

HABILIDADES TERAPÉUTICAS



María Jesús Aguilera Martínez (PIR1)

Carolina Castaño Díaz (PIR1)

Supervisión: José Fernando Venceslá (FEA-Psicología Clínica)

BIBLIOGRAFÍA

- *Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B., Habilidades de entrevista para psicoterapeutas.*
- *Beitman, B.D. y Yue, D., Programa de formación en Psicoterapia.*
- *Gavino, A., Guía de ayuda para el terapeuta cognitivo conductual.*

Índice

Primer nivel: HABILIDADES BÁSICAS

**Segundo nivel: HABILIDADES DE ACOMPASAMIENTO
Y GUÍA**

Tercer nivel: HABILIDADES GENERATIVAS

HABILIDADES BÁSICAS

Habilidades de escucha

Facilitación de la actividad narrativa del paciente

Facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas

Habilidades de escucha

Facilitación de la actividad narrativa del paciente

Facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas



Actitud general de escucha

Atención a lo no explícito

Atención a la comunicación no verbal

**Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta
(utilización del Yo Observador)**



Actitud general de escucha

- Supone una **disposición** a recibir la comunicación proveniente del paciente. Se traduce en unas **manifestaciones físicas** (postura, gestos, miradas, etc.)
- Postura física del terapeuta
- Actitud interna del entrevistador

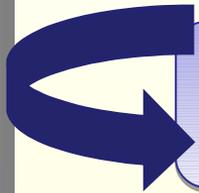
Postura física

- **Ángulo-frente:** ángulo de 90 grados
- Inclinación **hacia delante:** interés e involucración
- **Apertura** (manos y brazos)
- Mirada (contacto visual): ni fija ni inmóvil, sino **centrada**.
→ Atención a los momentos de pérdida del contacto visual.
- **Relajación**

Actitud interna

- **Silencio intrapsíquico:** dedicar reflexiones al paciente
- **Suspensión del juicio:** comprender el mundo de valores y significados del paciente, y cómo estos se manifiestan en su comportamiento

Actitud general de escucha



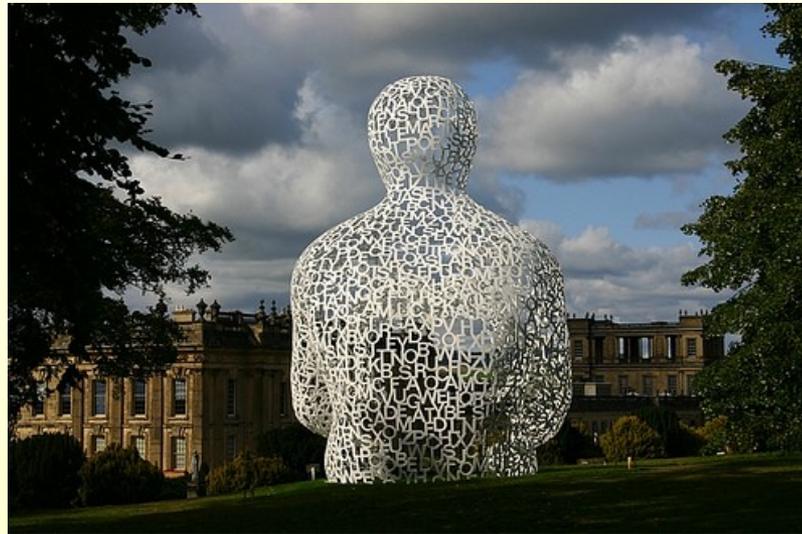
Atención a lo no explícito

Atención a la comunicación no verbal

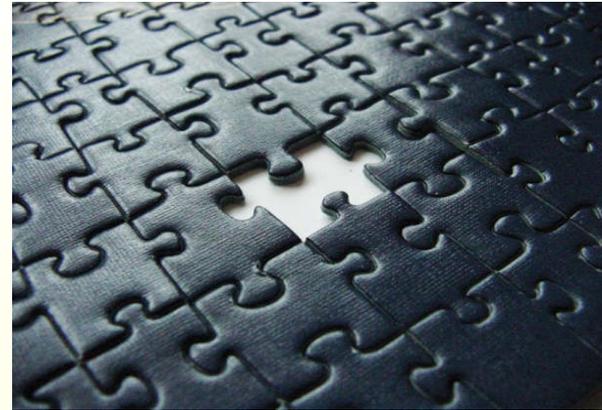
**Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta
(utilización del Yo Observador)**

Atención a lo no explícito

- Importante prestar atención no sólo a lo que dice, sino también a las **cosas que calla, deliberada o inadvertidamente**, y a la parte **implícita** de su discurso.



a) Discurso incompleto



- **Localizar** fragmentos omitidos e **indagar** los motivos por los que se ha procedido así.

Ejemplo 1: *“Tengo justo el cuerpo que no le puede gustar a ningún chico”* (paciente de 19 años en tratamiento por bulimia).

Ejemplo 2: *“Todo lo dejo sin terminar”* (paciente de 30 años que consulta por sintomatología obsesiva).

Ejercicio de discurso incompleto:

Elena le dice a su terapeuta:

“Siento que tendría que haberme comportando de otra forma en mi vida”.

Información omitida:

- a) ¿**Qué entiende** por comportarse de otra forma?
- b) ¿**Con qué aspectos** de su comportamiento parece no estar satisfecha?
- c) ¿**Qué hubiera cambiado** en su vida si se hubiera comportado de otra forma?

b) Contenido implícito (incluye el latente)

- * **Freud**: contenido latente (La interpretación de los sueños, 1900). Se refería a un discurso **inconsciente, distorsionado** por las defensas, que determinaría y se expresaría en el discurso manifiesto.
- Acepción actual: incluye también significados que no están explícitamente dichos pero que pueden deducirse. Pueden ser **más o menos conscientes** y su exclusión del discurso explícito puede ser **más o menos deliberada**.

Ejemplo: Vicente, un varón de 34 años en tratamiento por un tno. depresivo está contando su reacción ante el incendio en el que perdió su casa. "Soy un hombre, no iba a ponerme a llorar. Tuve que resolver la burocracia toda la noche. Por la mañana me fui directamente al trabajo".

Ejemplo de contenido implícito :

Una madre que acude con su hijo de cinco años por problemas de conducta de éste (enormes rabietas), le dice a su terapeuta:

“No se me ocurrió más que pasar por delante de su tienda de juguetes preferida y, ya sabe cómo se ponen los niños cuando les dices que no a un juguete”.

Posibles contenidos implícitos:

- a) **Lo normal** es que los niños cojan rabietas cuando se les dice que **no** a algo que desean.
- b) Ella **se equivocó al no evitar** la tienda.
- b) **Si ella evita decirle que no**, el niño no cogerá rabietas.

c) Discurso evasivo

- Discurso que parece **evitar selectivamente** determinados temas. Indagar esa evitación.

Posibles temas evitados:

a) Evita hablar del curso deteriorante de su enfermedad y de su muerte.

b) Puede que tema plantear abiertamente para sí mismo y para el terapeuta el tema.

c) Evita hablar de los sentimientos que surgen cuando está inactivo.

¿Qué estrategias de evasión utiliza?

