre en el Hotel Crown Plaza en la Ciudad de Guatemala. En el cual se recolectaron 25 instrumentos completados.

Durante la segunda etapa se realizaron esfuerzos para contactar distintas asociaciones e instituciones que ofrecen servicios de psicología clínica, también se asistió a las clínicas privadas de los de terapeutas en la ciudad de Guatemala, en donde se solicitó hablar con los terapeutas sobre consentimiento informado, se proporcionó breve explicación de la encuesta y se fijó fecha de devolución. Se repartieron 210 de las cuales regresaron 65 instrumentos completos.

#### E. Análisis de resultados:

El análisis de resultados se hizo de la siguiente manera:

- Se llevó a cabo la tabulación de datos obtenidos por medio del instrumento EPT-C versión Guatemala. Para ello se utilizó el programa SPSS.
- Se realizó una descripción de la muestra así como de los elementos que componen el Estilo personal del terapeuta. A partir de dicha información se llevo a cabo un análisis sobre la relación entre distintas variables y su implicación para el terapeuta guatemalteco. Para ello se utilizó el paquete de análisis estadístico “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS) versión 14.0.

## IV. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

La muestra se compone de 90 terapeutas guatemaltecos, 71.1% de sexo femenino y 28.9% masculino, el rango de edad oscila entre 23 a 79 años, el grupo predominante se encuentra entre los 36 a 46 años de edad, con un promedio de 12 años de experiencia.

El 63.3% de la muestra ha tenido formación en Psicología, el 20% en medicina, mientras que el 1.1% tiene una formación distinta y un 15.6% ha tenido formación en más de una de las anteriores.

TABLA 1. Variables del terapeuta

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad</b>	89	23	79	43.00	12.54
<b>Años de experiencia</b>	85	1	38	12.56	10.45

Existen distintas combinaciones en la orientación teórica de los terapeutas, un 22% de la muestra se identifica como integrativo, seguido de un 11% que se visualiza como Cognitivo-humanista, un 10% refiere ser Cognitivo y un 8.9% Humanista-Existencial, entre las combinaciones se encuentran las siguientes;

- Cognitiva-Humanista-Psicoanalítica e Integrativa
- Cognitiva-Humanista y otra
- Cognitiva-Humanista e Integrativa
- Humanista-Integrativa y otra
- Cognitiva-Humanista-Sistémica e Integrativa
- Cognitiva-Psicoanalítica
- Cognitiva-Humanista-Integrativa y otra
- Cognitiva-otra
- Cognitiva-Integrativa

- Humanista-Sistémica
- Humanista y otra
- Humanista-Integrativa
- Sistémico-Integración
- Integración y otra

Cada una de estas combinaciones ocupa menos de un 7%. Un 2.2% se describe como sistémico, un 3.3% se define como psicoanalítico y un 2% se identifica con todas las orientaciones teóricas. Entre las que marcan «otros » agregan gestalt y energía.

Los terapeutas atienden a distintas poblaciones, la mayoría (40%) atiende a tres poblaciones distintas compuestas de niños, adolescentes y adultos, luego un 26.7% dirige su atención a adultos, un 14% se dedica a las tres poblaciones; niños y adolescentes, adultos y adulto mayor, un 11% se dedica al grupo de niños y adolescentes, un 4.4% a adultos y tercera edad y únicamente un 1.1% atiende a adulto mayor.

La modalidad terapéutica comprendió cuatro tipos; individual, pareja, familia y grupos, los participantes seleccionaron distintas combinaciones las cuales se detallan a continuación:

- Individual-pareja-familia,
- individual-grupos,
- Pareja-familia-grupos
- Individual-pareja-familia-grupos
- Pareja y familia,
- Individual-familia-grupo

La mayoría de terapeutas atiende de manera individual (31%), seguido por los terapeutas que atienden a todos los grupos (17.8%), un 14% da atención de manera individual, a parejas y familia, un 10% atiende de manera individual y a parejas, un 8.9%

se dedica a la población individual y grupal, un 5.6% atiende de manera individual y a familias, un 4.4% a individual-pareja y grupos, un 3.3% atiende de manera individual-familia y grupos, un 2.2% a grupos y un 1.1% se dedica a pareja- familia y grupos y a pareja y familia.

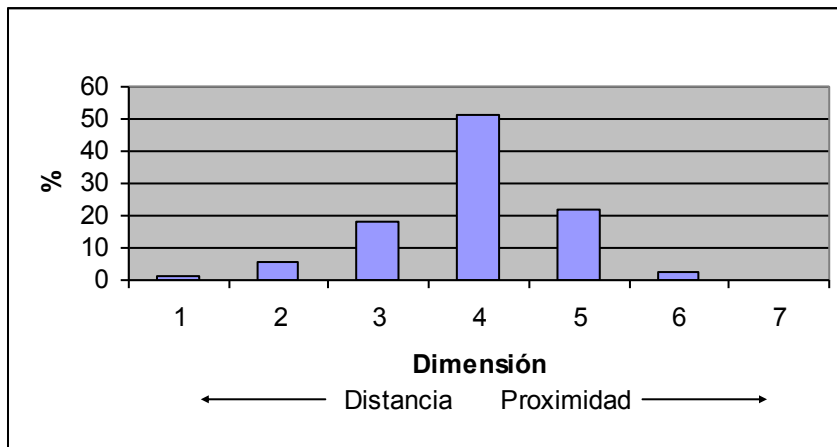
Entre las patologías atendidas en terapia se encuentran la ansiedad y depresión, trastornos de la personalidad, adicciones, trastornos severos (psicosis), trastornos de la comunicación, disfunciones sexuales, violencia, trastornos de la alimentación y otros. Los resultados muestran que el 83.3% de los terapeutas atienden más de una patología, un 8.9% atiende ansiedad y depresión, un 2.2% se dedica específicamente a la población que sufre violencia y un 5.5% se dedica a otras, entre las que se menciona terapia experiencial, orientación familiar y aprendizaje emocional.

