



**Facultat de Psicologia**  
**Departament de Personalitat, Avaluació**  
**i Tractament Psicològics**

# **HABILIDADES TERAPÉUTICAS**

**Arturo Bados López y Eugeni García Grau**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos**  
**Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona**

**16 de junio de 2011**

INTRODUCCIÓN.....	2
CARACTERÍSTICAS PERSONALES GENERALES PARA SER TERAPEUTA.....	3
MOTIVACIONES ASOCIADAS CON LA PROFESIÓN DE TERAPEUTA.....	5
ACTITUDES BÁSICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN .....	5
Escucha activa.....	6
Empatía.....	7
Aceptación incondicional.....	9
Autenticidad .....	10
CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN.....	13
Cordialidad.....	13
Competencia.....	13
Confianza .....	15
Atracción.....	16
Grado de directividad.....	17
OTRAS PAUTAS PARA POTENCIAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA .....	18
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN .....	19
Habilidades de escucha .....	19
Clarificación.....	19
Paráfrasis.....	20
Reflejo.....	20
Síntesis .....	22
Competencias de acción.....	22
Preguntas.....	23
Confrontación .....	25
Interpretación .....	26
Información.....	28
Habilidades de entrevistador .....	30
ADAPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE .....	31
Forma de definir los problemas y de comunicar la información.....	31
Motivación y expectativas.....	31
Variables demográficas: sexo, edad, clase social, nivel educativo .....	33

Tipo de problema .....	33
Enfermedades o déficits físicos incapacitantes .....	33
EMPAREJAMIENTO TERAPEUTA-CLIENTE .....	34
MANEJO DE DIFICULTADES .....	34
Situaciones problemáticas por parte del terapeuta .....	34
Situaciones problemáticas por parte del cliente .....	39
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN .....	55
TABLAS .....	62
REFERENCIAS .....	65

## INTRODUCCIÓN

¿Qué características debe tener un buen terapeuta? ¿Cómo establecer una buena relación con un cliente? ¿Cómo conseguir que comprenda, esté de acuerdo con y recuerde las propuestas de evaluación y tratamiento? ¿Cómo motivarle para que coopere en el proceso de evaluación y tratamiento? ¿Cómo manejar las dificultades que surgen en la terapia? ¿Cómo lograr superar las posibles resistencias al cambio? Estas y otras preguntas relacionadas tienen que ver con la importante cuestión de las **habilidades terapéuticas**. Varios son los aspectos de esta cuestión que van a ser abordados en este tema: a) características y habilidades del terapeuta que influyen en la terapia; b) adaptación de la intervención a las características de los clientes; c) manejo de las situaciones problemáticas que surgen tanto por parte del terapeuta como del cliente; y d) estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Un aspecto fundamental de la situación terapéutica es la relación entre terapeuta y cliente. Esta puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan. Goldstein y Myers (1986) definen una **relación terapéutica o positiva como sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el cliente**. Cuanto mejor sea la relación, más inclinado se mostrará el cliente a explorar sus problemas con el terapeuta y más probable será que colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención. Terapeuta y cliente deben experimentar un sentimiento de “nosotros” y constituir un **equipo**, una alianza en el trabajo conjunto hacia la consecución de los objetivos terapéuticos. Se han destacado tres componentes en esta **alianza terapéutica**: a) **vínculo** emocional positivo entre cliente y terapeuta, b) acuerdo mutuo sobre las **metas** de la intervención, y c) acuerdo mutuo sobre las **tareas** terapéuticas.

Una relación positiva entre terapeuta y cliente es un predictor positivo de buenos resultados terapéuticos (Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000) y contribuye sustancialmente a estos últimos. De todos modos, aunque se considera un **elemento necesario, no es suficiente**; en la gran mayoría de los casos se requiere además el empleo de técnicas específicas.

Es importante que los terapeutas atiendan de forma habitual a cómo se desarrolla la relación terapéutica y a las respuestas del cliente y de él mismo al respecto. Esto facilita mejorar la relación, reparar posible rupturas en la alianza y modificar estrategias, al tiempo que dificulta la terminación prematura del tratamiento.

Naturalmente, la importancia de la relación entre terapeuta y cliente se extiende también a la **relación del terapeuta con aquellas personas con las que interactúa en el contexto de la intervención**; por ejemplo, los responsables del cliente cuando este es menor de edad o sufre algún tipo de incapacitación. Por otra parte, es también de gran importancia que haya una buena relación

entre el cliente y otros profesionales que le atienden (p.ej., enfermeras, cuidadores).

Conviene tener en cuenta que, a diferencia de una relación de amistad, **la relación terapéutica es totalmente asimétrica** (se centra en las necesidades del paciente), **no altruista** (el terapeuta cobra por su trabajo y, por tanto, el cliente no tiene por qué sentirse en deuda con él) y sujeta a una serie de **reglas formales de funcionamiento** (frecuencia y duración de las sesiones, lugar de las mismas, puntualidad, honorarios, duración limitada de la terapia, colaboración activa del cliente).

La relación terapéutica, y en general, los resultados de la terapia se ven influidas por una serie de características del terapeuta y del paciente que se tratan a continuación (Garfield, 1994; Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000; Schaap et al., 1993). Luego se abordará el manejo de situaciones problemáticas, tanto del terapeuta como del cliente, y diversas estrategias para facilitar el cumplimiento del tratamiento.

Llevar a término una terapia implica aplicar unas **técnicas**, pero no consiste simplemente en esto. El terapeuta ha de tener la creatividad y sensibilidad clínicas necesarias. Toda terapia tiene un **parte fundamental de arte**, la cual es necesaria a la hora de decidir qué actitudes y en qué grado son necesarias para qué clientes en distintas fases de la intervención y en qué momento conviene actuar de una u otra manera.

## CARACTERÍSTICAS PERSONALES GENERALES PARA SER TERAPEUTA

Cormier y Cormier (1991/1994) y Ruiz y Villalobos (1994) señalan las siguientes:

- Tener un **interés sincero por las personas** y su bienestar; esto implica no tratar de obtener beneficios personales y no anteponer las propias satisfacciones a las necesidades del cliente. Así pues, hay que **evitar**: a) El **voyeurismo**, esto es, las indagaciones dirigidas básicamente a la satisfacción de la curiosidad personal. b) El **abuso de poder**. El poder y la autoridad inherentes al rol de terapeuta no deben usarse con el fin de mostrar la propia superioridad sobre el cliente o influir en las decisiones y valores del paciente más allá de los objetivos terapéuticos. c) La **autoterapia** o centrarse en aquellos problemas de los pacientes que tienen que ver con dificultades personales del terapeuta independientemente del impacto que tengan en la vida del cliente.
- Saber y **aceptar que hay estilos de vida diferentes**, todos ellos respetables y creer en que todas las **personas tienen aspectos positivos que pueden desarrollar**.
- **Autoconocimiento**. Conocer cuáles son los propios recursos y limitaciones tanto personales como técnicos. Limitaciones personales serían temor al fracaso, necesidad excesiva de control, necesidad de aprobación, creencia en que los propios valores son los más adecuados, etc. Estas limitaciones pueden conducir a comportamientos antiterapéuticos tales como evitar aspectos conflictivos, tratar sólo los aspectos más superficiales del problema, dominar las sesiones, enfadarse con los clientes que no cumplen, evitar el uso de confrontaciones, satisfacer las necesidades de dependencia de los clientes, tratar de imponer el propio sistema de valores, etc.
- **Autorregulación**. El autoconocimiento debe ir acompañado bien de una autorregulación suficiente para que los propios problemas y dificultades no interfieran en el tratamiento bien de la derivación de aquellos pacientes que las limitaciones propias no permiten tratar adecuadamente. Si las limitaciones son importantes, un terapeuta debe buscar tratamiento

para las mismas.

Una aplicación importante del autoconocimiento es que el terapeuta sepa detectar cuándo experimenta fuertes reacciones emocionales en respuesta a sus pacientes (lo que otros autores denominan *contratransferencia*; Freeman, 2001; Leahy, 2001). Todo terapeuta debe ser sensible a sus procesos internos y a los procesos de interacción durante la terapia, **analizar sus propias motivaciones y reacciones internas e impedir que influyan negativamente** en la terapia. Si a pesar de todo persiste una intensa implicación emocional positiva o negativa con el paciente, puede derivarse este a otro terapeuta.

Algunos programas de formación de terapeutas ofrecen a estos la posibilidad o la obligación de realizar **terapia personal**, aunque no se ha demostrado que haber realizado dicho tipo de terapia conduzca a mejores resultados posteriormente en el tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). De todos modos, quizá una variable mediadora importante sea la razón o razones por las que un terapeuta busca terapia personal. Sería interesante que los programas de formación de terapeutas incluyeran módulos opcionales de **desarrollo personal** (p.ej., para aumentar el autoconocimiento y mejorar cualidades personales, habilidades sociales y manejo del estrés) y que, aparte de estos módulos, aquellos que lo necesiten busquen la ayuda de otro profesional (p.ej., en caso de manejo de reacciones emocionales hacia ciertos pacientes, abuso de poder, crisis personales).

- Tener un **buen ajuste psicológico general**, aunque esto no quiere decir que el ajuste deba ser total. En términos generales, una buena salud mental por parte del terapeuta va asociada a mejores resultados del tratamiento.
- **Experiencia vital**. Una amplia experiencia vital, ya sea por experiencia directa o vicaria, facilita la comprensión de los sentimientos y vivencias de los pacientes y la búsqueda de soluciones a los problemas de estos. Ciertas experiencias vitales recientes (divorcio, depresión, crisis de pánico) pueden hacer aconsejable no tratar a pacientes con problemas parecidos debido a posibles efectos de interferencia.
- **Conocimiento de contextos socioculturales diversos**. Conviene que el terapeuta conozca las normas y valores de los contextos socioculturales de sus pacientes, ya que pueden influir en los problemas de estos o en la fijación de los objetivos terapéuticos. Un conocimiento directo de todos los contextos es imposible, por lo que habrá que basarse en las informaciones proporcionadas por los pacientes, por personas de su entorno y por posibles publicaciones al respecto.
- Haber recibido una buena formación teórica y práctica y **confiar en su propia habilidad y técnicas terapéuticas**.
- **Energía y persistencia**. Hacer terapia cansa física y emocionalmente, por lo que se requiere una buena dosis de energía. Es probable que los terapeutas pasivos y con poca energía inspiren poca confianza y seguridad a sus clientes. Por otra parte, el logro de resultados terapéuticos requiere tiempo, por lo que se necesita paciencia y persistencia.
- **Flexibilidad**. Un terapeuta debe saber adaptar sus métodos y técnicas a los problemas y características de cada cliente. Además, debe estar abierto a la adquisición de nuevas competencias.
- Cumplimiento de **principios éticos y profesionales** establecidos en el código deontológico de la profesión. Por ejemplo, la confidencialidad (con las excepciones de maltrato a menores o peligro del cliente para sí mismo u otros), la derivación del paciente cuando se carece de habilidad en la problemática de mismo, la búsqueda de supervisión en el caso

de terapeutas principiantes y la evitación de las denominadas relaciones duales (económicas, sexuales, sociales, etc.) paralelas a las terapéuticas.