- a) Pone **otro nombre** a su ansiedad, la desplaza.
- b) Intenta que le receten **pastillas que le eviten pensar** en sus preocupaciones.
- c) Se llena de **actividad para evitar pensamientos** que le desagradan.
- d) **Cambia de tema.**

Ejercicio de discurso evasivo:

Un paciente que sufre una grave enfermedad oncológica le dice a su terapeuta:

PACIENTE: *“No soporto estar inactivo, tengo que tener siempre algo que hacer y, últimamente esto se está convirtiendo en obsesivo y me pongo muy nervioso...”*

TERAPEUTA: *¿Qué ocurre cuando se para?*

PACIENTE: *(Riendo)... La verdad es que no ocurre nada. Yo siempre he sido muy activo. Me encantaba el deporte, hacer bricolaje en casa... Mi mujer siempre me dice que soy...*

TERAPEUTA: *Así que siempre ha sido usted muy activo. Pero últimamente esta actividad es distinta, porque le está causando malestar. Es como si quisiera evitar algo que le viene cuando se para.*

PACIENTE: *(Riendo)... Igual es sólo que me aburro y le estamos dando demasiada importancia... o podría tomar algún relajante suave... Por cierto, el próximo martes no podré venir a esta hora...*

d) Omisiones

- El paciente se ha referido con detalle a aspectos de alguna parcela de su vida, pero **no ha mencionado** personajes o hechos que pudieron ser relevantes.
- Ejemplo: “*Cuando me pongo triste es cuando evito las cosas que me disgustan y me quedo tranquilo en casa atontado viendo la tele...*”.

¿Cuál es la información omitida?

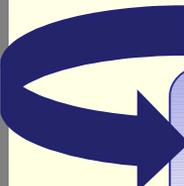
No habla sobre las cosas que le disgustan y evade tener que comentarlas buscando los sentimientos de tranquilidad que le suscita quedarse en casa viendo televisión.

e) Discurso recurrente (temas repetidos)

Temas que aparecen **reiteradamente**. Entre los más frecuentes: sentirse despreciado o maltratado, haber fracasado, no haber sido recompensado como se merecía, haber sido incapaz de algo...

Actitud general de escucha

Atención a lo no explícito



Atención a la comunicación no verbal

**Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta
(utilización del Yo Observador)**

Atención a la comunicación no verbal



- ❑ **Apariencia general:** transmite enorme cantidad de información (luto, extravagante, provocativo, recatado, inadecuada, peinado, adornos (amuletos)...)
- ❑ **Autocuidado:** puede decir muchas cosas sobre su estado de ánimo, la forma de verse a sí mismo, el funcionamiento de su red de apoyo, etc.
- ❑ **Actitud corporal:** puede reflejar no sólo el estado de ánimo, sino también el modo en que se enfrenta a la relación con el terapeuta.

Cambios en la postura y actitud corporal indicador fundamental para hacerse una idea de cómo están siendo asumidos determinadas informaciones o acontecimientos, sobre qué es preciso matizar una intervención o preguntar qué significado ha tenido lo sucedido.

Expresión facial: especialmente importante prestar atención a las **variaciones** en la expresión durante la consulta y a las posibles **incongruencias** entre el contenido verbal y la expresión facial.

Facies depresiva signo cardinal de la depresión e indicador de gravedad.

- ❖ Una sonrisa puede ser el primer indicador de mejoría en un cuadro depresivo.
- ❖ Unos maxilares cerrados con fuerza pueden reflejar tensión difícil de expresar con palabras.



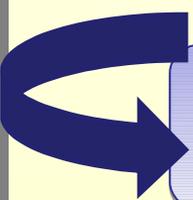
- **Voz:** un tono monocorde y bajo puede acentuar una sospecha de t.depresivo. El temblor en la voz puede indicar inseguridad o miedo.
- **Reacciones neurovegetativas:** informantes inequívocos del estado emocional.
Su aparición durante la entrevista pueden orientarnos sobre los sentimientos del paciente y ser de importancia central para ayudar a guiar la entrevista.
- **Características físicas:** (estatura, complexión, atractivo...) pueden dar información que puede ser costoso extraer de otro modo.

Actitud general de escucha

Atención a lo no explícito

Atención a la comunicación no verbal

**Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta
(utilización del Yo Observador)**

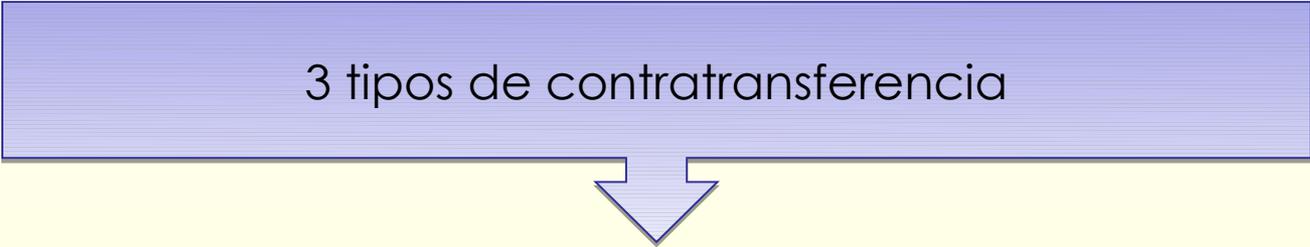


Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta (utilización del Yo Observador)

- Escuchar relatos de hechos impactantes o asistir a reacciones emocionales intensas despierta emociones y desencadena pensamientos y comportamientos que pueden dificultar el trabajo terapéutico... o ser de gran ayuda.
- No se trata de que tales emociones no aparezcan, sino de que, cuando lo hagan, sean reconocidas y puedan ser utilizadas a favor del trabajo terapéutico. A esta capacidad la llamamos *Yo Observador* del terapeuta (contratransferencia).
- Mejores procedimientos para entrenar esta facultad: supervisión, ejercicios experienciales y terapia personal.

Esquema propuesto por (Beitman y Yue 1999) para el análisis de la transferencia y contratransferencia :

3 tipos de contratransferencia

A blue rectangular box with a thin black border, containing the text "3 tipos de contratransferencia". A large, hollow blue arrow points downwards from the bottom center of the box.

- ❖ Originada en el paciente
- ❖ Originada en el terapeuta
- ❖ Originada en la interacción paciente-terapeuta

Paciente

Originada por la **percepción de deseos o intenciones del paciente.**

Ej: Reacción de miedo ante un paciente que amenaza al terapeuta con un arma (la mayor parte de las personas experimentarían una reacción semejante).

Terapeuta

Reacciones (emocionales, cognitivas o comportamentales) resultado de los **patrones personales** de comportamiento, las necesidades, los conflictos o las angustias **del terapeuta**.

3 fuentes:

- Necesidades interpersonales del terapeuta: necesidad de halago, de reconocimiento, de mantener la autoridad o de ser querido.
- Opciones profesionales: orientación psicoanalítica, conductista o sistémica pueden condicionar el modo en el que siente. Eventos vitales del terapeuta (muerte de un padre, violación sufrida) también pueden condicionar sus reacciones.
- Sistema de valores del terapeuta: católico, payo.