La duración del tratamiento suele prolongarse hasta seis meses (44.4%) hasta dos años (32.2%) y un bajo porcentaje (4.4%) de terapeutas ofrece tratamientos que duran más de dos años, un 18.9% ofrece tratamientos de distinta duración; ya sea breve, intermedia y prolongada.

#### A. Dimensiones del estilo personal del terapeuta

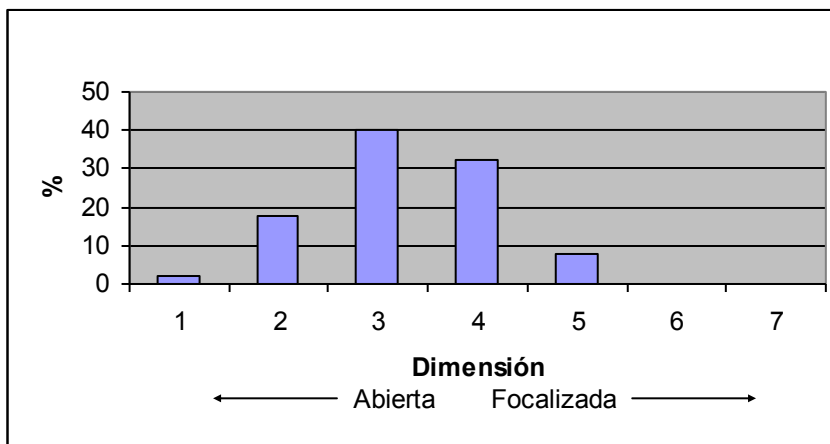
1. Dimensión expresiva: El 51% de los terapeutas se encuentran en un nivel intermedio entre cercanía y lejanía hacia el paciente, el 25% son terapeutas más distantes, mientras que el 24% está compuesto de terapeutas que operan con un nivel emocional de proximidad.

GRÁFICA 1. Función expresiva, medición de distancia y proximidad que permite el terapeuta



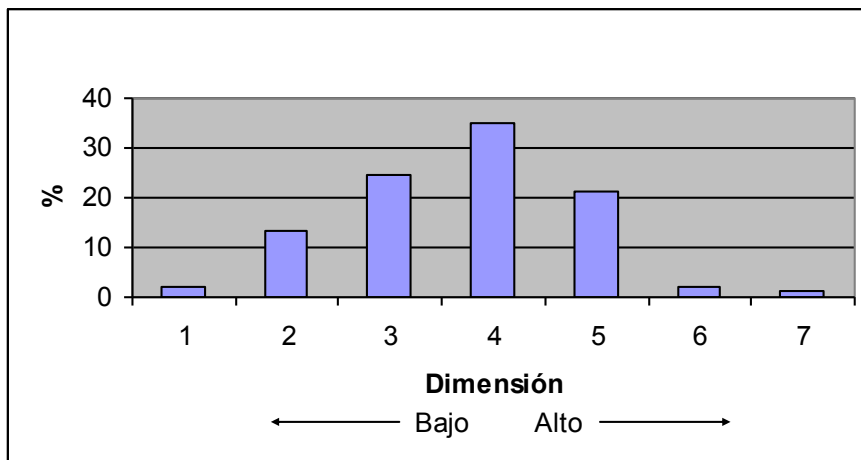
2. Dimensión atencional: El 60% de la muestra mantiene la atención abierta durante las sesiones, un 8% focaliza su atención, mientras que un 32% se encuentra en un nivel intermedio.

GRÁFICA 2. Función atencional, medición de nivel de atención abierto o focalizado



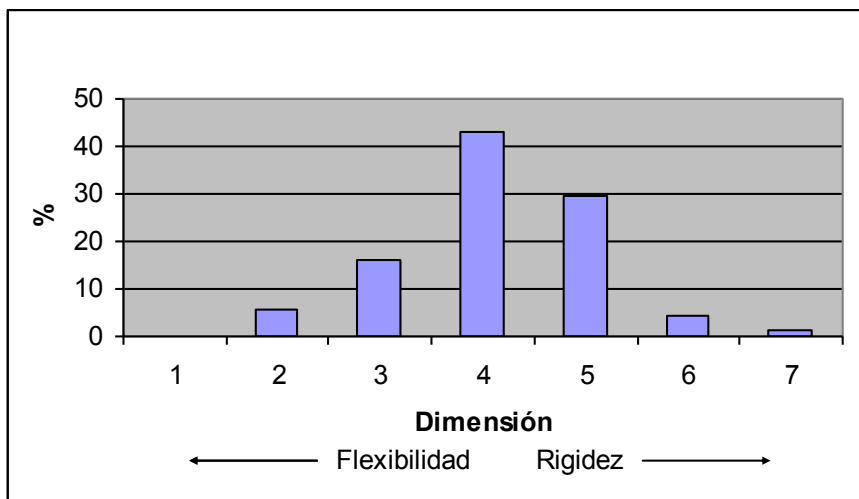
3. Dimensión involucracional: Los terapeutas guatemaltecos tienden a mantener un nivel bajo de involucración con el paciente o cliente (40%), algunos logran un nivel de cercanía intermedio (35%), mientras que el resto buscan mantener relaciones distantes (25%).

GRÁFICA 3. Función involucracional, medición de nivel de involucración bajo o alto



4. Dimensión instruccional: El 35% de terapeutas buscan mantener límites rígidos, el 22% refiere ser flexible y el 43% se encuentra en término medio.