## MOTIVACIONES ASOCIADAS CON LA PROFESIÓN DE TERAPEUTA

Basándose en encuestas a psicoterapeutas profesionales, Guy (1993, citado en Feixas y Miró, 1993) ha enumerado varias motivaciones funcionales y disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta.

### Motivaciones funcionales

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás.
- Capacidad de escuchar e interés en ello.
- Capacidad de conversar e interés en ello.
- Empatía y comprensión.
- Conocimiento y aceptación de las propias emociones, positivas y negativas.
- Capacidad de introspección.
- Capacidad de negación de las gratificaciones personales (las cuales hay que supeditar a las de los clientes).
- Tolerancia a la ambigüedad, es decir, capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales y las respuestas incompletas.
- Paciencia y cariño hacia los demás y aceptación de las personas tal como son.
- Tolerancia a la intimidad profunda.
- Satisfacción por tener poder e influencia sobre otras personas, pero sin caer ni en el abuso ni en la sensación de omnipotencia.
- Capacidad de tomarse las cosas con humor.

### Motivaciones disfuncionales

- Deseo de **comprenderse mejor a sí mismo y de superar los propios problemas** personales. Si estos no se han resuelto cuando se empieza a ejercer, pueden interferir con el desarrollo de la terapia.
- Deseo de **ayudar a otros a superar problemas no superados en la propia vida**.
- Deseo de **superar la sensación de soledad** mediante el contacto con otras personas (los clientes) en un marco estructurado y seguro.
- **Deseo y abuso de poder** que lleva a no respetar la autonomía de los pacientes.
- **Necesidad desmesurada de dar amor o de sentirse amado**.
- Deseo de **rebelarse contra la autoridad**. Esto puede hacerse sin problemas en el marco seguro de la terapia, pero puede conducir a recomendar a los pacientes cosas contrarias a sus intereses.

Kleinke (1994/1995) cita **otras motivaciones frecuentes** para ser terapeuta: independencia a la hora de trabajar, posibilidad de trabajar con una diversidad de personas que presentan una gran variedad de problemas (lo cual proporciona un gran gama de experiencias y desafíos, y supone un estímulo intelectual), reconocimiento y prestigio que conlleva la profesión, y satisfacción personal al ayudar a otros.

## ACTITUDES BÁSICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN

Tres actitudes fundamentales, ya señaladas por Rogers muchos años atrás, son la **empatía**, la

**aceptación incondicional** y la **autenticidad**. A estas tres actitudes puede añadirse la **escucha activa**, la cual es un elemento fundamental de la empatía. Estudios de diversas orientaciones terapéuticas y con diversos problemas (p.ej., trastornos de ansiedad, afectivos y maritales) han mostrado que existen **asociaciones significativas positivas entre estas actitudes y los resultados del tratamiento** (Keijsers, Schaap y Hoodguin, 2000). Estas asociaciones han sido más claras cuando se han considerado las actitudes del terapeuta tal como son evaluadas por los pacientes en vez de por los propios terapeutas o jueces independientes. Las calificaciones hechas por los clientes y las realizadas por terapeutas/jueces están sólo moderadamente correlacionadas.

## ESCUCHA ACTIVA

Saber escuchar es fundamental en terapia. Al escuchar, a) se facilita que los clientes hablen sobre sí mismos y sus problemas y comuniquen información relevante; b) aumentan las probabilidades de comprender mejor al cliente; c) se potencia la relación terapéutica; d) se anima a los clientes a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más como un colaborador que como un experto; y e) es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito. La **escucha activa implica tres actividades**:

- a) **Recibir el mensaje**, lo que implica atención e interés por el mismo. Hay que prestar atención a diversos aspectos del cliente:
  - **Comunicación no verbal y vocal** (apariencia, expresiones faciales, mirada, postura, orientación corporal, gestos, entonación, volumen, etc.) y cambios en esta.
  - **Comunicación verbal**: lo que dice y en qué momento, lo que dice implícitamente, las emociones explícitas o implícitas, lo que no dice (temas que evita, personas importantes que no menciona), los temas recurrentes (p.ej., autoexigencia), las contradicciones en que incurre.
  - **Actitud** hacia el terapeuta y la terapia.
- b) **Procesar los datos atendidos**, es decir, saber discriminar las partes importantes y establecer su significado. Aquí, los valores y creencias del terapeuta y las emociones que experimenta pueden conducirlo a interpretar sesgadamente el mensaje, de modo que oiga lo que quiere escuchar. De aquí la importancia de que el terapeuta observe sus propios pensamientos y emociones en la sesión y los autorregule en caso necesario.
- c) **Emitir respuestas de escucha**. Entre estas, hay varias que se pueden manifestar mientras se escucha, tales como mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”, “continúe, le escucho”. Además, una vez que el terapeuta interviene, comunica al cliente que le ha escuchado activamente mediante respuestas verbales de distinto tipo congruentes con lo que ha manifestado el cliente. Como se verá más adelante, son importantes aquí las clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis.

Algunos **obstáculos para la escucha eficaz** son (Cormier y Cormier, 1991/1994; Marinho, Caballo y Silveira, 2003): a) no tener interés por el cliente o sus problemas; b) la tendencia a juzgar los mensajes del cliente; c) experimentar reacciones emocionales ante el comportamiento del paciente (p.ej., ansiedad, frustración, enfado) que resulta difícil controlar; d) distracciones asociadas con las propias preocupaciones; e) interrumpir al cliente de forma innecesaria; f) no respetar los temas que son importantes para el cliente; g) la tendencia a formular hipótesis firmes con pocos datos y a atender selectivamente a los datos que las confirman; h) la tentación de responder a la información que el cliente todavía no ha comunicado formulando preguntas antes de tiempo; i) realizar interpretaciones u ofrecer sugerencias de forma prematura; j) la presión que uno se impone para resolver problemas o encontrar respuestas; k) variables situacionales como el exceso de calor o frío, el ruido o la hora del día; y l) no encontrarse bien o sentirse cansado (p.ej., por exceso

de trabajo o falta de sueño).

No escuchar activamente al cliente es un grave error, ya que no se sentirá comprendido y el terapeuta puede estar satisfaciendo sus propias necesidades en vez de las del paciente. Por otro lado, el exceso de escucha también es problemático, ya que si el terapeuta se limita básicamente a escuchar, el cliente puede no recibir la ayuda necesaria.

## EMPATÍA

**La empatía es** la capacidad de: a) comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta, y b) saber comunicar a la persona interesada esta comprensión. La empatía implica en primer lugar **entrar en el marco de referencia del cliente y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones**; es decir, ver las cosas no como son “objetivamente” o como las vería uno mismo de estar en el lugar del cliente, sino tal como el cliente las experimenta. En segundo lugar, es preciso **comunicar al paciente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa de modo manifiesto o latente**. Ahora bien, lo importante es que el **paciente llegue a sentirse comprendido**.

La empatía, en su nivel más alto, implica no sólo comprender los pensamientos y sentimientos expresados por el cliente, sino también captar las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales que aquellos tienen en su vida. Es lo que se ha definido como **comprender el significado más allá de lo que el paciente expresa** (Ruiz y Villalobos, 1994).

La comunicación al cliente de la actitud empática se hace a través de diversos medios:

- a) La **escucha activa**, la cual incluye las respuestas mencionadas en los siguientes puntos y el empleo de señales de que se está escuchando: mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés, comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”.
- b) **Tratar aquellos aspectos que son importantes para el cliente.**
- c) La formulación de **preguntas tendentes a clarificar** lo que el cliente expresa.
- d) La utilización de **paráfrasis** y de **síntesis o recapitulaciones**.
- e) El empleo del **reflejo**. Este no consiste simplemente en repetir o parafrasear lo que ha dicho el cliente, sino que implica la expresión de los sentimientos del cliente, tanto de los directamente expresados por este como de los que permanecen a nivel preconsciente. Veamos tres ejemplos:

P: He visto ya a varios psicólogos y la verdad es que estoy pensando en dejarlo. ¡Resulta tan cansado comenzar de nuevo! (pausa); aunque no sé, quizá ahora...

T: Está cansado de tanto esfuerzo y duda sobre si le merece la pena una nueva terapia. De todos modos, tiene una cierta esperanza en que esta vez pueda conseguirlo y yo voy a poner de mi parte todo lo que pueda para que así sea.

P: Mi marido y yo tenemos problemas entre nosotros que no hemos sabido resolver (dicho con expresión de sufrimiento y ojos llorosos).

T: Las dificultades que tiene con su marido le provocan un gran sufrimiento.

P: Este ha sido un día malo; he tenido que contener el llanto tres o cuatro veces. Lo peor es que ni siquiera estoy seguro de qué es lo que está mal.

T: (Respuesta menos empática.) ¿Qué sucedió exactamente?

T: (Respuesta empática.) Te sientes muy mal. Has llorado interiormente y debe de ser un tanto alarmante no saber siquiera por qué te sientes así (Bernstein y Nietzel,

1980/1988, pág. 451).

(Aquí el terapeuta añade, por inferencia, que el cliente se siente muy mal y que se siente alarmado; si se equivoca, el cliente tiene, en teoría, la oportunidad de corregir el reflejo. Otra alternativa sería: “Te has sentido mal y no sabes exactamente por qué; sin embargo, parece tener alguna idea al respecto”.)

Aunque la empatía incluye el empleo de reflejos, no es necesario emplear estos frecuentemente. Su uso continuado puede ser incluso contraproducente, tal como se explicará después. Por otra parte, conviene remarcar que **la empatía presupone la escucha activa, pero va más allá**. Para que haya empatía, el terapeuta debe comprender al cliente desde el marco de referencia de este y debe saber comunicar esto al cliente, de modo que este se sienta comprendido.

**Decir simplemente al cliente que se empatiza con él** (“realmente, sé lo que siente”, “entendiendo por lo que está pasando”) no comunica una actitud de empatía; se requiere algo más. Por otra parte, los **aspectos no verbales pueden potenciar o debilitar la comunicación de la actitud empática**. No es lo mismo decir “le molestan las críticas de su madre” con un tono neutro que con un tono que venga a significar “si le entiendo bien, se siente muy molesto por las críticas de su madre, ¿es así?”. Finalmente, **la comunicación de la actitud empática cumple varias funciones**: a) comunica el deseo del terapeuta de comprender al cliente, b) permite a este corregir las percepciones erróneas del terapeuta, y c) facilita que el cliente sea más consciente de sus propios sentimientos.