Interacción

Patrones de emociones, pensamientos y comportamientos, relativamente novedosos para ambos, desencadenados por un particular interjuego entre determinadas características de uno y otro.

Pregunta de fondo:

¿En qué medida lo que experimento, lo que se me ocurre y lo que hago tiene que ver con el desempeño de mi rol de terapeuta y en qué medida tiene que ver con otras cosas?

Permite tomar decisiones sobre qué hacer (explorar los motivos del comportamiento del paciente, reflexionar, buscar supervisión, derivar al paciente...).

Ejercicio de entrenamiento del yo-observador:

Ejercicio de toma de conciencia:

- La actitud fundamental de awareness (conciencia) responde a las cuatro preguntas clave planteadas por Perls:

¿Qué estás haciendo ahora?
¿Qué sientes en este momento?
¿Qué estás tratando de evitar?
¿Qué quieres, que esperas tú de mí?

- Estar atento al flujo constante de mis sensaciones físicas (exteroceptivas y propioceptivas), de mis sentimientos, de tomar conciencia de la sucesión de las “figuras” que aparecen en un primer plano, sobre el “fondo” constituido por el conjunto de la situación que veo y de la persona que soy, en el plano corporal, emocional, imaginario, racional o del comportamiento” (Ginger, 1987).

Ejemplo: “En este momento siento el nerviosismo que me produce la mirada de todas estas personas sobre mí y me pregunto ¿Lo haré bien? Ahora veo algunas caras, me siento más tranquila, porque son caras que me apoyan siempre y ahora siento mi respiración más tranquila... Siempre me pasa cuando me parece que tengo que hacer algo bien. Ahora recuerdo esa misma sensación en los exámenes y la mirada de algunas personas importantes para mí que me preguntaban el resultado. Ahora siento ese mismo nudo en el estómago de poder fallarles... Siento ganas de levantarme y de no querer ser el objeto de las miradas de todos ellos. Irme a mi silla y disfrutar de aprender”.

índice

Habilidades de escucha

Facilitación de la actividad narrativa del paciente

Facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas

Facilitadores no verbales y de intervención verbal mínima

Señales que emite la **persona que escucha** para **animar al que habla** a seguir haciéndolo: mirada centrada, levantar cejas, un movimiento con la mano, inclinarse hacia el que habla, sonido articulado (ahá...) o palabras como “ya”, “si” o “comprendo”.

Parafrasear

Repetición de la idea del paciente con sus mismas palabras u otras, que permite una formulación más clara o que pueda transmitirle la idea de que nos hemos interesado por lo dicho y lo hemos comprendido. Ayuda al paciente a centrarse en un tema o aspecto del mismo.

PACIENTE: Era lo último que me esperaba, pero en ese momento, no sé por qué, resultó que me daba pena.
TERAPEUTA: Le sorprendió sentir pena por ella.

- Se centra en los **acontecimientos, comportamientos y pensamientos**.
- Especialmente útil con pacientes a los que les cuesta centrarse en el relato (desbordados por las emociones).

Reflejar empáticamente

*Intervenciones empáticas: una persona se pone en disposición de escuchar a otra para hacerse cargo de su experiencia (escucha empática) y es capaz de hacerle ver que lo ha hecho (respuesta empática).

Entrenable. Relacionada con buenos resultados.

Reflejo: constituido por 2 partes:
Paráfrasis + Aseveración

Aseveración: poner en relación esta **situación** con un **sentimiento o emoción**.

Ej1: *Te sentiste triste (emoción) cuando te diste cuenta (idea) de que ya no estaba allí (hechos).*

Ej2. *Te enfadaste (emoción) porque te pareció (idea) que te ignoraban (¿hechos?)*

¿Cuándo utilizar el reflejo?



- Para facilitar que el paciente tome conciencia
- Cuando queremos que el paciente se centre en sus sentimientos
- Actualizar experiencias en consulta y poder trabajar con sentimientos experimentados en el aquí y ahora
- Para dilucidar la naturaleza de los sentimientos experimentados, entrenar la capacidad de ponerles nombre y hacerlos reconocibles

Ejercicio de reflejo

Una mujer abogada de 52 años casada, con conflictos con sus dos hijos, a su terapeuta, una residente de 25 años:

“¿Tienes hijos? Perdona que te lo pregunte, hija, pero es que creo que para entender lo que me pasa es necesario haber pasado por la experiencia de ser madre. ¡El que no ha tenido hijos no sabe lo que es eso!”.

Términos a utilizar:

- a) Preocupada
- b) Asustada
- c) Desconfiada
- d) Decepcionada

Respuesta empática:

Parece que le preocupa que no pueda ayudarla si resulta que no tengo hijos. ¿Está usted preocupada o decepcionada porque no soy el tipo de terapeuta que había imaginado que le iban a asignar? ¿Cómo imaginada a ese terapeuta?

Recapitular

- ❑ Resumen o síntesis de algo que ha comunicado previamente el paciente, generalmente a través de una intervención más larga.
- ❑ Se compone de un conjunto de **dos o más paráfrasis o reflejos empáticos**.
- ❑ ¿Cuándo utilizarla?
Para **interrumpir** un discurso que tiende a perderse en detalles irrelevantes. O para **seleccionar y enlazar** entre sí fragmentos de una sesión.
- ❑ Frecuente en la apertura y, sobre todo, cierre de sesiones.
- ❑ Útil para comunicar al paciente lo que hemos entendido después de una exposición larga o compleja por su parte.

Preguntas abiertas

- **Invitación a desarrollar**
- Solicita una respuesta que se reduce a un dato concreto
- ¿Qué...? ¿Cómo...?
- Asegurarse de que el paciente entiende y de que tal releva **paciente.**

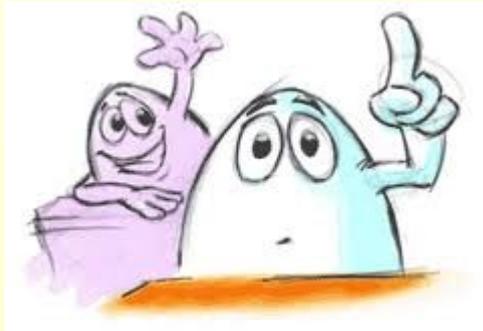
Ojo con preguntas que empiezan con “¿por qué...?” Deben ser utilizadas con cautela (problemáticas). Parecen alentar la búsqueda de causalidades lineales simples, infrecuentes en el comportamiento humano. Fácilmente acusatorias.

Preguntas cerradas

Para **precisar o cuantificar** algo.

Son más frecuentes en las **entrevistas iniciales**.

Su abuso puede ocasionar que temas de importancia, no anticipados por el terapeuta, queden excluidos de la conversación.



Clarificar

- Intervención del terapeuta para solicitar al paciente que **especifique** (que *aclare*) el significado concreto de una palabra o algún aspecto de su relato.
- Generalmente se busca a través de una **pregunta**.

Ejemplo: *PACIENTE: siempre he sufrido depresiones.*

TERAPEUTA: ¿Cómo son esas depresiones?

Silencio

- Pausa de 5 seg. o más.
- Instrumento poderoso.
- En unas ocasiones da **tiempo y espacio para la construcción de experiencias**, en otras es una **invitación a seguir hablando** o una **demostración de interés**.