GRÁFICA 4. Función Instruccional, medición de nivel de flexibilidad y rigidez del terapeuta



5. Dimensión operativa: La mayoría de los terapeutas (70%) suelen actuar espontáneamente durante las sesiones, un 7% prefiere tratamientos pautados, y un 24% se encuentra en un nivel intermedio.

GRÁFICA 5. Función operacional, medición del tratamiento espontáneo o pautado

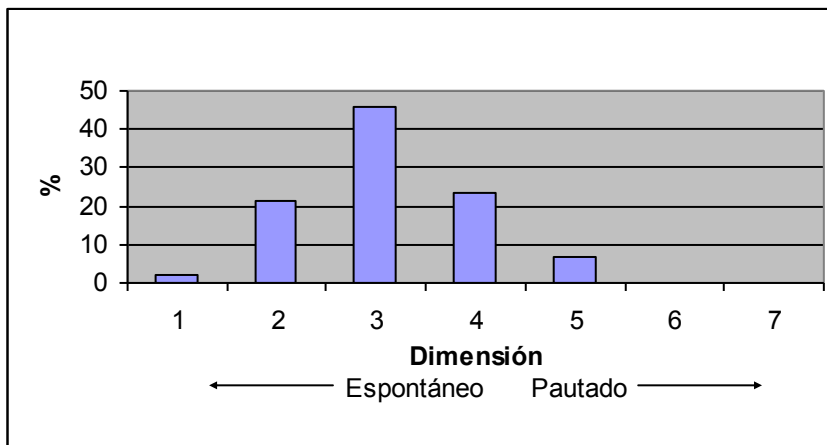


TABLA 2. Estadísticas descriptivas de las funciones

	N	Minimo	Máximo	Media	Desviación estándar
f_instruccional	88	16	56	32.75	7.46
f_expresiva	88	11	57	35.89	8.11
f_involucración	89	5	39	21.51	6.84
f_atencional	90	4	31	19.14	5.38
f_operativa	89	7	35	21.72	5.90

B. Comparación entre distintas orientaciones

Los terapeutas que se identifican como Cognitivos tienen un nivel Instruccional (52%), Atencional (50%) y Operacional (53%) más elevado que los Integrativos, Cognitivos-Humanistas y Humanista-Existencial. Los terapeutas Psicoanalistas reflejan un nivel Instruccional (63%) más rígido y un menor nivel de cercanía (48%) con sus pacientes. Mantienen un nivel de atención focalizado (56%). Los terapeutas Humanistas Existenciales tienen el mayor nivel en la dimensión expresiva (60%) y de involucramiento (60%), junto con la orientación integrativa tienen el menor nivel en la dimensión instruccional (42%), la dimensión atencional (48%) es mayor a la Integrativa y

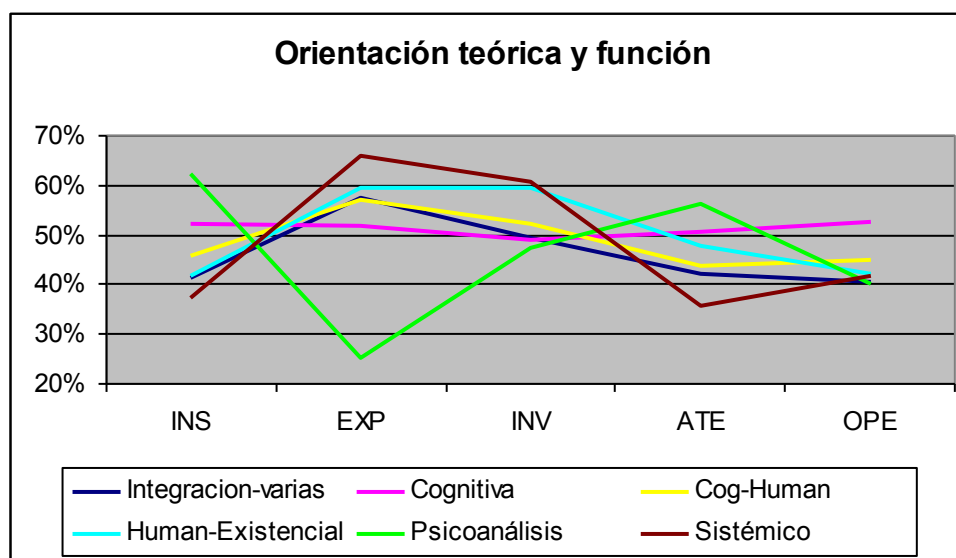
a la Cognitiva-Humanista y el nivel operacional (42%) es muy cercano al de los integrativos. Los terapeutas Integrativos mantienen un mayor nivel de cercanía con sus pacientes que los terapeutas Cognitivos. Muestran un nivel de flexibilidad (41%) similar al de los terapeutas Humanistas-Existenciales. Sus tratamientos son espontáneos (41%). La combinación Cognitiva-Humanista muestra un nivel de cercanía igual al Integrativo. Con un mayor nivel de involucración (52%) que las demás, excepto la Humanista – Existencial y la Sistémica.

TABLA 3. Comparación entre las distintas funciones y la orientación teórica

FUNCIÓN	INST.	EXPRESIVA	INVOLU.	ATENCIONAL	OPERACIONAL
ORIENTACIÓN T.	f ins	f exp	f inv	f ate	f ope
Integracion-varias	41%	58%	49%	42%	41%
Cognitiva	52%	52%	49%	50%	53%
Cognitiva-Humanista	46%	57%	52%	44%	45%
Humanista-Existencial	42%	60%	60%	48%	42%
Psicoanálisis	63%	25%	48%	56%	40%
Sistémico	38%	66%	61%	36%	42%

GRÁFICA 6. Correspondiente a la Tabla 3.