Con un gran número de clientes, la empatía mejora mucho la relación terapéutica y facilita el cambio. Además, **la empatía permite**: a) **comprender mejor las conductas negativas** del cliente (incluidas las resistencias al cambio), b) **evitar emitir juicios** sobre estas, c) **reducir las reacciones emocionales ante las mismas** y d) **pensar mejor en posibles soluciones** (Beck et al., 1979/1983).

Descuidar la actitud empática y dedicarse sólo a las “labores técnicas” puede llevar a ver al terapeuta como insensible, especialmente en las primeras sesiones. **La actitud empática es especialmente importante con aquellos clientes que vienen a consulta no por propia iniciativa**, sino presionados, o incluso traídos, por otras personas. En estos casos conviene ganarse su confianza hablando de temas que les interesen y haciéndoles ver que uno comprende su postura y que no está de la otra parte.

**El terapeuta debe tener cuidado en no proyectar sus propias actitudes y expectativas en el cliente**, ya que podría distorsionar el informe de este; por ejemplo, un cliente cuyo cónyuge acaba de fallecer no tiene por qué sentirse necesariamente triste. Por otro lado, una fe excesiva en la empatía puede llevar a aceptar como verídicas las introspecciones del cliente, las cuales no tienen por qué serlo. Debe buscarse un **equilibrio entre la comprensión empática y la comprobación objetiva** de las afirmaciones e inferencias del cliente (Beck et al., 1979/1983).

Es importante **distinguir entre empatía y simpatía**. Esta se refiere a un compartir las emociones del cliente, a una identificación emocional con su modo de ver las cosas. La empatía, por otra parte, tiene un componente intelectual además de emocional. Implica conocer la base cognitiva de los sentimientos del cliente y mantenerse independiente de estos para preservar la objetividad hacia los problemas del cliente. Un terapeuta, aunque empático, debe darse cuenta de los pensamientos del cliente que conducen a este a determinados sentimientos y no tiene por qué estar de acuerdo con aquellos, caso de que sean erróneos o desadaptativos (Beck et al., 1979/1983). **La empatía tampoco es mostrar compasión** hacia el cliente; decir “realmente lamento que se sienta tan deprimido” manifiesta bondad y consideración, pero no empatía.<sup>1</sup>

Carkhuff (1969, citado en Goldstein y Myers, 1986) propone las siguientes **pautas para ser eficiente en la comunicación de la comprensión empática**:



- a) Concentrarse en las expresiones verbales y no verbales del cliente.
- b) Concentrarse en las respuestas que expresan el mismo afecto y significado que las del cliente.
- c) Formular las respuestas en un lenguaje apropiado para el cliente.
- d) Responder en un tono afectivo similar al comunicado por el cliente.
- e) Mostrar un gran interés.
- f) Después de haber conseguido la comunicación descrita en el apartado “b”, tantear el expandir y clarificar las experiencias del cliente a niveles más profundos (esto permite al cliente descubrir, aceptar y/o explorar otros sentimientos y significados).
- g) Concentrarse en lo que el cliente no expresa, buscar completar lo que falta en vez de quedarse simplemente con lo que se ha dicho.
- h) Emplear la conducta del cliente como la mejor guía para evaluar la eficacia de las propias respuestas.

La **empatía puede potenciarse** mediante un **entrenamiento en habilidades** en el que se incluya además una **inversión de roles**; es decir, el terapeuta que se está entrenando adopta el rol del cliente en una entrevista simulada. Un **ejercicio** interesante es el propuesto por **Rogers**. Se reúnen tres personas, dos hablan sobre un tema que les motive ya sea positiva o negativamente y la tercera hace de moderador. La regla fundamental del ejercicio es que sólo se puede hablar después de haber resumido de un modo satisfactorio para la otra persona las ideas y sentimientos manifestados por esta.

## ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Implica aceptar al cliente tal como es, sin juicios, y valorarlo como persona merecedora de dignidad. Truax y Carkhuff (1967, citados en Goldstein y Myers, 1986) han distinguido **varios niveles de aceptación incondicional**; en el más alto, el terapeuta acepta al cliente como es, sin imponer condiciones, mientras que en el más bajo evalúa las conductas del cliente, expresa disgusto o desaprobación o expresa aprobación de un modo selectivo. En Goldstein (1980/1987, págs. 57-62), pueden verse los cinco niveles de la escala de Truax y Carkhuff con sus correspondientes ejemplos.

Se han distinguido **varios componentes** en la aceptación incondicional (Cormier y Cormier, 1991/1994; Goldstein y Myers, 1986):

- **Compromiso hacia el cliente.** El terapeuta demuestra su interés y disposición a ayudar al cliente. El terapeuta dedica un tiempo y sus habilidades y esfuerzos para comprender y ayudar al cliente; también se compromete en una relación en la cual dominan las necesidades e intereses del cliente, mientras que las exigencias personales del terapeuta quedan minimizadas. La preocupación por el cliente debe ser genuina (y no simulada; si este fuera el caso, habría que cambiar de terapeuta) y no rutinaria, y el cliente no debe sentirse agobiado ni culpable por la gran dedicación del otro.
- **Esfuerzo por comprender.** El terapeuta muestra este esfuerzo de varias maneras: escuchando atentamente, haciendo preguntas para obtener la visión del cliente sobre sí mismo, sus problemas y el mundo, verificando con el cliente las impresiones que ha obtenido de sus puntos de vista e indicando verbal y no verbalmente interés en comprender estos puntos de vista.
- **Actitud no valorativa.** Es importante **que el paciente perciba que se le acepta incondicionalmente como persona, sin emitir juicios de valor** sobre sus pensamientos, sen-

timientos y conductas. **Esto puede no ser fácil** cuando, por ejemplo, una persona dice que está engañando a su pareja, que desea suicidarse o que querría que un hijo estuviese muerto; compárense, por ejemplo, en este último casos dos posibles respuestas del terapeuta: “la vida con su hijo le resulta imposible” contra “¿no le hace sentir mal llegar a pensar esto?”. Sin embargo, que el terapeuta acepte esto como parte de una persona por la que se preocupa, **no significa que lo apruebe**.

Por otra parte, aunque ciertas acciones y pensamientos pueden parecer reprobables, hay que mantener una actitud no crítica hacia el hecho de que hayan ocurrido. Esto no quiere decir que no se pueda **hacer reflexionar al paciente sobre los pros y contras** y consecuencias personales y sociales de los mismos; pero esto debe ser visto como una muestra de interés hacia él y las metas del tratamiento en vez de como críticas o descalificaciones.

## AUTENTICIDAD

La autenticidad implica ser uno mismo, comunicar los propios sentimientos y experiencias internas. El terapeuta poco auténtico enmascara sus sentimientos y opiniones, muestra sonrisas forzadas y utiliza frases poco espontáneas o con doble sentido. Un buen terapeuta debe ser capaz de expresar algo de sí mismo. Sin embargo, **la espontaneidad total no es adecuada**; la expresión de experiencias, opiniones y sentimientos debe ser en beneficio del cliente. Beck et al. (1979/1983) han señalado que un terapeuta ha de **conjuguar la sinceridad con el tacto, la diplomacia y la oportunidad para no perjudicar al cliente o a la relación terapéutica**. En ciertos casos, la franqueza puede ser percibida como crítica, hostilidad o rechazo. La situación terapéutica requiere **saber qué decir o expresar, cómo y en qué momento**. Se considera positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese adecuadamente sentimientos de interés, aprecio, ánimo y aprobación, aunque sin caer en el exceso. La revelación de sentimientos negativos el algo más discutible y será tratada un poco más abajo.

Veamos varios **ejemplos**, el primero tomado de Bernstein y Nietzel (1980/1988, pág. 453):

- P: Me siento desamparado. Dígame que estoy haciendo mal en mi vida.
- T: (No conoce la respuesta. Congruencia.) Supongo que cuando te sientes tan mal piensas que sería bueno que alguien viniera y te dijera lo que estás haciendo mal y cómo puedes corregirlo. Realmente, desearía poder hacerlo, pero no puedo. (Podría añadirse que no puede hacerse en este momento, pero que lo más probable es que se vayan clarificando las cosas en las próximas sesiones.)
- T: (No conoce la respuesta. Incongruencia.) ¿No cree que sería mejor si usted lo resolviera? (Comunica sutilmente que él sabe lo que está mal, cuando no es verdad, pero no lo dice. Esto crea inferioridad en el cliente, pero no crecimiento.)
- P: Parece cansado, doctor.
- T: (Que realmente está cansado. Respuesta incongruente.) Oh, no, estoy bien. No se preocupe.
- T: (Que realmente está cansado. Respuesta congruente.) Tiene razón, estoy cansado, pero espero que no influya en la sesión de hoy.
- P: Realmente me he sentido mejor en muchas cosas desde que comenzamos a vernos. Si mi padre hubiera sido tan comprensivo como usted, pienso que mi niñez hubiera sido más fácil (pausa). Suena tonto, pero desearía que hubiera sido usted mi padre.
- T: (Comentario único del paciente.) Le agradezco de veras sus palabras. Usted y yo tenemos muy buen relación. Yo también me siento bien trabajando con usted.

T: (Comentario reiterado del paciente.) Usted y yo nos hemos visto en circunstancias favorables. Quizá si hubiéramos convivido durante meses o años habría descubierto que los terapeutas también somos humanos..., cometemos errores y no somos unos padres perfectos.

Cormier y Cormier (1991/1994) han distinguido **varios componentes** de la autenticidad:

- a) **Conductas no verbales** tales como contacto ocular, sonrisa y orientación corporal hacia el cliente.
- b) **Poco énfasis de su rol, autoridad o estatus por parte del terapeuta.**
- c) **Espontaneidad** o capacidad para expresarse con naturalidad, sin deliberar sobre todo lo que se dice y hace. El terapeuta poco espontáneo tiende a mostrarse inhibido en sus expresiones motoras (p.ej., gestos) y sus expresiones verbales se caracterizan por la estereotipia, el formalismo, la rigidez y/o la ambigüedad; no hay congruencia entre lo que siente, dice y hace. Sin embargo, la espontaneidad no implica verbalizar cualquier pensamiento o sentimiento al cliente, especialmente los negativos.
- d) **Autorrevelación.**

La autenticidad también incluye el **reconocer, en vez de negar, los propios errores** ante el cliente cuando este los señala (o los capta, pero no se atreve a hablar sobre ello) y se está de acuerdo en haberlos cometido. Si no se está de acuerdo, hay que aceptar la queja sin ponerse a la defensiva, preguntar al paciente en qué basa su afirmación y escuchar con la mayor objetividad posible. Caso de haber datos que apoyen la queja, hay que reconocer el error y manifestar que se hará lo posible para que no vuelva a suceder. Esta forma de actuar mejora la relación, siempre, claro está, que los errores no sean frecuentes ni importantes.