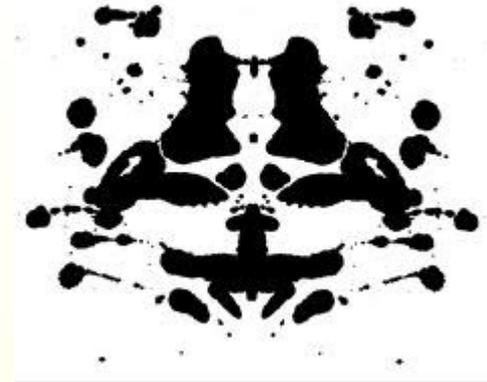


Habilidades de escucha

Facilitación de la actividad narrativa del paciente

**Facilitación de la generación de narrativas
alternativas específicas**

Interpretar



- Intervención por excelencia de la orientación psicoanalítica
- ↓
- Síntoma resultado de una defensa ante la necesidad que provoca la irrupción de un determinado impulso o deseo inconsciente que resulta conflictivo por ser incompatible con la idea que el paciente tiene de sí mismo o de lo que él mismo debería ser, o por entrar en conflicto con otros deseos o impulsos simultáneos.
 - En un sentido más amplio: cualquier intervención del terapeuta que apunta a un significado que no es, en ese momento, accesible para el paciente.
 - Otorga un **significado nuevo** a lo que el paciente nos dice.
 - (Ejemplos)

Confrontar

- Poner de manifiesto **contradicciones** existentes en el discurso del paciente.
- Riesgo de ser interpretada como **acusación** → ¡¡Supone un **desafío a la alianza** terapéutica!!
- Tanto el momento de su utilización como sus efectos, cuidadosamente evaluados.

Informar

- Facilitar al paciente la **identificación de las opciones** de que dispone, el tener **conocimiento de los elementos que le permiten evaluar** las razones para escoger entre una y otra, o **cuestionar concepciones erróneas** sobre la naturaleza de las mismas.
- Dar sólo información **relevante** para la terapia y sólo aquella de la que se esté **seguro**.
En caso de no saber algo cuyo conocimiento puede ser importante para el paciente, es preferible reconocerlo abiertamente.
- Formularse **de manera comprensible** y **buscar feed-back**.

Malas noticias:

Principios generales aplicables a la situación psicoterapéutica

- Estar seguro de que la noticia es cierta antes de comunicarla.
- Dotarse del tiempo necesario para exponerla con tranquilidad.
- Comprobar que ha sido entendida.
- Corregir las malas interpretaciones y trabajar la repercusión emocional (no elegir el último momento de la entrevista).
- Mostrarse tranquilo, sin prisas, sin temores ni vergüenzas, y dispuesto a responder a las preguntas.
- Es recomendable averiguar lo que el paciente sabe, lo que espera y lo que teme, antes de emitir la información y partir de allí. Cuando se trata de informaciones muy desafiantes, es de utilidad averiguar antes lo que el paciente quiere o está dispuesto a saber.
- En caso de que prefiera permanecer en una cierta ignorancia, dejar una puerta abierta a que, en algún momento, pueda cambiar de opinión.
- Evitar en todo lo posible el uso de tecnicismos.
- Ofrecer algo positivo, aunque sólo sea nuestro apoyo para afrontar la experiencia.
- La aparición de defensas como la negación debe ser abordada en esos términos y no confrontada reiterando la información.
- Tener en cuenta que lo que se habla después de una información de gran impacto emocional se retiene con dificultad y se olvida fácilmente. No dar nuevas informaciones después de que suceda esto.

Investigación sobre los modos de respuesta verbal

	AYUDA ALTA	AYUDA MODERADA	AYUDA BAJA
TERAPEUTA	Interpretación Autorrevelación (no acuerdo)	Paráfrasis Autorrevelación (no acuerdo) Pregunta abierta Confrontación	Autorrevelación (no acuerdo)
PACIENTE	Interpretación Autorrevelación	Paráfrasis	Pregunta abierta Confrontación

EJERCICIOS EXPERIENCIALES



¿Hice o dije esto en interés de mi paciente o respondiendo a mis propias necesidades?

- ¿CUÁLES SON TUS **ÁREAS DE VULNERABILIDAD COMO TERAPEUTA?**
- Situaciones en las que como terapeutas somos más vulnerables a actuar siguiendo nuestras emociones y prejuicios y no buscando el bienestar del paciente.
- Cuando el terapeuta duda acerca de sus intenciones en una determinada situación, una pregunta clarificadora puede ser:
- *¿Hice o dije esto en interés de mi paciente o respondiendo a mis propias necesidades?*

Ejemplo 1

Una terapeuta de 32 años proviene de un medio familiar en el que era la pequeña de cuatro hermanos. Frente a sus hermanos mayores "exitosos", ella nunca se sintió tenida en cuenta. Sus opiniones nunca contaban en su familia de origen. Quizás uno de los motivos para estudiar Medicina, tuvo que ver con buscar un lugar de prestigio en su propia familia. Hoy atiende a una mujer a la que lleva tratando con un abordaje psicoterapéutico y farmacológico desde hace tres meses.

- *PACIENTE: sigo fatal.*
- *TERAPEUTA: ¿Qué ha ocurrido esta semana?*
- *PACIENTE: Mire yo creo que tendría que cambiarme la medicación, que llevo tres meses con los mismo antidepresivos. Ya me ha subido la dosis y nada. Mi médico de cabecera dice que quizás tendría usted que probar con otros...*
- *TERAPEUTA: Parece, María, que desea usted llevar su propio tratamiento.*
- *PACIENTE: No, no, doctora. Es sólo la idea de mi médico...*
- *TERAPEUTA: Cuénteme... ¿Qué ha ocurrido en estos días?*
- *PACIENTE: Nada, si ya le digo que yo creo que debería usted probar con algún otro antidepresivo...*
- *TERAPEUTA: Mire, a mí no me lo parece. Se supone que yo soy la experta y usted la persona que busca ayuda ¿no?*
- *PACIENTE: Sí, claro. Pero por probar con otros antidepresivos... no perdemos nada.*
- *TERAPEUTA: Se tiene usted que implicar en el trabajo terapéutico y dejar los medicamentos para mí.*
- *PACIENTE: No he querido molestarla...*
- *TERAPEUTA: No, no es una molestia... Cuénteme ¿qué pasó esta semana?*

Ejemplo 2

Un terapeuta pasa consulta en un ESMC. Esa mañana ha tenido muchos pacientes, entre otros se presentó una urgencia de un paciente suyo que no resultó ser muy grave. No se lo señaló a su paciente por miedo a romper la alianza de trabajo con un hombre de gran dificultad para establecer relaciones interpersonales y para pedir ayuda. Cuando está a punto de irse le pasan otra urgencia de un hombre que dice estar muy mal, con sentimientos de ir a morirse, muy angustiado...

PACIENTE: Me parece que me va a pasar algo, no puedo más.

TERAPEUTA: Lo que le ocurre tiene un nombre. Es una crisis de ansiedad.

PACIENTE: Para usted será una tontería, pero yo no he sentido nunca esto en mi vida ¿qué me está pasando?