Comparación entre función y orientación teórica del terapeuta



### C. Autorevelación

El 20% está de acuerdo con que el terapeuta debe evitar comunicarse a través de gestos y expresiones muy emotivas. El 36.7% se encuentra en una postura intermedia y el 43.3% está en total desacuerdo.

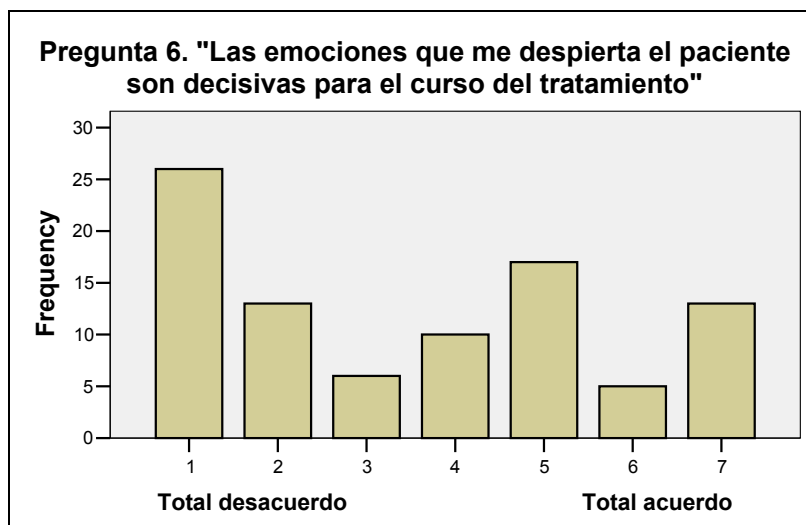
El 34.4. % de los terapeutas se encuentra en total desacuerdo en cuanto a la utilidad de revelar algunos aspectos personales en las sesiones terapéuticas, mientras que el 27.8% opina que es útil revelar aspectos personales, mientras que el resto (37.8%) se coloca en un nivel intermedio.

El 22% de la muestra está de acuerdo con evitar revelar a sus pacientes su estado emotivo, mientras que la mayoría de la muestra (40%) no esta de acuerdo con la afirmación, el 37.8% se sitúa en una postura intermedia.

### D. Las emociones como instrumento de cambio

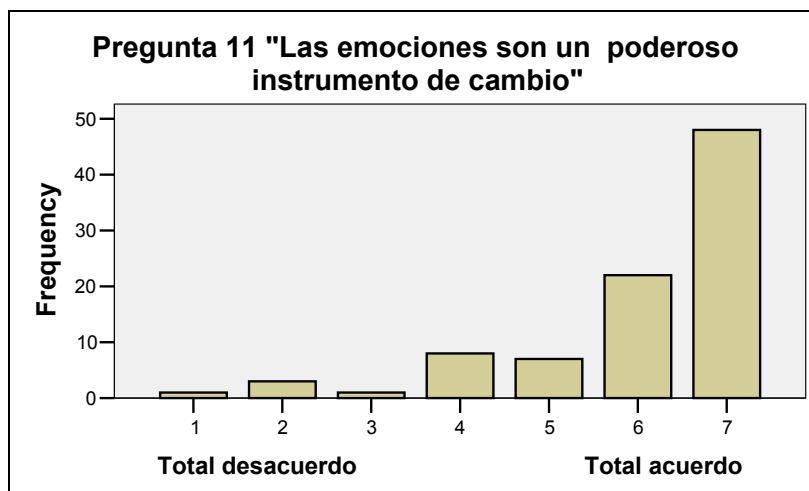
En cuanto a la afirmación «Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento». El 20% se encuentra totalmente de acuerdo, el 37.6% se coloca en un nivel intermedio y el 43.3% está en total desacuerdo.

GRÁFICA 7. Las emociones que despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento



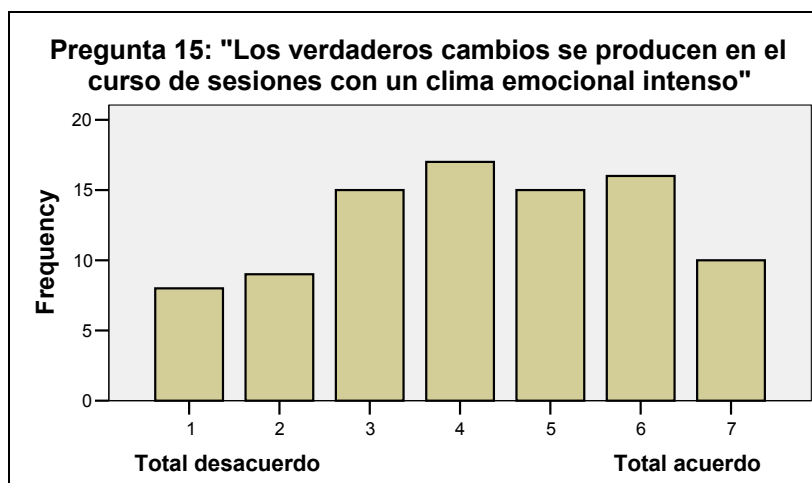
La mayoría de la muestra (77.8 %) está de acuerdo en que las emociones son un poderoso instrumento de cambio, el 17.8% se sitúa en una postura intermedia, mientras que un 4.4% está en total desacuerdo con ello.