Las autorrevelaciones por parte del terapeuta –esto es, su **ofrecimiento controlado de información sobre sí mismo y sobre sus reacciones a la situación terapéutica**– pueden producir autorrevelaciones recíprocas por parte del cliente, aumentan la confianza de este en el terapeuta, facilitan que este sea visto de modo más favorable y pueden mejorar los resultados del tratamiento. Informaciones que los terapeutas suelen revelar, según los casos, son experiencia profesional, edad, estado civil, número de hijos, cómo han manejado ciertos problemas y opiniones y sentimientos positivos respecto al cliente y lo que sucede en la terapia. Mucho menos frecuente es la autorrevelación de sentimientos negativos y la información personal sobre temas religiosos y sexuales.

En el único **estudio experimental** realizado hasta el momento, Barrett y Berman (2001) hicieron que cada terapeuta tratara a dos clientes, de modo que con uno aumentaba el número de autorrevelaciones y con el otro limitaba su uso. Los clientes en la condición de mayor autorrevelación del terapeuta mejoraron más, al menos a corto plazo, e informaron de un mayor agrado hacia el terapeuta que los clientes en la condición de autorrevelación limitada. Sin embargo, no hicieron más autorrevelaciones ni estas fueron más íntimas. Los terapeutas fueron de edad similar a la de los clientes. Aparte de este, se han realizado **algunos estudios** no controlados en condiciones naturales con resultados contradictorios; unos han hallado una relación positiva entre la autorrevelación del terapeuta y el beneficio derivado del tratamiento, pero otros, no (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000).

Hay varios puntos importantes a destacar respecto a la autorrevelación:

- Las autorrevelaciones deben ser una **respuesta directa a preocupaciones expresadas por el cliente**. El terapeuta debe hacer autorrevelaciones cuando considere que va a ser **beneficioso para el cliente**. Un terapeuta que no tiene esto en cuenta puede autorrevelarse simplemente porque se identifica demasiado con el paciente o con un tema determinado, porque está muy centrado en sí mismo o porque busca reducir su ansiedad.

- Las autorrevelaciones deben **adaptarse a lo expresado por el cliente**. Sería un despropósito que tras decir un cliente que hoy es uno de los días en que se ha sentido peor, el terapeuta le dijera, aunque sea cierto, que para él en cambio ha sido uno de los días más felices. En este sentido, una autorrevelación eficaz debe ir acompañada de una actitud de **empatía**; si no es así, el terapeuta será visto como una persona egocéntrica.
- La mayor o menor **intimidad del contenido** autorrevelado debe depender de la fase de la terapia (menos intimidad al principio, ya que esto podría favorecer una relación de amistad o ser visto negativamente por el paciente), del nivel de intimidad empleado por el cliente y del grado de relación terapéutica. Algún grado de intimidad puede ser deseable, pero revelaciones muy íntimas no son beneficiosas y desdibujan los límites en los que debe mantenerse una relación terapéutica (Knox y Hill, 2003).
- Se aconseja que las autorrevelaciones sean **poco frecuentes y concisas**, para no robar tiempo de terapia ni protagonismo al cliente. De hecho, oscilan solamente entre el 1% y el 5% de las intervenciones del terapeuta (Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000), en principio más cerca del valor inferior. Un terapeuta que revela en exceso puede ser visto como poco merecedor de confianza, egocéntrico, preocupado por sí mismo o necesitado de ayuda. En el polo opuesto, un grado muy bajo de autorrevelación puede crear distancia.

Puede ser beneficioso, si es el caso, que el **terapeuta comunique la existencia de problemas pasados de algún modo similares a los del cliente y el modo en que logró superarlos** (Goldfried y Davison, 1976/1981). Ejemplos adecuados de autorrevelación de problemas pasados pueden ser aquellos relacionados con el manejo de los hijos, fumar, problemas de pareja, irritabilidad, preocupaciones y ataques de pánico. Este tipo de autorrevelaciones puede hacer aparecer al terapeuta más creíble y competente, ya que conoce y sabe manejar los problemas del cliente. Naturalmente, la cosa es muy diferente si el terapeuta informa sobre problemas que aún no ha resuelto; en este caso, es probable que el cliente no se sienta ayudado y que incluso se plantee en qué medida va a poder ayudarle un terapeuta con problemas similares a los suyos. Y aunque no se lo planteara, lo más probable es que el terapeuta no pudiera ayudarle.

Las autorrevelaciones pueden referirse también a los **sentimientos y percepciones que el terapeuta tiene sobre lo que sucede entre el cliente y él** en las sesiones de terapia. El terapeuta puede revelar sentimientos para ayudar al cliente a darse cuenta del impacto que produce en otros (“no sabe lo que me alegra oírle hablar así”) o para explorar las reacciones del cliente (“siento como si algo chirriase entre nosotros, ¿qué piensa usted?”).

Como es de esperar, se percibe mejor a los terapeutas que comparten sentimientos positivos que a los que expresan sentimientos negativos respecto a lo que ocurre en la sesión. **Algunos clínicos dicen que a veces es necesario revelar sentimientos negativos** (decepción, frustración e irritación), en concreto cuando estos son persistentes o interfieren a la hora de ser empático o de aceptar al cliente. Claro que **una alternativa mejor** podría ser enfocar la situación como un problema y buscar otras soluciones (p.ej., reestructuración de los propios pensamientos negativos, búsqueda de consejo por parte de un colega, etc.). Así, en vez de decir “es un poco decepcionante oírle decir esto otra vez”, podría decirse: “¿cómo cree que se sentiría X al oír decirle esto otra vez?”. Sea como sea, no es necesario en la mayoría de las ocasiones comunicar los sentimientos negativos experimentados. Además, **cuando se haga esto, hay que procurar:** a) preguntarse previamente si se hace en beneficio del cliente o para descargar ira, tensión o frustración; y b) hacerlo con tacto y evitar el tono crítico; por ejemplo, no es lo mismo decir “me irrita usted” que “me sabe mal cuando...”, aunque quizá algo más adecuado sería “me gustaría... (comportamiento alternativo deseado en el cliente)”.

En cuanto a la **autorrevelación de sentimientos positivos**, parece adecuada cuando tiene que

ver con los avances del cliente o con aspectos personales satisfactorios que este explica. Hay que ir con más cuidado cuando el cliente “cae bien”, ya que esto puede conducir a simpatizar (en vez de empatizar), ser más permisivo y/o mostrar demasiada cercanía.

La autorrevelación no debe hacer olvidar que la relación terapéutica es una relación profesional y no de amistad. El **intercambio sistemático de opiniones y emociones dentro de la terapia o el mantener contactos no profesionales fuera de la misma está desaconsejado**, ya que puede influir negativamente en el tratamiento.

## CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN

Se considerarán en este apartado otras características del terapeuta que favorecen la relación terapéutica: cordialidad, competencia, confianza, atracción y grado de directividad.

### CORDIALIDAD

La cordialidad implica **expresar verbal y no verbalmente interés y aprecio por el cliente y**, cuando es oportuno, **ánimo y aprobación**. Conductas no verbales que contribuyen a la cordialidad son el contacto visual, las sonrisas, la expresión facial de interés, los asentimientos de cabeza, la voz suave y modulada, la postura relajada, la inclinación corporal hacia la otra persona, proximidad física y, según los casos, un grado discreto de contacto físico (p.ej., mano sobre brazo).

El **contacto físico** puede ser muy útil en momentos de estrés emocional, pero puede ser malinterpretado por los clientes. De aquí que, antes de usarlo, un terapeuta debe plantearse si va a ser para el beneficio del cliente o el suyo propio, si el nivel de confianza que tiene con el cliente lo aconseja y cómo va a percibir el cliente el contacto físico (¿como muestra de apoyo, como signo sexual o como algo incómodo o aversivo?). Es fundamental tener en cuenta que el **comportamiento no verbal del terapeuta debe estar en consonancia con el clima de la terapia y el contexto de lo que está ocurriendo** entre terapeuta y cliente; así, una sonrisa indica proximidad con un paciente que cuenta un logro, pero no con otro que manifiesta lo vacío que se siente.

Es rara la persona que no responde a la cordialidad con cordialidad y a la hostilidad con hostilidad. Sin embargo, **el exceso de cordialidad puede dar lugar también a efectos perjudiciales**. Por ejemplo, el cliente puede sentirse demasiado **abrumado** o puede **malinterpretar** las intenciones del terapeuta, o bien, en el polo opuesto, puede llegar a **enamorarse** del terapeuta. Igualmente, la intimidad y cordialidad típicas de muchas relaciones terapéuticas pueden ser **aversivas para determinados clientes** (p.ej., personas hostiles o con trastorno de personalidad antisocial). En estos casos, y especialmente en las primeras etapas del tratamiento, es preferible un estilo de interacción amable, pero no tan cercano, y que satisfaga las mayores necesidades de autonomía. Por otra parte, **la cordialidad manifestada variará a menudo en función de la fase de la terapia**; conforme avanza esta, muchos clientes necesitan menos demostraciones explícitas de aceptación y aprobación (Beck et al., 1979/1983; Goldstein y Myers, 1986).

### COMPETENCIA

La **competencia** es la capacidad del terapeuta para ayudar a sus clientes a resolver sus problemas y mejorar su confianza en sí mismos (sensación de dominio y control). Por lo tanto, en un sentido amplio, incluye todas las habilidades necesarias para ello, ya sean de autoconocimiento, de autocontrol, relacionales o técnicas. Aparte de las características personales, fruto de la propia

historia de desarrollo, la competencia de un terapeuta está directamente relacionada con su nivel de **experiencia terapéutica** (la cual se suele definir como número de años de práctica psicoterapéutica, aunque sería mejor definirla como el número de horas de trabajo con pacientes) y con su nivel de **entrenamiento en la aplicación de programas específicos de tratamiento**.

Aunque los resultados de las revisiones y metaanálisis no son precisamente concluyentes (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994), la **experiencia terapéutica y el nivel de entrenamiento en programas específicos parecen estar asociados a mejores resultados terapéuticos** (Howard, 1999). Sin embargo, conviene hacer alguna matización: Un terapeuta muy experimentado, pero poco entrenado en la aplicación de un programa, es probable que obtenga peores resultados que un terapeuta menos experimentado, pero bien entrenado en dicho programa (Craske y Zucker, 2001). Por otra parte, partiendo de un entrenamiento similar, los terapeutas más experimentados pueden obtener mejores resultados que los menos experimentados (Huppert et al., 2001). Lo importante, más que el nivel de experiencia y entrenamiento en sí mismos, parece ser el **nivel de habilidad terapéutica adquirido** (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

Aunque la competencia real es importante, mayor parece ser el impacto de la **percepción que el cliente tiene** de la misma. Es decir, no basta con que un terapeuta sea competente, sino que el cliente debe percibirlo como tal. La competencia, ya sea real o aparente, **incrementa la confianza del cliente hacia el terapeuta**, y ambas cualidades están asociadas a mejores resultados del tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000). Los terapeutas percibidos como competentes tienden también a ser percibidos como creíbles.