TERAPEUTA: No, no creo que sea una tontería. Pero le voy a dar unos tranquilizantes para que se encuentre mejor y que le atienda el médico de cabecera...

PACIENTE: Pero doctor, yo no quiero pastillas. Quiero saber por qué me pasa esto a mí.

TERAPEUTA: Bueno, eso no se lo puedo contestar en unos minutos...

PACIENTE: Dígame, ¿qué me está pasando?

TERAPEUTA: Mire esto no es así de fácil, haga lo que le digo y pida cita de nuevo y valoraremos la situación...

PACIENTE: Ya veo... se tiene usted que ir, porque es tarde...

TERAPEUTA: Pues francamente, sí. Le digo que se tome esto y que pida nueva cita en la secretaría.

AFIANZAR LOS CAMBIOS

La terapia pretende producir cambios duraderos.

Ocurren en el curso de la terapia, inadvertidos o minimizados por el paciente. Reconocer el cambio y analizarlo (impacto emocional, esfuerzo, objetivos)



Exploración exhaustiva.

Intervenciones en este sentido:

- Evitar pasar por alto los intentos de minimización del paciente cuando un pequeño cambio se ha producido: *“Me llama la atención que, aunque todavía no se encuentra bien de ánimo, ha conseguido levantarse para llevar a sus hijos al colegio, tal como usted se había propuesto”*.
- Devolverle la responsabilidad de los cambios al paciente: (P) *“Si no hubiera sido por este tratamiento, jamás lo habría conseguido”*. (T) *“Me gusta escuchar que el tratamiento le ha sido de ayuda, pero no ha sido más que una muleta que le ha servido mientras su fractura se curaba. Ahora, ya está usted caminando por su cuenta”*.
- Ralentizar el proceso de cambio cuando se perciben riesgos de hacerlo a demasiada velocidad.

- Reconocer que el cambio se ha producido, discutiéndolo de acuerdo a los objetivos: *“Dices que sólo te encuentras un poco mejor, pero ya has conseguido volver a incorporarte a trabajar, uno de los objetivos que nos propusimos cuando hablamos la primera vez...”*
- Prever con el paciente los efectos que el cambio pueda tener sobre su sentido de sí mismo y sobre las relaciones con las personas significativas de su entorno: *“Si ahora ya no se va a permitir encerrarse en su casa cuando la inundan los miedos y las responsabilidades del trabajo, ¿qué tiene previsto hacer la próxima vez que aparezca la angustia?, ¿podemos hablar de ello?”*
- Trabajar la emoción de miedo que puede surgir, con frecuencia, ante las nuevas experiencias de cambio.

DESPEDIRSE

- El final de la intervención psicoterapéutica no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente

➔ *Sesiones de seguimiento o terapia de mantenimiento.*

- Objetivos de esta fase:

- Evaluar conjuntamente el **resultado** de la terapia y acordar la conveniencia de terminar.
- Evaluar y potenciar la **generalización** de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
- Prever efectos del final de la terapia, la **separación** del terapeuta y el afrontamiento de **problemas previsibles** sin apoyo profesional.
- Prever **recaídas** y circunstancias que justificarían una **nueva consulta**.



Recomendaciones



- **Revisar** curso de la terapia, **logros** conseguidos y capacidad para afrontar los pendientes.
- Anunciar y discutir la terminación al menos **dos o tres sesiones** antes de la última.
- Preguntar al paciente **qué es lo que ha supuesto** para él la experiencia de la terapia; pedirle **valoración** de los objetivos que se propuso alcanzar y lo que cree haber conseguido con ella.
- **Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento** del paciente **independiente** del terapeuta. Revisar también otras **fuentes de apoyo** y capacidad para solicitarlo.
- **Modular** el proceso de retirada de apoyo según cada paciente (disminución paulatina). (pe. disminuyendo la frecuencia de las sesiones, alargando el intervalo entre las mismas o disminuyendo la duración).
- Afrontar los posibles aspectos de **duelo** ligados al fin de la terapia.

¡Ojo! Con pacientes que han acudido por tnos. afectivos: sentimiento de pena interpretado como una recaída en lugar de cómo una reacción adecuada.

ERRORES FRECUENTES



Convertir la entrevista en un interrogatorio

- Obtener información es uno de los objetivos de la entrevista. Pero, a veces, no es el único ni el principal.
 - Muchas de las cosas que el paciente puede relatar pueden ser dolorosas de recordar y difíciles de expresar
- 
- Clima de **confianza y seguridad**.
 - Dedicar una parte de la conversación a generar ese clima.

La indagación puede ser vivida como algo al servicio de otros objetivos y despertar resistencias

Hacer juicios críticos

El terapeuta se compromete a trabajar de acuerdo con el sistema de valores del paciente.

Juicios del terapeuta pueden impregnar inadvertidamente sus intervenciones.



Buena parte de los términos que utilizamos en nuestra jerga para referirnos a nuestros pacientes tienen connotaciones críticas: **manipulador, irracional, histérico, inadecuado, patológico...** Notable carga peyorativa.

Aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutico

- Metas y objetivos **responsabilidad del paciente.**
- Paciente como **experto en sí mismo.**
- A veces nos sentimos conmovidos por la necesidad de ayuda que el paciente expresa, y podemos sentirnos impelidos a prestarla **más allá de nuestro papel de terapeutas:**
prestar dinero, dar el teléfono particular o llevar al paciente en el propio coche.
- ¡¡Asumir estas responsabilidad **no solo no facilita, sino que entorpece o impide** el proceso terapéutico!!

Dar consejos

- *“Yo que tú dejaría a Lorena, no pienso que seas feliz con ella”.*
- Supone colocarse **por encima del paciente**, atribuyéndose un mejor conocimiento sobre lo que es conveniente para él.
- Frecuentemente **ya se lo habrá oído a otras personas** y, probablemente a sí mismo.
- Si recomendamos algo que el paciente quiere pero no ha conseguido hacer, puede vivirlo como una **recriminación** por no haber hecho lo suficiente u **ofenderse** porque no le consideramos capaz de haber pensado en ello.
- Si está dudando entre varias alternativas **tampoco tendrá un criterio** para optar por una u otra.
- No significa que siempre sea inútil, pero antes de usarlo, **preguntarse si no habría otro tipo de intervención más útil** para el proceso terapéutico.



Proponer objetivos no suscitados por el paciente

- Pacientes con dificultades para explicitar objetivos pueden hacernos sentir impelidos a proponer objetivos que respondan **a nuestras ideas** sobre *normalidad, salud, o cualquier otro criterio* **no resultante de un acuerdo** personal con el paciente.
- Esto puede dar lugar a dificultades importantes y dar al traste con la terapia.
- En su lugar: explorar esta dificultad.

Ofrecer falsas seguridades

- **Actitud paternalista** de intentar proteger al paciente de la ansiedad que suscita la incertidumbre o el conocimiento de peligros o problemas reales.
- P.e. Ocultar o suavizar un mal pronóstico, asegurar resultados en un plazo dado, vaticinar determinados acontecimientos favorables o minimizar la probabilidad de que ocurran otros no deseados.
- Pone en **grave peligro la confianza y credibilidad** del terapeuta.