GRÁFICA 8. Las emociones como poderoso instrumento de cambio



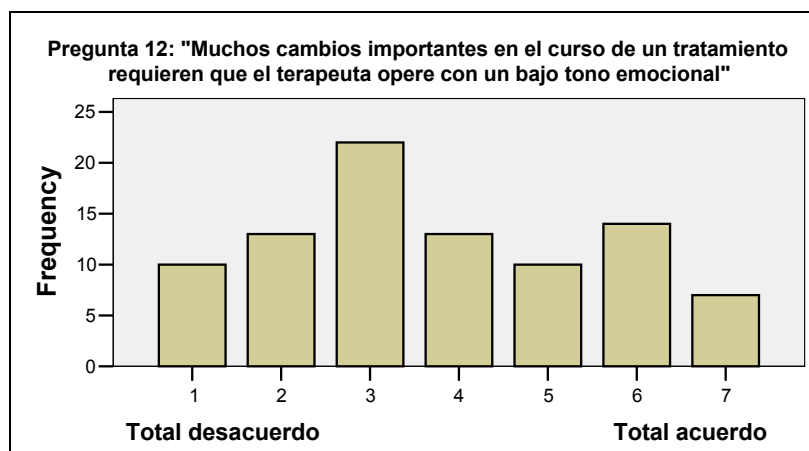
El 28.9% de la muestra cree que “Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.” Y un 18.9% opina lo contrario, es decir está en total desacuerdo. La mayoría el 52% toma postura intermedia.

GRÁFICA 9. Los verdaderos cambios requieren de un clima emocional intenso



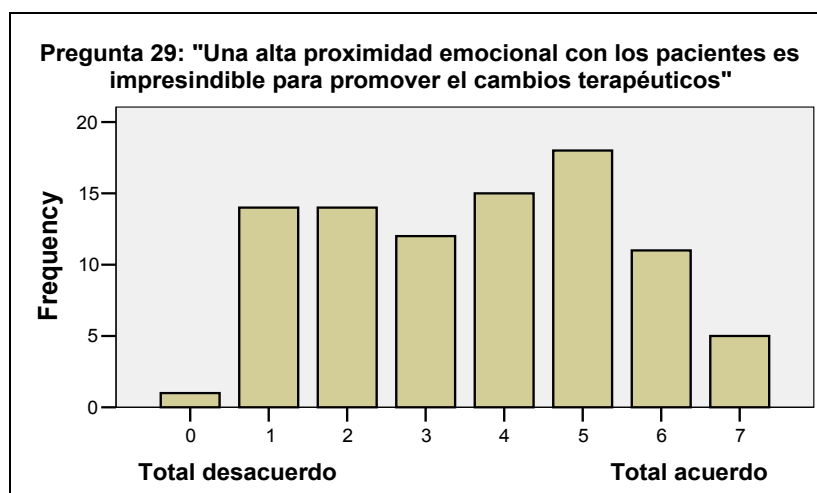
El 23.3% refiere estar de acuerdo en cuanto a que « Muchos cambios importantes en el curso del tratamiento requieren que el terapeuta opere con bajo tono emocional ». Por el contrario el 25.6% se encuentra desacuerdo, la mayoría se sitúa en una postura intermedia.

GRÁFICA 10. Cambios importantes e el curso del tratamiento requieren que el terapeuta opere con un tono emocional bajo.



En cuanto a la afirmación «Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos». La mayoría (50%) se encuentra en un nivel intermedio, un 17.8% está de acuerdo y un 32.2 esta en descuerdo con ello.

GRÁFICA 11. Proximidad emocional y cambio terapéutico



## V. DISCUSIÓN

La Psicología en Guatemala se encuentra en un proceso de cambio y redefinición. La participación de los terapeutas que ejercen en la ciudad de Guatemala ha sido ejemplo de distintas situaciones. Por una parte varios terapeutas mostraron interés por la investigación y manifestaron deseos de obtener los resultados, por otra parte, se encontró dificultad en lograr la participación de algunos terapeutas. En ocasiones fue necesario asistir hasta tres veces a las clínicas para recuperar las encuestas. Únicamente cuatro personas manifestaron directamente el no querer ser parte del estudio. De trescientas encuestas entregadas, noventa fueron devueltas completas. Esto indica que el 30% de los terapeutas se involucró en la investigación.

El rango de edad de terapeutas que ejercen en la ciudad de Guatemala es variado, la mayoría de terapeutas tienen entre 36 y 46 años de edad.

La muestra en su mayoría es femenina, esto puede ser reflejo de que la profesión es visualizada como carrera para mujeres, Grazioso, Cazali y Recinos (n.f.: 178). señalan «En algunos grupos guatemaltecos existe la idea de que la Psicología es una profesión para mujeres... »

« La Psicología es buscada por determinado grupo de mujeres jóvenes porque se supone que no exige muchas matemáticas o métodos cuantitativos ni prácticas clínicas o internados hospitalarios como los que caracterizan la profesión médica, por ejemplo » (Grazioso, Cazali y Recinos, n.f.:178).

Un indicador de ello puede ser que, al separar la muestra según la formación académica obtenida, los profesionales que recibieron preparación en medicina en su mayoría son hombres.

La muestra puede ser dividida en distintos grupos según el nivel de experiencia. En un extremo se encuentran los terapeutas que tienen hasta cinco años de experiencia

(33.3%), clasificados como noveles. En el otro extremo se encuentran terapeutas experimentados (32.2%), quienes tienen más de quince años de experiencia y el resto de la muestra (28.8%) se encuentra en un nivel intermedio, con seis a catorce años de experiencia.

Es claro que la población que recibe mayor atención está compuesta por los adultos, adolescentes y niños. Los resultados demuestran que en nuestro país la población de adulto mayor casi no recibe atención psicológica. La población de adulto mayor crece cada vez más, es evidente que en muchas circunstancias es olvidada y por lo tanto constituye un grupo social vulnerable. «En Guatemala, existen miles de adultos mayores quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión; ya sea por factores inherentes a su condición, o por qué no reciben atención suficiente del Estado y de algunos integrantes de sus familias; lo cual constituye una violación a sus derechos, ya sea por acción u omisión; aunado a esto, la sociedad ignora o desconoce la situación en la que se encuentran» (Escobar, 2006: 2).