Los clientes infieren la competencia en gran medida a partir de la conducta observable del terapeuta. Según Cormier y Cormier (1991/1994), las **conductas que contribuyen a la percepción de competencia son**: contacto ocular, disposición frontal del cuerpo, fluidez en el discurso, preguntas pertinentes y que estimulan el pensamiento, indicadores verbales de atención (seguimiento del discurso, falta de interrupciones, respuestas de atención), seguridad al presentarse, explicaciones o asociaciones entre las diferentes conductas de los clientes, preguntas que ayudan a que se concrete la información y ausencia de contradicciones en la información proporcionada. A esto puede añadirse que el terapeuta sepa hacer pensar en soluciones, sugerirlas o aplicarlas.

Además de lo anterior, en las fases iniciales de la terapia la competencia se infiere a partir de otras señales tales como la información previa recibida sobre el terapeuta (nivel de experiencia o práctica especializada, nivel de competencia, historial de éxitos), entorno en el que trabaja, títulos/diplomas/certificados que se tienen en la consulta, edad y estatus. Un mayor o menor **estatus del terapeuta viene indicado por** aspectos tales como títulos, cargos, apariencia, amplitud y decoración de la consulta, etc. Los terapeutas de alto estatus son más atractivos para aquellos clientes que son rígidamente respetuosos de la autoridad, pero no para aquellos que tienen actitudes más igualitarias (Goldstein y Myers, 1986). La reputación, el estatus y demás señales mencionadas tienen efectos que parecen limitarse a las primeras sesiones; a partir de estas, cobran gran importancia las demostraciones conductuales de la competencia.

Según Schmidt y Strong (1970, citados en Goldstein y Myers, 1986), **el terapeuta percibido como competente**:

a) da la mano al cliente, se acerca a él y le saluda empleando su nombre; b) parece interesado y tranquilo; c) presenta una apariencia cuidada, pero sin ser remilgado; d) habla al nivel del cliente y no es arrogante con él; e) adopta una posición sentada cómoda, pero atenta; f) centra su atención en el cliente y le escucha cuidadosamente; g) tiene una expresión cordial y es reactivo al cliente; h) su voz presenta inflexiones y vivacidad; i) cambia sus expresiones faciales y hace gestos con las manos; j) habla con fluidez, confianza y seguridad; k) se ha preparado la entrevista; l) sabe por qué ha venido el cliente y ha estudiado la información que tiene sobre él; m) hace preguntas directas y atinadas; sus preguntas hacen pensar y siguen una

progresión lógica; parecen espontáneas y conversacionales; n) desea ayudar al cliente a determinar si sus decisiones son correctas, pero no intenta cambiar enérgicamente las ideas de aquel; ñ) deja que el cliente sea el que más hable y no le interrumpe; o) se dirige rápidamente a la raíz del problema; p) señala las contradicciones en el razonamiento; q) hace recomendaciones y sugiere posibles soluciones.

**Otras acciones que los clientes consideran útiles en los terapeutas** son introducir nuevas perspectivas, facilitar la resolución de problemas, clarificar cuestiones, enseñar a tomar conciencia, mostrar comprensión, aumentar la implicación del cliente, tranquilizar y mantener contacto personal. Por el contrario, **acciones no consideradas útiles** son poner de manifiesto pensamientos no deseados, introducir temas no relacionados, hacer responsable al cliente de sus sentimientos, distanciarse de los problemas del cliente y hacer interpretaciones inaceptables (Elliot, 1985, citado en Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). En un estudio con personas mayores deprimidas, los **terapeutas exitosos se distinguieron de los que no lo fueron en** centrarse en las experiencias internas de los clientes, alentar a estos a expresar sus sentimientos negativos hacia los demás, establecer metas explícitas de tratamiento y dirigir la atención del cliente hacia cuestiones que parecieron centrales en los problemas presentados (Gaston y Ring, 1992, citado en Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

Una **manera de aumentar la competencia percibida del terapeuta antes del primer contacto** con el cliente consiste en que este escuche a una persona describir brevemente ciertas características positivas del terapeuta. Este mismo procedimiento puede utilizarse a la inversa para incrementar la atracción del terapeuta hacia el cliente (Goldstein y Myers, 1986).

## CONFIANZA

La confianza es la percepción del cliente de que el terapeuta trabajará para ayudarle y de que no le engañará o perjudicará de ningún modo. La confianza en el terapeuta está asociada a mejores resultados del tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). La confianza viene determinada por la percepción por parte del cliente de varias características del terapeuta: 1) **competencia**; 2) **sinceridad** (a la cual contribuyen la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal, y la consistencia entre las palabras y los hechos); 3) **motivos e intenciones del terapeuta** (cuanto más claro tenga el cliente que es por sus intereses y no por los del terapeuta que este está trabajando, mayor será la credibilidad); 4) **aceptación sin juicios de valor** de las revelaciones del cliente; 5) **cordialidad**; 6) mantenimiento de la **confidencialidad**; 7) **dinamismo y seguridad** del terapeuta manifestados a través de los gestos, la mirada, el volumen, la entonación, el lenguaje vivo y la muestra de interés; y 8) **respuestas no defensivas a las “pruebas de confianza”** (Cormier y Cormier, 1991/1994; Goldstein y Myers, 1986).

Según Fong y Cox (1983, citado en Cormier y Cormier, 1991/1994), los clientes pueden poner en marcha maniobras sutiles para obtener datos sobre el grado en que pueden confiar en el terapeuta (pruebas de confianza). Estos autores han distinguido seis formas típicas:

- **Solicitar información (o ¿Puedes entenderme o ayudarme?).** Al hacer algunas preguntas (p.ej., ¿tienes hijos?, ¿cuánto tiempo llevas casado?, ¿has visto a muchos pacientes como yo?), los clientes pueden estar buscando no una respuesta objetiva, sino si el terapeuta es capaz de comprenderles. Una posible respuesta a la primera pregunta sería: “Sí, tengo dos hijos. Me pregunto si crees que puedo entenderte mejor por el hecho de tener hijos”.
- **Relatar un secreto (o ¿Puedo mostrarme vulnerable o correr riesgos contigo?).** Los clientes pueden revelar secretos (p.ej., una infidelidad conyugal, un aborto) para observar

las reacciones del terapeuta y comprobar si es seguro autorrevelar aspectos personales. Un terapeuta debe responder con aceptación no valorativa, confidencialidad y sin explotar la vulnerabilidad del cliente.

- **Pedir un favor (o ¿Puedo confiar en ti?).** Los clientes pueden pedir al terapeuta favores, adecuados o inadecuados, y esta petición puede ser una prueba de confianza. Un paciente puede pedir prestado un libro, ser visitado en su casa o que el terapeuta comunique cierta información a alguien de la familia. Si el favor es razonable, se responde afirmativamente y, lo que es fundamental, se cumple lo prometido. Si el favor no es razonable, se indican al cliente directamente, pero con tacto, los motivos que impiden la respuesta afirmativa; no es aconsejable poner excusas, acceder a realizar el favor o decir que sí para luego no cumplir lo prometido.
- **Subvalorarse (o ¿Puedes aceptarme?).** Un cliente puede subvalorarse para ver el grado de aceptación del terapeuta. En concreto, el paciente revela aspectos negativos propios (p.ej., uso excesivo de mentiras, descuido en el cuidado de los hijos) y observa las reacciones verbales y no verbales del terapeuta. Este debe responder neutralmente (p.ej., mediante asentimiento no verbal, paráfrasis o reflejo) en vez de juzgar las acciones del cliente.
- **Molestar al terapeuta (o ¿Dispones de límites firmes?).** Esto puede conseguirse cancelando citas en el último momento, cambiando las horas de las citas, llegando tarde, solicitando hacer una llamada telefónica durante la sesión o cambiando el orden del día a mitad de la sesión. Si esto ocurre un par de veces sin causa justificada, el terapeuta debe responder directamente y establecer límites. Así, con un paciente que lleva dos sesiones llegando tarde puede hacersele ver que si se prolonga la sesión, se perjudica a los clientes que vienen después y si se termina puntual, la sesión es más breve; a partir de aquí se le pregunta si puede comenzarse a la hora o conviene cambiar de horario.
- **Preguntar por las razones del terapeuta (o ¿Es real tu interés?).** Una forma que tienen los clientes de evaluar la sinceridad del terapeuta es buscar la respuesta a una pregunta del tipo “¿Te interesas realmente por mí o sólo porque es tu trabajo?”. La pregunta al terapeuta puede ser tan directa como esta o hacer referencia al número de clientes que atiende, a cómo es capaz de discriminar y acordarse de los distintos clientes o a si piensa en el cliente durante la semana. El terapeuta debe responder con una frase que indique su interés (supuestamente genuino) por el cliente. Así, si un paciente le dice al terapeuta que debe ser muy cansado atender a varios clientes, el terapeuta puede reconocerle que supone un gasto de energía, pero que conserva suficiente energía para dedicársela a él.

Un resumen de estas seis pruebas de confianza y ejemplos de frases de los clientes y de respuestas apropiadas e inapropiadas del terapeuta puede verse en Cormier y Cormier (1991/1994, págs. 97-98).

## ATRACCIÓN

Suele haber una correlación positiva entre la percepción de un terapeuta como atractivo y los resultados del tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). Los clientes infieren la atracción a través de la amabilidad y **cordialidad** del terapeuta y de la similitud de este con ellos (Cormier y Cormier, 1991/1994). La atracción puede ser física e interpersonal. La primera influye sobretudo en la fase inicial de la terapia, pero la segunda es mucho más importante que la primera a lo largo de todo el proceso. **Contribuyen a la atracción interpersonal** el contacto ocular, la disposición frontal del cuerpo, la sonrisa, asentir con la cabeza, la voz suave y modulada, las muestras de



comprensión, cierto grado de autorrevelación y acordar con el cliente qué objetivos se persiguen y qué se va a hacer en cada fase de la terapia.

## GRADO DE DIRECTIVIDAD

La directividad viene definida por el grado en que se **dan instrucciones, se proporciona información y retroalimentación, se hacen preguntas para obtener información, se ofrece ayuda específica, se estructuran y delimitan tareas, se anima a realizarlas, se desafían las ideas del paciente**, etc. Tanto el **exceso como el déficit de directividad son negativos**. En el primer caso se dificulta que el cliente aprenda a ser más autónomo a la hora de analizar y modificar sus problemas. En el segundo, se priva al cliente de una ayuda que necesita para resolver sus problemas.