Respuesta desde la persona y no desde la persona en el rol del terapeuta

- Situaciones que vivimos en terapia nos producen inevitablemente reacciones emociones (desde la curiosidad hasta la hilaridad, pasando por la vergüenza, la piedad o la solidaridad)
- Un buen terapeuta no es el que está exento de estos sentimientos, sino el que es **capaz de reconocerlos y evita que muevan acciones que puedan interferir** con nuestro papel de psicoterapeutas.

Preguntas inapropiadas o irrelevantes

- Curiosidad por detalles que no son relevantes para la terapia (contenido concreto de un puesto de trabajo, su voto en unas elecciones...).

Uso inadecuado del humor

- Arma de doble filo (ambigua; diferentes interpretaciones y malentendidos).
- Puede sentirse herido o trivializar su sufrimiento.



Minimización

- Intentando devolver al paciente una sensación de control o seguridad podemos hacerle pensar que quitamos importancia a su problema.
En lugar aliviado-> incomprendido o ignorado.
- Mediante términos aparentemente no peyorativos (incluso más adecuados para el terapeuta): molestia por dolor, preocupación por angustia, discusión por pelea, enfado por odio...
- **Explorar** el significado exacto de los términos propuestos por el paciente **y atenerse a ellos**.

Uso extemporáneo del consuelo o tranquilización

- La irrupción masiva de emociones del paciente genera en el terapeuta un malestar, que desencadena el **impulso de tranquilizar** (por sentimientos de pena o piedad o por reavivar propias angustias).
- La tranquilización del paciente puede **evitar la expresión** de sentimientos y convertirse en un obstáculo. Impide al paciente compartir y trabajar sus sentimientos.
- Pe. recordar a un paciente que expresa sentimientos de desesperanza ante una pérdida que hay otra cosas valiosas en su vida.

Autorrevelación inapropiada

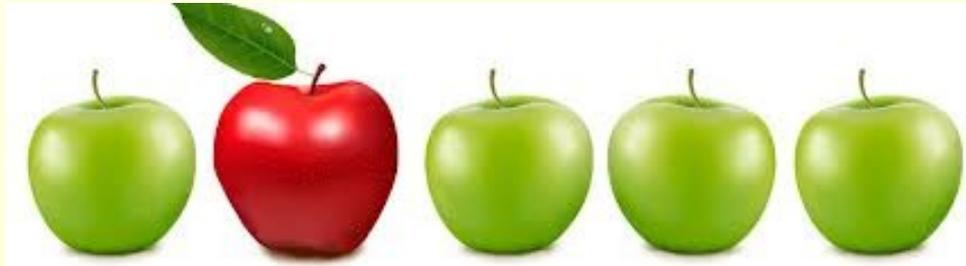
- Puede comprometer el desempeño del rol del terapeuta: *“¡Qué me va a contar, por desgracia, sé muy bien lo que es perder a un padre!”*.
- Coarta la expresión del paciente, dificulta la personalización o promueve que el terapeuta aparezca como un modelo en lugar de como un facilitador de la exploración.

Pasar por alto las emociones

- Centrar la atención en los otros componentes, dejando pasar por alto el emocional, puede llevar al estancamiento del proceso.
- Lo mismo ocurre al implicarse precipitadamente a explorar posibles soluciones ante un problema **sin explorar los sentimientos asociados** tanto al problema en sí como a sus soluciones.
- La exploración de las emociones y la atención a ellas es una **tarea central y constante** del proceso.

No personalizar

Comentarios generales (sobre la crisis, el duelo, los límites, las mujeres, los hombres o los adolescentes) no aportan nada.



Intervenciones prematuras

- Hay ciertas intervenciones (pe. la interpretación) que sólo tienen cabida en el momento en que un trabajo previo con el paciente las hace aceptables.
- Si las realizamos en un momento en el que no está en condiciones de recibirlas (desacompañadas) pueden resultar inútiles, **dar al traste con nuestra credibilidad y con la alianza.**
- Antes de hacerlas **comprobar que pueden ser aceptadas.**

Dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta

- Motivos diversos: desde el descontento por unos resultados peores de los esperados hasta fenómenos transferenciales negativos.
- Abordarlos y discutirlos -> actitud exploratoria.
- ¿A qué responden para el paciente?

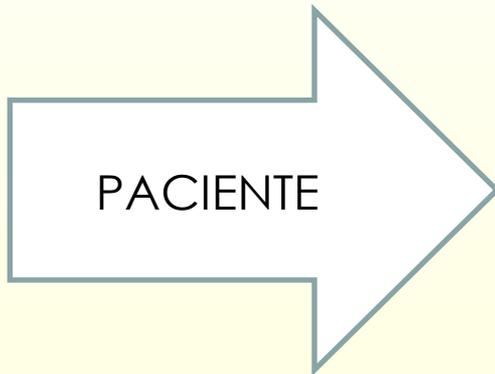
ALIANZA TERAPÉUTICA

- Diferentes aproximaciones teóricas, distintos significados y diferente énfasis a la alianza terapéutica:
- **Terapia de conducta:** se considera que la función de la alianza es crear un entorno de seguridad y confianza, necesario para poder aprender, implementar y practicar las técnicas, que son las últimas responsables del cambio terapéutico (Horvath, 1995).
- **Escuela psicoanalítica:** se centra en el vínculo positivo que se establece entre el paciente y el analista, a quien inviste de autoridad, refuerza la creencia del paciente en sus interpretaciones, y proporciona al paciente una situación de seguridad y confianza que le permite enfrentarse a la experiencia dolorosa.
- **Rogers (1957)** establece que la relación terapéutica depende de una actitud del terapeuta definida por tres componentes: empatía, aceptación incondicional y congruencia.

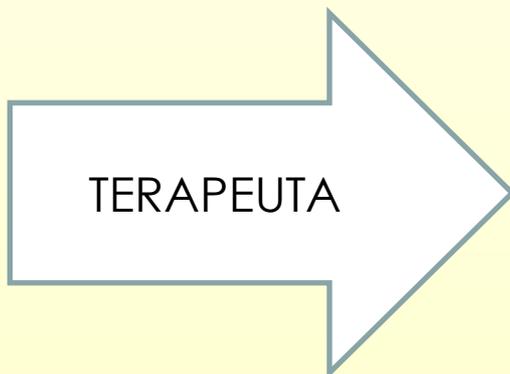
- **BORDIN** (1979) subraya la **colaboración** entre el terapeuta y el paciente.
- Tres componentes:
 - **Tareas** (conductas y cogniciones que tienen lugar dentro de la terapia y que constituyen la sustancia del proceso terapéutico. Ambos tiene que percibir las como relevantes y potencialmente eficaces, y aceptar su parte de responsabilidad en las mismas)
 - **Objetivos** (resultados, foco de trabajo durante la terapia)
 - **Vínculo** (grado en que desarrolla la relación, presidida por la aceptación y confianza mutuas)
- Importancia de la **mutualidad y colaboración entre terapeuta y paciente**



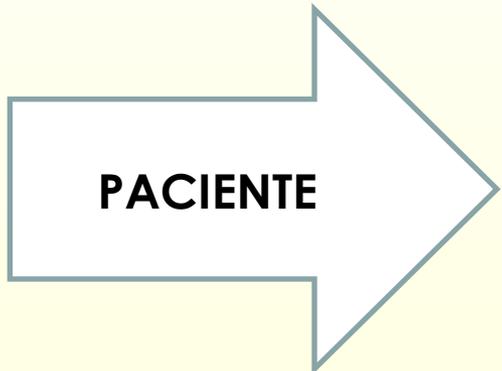
SITUACIONES INTERFERENTES EN TERAPIA Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS:



Periodo de evaluación
Periodo de tratamiento



Periodo de evaluación
Periodo de tratamiento



Situación 1:

El paciente no tiene iniciativa para hablar y, en sus respuestas únicamente utiliza monosílabos.