Los resultados indican que en Guatemala los terapeutas atienden a diversas poblaciones y utilizan distintas orientaciones teóricas, son muy pocos los que se identifican con una sola corriente teórica.

Surgen distintas combinaciones en cuanto a orientación teórica, las cuales impidieron el poder correlacionar las variables propuestas en los objetivos de la investigación. Algunas orientaciones teóricas están presentes en casi todas las combinaciones, siendo más frecuente la corriente Humanista en nueve de catorce combinaciones, seguida por la cognitiva e integrativa presentes en ocho de catorce, y en menor frecuencia la sistémica presente en tres y la psicoanalítica en dos de las mismas. La evidencia señala que varios terapeutas ponen en práctica el modelo Cognitivo Conductual y el Humanista. Es interesante que las combinaciones se puedan clasificar basadas en la incidencia de los factores internos y medio ambientales como propone Fernández-Álvarez (1996). Tales combinaciones reflejan un intento por centrarse tanto en lo que ocurre en el interior de la persona como en la influencia de su entorno. El veintidós

por ciento de la muestra se identifica como integrativo, pero ello podría ser reflejo de las mismas combinaciones mencionadas y no necesariamente de la aplicación del modelo integrativo en sí.

En su mayoría se atiende de manera individual, algunos terapeutas atienden tanto de manera individual como a familias y grupos. Casi ningún terapeuta se especializa en grupos.

Según la muestra, casi todos los terapeutas atienden más de una patología y en muchos casos marcaron todas las opciones posibles. Cabe mencionar que algunos terapeutas se dedican específicamente a poblaciones que sufren violencia o a poblaciones con ansiedad y depresión.

La violencia conforma unos de los principales problemas psicosociales en Guatemala. Muchos Terapeutas deben responder a las secuelas que la violencia produce, evidencia de ello es la necesidad de proveer atención a esta población. De la misma manera se refleja la evidencia de ansiedad y depresión como necesidades específicas de las personas que recurren a terapia.

Tomando en cuenta a los terapeutas como un grupo, ignorando su orientación teórica encontramos que las dimensiones instruccional y expresiva son las más elevadas. Podemos decir entonces que los terapeutas mantienen un nivel de cercanía con sus clientes, a la vez suelen ser rígidos en el “setting” del proceso terapéutico.

Si realizamos una comparación entre las distintas orientaciones notamos que los terapeutas que se identifican como Cognitivos, muestran un nivel elevado en la dimensión instruccional. Lo cual indica que operan con mayor rigidez; en cuanto a normas, reglas, tareas, honorarios, etc.

Los terapeutas Humanistas – Existenciales muestran un nivel elevado en las dimensiones de involucración y expresiva, trabajan con una tonalidad emocional más

alta, su comunicación verbal y no verbal refleja sentimientos. A la vez emplean un mayor grado de involucración con sus clientes y muestran estar involucrados en su trabajo, más allá de las sesiones terapéuticas.

Influencia de las emociones en el proceso psicoterapéutico: Está claro que la gran mayoría de terapeutas creen en la expresión de emociones como un poderoso instrumento de cambio. Sin embargo parece haber diversas opiniones en cuanto a la intensidad necesaria para lograrlo, esto refleja una realidad en psicoterapia y el uso de las emociones, Greenberg (2006: 612) señala la existencia de cierta concordancia en cuanto a la importancia del trabajo con las emociones, pero está presente una divergencia en cuanto al nivel de intensidad emocional adecuado en el proceso terapéutico. Algunos terapeutas consideran que no es necesario un clima emocional intenso para lograr verdaderos cambios, otros creen que los verdaderos cambios se van a producir dentro de un clima emocional intenso. La mayoría se coloca en una postura intermedia considerando cierta intensidad necesaria.

Según la autora, la percepción de los clientes sobre su terapeuta como afectuoso, emocionalmente comprometidos con el tratamiento y en sintonía con sus sentimientos está fuertemente correlacionada con la satisfacción y el cambio del cliente. (Pág. 620) Siguiendo esta línea encontramos que algunos terapeutas consideran que una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos. En cuanto a la expresión de emociones y la intensidad de la misma la mayoría de terapeutas adapta una postura intermedia.

Al evaluar las preguntas que implican autorevelación del terapeuta encontramos que la mayoría de la muestra se coloca en una postura intermedia. El resto de la muestra se encuentra dividida en las dos posturas extremas, por un lado algunos terapeutas encuentran utilidad en revelar tanto aspectos personales como estados emocionales, especialmente el comunicarse por medio de gestos y expresiones emotivas. Por otro lado están los terapeutas que no están de acuerdo y que consideran que la autorevelación no tiene beneficio alguno.

Los resultados indican que los terapeutas deben responder a en cierta medida a demandas diversas, por lo cual en muchos casos atienden una variedad de patologías, rangos de edades diferentes, aplican tratamientos de distinta duración, se identifican con varias corrientes teóricas, surge el cuestionamiento sobre si los terapeutas están debidamente capacitados y en general parece ser evidente que hace falta mayor especialización de la profesión.

La realidad es que en Guatemala existen muy pocas oportunidades de ello, cinco universidades del país ofrecen programas a nivel de licenciatura, y las oportunidades de estudiar un post grado son muy pocas y en su mayoría son en el área de Recursos Humanos. « La Universidad Mariano Gálvez (UMG) ofrece el Grado de Licenciatura en Psicología así como los grados de Maestría y Doctorado en Psicología Clínica » (Grazioso, Cazali y Recinos (N.F.) Pág. 178) y la Universidad del Valle ofrece una Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental.