Lo importante parece ser adecuar el grado de directividad a lo que los clientes esperan. En general, la **conveniencia de ser más o menos directivo depende de una serie de factores** tales como (Beck et al., 1979/1983; Goldfried y Davison, 1976/1981; Segura, 1985):

- **Tipo de problema:** a mayor gravedad del cuadro y menor grado de autocontrol por parte del cliente, mayor directividad.
- **Locus de control** del cliente: cuanto más externo, mayor directividad, al menos inicialmente. El locus de control hace referencia al grado en que los acontecimientos que le suceden a uno son considerados producto del propio comportamiento (control interno) o de la suerte, el destino o los otros (control externo).
- **Libertad de elección** que el cliente cree que tiene: a menor libertad percibida, menor directividad. Por ejemplo, conviene, en general, ser menos directivo con un cliente que no viene a la consulta por propia iniciativa.
- **Fase de la terapia:** cuanto más avanzada la terapia, más debe animarse al cliente a tomar la iniciativa (p.ej., planificar el orden del día de las sesiones y las actividades entre sesiones) y a hacer las cosas por sí solo. Por otra parte, la directividad no es conveniente, por lo general, en el primer contacto con el cliente, para así favorecer la expresión libre de este.
- **Sexo, cualificación profesional y edad del cliente.** Según un grupo de investigación, las mujeres y las personas con mayor cualificación profesional prefieren una menor directividad, mientras que la preferencia por esta es más acusada conforme aumenta la edad (Navarro et al., 1987a, 1987b).

Seligman (1990, citado en Kleinke, 1994/1995) recomienda adoptar un **acercamiento directivo con los siguientes tipos de clientes:** a) dispuestos a ser dirigidos, b) motivados para alcanzar metas específicas, c) gravemente perturbados o frágiles, d) en situación de crisis, o e) con dificultad para establecer límites.

En general, se aconseja ser **lo menos directivo que las condiciones permitan**. Siempre que sea posible, es mejor ayudar al cliente a descubrir soluciones que dárselas directamente; y en caso de hacer esto último, es más aceptable plantearlo en forma de sugerencias que de algo que hay que hacer. Las acciones o **tareas** que conviene que el cliente realice entre sesiones **deben ser acordadas** con este en vez de simplemente prescribirlas. En lugar de decirle a un paciente “si quiere lograr X, tiene que hacer Y”, funciona mejor decir “esto es algo que suele funcionar para lograr X, ¿qué piensa usted al respecto?”. Por otra parte, si un paciente va a llevar a cabo alguna **acción que el terapeuta considera nociva**, este puede hacerle reflexionar sobre las consecuencias de la misma en vez de decirle directamente que no la haga o enumerarle dichas consecuencias.

## OTRAS PAUTAS PARA POTENCIAR LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Wolberg (1967, citado en Goldstein y Myers, 1986) ofrece una serie de guías y **aconseja que el terapeuta evite lo siguiente**: exclamaciones de sorpresa negativa, expresiones de excesiva preocupación, juicios moralistas, manifestaciones de impaciencia, falsas promesas, discusiones políticas o religiosas, afirmaciones dogmáticas, manifestaciones de intolerancia, tranquilizaciones innecesarias, disputas o polémicas con el cliente, agobiar al cliente con sus propias dificultades, quitar importancia a los aspectos positivos del cliente, culpar al cliente por sus fallos, explorar material traumático cuando existe una gran resistencia, hacer interpretaciones profundas prematuras y criticar, amenazar, ridiculizar o rechazar al cliente.

Ackerman y Hilsenroth (2001) revisaron diversos estudios empíricos que pusieron de manifiesto que la **relación terapéutica se vio negativamente afectada en** aquellos casos en que el terapeuta se mostró rígido, tenso, cansado, aburrido, defensivo, crítico, culpabilizador, distante o distraído. También tuvo un impacto negativo no estructurar las sesiones o estructurarlas en exceso, realizar interpretaciones inflexibles, hacer autorrevelaciones sobre conflictos personales (no resueltos), pasar por alto las manifestaciones de resistencia del cliente (p.ej., comentarios de descontento o desacuerdo), conceder poca importancia a los temas que interesan al cliente y usar inapropiadamente los silencios.

Asimismo, **se aconseja** mantener una mentalidad abierta, incluso hacia las actitudes irracionales, respetar el derecho del cliente a expresar valores y preferencias diferentes de los del terapeuta y hacer comentarios amables o comprensivos cuando esté indicado. **Ejemplos** de respuestas del terapeuta cumpliendo e incumpliendo estas guías pueden verse en Goldstein (1980/1987, págs. 68-74; véase también Goldstein y Myers, 1986, págs. 54-60).

El **humor** es también una habilidad importante. Las personas con sentido del humor reaccionan mejor ante situaciones estresantes y manejan más eficazmente sentimientos negativos como la tristeza, malestar e ira. La idea es que el terapeuta sea capaz de no tomarse demasiado en serio, ni a sí mismo ni a las cosas. El humor puede conseguirse mediante **ironía, bromas suaves, anécdotas, juegos de palabras**, etc. Lo mejor es el **humor espontáneo**, aquel que se deriva de algo que se ha dicho o de algo que ha ocurrido en la situación.

El humor empleado con medida y **adaptado a la situación y al cliente** es muy útil para **reducir el nivel de tensión y salvar momentos de apuro**. En situaciones tensas, el **terapeuta puede lograr una distensión dirigiendo el humor contra sí mismo**. Cuando el humor es burdo, grosero, sarcástico o abusa de la ironía, pierde su eficacia y puede llegar a ser contraproducente. En general, **no es recomendable** emplear el humor cuando el paciente no conoce aún al terapeuta y/o cuando se sospecha que puede interpretarlo como ofensa, desinterés o falta de comprensión.

En referencia al sexo, edad y etnia del terapeuta, casi no se han llevado a cabo estudios controlados. **El sexo del terapeuta no parece ser una variable relevante en general** en cuanto a los resultados del tratamiento. De todos modos, hay datos de que pueden obtenerse mejores resultados cuando terapeuta y cliente son del mismo sexo; quizá esta similitud sea más importante en determinados problemas (ansiedad heterosocial, baja asertividad, disfunciones y desviaciones sexuales, violación, violencia doméstica). Finalmente, hay algunos estudios en que los terapeutas femeninos han sido más eficaces que los masculinos. Para una revisión, véase Bowman (1993).

La **edad** del terapeuta no parece estar relacionada con los resultados de la terapia. La **similitud de edad entre terapeuta y cliente** ha correlacionado débilmente con los resultados del tratamiento en algunos estudios, pero, en general, la diferencia de edad entre terapeuta y cliente no es una variable importante. De todos modos, **los terapeutas muy jóvenes pueden ser percibidos como más inexpertos**, lo que puede afectar negativamente a la credibilidad que inspiran; en este

caso, deben procurar aumentar su credibilidad basándose en aquellos aspectos que pueden controlar (p.ej., competencia, sinceridad, cordialidad, dinamismo).

Finalmente, en estudios norteamericanos no parece que los resultados de la terapia dependan de la **etnia** del terapeuta o de la **similitud étnica** entre terapeuta y cliente. Sin embargo, el porcentaje de abandonos del tratamiento es mayor cuando terapeuta y paciente pertenecen a etnias diferentes.

## HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

La comunicación verbal y no verbal entre cliente y terapeuta es una parte fundamental del proceso terapéutico. Este se resentirá más o menos gravemente si el terapeuta no escucha o no muestra que escucha, se expresa de modo poco claro o ambiguo, es poco específico en sus intervenciones verbales, carece de fluidez verbal, emplea un lenguaje poco adaptado al cliente, es excesivamente prolijo o conciso, no enfatiza las ideas importantes, no capta o no interpreta correctamente la comunicación no verbal del paciente o no sabe adecuar su comunicación no verbal al cliente y a la situación. En este apartado consideraremos varios tipos de competencias: de escucha, de acción y de entrevistador.

### HABILIDADES DE ESCUCHA

Escuchar implica atender a lo que el cliente comunica, procesar los datos atendidos y emitir respuestas de escucha verbales y no verbales. Muchas de estas respuestas son simples (mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”), mientras que otras son más complejas. Entre estas últimas, Cormier y Cormier (1991/1994) han distinguido las cuatro siguientes: clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis, las cuales se explican a continuación. Más información y ejercicios al respecto pueden encontrarse en Fernández y Rodríguez (2002a, 2002b).

#### Clarificación

Consiste en **pedir al cliente que aclare el significado de un mensaje vago, ambiguo o implícito**. Esto suele hacerse mediante cierto tipo de **preguntas** (“¿qué quiere decir cuando...?”, “¿puede aclarar qué...?”, “¿a qué se refiere con...?”) o bien **pidiendo** al cliente que explique lo mismo con otras palabras, que dé más detalles o que ponga algún ejemplo. A veces, se emplean **preguntas de comprobación** (“¿quiere decir que...?” o “¿está diciendo que...?”) cuando se quiere verificar que se ha comprendido bien el mensaje del paciente. Un ejemplo de clarificación sería el siguiente:

P: Tengo miedo de perder el control (durante un ataque de pánico).

T: ¿Qué quiere decir con “perder el control”?

P: Bueno, que me pondré a gritar y a correr, y toda la gente se dará cuenta y quedaré en ridículo.

Muchos términos y expresiones del lenguaje son ambiguos y es peligroso asumir que significan lo mismo para el paciente que para el terapeuta. Tampoco conviene permitir que el cliente soslaye información con expresiones como “ya sabe lo que quiero decir”, “usted ya me entiende”, etc.; puede responderse: “No, la verdad es que no acabo de entender lo que quiere decir; ¿puede ponerme un ejemplo?”. **Si una persona no clarifica** lo que quiere decir, puede solicitarse una

nueva aclaración y emplear, si es preciso, preguntas cerradas para concretar el posible significado de la información. **Si un cliente muestra renuencia** a clarificar algo, puede restársele dramatismo al tema (p.ej., haciendo referencia a lo que otras personas con problemas similares comentan) o posponer el abordaje del mismo.

Conviene tener en cuenta que cuando un cliente está **exponiendo un problema por primera vez**, conviene dejarle hablar y **no interrumpirle solicitando clarificaciones frecuentes**; estas pueden hacerse más adelante una vez que ha tenido la oportunidad de expresarse y ser escuchado. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 88-92) presentan varios ejercicios de clarificación.