□ ***Estrategias terapéuticas:***

- ✓ Utilizar la sesión para explicarle al paciente en qué consiste la terapia en general, qué fundamentos teóricos la sustentan, qué papel tiene el terapeuta y cuál el paciente y qué se pretende con la intervención clínica.
- ✓ Traer por escrito las respuestas a las preguntas formuladas por el terapeuta y comentarlas en sesión.
- ✓ Proponer al paciente una tarea a realizar durante las sesiones, que consiste en que el paciente alargue las respuestas. Por ej.: ante la pregunta del terapeuta: “¿Saliste con tu madre la semana pasada?”, el paciente ha de responder “sí, salí con mi madre la semana pasada”. Si esto no funciona, se pasa a solicitarle que hable de un tema propuesto durante unos minutos.
- ✓ Las primeras sesiones se dedican a temas no relacionados directamente con la demanda que el paciente debe comentar (su trabajo, su familia, sus aficiones, etc.).

Situación 2:

No aparece ningún problema. El paciente insiste en que no se encuentra bien, pero no sabe por qué.

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Entrevista general donde se rastrea meticulosamente cada una de las áreas, procurando en todo momento comprobar que no se dan por supuestos datos no recogidos, ni información cuyo significado no se ha comprobado desde el punto de vista del paciente.
- ✓ Plantear al paciente que defina su motivo de consulta. La definición operativizada que tiene que dar el paciente le obliga a concretar y matizar con detalles y ejemplos su estado de malestar.
- ✓ Plantear la hipótesis de que el terapeuta tiene una “varita mágica” y puede conseguir lo que quiera: ¿Qué cambiaría de su vida?, ¿cómo le gustaría ser?, ¿cómo enfocaría su futuro?

Situación 3:

En la primera sesión se muestra inhibido, no mira al terapeuta y se mueve inquieto.

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Dedicar la primera sesión a explicar en qué consiste la terapia en general, cuál es el papel del clínico y cuál el del paciente y la necesidad de colaboración y entendimiento por parte de ambos. Animarle a plantear dudas y a preguntar todo aquello que le gustaría saber sobre la terapia. No preguntarle cuál es su demanda en la primera sesión.
- ✓ Entrevista general, siguiendo formato estándar, con preguntas abiertas y referentes a las distintas áreas de la vida cotidiana.

Situación 4:

El terapeuta da por finalizada la sesión, pero el paciente continúa hablando sin intención de levantarse. (“*Es sólo un momento*”).

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Poner las sesiones de este paciente entre otras con otros pacientes, de forma que entienda fácilmente que no se puede hacer esperar a otras personas.
- ✓ Levantarse y, con gesto amable, dirigirse hacia la puerta invitando al paciente a salir al tiempo que comenta que el próximo día continuarán hablando del tema.
- ✓ No formular más preguntas cuando se aproxima el final de la sesión. Es decir, dedicar la última parte a repetir lo ya comentado.

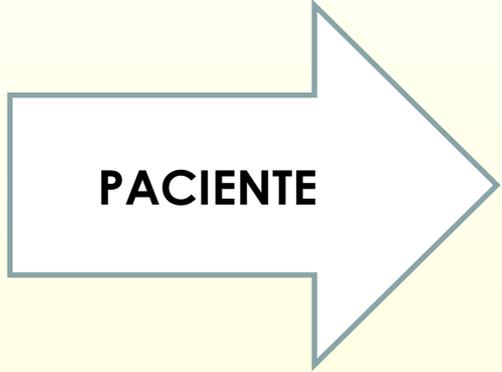
Situación 5:

El paciente no ha acudido a consulta voluntariamente, sino ante el hostigamiento de otras personas (familiares, amigos). Por lo que su interés por el tratamiento es escaso o nulo, y las expectativas de solución de su problema son negativas.

□ **Estrategias terapéuticas:**

Mientras hacemos la evaluación empezar a intervenir el objetivo de su continuidad en el tratamiento. Es decir, se pretende evitar el abandono. Para conseguir el objetivo:

- ✓ Programa de actividades. Esto es, intentar que la persona sea lo más activa posible desde el principio, favoreciendo así su implicación.
- ✓ Empezar a intervenir en alguna demanda que le interese, al margen de la problemática a tratar.
- ✓ Proponerle desde el principio el compromiso de equis sesiones de asistencia para que se plantee entonces su continuidad o no en el tto.



Situación 1:

Para el tratamiento se ha necesitado la ayuda de una persona cercana al paciente (ej.: co-terapeuta en tto. de exposición o control de psicofármacos tras sobreingesta) y, a lo largo del tratamiento, deja de prestar su colaboración (separación de la pareja, cansancio por considerar que no se adelanta o que no vale la pena el esfuerzo, etc.).

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Intentar desde el principio llegar a un compromiso con la tercera persona. Reforzar su colaboración y mantenerle informada de los progresos conseguidos aunque ella no pueda valorarlos en ese momento.
- ✓ Procurar disponer siempre de más de una persona (por si surge un viaje, traslado de ciudad, etc.).
- ✓ Plantear al principio de la terapia la posibilidad de que en algún momento no se pueda contar con dicha persona y diseñar posibles formas alternativas de actuación.

Situación 2:

Una persona vinculada al paciente llama por teléfono insistiéndole al terapeuta para que recoja cierta información del paciente o le obligue a realizar alguna actividad concreta.

□ ***Estrategias terapéuticas:***

- ✓ Se le cita a consulta y se le explican los efectos negativos que pueden ocasionar este tipo de llamadas.
- ✓ Si el paso anterior no ha conseguido eliminar tales llamadas telefónicas, el terapeuta procurará no coger el teléfono cuando la llamada proceda de dicha persona; de no ser posible, le dirá desde el principio, con amabilidad pero con firmeza, que no puede atender dicha llamada y que recuerde los motivos aducidos en la conversación mantenida en consulta.

Situación 3:

El terapeuta ha solicitado la colaboración de una persona allegada al paciente porque considera muy pertinente la información que puede aportar. Cuando están delante del terapeuta en la sesión alzan la voz intentando imponerse el uno al otro sin atender al terapeuta cuando les pide que la bajen y se calmen.

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ El terapeuta hace un gesto contundente con la mano (pe. alzarla en el aire) con el fin de atraer la atención de ambos. También puede hacer un gesto más llamativo como levantarse y quedarse así detrás de la mesa mirando en silencio a las dos personas. Otra forma es levantarse, salir de detrás de la mesa, situarse entre las dos personas y dirigirse a ellas sin alzar la voz.
- ✓ Pedir a una de las dos personas (o a ambas) que salga a la sala de espera un momento mientras se calma.
- ✓ Salir el terapeuta un momento del despacho donde se encuentran.