Al mismo tiempo se hace evidente un enfoque que responda a la diversidad, en cuanto a ello Fernández-Álvarez (1996) justifica la necesidad de un modelo integrativo de psicoterapia partiendo de que «Existe un acuerdo, cada día más generalizado, de que los psicoterapeutas realizan, en sus prácticas diarias, acciones que revelan el empleo de procedimientos heterogéneos, y que apelan a recursos diversificados en una necesidad para enfrentar más exitosamente los problemas que aquejan a las personas que los padecen » (Pág. 19).

La realización de este estudio ha permitido una aproximación al conocimiento de varios aspectos que identifican al terapeuta que ejerce en la ciudad de Guatemala.

La psicoterapia en nuestro país, enfrenta varios desafíos. Específicamente, los terapeutas enfrentan varios retos, tanto de manera individual así como representantes de una profesión.

Es evidente la necesidad de contar con terapeutas con una mayor preparación. Los resultados indican que más que integrar, se realiza una “ensalada” de intervenciones terapéuticas. Para ello se necesita contar con procesos de formación que fortalezcan las habilidades y conocimientos del terapeuta o terapeuta en formación y a la vez respondan a las necesidades del país.

## VI. CONCLUSIONES

1. Los terapeutas que ejercen en la ciudad de Guatemala deben responder a diversas demandas; atienden variedad de patologías, rango de edades diferentes, aplican tratamientos de distinta duración, se identifican con varias corrientes teóricas. Existe muy poca definición y delimitación del trabajo realizado. Es necesario que los terapeutas cuenten con mayor preparación y especialización ya que la formación obtenida en muchos casos es a nivel de licenciatura.
2. La psicoterapia se encuentra en un proceso de avance y fortalecimiento. Evidencia de ello son los terapeutas que cuentan con grados de especialización y que han definido su línea de trabajo.
3. La población compuesta por adultos, adolescentes y niños es la más atendida por los terapeutas. Un mínimo porcentaje de terapeutas ofrecen o atienden a la población de adulto mayor. Los resultados reflejan la necesidad de contar con terapeutas que estén capacitados y que ofrezcan atención a la población de adulto mayor, así como terapeutas que se dediquen a terapia grupal.
4. La mayoría de terapeutas consideran que las emociones son instrumento de cambio, pero está presente un desacuerdo en cuanto a la intensidad necesaria para que se produzca un cambio.
5. La realidad de inseguridad e inestabilidad que vivimos los guatemaltecos se evidencia en la clínica en donde la violencia y ansiedad son problemáticas frecuentes de las personas que acuden a psicoterapia.
6. Los puntajes elevados en las dimensiones expresiva e instruccional demuestran que los terapeutas mantienen un nivel de cercanía con sus pacientes y a la vez suelen ser rígidos en el «setting» del proceso terapéutico.
7. Existen diferencias en la orientación teórica y las diferentes dimensiones;
  - a. Los terapeutas Psicoanalistas reflejan un nivel Instruccional más rígido y un menor nivel de cercanía con sus pacientes, mantienen un nivel de atención focalizado.
  - b. Los terapeutas Cognitivos muestran mayor planificación y rigidez en sus tratamientos.

- c. Los terapeutas Humanistas – Existenciales muestran un nivel elevado de cercanía e involucración con el paciente. Sus tratamientos son más flexibles y espontáneos.
- d. Al igual que los terapeutas Humanistas-Existenciales, los terapeutas Sistémicos muestran un nivel de cercanía elevado y un mayor grado de involucración con sus pacientes.
- e. Los terapeutas Integrativos mantienen un mayor nivel de cercanía con sus pacientes que los terapeutas Cognitivos. Muestran un nivel de flexibilidad similar al de los terapeutas Humanistas-Existenciales. Sus tratamientos son espontáneos.
- f. La combinación Cognitiva-Humanista muestra un nivel de cercanía igual al Integrativo. Con un mayor nivel de involucración que las demás, excepto la Humanista – Existencial y la Sistémica.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios sobre las necesidades de la población de adulto mayor. El terapeuta guatemalteco puede ser promotor de la salud integral de dicha población que actualmente recibe una mínima atención psicológica.
2. Dado que este estudio únicamente toma en cuenta a los terapeutas que ejercen en la ciudad de Guatemala, es necesario continuar con la investigación en el área rural, existe una centralización de los servicios psicológicos, se desconocen las necesidades de dicha población y en general la formación del terapeuta guatemalteco está diseñada para atender ciertas necesidades de la población urbana.
3. El instrumento no toma en cuenta el factor cultural del terapeuta, por lo que sería valioso incluirlo en futuros estudios.
4. Debido a la reciente formación y aprobación del Colegio de Psicólogos de nuestro país, se podrá contar con datos sobre la cantidad de Psicoterapeutas que ejercen actualmente, de esta manera se podrá evaluar la representatividad de la muestra obtenida.
5. Indagar sobre el concepto que tienen los terapeutas sobre el modelo integrativo.
6. Las universidades pueden proveer mayores oportunidades de especialización, tomando en cuenta la necesidad de la población que recibe menor atención, y para que de alguna manera los terapeutas sean cada vez más expertos en el área que elijan.
7. Debido a que los resultados indican la frecuencia de violencia y ansiedad como patologías comunes en la clínica. Es necesario que el psicoterapeuta se involucre en diseño de políticas públicas para prevención de violencia psicosocial.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Guido; L. A. Recinos. 1996. «Historia y estado actual de la psicología en Guatemala». *Revista Latinoamericana de Psicología*. 28 (2) 197-232.
- Aristegui, Roberto, *et al.* 2006. «Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico». *Revista latinoamericana de Psicología*. 38 (2): 299-395.  
Obtenido el 17 julio del 2007, desde «<http://redalyc.uaemex.mx>»
- 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 Universidad de Chile. 147 págs.  
Obtenido el 1 de noviembre de 2006, desde «<http://www.cybertesis.cl>»
- Aveline, Mark. 2005. «The Person of the Therapist». *Psychotherapy Research*. 15 (3): 155-164.
- Bernardi, Ricardo, *et al.* 2004. «Guía clínica para la psicoterapia». *Revista psiquiátrica Uruguay*. 68 (2), 99-146.  
Obtenido el 19 de noviembre de 2006, desde «[www.mednet.org.uy](http://www.mednet.org.uy)»
- 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.
- Bridges, Michael. 2006. «Activating the Correctional Emotional Experience» *Journal of Clinical Psychology*. 62 (5): 551-568
- Corbella, Sergi; L. Botella. 2003. «La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación». *Anales de Psicología, Universidad de Murcia*. 19 (2): 205 a 221.  
Obtenida el 30 de octubre del 2006, desde «[www.um.es/analesps/](http://www.um.es/analesps/)»