## Paráfrasis

En concreto, la paráfrasis consiste en **recapitular con otras palabras o expresar resumida y organizadamente el contenido principal del mensaje del cliente**. No es conveniente emplear las mismas palabras de este ni repetirlo todo, sino expresar de un modo claro con las propias palabras las ideas clave del paciente cuando se considere oportuno hacerlo. Veamos dos ejemplos:

- P: Sé que estar sentada o permanecer en la cama todo el día no favorece mi depresión.  
 T: Ya sabes que estar sentada o en la cama no te es de ayuda (Mala paráfrasis, ya que implica una cierta recriminación).  
 T: Te has llegado a dar cuenta de que salir y hacer cosas te ayudará a reducir tus sentimientos depresivos (Paráfrasis más eficaz que persigue reforzar la comprensión alcanzada por el cliente y animarle a profundizar en el mensaje expresado.)
- P: ¿Cómo voy a decirle a mi marido que quiero divorciarme? No sé cómo se lo va a tomar y puede pensar que estoy loca. Tengo miedo de decírselo.  
 T: Parece que, debido a las posibles reacciones de tu marido, no has encontrado el modo de decirle que quieres poner fin a vuestra relación. (Quizá, como alternativa a la paráfrasis o como complemento de la misma, podría preguntarse a la cliente qué es lo que teme que pase exactamente si se lo dice a su marido.)

La paráfrasis puede emplearse con diversos **propósitos**: a) comunicar al cliente que se ha comprendido su mensaje y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se le dice; b) reforzar ideas expresadas por el cliente; c) animarle a profundizar en ciertas ideas o pensamientos o a centrarse en determinada situación, suceso o conducta; d) clarificar la esencia de un problema y ayudar así a tomar decisiones; y e) enfatizar el contenido cuando se considera prematuro o contraproducente centrarse en los sentimientos. **Sin embargo**, un uso excesivo puede dar la impresión al paciente de que el terapeuta no aporta nada a lo que él está contando. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 68-70, 99-107) presentan varios ejercicios de paráfrasis.

## Reflejo

El reflejo implica la **expresión por parte del terapeuta de los sentimientos del cliente, tanto de los explícitos como de los implícitos**. Estos últimos son inferidos a partir de expresiones previas del paciente, comportamiento no verbal de este y/o conocimiento que se tiene del cliente o de la situación referida. En otras palabras, a través del reflejo, el terapeuta expresa, cuando lo considera oportuno, la parte afectiva del mensaje del cliente junto con el contexto o situación a que se refieren los sentimientos. El reflejo no excluye el uso de la paráfrasis (de hecho, suele incluirla), pero implica siempre la repetición de un componente emocional. Veamos varios **ejemplos**:

- P: Cuando mi hijo murió...; al llegar vi que tenía la cabeza tapada. Quedé clavada. Me

llevaron a la cama y me pusieron una inyección. Desde entonces ya no soy la misma. Mi hijo murió en abril, pero hasta junio no me di cuenta verdaderamente de que había muerto. Pienso que de ninguna manera debí haber dejado que me pusieran la inyección. Cuando vi a mi hijo muerto, le dejé marchar sin darle un beso de despedida.

T: Siente como si tuviera un asunto pendiente con su hijo, como si tuviera algo dentro que le hubiera gustado expresarle.

P: Cuando descubrí que mi mujer me engañaba (*dicho con tono de enfado*),..... ¿Qué puedo hacer? ¿Seguir, dejarla, eh...? No estoy seguro.

T: Al parecer está enfadado con la actuación de su mujer y se siente confuso (buen reflejo).

T: Parece que está bastante enfadado con su esposa (no refleja el estado de confusión).

T: Me da la sensación de que está furioso y con ganas de vengarse porque ha descubierto que su mujer le engaña (no refleja el estado de confusión; además, la emoción reflejada de furia es más intensa que la de enfado y el deseo de venganza es una inferencia a confirmar por parte del cliente).

P: No hay nada interesante. Todos mis amigos se han marchado. Desearía tener dinero para poder hacer algo diferente.

T: No encuentras nada interesante que hacer ahora que tus amigos se han ido y no dispones de dinero (paráfrasis).

T: Te sientes aburrido al no tener amigos y dinero (reflejo).

Tanto la paráfrasis como el reflejo implican la recapitulación de aspectos del mensaje del cliente. Pero mientras que la primera recapitula el contenido del mensaje (haciendo referencia a situaciones, acontecimientos, ideas, personas y/u objetos), el segundo expresa los sentimientos o parte afectiva del mensaje. El **reflejo de los sentimientos implícitos no debe ser empleado hasta** que el cliente acepte el reflejo de los sentimientos explícitos, ya que si no, es probable que se produzcan respuestas de negación.

El empleo del reflejo implica **captar los sentimientos expresados explícita o implícitamente por el cliente a través de su conducta verbal y no verbal**. Cormier y Cormier (1991/1994) presentan en la página 152 una lista de términos afectivos de uso frecuente (clasificadas por tipo de emoción y nivel de intensidad; véase también Fernández y Rodríguez, 2002a, pág. 39) y en el capítulo 4 diversas respuestas no verbales que comunican emociones. Una vez identificado el sentimiento, hay que **devolverlo al cliente con las propias palabras e intentando que estas correspondan al mismo tipo de afecto y nivel de intensidad** comunicado por el cliente. Así, una cosa es sentirse molesto y otra sentirse furioso; también pueden emplearse expresiones como “algo”, “bastante” o “mucho” para matizar la intensidad del afecto.

El reflejo puede emplearse con diversos **propósitos**: a) ayudar al cliente a sentirse comprendido y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se le dice; b) animarle a centrarse en los sentimientos y, de este modo, percatarse de su ocurrencia, intensidad o importancia; c) animarle a expresar más sentimientos sobre personas, sucesos o situaciones; d) permitirle discriminar entre diferentes tipos de sentimientos; e) no entrar en conflicto con un cliente que expresa sentimientos negativos sobre la terapia o el terapeuta. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 71-73, 99-107) presentan varios ejercicios de reflejo.

Conviene tener en cuenta que el **reflejo no es la única manera de que** un cliente se centre en sus sentimientos y hable sobre los mismos; las preguntas acerca de cómo un paciente se siente sobre algo pueden utilizarse con el mismo fin. Por otra parte, el uso continuado de reflejos en una sesión **puede ser visto negativamente** por algunos clientes, especialmente cuando estos esperan otro tipo de intervención (p.ej., apoyo, preguntas, información). Asimismo, centrarse en la expresión de los sentimientos **tampoco parece oportuno** cuando un paciente ya dedica un tiempo con-

siderable a ello, pero no toma ningún curso de acción, o se siente desbordado por sus emociones.

## Síntesis

Se define la síntesis o recapitulación como el **empleo de paráfrasis y/o reflejos que resumen lo que el cliente ha comunicado durante parte de una sesión o a lo largo de una o más sesiones**. Es frecuente al inicio y, especialmente, al final de las sesiones. La síntesis puede emplearse con diversos **propósitos**: a) unir los múltiples elementos (p.ej., afectivos, cognitivos, comportamentales, interpersonales, etc.) que ha ido comunicando el cliente para darles una estructura y/o clarificar la información; b) identificar temas comunes que se ponen de manifiesto después de diversas intervenciones del cliente o, incluso, de varias sesiones; c) hacer resúmenes de aspectos importantes; d) resumir el progreso logrado. Además, la síntesis, al igual que la paráfrasis y el reflejo, da la oportunidad al cliente de corregir la percepción del terapeuta.

**Ejemplos** de síntesis breves son los siguientes: a) Un paciente con trastorno de ansiedad generalizada ha hecho alusión de pasada varias veces en las últimas sesiones a dificultades en su vida de pareja. El terapeuta podría decir: “En las últimas sesiones se ha referido varias veces a problemas con su pareja. Quizás deberíamos hablar sobre ello”. b) Un cliente alcohólico ha venido reconociendo en las últimas sesiones que beber no le beneficia a la larga y que su mujer le amenaza con la separación, pero que no puede dejarlo porque le ayuda a sentirse mejor y a superar el estrés laboral. Una posible síntesis sería: “Parece que los sentimientos de calma y bienestar que te proporciona el alcohol son más importantes para ti que los problemas familiares”. Otros ejemplos pueden verse en Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 40-41), los cuales presentan también varios ejercicios de síntesis (págs. 74-79). Un ejemplo de síntesis adaptado de los autores anteriores (pág. 40) es el siguiente:

- P: ¡Fue un horror! Primero me invitó a merendar. ¡Y se le ocurrió llevarme a una pizzería! Yo no le iba decir que no, porque no quería darle explicaciones. Pidió una pizza de esas de pasta gorda que tienen de todo, aceitunas negras, que antes me gustaban muchísimo, porque no sabía cuántas calorías tiene una aceituna, con piña y con mucho orégano. Menos mal que me atreví a pedir agua, porque él ya quería pedirme una coca-cola enorme... coca-cola normal, no *light*, que tiene un porrón de calorías. Él engullía sus trozos de pizza sin dejar de mirarme ni de hablar. Y yo le seguí y me terminé mi mitad entera, casi a la vez que él. Me sentí hinchada, como si fuera a explotar. Y me sentí también una idiota, que había echado a perder todo mi esfuerzo por hacer caso al primer tío que me dice algo halagador. Porque ¿cuánto tiempo puede tardar un tío como ese –que me gustaba, porque claro que me gustaba– cuánto tiempo puede tardar en darse cuenta de que no soy capaz de hacer nada de lo que me propongo? Me fui al baño y lo vomité todo. Me costó más que antes, porque he perdido práctica, pero lo vomité absolutamente todo. Me sentí mucho mejor. Pero está claro que nunca voy a dejar de vomitar. Pidió dos platos y me puso justo la mitad, que tampoco es lógico porque él es mucho más alto que yo. Y se puso a hablar y a hablar diciéndome cosas que hacía mucho tiempo que no oía yo decirme a un chico. Por ese lado yo estaba como en la gloria.
- T: Comiste más de lo que te permites a ti misma para no tener que darle explicaciones, ya que te encontrabas muy a gusto con él. Pero te sentiste culpable por no haber sido capaz de mantener tus límites y volviste a vomitar. Crees que no eres capaz de hacer lo que te propones y que no vas poder dejar de vomitar.

## COMPETENCIAS DE ACCIÓN

A diferencia de las respuestas de escucha, las respuestas de acción reflejan un estilo más directivo por parte del terapeuta y van dirigidas a facilitar el cambio por parte de los clientes. Para

que sean efectivas, deben estar **fundamentadas en la escucha previa** del cliente. Cormier y Cormier (1991/1994) han distinguido cuatro respuestas principales de acción que se explican a continuación: preguntas, confrontación, interpretación e información. Más información y ejercicios al respecto pueden encontrarse en Fernández y Rodríguez (2002a, 2002b).