Situación 4:

El paciente no realiza las tareas. Siempre alega algún motivo para justificarse (que ha estado muy ocupado esa semana, que no entendió bien en qué consistía...)

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Dárselas por escrito y explicarle en consulta en qué consisten procurando que haya feedback. Si lo consideramos necesario, podemos decirle que en caso de duda llame por teléfono durante la semana y no espere a la siguiente sesión para aclararla.
- ✓ Hablar sobre el motivo de tal conducta: dificultad, complejidad, falta de tiempo, vergüenza, olvido, pereza, no detección en el momento de lo que se solicita, etc.
- ✓ Si no se detecta ningún problema, se plantea su interés real por solucionar el problema. Se insiste en la necesidad de las tareas y el papel que desempeñan éstas en la evolución de la terapia.
- ✓ Se le enseña a definir el problema y a elegir las alternativas más adecuadas para conseguir los datos que le pedimos.
- ✓ Si las sesiones son motivantes para él, le decimos que vuelva a consulta cuando haya realizado las tareas.
- ✓ Se intentan detectar los estímulos de su entorno que dificultan o entorpecen la realización de las tareas.
- ✓ Asegurarnos de que las tareas son adecuadas.

Situación 5:

El paciente se pone a llorar. A lo largo de la sesión el paciente llora desconsoladamente, bien por el contenido de lo que se está tratando, bien porque recuerda algo doloroso.

□ ***Estrategias terapéuticas:***

- ✓ Esperar unos minutos a que se calme y retomar la conversación intentando suavizar aquellos aspectos más dolorosos o problemáticos hasta que se sienta con fuerzas para comentarlos, o se desvía la conversación terapéutica hacia otros puntos de interés para la terapia que no sean tan conflictivos.
- ✓ Es posible que la situación sea violenta para la persona, por lo que se le invita a salir un rato del despacho, ir al servicio y serenarse o, si el terapeuta lo cree conveniente, se sale él y deja al paciente unos minutos solo.
- ✓ Se indaga sobre su implicación emocional en tal contenido, advirtiéndole que puede llorar siempre que quiera sin problema.

Situación 6:

El terapeuta no ha dado su número de teléfono particular, pero el paciente lo ha encontrado en la guía y le llama cada vez que tiene una crisis, una duda o un comentario que hacer.

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ En la primera llamada se le atiende, y en la sesión siguiente se habla de ello dando la instrucción de no llamar más y ofreciendo soluciones a esa situación (alternativas eficaces diferentes).
- ✓ Llegar a un acuerdo al respecto de modo que si el paciente lo incumple, no se mantiene la cita de la siguiente sesión.

Situación 7:

El paciente pregunta al terapeuta sobre su vida privada: si está casado, si tiene hijos, dónde vive, etc. El terapeuta no considera oportuno dar tal información.

□ ***Estrategias terapéuticas:***

- ✓ Explicarle amablemente que tal información no es relevante para la terapia y que lo importante es aprovechar al máximo el tiempo de las sesiones para conseguir los objetivos terapéuticos en el plazo más corto posible.
- ✓ Se insiste en que no es relevante para el caso y se sigue con el tema que el terapeuta considere oportuno abordar.

Situación 8:

El paciente llega enfadado a la sesión echando en cara al terapeuta que está peor que cuando empezó el tratamiento.

□ **Estrategias terapéuticas:**

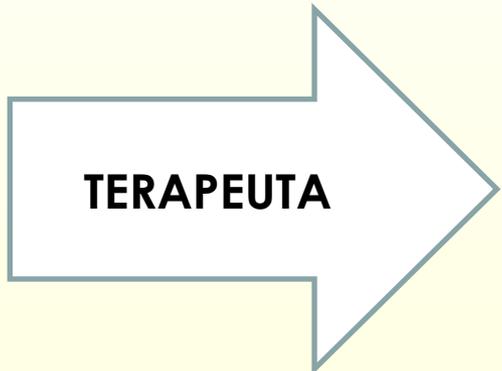
- ✓ Le informamos con los datos que hemos recogido en la evaluación de su estado emocional, cognitivo y conductual con el que llegó y cómo se encuentra en estos momentos.
- ✓ Le pedimos que durante una semana siguiente registre algunos datos de su problema que puedan dar información sobre esa apreciación que tiene de empeoramiento. En la sesión siguiente se revisa la información del registro. También le podemos pedir que pregunte a personas cercanas que saben su problema cómo lo encuentran últimamente.
- ✓ (Entender que ésta es una reacción posible en los pacientes y no sentirnos atacados ni personal ni profesionalmente: comportamiento relajado e intervención comprensiva y aceptada)

Situación 9:

El paciente da a entender que si el terapeuta no ha pasado nunca por su situación problemática no será capaz de comprenderlo ni podrá tratarle de forma efectiva.

□ **Estrategias terapéuticas:**

- ✓ Se le explica que para realizar una terapia con éxito no es preciso que los terapeutas pasen por todas las situaciones a tratar, del mismo modo que otros profesionales, pe. los médicos, no han de sufrir todas las enfermedades que curan.
- ✓ Se intenta poner ejemplos que contradigan tales planteamientos y que sean cercanos al sujeto.



Situación 1:

La problemática planteada por el paciente es semejante a la que vive en esos momentos el terapeuta en su vida privada.

□ *Estrategias terapéuticas:*

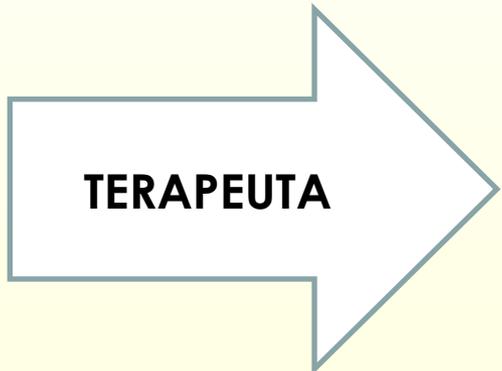
- ✓ Cuestionarnos continuamente si nuestra actuación es como profesional o como persona particular.
- ✓ Generar múltiples alternativas de solución que nos permitan escoger la más adecuada al caso y no a nuestra situación particular.
- ✓ En el caso de que no funcionasen ningunas de las anteriores, derivar al paciente a otro profesional.

Situación 2:

La demanda del paciente atenta contra nuestros principios o valores como persona.

□ ***Estrategias terapéuticas:***

- ✓ Derivar al paciente a otro profesional.



Situación 1:

El terapeuta no domina la técnica terapéutica más adecuada para el caso.

□ *Estrategias terapéuticas:*

- ✓ Acudir a bibliografía sobre dicha técnica y, fundamentalmente, a libros que la definan y desarrollen paso a paso.
- ✓ Elegir otra técnica que tenga el mismo objetivo terapéutico y que, a pesar de no tener algunas ventajas de la técnica más adecuada, no perjudique a la persona.
- ✓ Derivar al paciente a otro profesional.

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

El terapeuta es como un abogado del paciente. El abogado no es un cómplice, pero tampoco un juez. Está del lado del paciente y le brinda su ayuda.