- Edwards, Caria; N. L. Murdok. 1994. «Characteristics of Therapist Self- Disclosure in the Counseling Process». *Journal of Counseling & Development*. 72 (4): 384-89. Obtenida el 18 de octubre del 2007, desde <<http://web.ebscohost.com>>
- Feixas, Guillem; M.T. Miró. 1993. *Aproximaciones a la psicoterapia. Una Introducción a los tratamientos psicológicos*. 14ª ed. Barcelona, Paidós Ibérica. 416 págs.
- Fernández-Álvarez, Héctor. 1996. «Características personales del psicoterapeuta». *Colección de Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría*. 1 (4): 141-142. ; 1996a. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires, Paidós. 341 págs.
- Fernández – Álvarez, Héctor; F. García y E. Scherb. 1998. «The Research Program at AIGLE». *Journal of Clinical Psychology*. 54 (3): 343-359.
- Fernández – Álvarez, Héctor, *et al.* 2003. «Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10: 116-125.
- Fernández –Álvarez Héctor; R. Opazo. 2004. *La integración en psicoterapia*. Barcelona, Paidós. 451 págs.
- Fernandez-Álvarez, Héctor, *et al.* 2005. «Research Programme on the Personal Style of the Therapist». [Ponencia en Congreso Edimburgo]
- Fernández-Álvarez, Héctor, *et al.* 2006. «El estilo personal del terapeuta cognitivo» [Ponencia en ALAPCO] Departamento de Investigación Fundación AIGLÉ. Buenos Aires, Argentina.
- Fernandez-Álvarez, Héctor. 2007. «Programa de investigación sobre el estilo personal del

terapeuta». [Ponencia en 6to Congreso brasilero de terapias cognitivas] Gramado, Brasil.

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.

Greenberg Leslie; L. A. Pascual. 2006 «Emotion in Psychotherapy: A Practice Friendly Review». *Journal of Clinical Psychology*, 62 (5): 611-630.

Hanson, Jean. 2005. «Should your lips be zipped? How Therapist Self-disclosure and Non-Disclosure Affects Clients». *Counseling & Psychotherapy Research*; 5 (2): 96-104.

Obtenido el 22 de abril del 2007, desde «<http://search.ebscohost.com>»

Hernández, Zoila Edith. 2004. «La participación del psicólogo en la atención a la salud mental del adulto mayor». *Enseñanza en Psicología*. 9 (2): 303 – 319.

Obtenido el 29 de julio del 2007, desde «<http://redalyc.uaemex.mx/>»

Kleinke, Chris. 1998. *Principios comunes en psicoterapia*. 2ª ed. Bilbao, Descleé de Brouwer. 318 págs.

Knox, Sarah; C. Hill. 2003. «Therapist self-disclosure: Research based suggestions for practitioners». *Journal of Clinical Psychology*. 59 (5): 529-539.

Obtenido el 21 de julio del 2007, desde «<http://www3.interscience.wiley.com>»

Labert, Michael. 1994. «Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change». 5ª ed., Nueva York. Wiley. 847 págs.

Mahoney, Michael J.; H. Fernández – Álvarez. 1998. «La Vida Personal del Psicoterapeuta». *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 9-22.

- Norcross, John C. 2002. *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York, Oxford University Press Inc. 452 págs.
- 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.
- Patterson, Cecil. 1989. «Understanding Psychotherapy: Fifty Years of Client Centered Theory and Practice. *American Journal of Psychotherapy*. 21: 427-435.  
Obtenido el 25 de octubre del 2007, desde «<http://www.sageofasheville.com>»
- 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.
- Ragg, Mark D. 2001. *Building Effective Helping Skills. The Foundation of Generalist Practice*. Michigan, Prentice Hall. 324 págs.
- Simi Nicole; J. R. Mahalik. 1998. «Comparison of Feminist versus Psychoanalytic/Dynamic and Other Therapists on Self Disclosure». *Psychology of Women Quarterly*. 21 (3) 465-483. Obtenido el 07 de octubre del 2007, desde «<http://web.ebscohost.com>»
- 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.

Vo. Bo. :

(f) \_\_\_\_\_

(nombre del asesor)

Tribunal experimentador

(f) \_\_\_\_\_

(Doctora María del Pilar Grazioso de Rodríguez)

(f) \_\_\_\_\_

(Doctora Claudia Gracia de la Cadena)

(f) \_\_\_\_\_

( )

Fecha de aprobación: Guatemala,