## Preguntas

Las preguntas pueden hacerse con **distintos propósitos**, aparte del de **clarificación** ya comentado anteriormente. Por una parte, las preguntas pueden emplearse con fines de evaluación para solicitar **nueva información** sobre los problemas y características del cliente o sobre factores relacionados con dichos problemas. Por otra parte, y con una finalidad de cambio terapéutico, pueden hacerse preguntas para **hacer reflexionar** al paciente sobre algún aspecto o facilitarle la consideración de nuevas perspectivas sobre sus problemas o para que cambie sus comportamientos.

Las preguntas pueden ser abiertas o cerradas. Las **preguntas abiertas** solicitan información amplia sobre un tema –no reducible a un “sí” o “no” o a un dato concreto– y muchas suelen empezar por “qué”, “cuál”, “cuándo”, “dónde” y “cómo”. Son útiles para iniciar la entrevista, introducir nuevos temas, lograr mayor información, solicitar ejemplos específicos y motivar al cliente a comunicarse. Ejemplos de preguntas abiertas son: “¿en qué otras situaciones aparece este miedo?, ¿qué cosas hacen que este miedo se agrave?, ¿cómo se las arregla usted para manejar este miedo cuando no puede evitar la situación?, ¿a qué cree usted que se debe que se sienta de este modo?”. Las preguntas pueden hacerse también de forma no directamente interrogativa: “Cuénteme algo más sobre esto”, “me gustaría que me hablara más extensamente sobre este tema”. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 80-84) presentan varios ejercicios de preguntas abiertas.

Las **preguntas cerradas** pueden contestarse con un “sí” o “no” o con una respuesta muy breve y siguen a las anteriores para precisar la información obtenida, identificar parámetros de un problema y contrastar hipótesis formuladas. También son una de las estrategias disponibles con clientes que divagan o hablan demasiado o con pacientes a los que les cuesta inicialmente hablar de sus problemas. Ejemplos de preguntas cerradas son: “en una escala de 0 a 10, ¿dónde situaría su nivel de depresión?, ¿este estado de ánimo deprimido es más acusado por la mañana o por la tarde?”, “¿cree que puede sufrir un infarto?”, “¿cuántas copas bebe al día? Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 85-87) presentan varios ejercicios de preguntas cerradas.

El empleo frecuente de preguntas cerradas puede ser visto como un **interrogatorio** e incrementar la falta de cooperación en clientes resistentes y también en niños y adolescentes; a estos últimos puede recordarles el estilo empleado muchas veces por padres y maestros. En el caso de facilitar alternativas de respuesta en las preguntas cerradas, hay que procurar que no sea sólo una, sino varias, de modo que **se eviten las sugerencias de respuesta**. En este sentido, conviene tener en cuenta también la forma en que se formula una pregunta; no es lo mismo, por ejemplo, preguntar “¿le fue bien ese tratamiento?” que “¿cómo le fue ese tratamiento: mal, regular, bien?”.

### Pautas aconsejables a la hora de hacer preguntas son:

- **Tener claro el propósito que se persigue.** ¿La pregunta es terapéuticamente útil o simplemente satisface la curiosidad o alguna necesidad personal del terapeuta?
- Emplear el **método hipotético-deductivo para generar nuevas preguntas** que obedezcan a un motivo bien definido. En función de la información recogida, el terapeuta genera hipótesis que relacionan distintos acontecimientos y/o conductas entre sí. **De las hipótesis se deducen preguntas encaminadas tanto a confirmarlas como a refutarlas.** Esto

último es muy importante ya que así se limita el peligro de distorsionar la información y de orientar la exploración en un sentido a costa de otros. Este peligro disminuye también si se procura **no generar y comprobar hipótesis demasiado rápidamente**, esto es, antes de haber obtenido una información suficiente a nivel puramente descriptivo.

- **Moderar el empleo de las preguntas en qué haya un “por qué”**, ya que pueden tener una connotación acusatoria, poner al cliente a la defensiva y facilitar la racionalización o un “no sé” como respuesta. En vez de “por qué”, pueden emplearse otras expresiones como “qué le lleva a...”, “qué le hace...”, “a qué cree usted que es debido...”, “qué motivo tuvo...”, “qué cree usted que pasaría si... (hiciera o no hiciera tal cosa)”, las cuales facilitan que las respuestas sean más descriptivas.

**Alternativas a la pregunta “¿Por qué te peleas frecuentemente con tus compañeros?”** dirigida a un adolescente podrían ser “¿A qué crees que se deben esas peleas frecuentes con tus compañeros?” o “¿Qué es lo que desata esas peleas frecuentes con tus compañeros?”. Otras alternativas son “¿Qué motivos te impulsan a pelearte frecuentemente con tus compañeros?” o “¿Qué te hace pelearte frecuentemente con tus compañeros?”, pero quizá sean menos adecuadas, ya que, al utilizar el pronombre “te”, pueden sugerir que la responsabilidad de las peleas radica especialmente en el adolescente.

- **Resistir la tentación de hacer preguntas intempestivas** cuando alguna idea nos viene a la cabeza, pero no conviene interrumpir al paciente o cambiar de tema. En estos casos, es mejor **apuntar la idea** para utilizarla más tarde en el momento oportuno. Hay que evitar las interrupciones frecuentes o con poco tacto.
- Emplear un **lenguaje que sea comprensible para el paciente**. Es aconsejable emplear este tipo de lenguaje y evitar las imprecisiones y vaguedades, los términos desconocidos para el cliente, las preguntas excesivamente largas o complejas y el lenguaje técnico y abstracto (p.ej., es mejor hablar de sensaciones que de reacciones psicofisiológicas). De todos modos, cuando se considere necesario emplear algún término técnico, debe explicarse previamente el significado del mismo al cliente. Por otra parte, aunque resulta útil conocer la jerga de aquellas personas que pertenecen a determinados grupos (adolescentes, drogodependientes, reclusos), el empleo excesivo de dicha jerga por parte del terapeuta puede dar sensación de artificialidad y tener efectos negativos.
- **Formular una sola pregunta cada vez** en lugar de una serie de preguntas. Un ejemplo de esto último es: “¿Puede decirme cuánto mide y pesa usted, y cuánto le gustaría pesar?”. Además, la manera más fiable de obtener la estatura y el peso de un cliente es medirle y pesarle; los datos autoinformados pueden desviarse bastante de los datos objetivos, especialmente en el caso del peso.
- **Dejar al paciente tiempo** para pensar la respuesta y tiempo para responder.
- Realizar conjuntos de **preguntas en torno a aspectos temáticos, sin agotarlos necesariamente, pero evitando al mismo tiempo ir saltando de tema a tema**.
- **Evitar preguntas acusadoras**, ya sea por su contenido (p.ej., bastantes de las que emplean “por qué”) o por el tono de voz utilizado. Otro ejemplo sería: “¿No se siente usted mal al desear engañar a su pareja?”. Más que intentar comprender cómo se siente el cliente, el terapeuta cree que una persona debería sentirse mal en esas circunstancias y formula un juicio de valor. Además, la expresión “engañar a su pareja” tiene una connotación emocional que puede ser vivida negativamente por el cliente; por tanto, sería deseable utilizar una expresión descriptiva y no valorativa. Una forma alternativa de plantear la pregunta podría ser: “¿Cómo se siente usted cuando desear tener relaciones



sexuales con X (p.ej., un amigo de su pareja)?”.

## Confrontación

La confrontación consiste en que el **terapeuta describa específicamente (y no en términos vagos) al cliente una posible discrepancia entre** dos de sus mensajes verbales, su comunicación verbal y no verbal, lo que dice y lo que hace o lo que dice el cliente y lo que afirman otras personas. Posibles **finalidades** de la confrontación son aclarar posible discrepancias que se consideren importantes y ayudar al cliente a ser más consciente de las mismas, explorarlas y resolverlas. A continuación se presentan varios ejemplos de discrepancias y confrontaciones. Asimismo, Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 108-110) presentan varios ejercicios de confrontación.

- **Dos mensajes verbales.** En la misma o distintas sesiones el cliente dice por un lado que adora a sus hijos y por otro que no los tendría si volviera a comenzar de nuevo. Terapeuta: “Dices que adoras a tus hijos y al mismo tiempo afirmas que no volverías a tenerlos. ¿Puedes decirme algo más sobre esto?”.
- **Comunicación verbal y no verbal.** El cliente dice que no le importa lo que haga uno de sus hijos con su vida, pero al mismo tiempo se pone tenso y se retuerce las manos. Terapeuta: “Dices que no te importa lo que haga tu hijo, pero al decir esto te has puesto tenso y has retorcido tus manos. ¿Qué te hace pensar esto?”.
- **Mensaje verbal y acción.** El cliente dice que es crucial plantearle ya a su pareja su insatisfacción con la relación, pero al cabo de dos semanas todavía no lo ha hecho. Terapeuta: “Planteaste que debías comunicar a tu pareja lo insatisfecho que estás con vuestra relación y todavía no lo has hecho. Podríamos explorar este punto”.
- **Mensaje verbal propio y de otro.** Un cliente deprimido dice que se levanta cada mañana a las 9 tal como se había acordado, pero al hablar por teléfono con su pareja (con el permiso del cliente), esta dice que no se levanta antes de las 12. Terapeuta: “Como usted ya sabe, hablé por teléfono con su mujer; ella me dijo que usted se queda en la cama hasta las 12 mientras que yo le entendí a usted que se levantaba a las 9. Me gustaría que me dijera algo sobre esto”.

**Al formular una confrontación** suele ser preferible evitar términos como “pero” o “sin embargo”. En su lugar puede emplearse la conjunción “y” o expresiones del tipo: “por un lado...; por otro...”, “por una parte...; al mismo tiempo...”. Así, la frase anterior “Dices que no te importa lo que haga tu hijo, pero al decir esto te has puesto tenso y has retorcido tus manos” podría formularse de este otro modo: “Por un lado dices que no te importa lo que haga tu hijo; por otro, te has puesto tenso y has retorcido tus manos al decir esto”. Por otra parte, conviene añadir **al final de la formulación algún tipo de pregunta** para facilitar que el cliente se centre en la discrepancia señalada y responda a la misma. Posibles preguntas son: “¿qué te parece esto?”, “¿cómo relacionas estas dos cosas?”, “me gustaría que me dijera algo sobre esto”.

El terapeuta debe ser consciente de sus propios motivos para emplear la confrontación. Esta debe ser utilizada con las finalidades arriba señaladas y **no para expresar frustración, rabia o cualquier otra emoción negativa hacia el cliente**. La confrontación ha de hacerse con tacto, de modo que el cliente perciba interés y **no ataque o inculpación**. Por ejemplo: “según me ha contado usted ahora,...; por otra parte, el otro día me había comentado que...”; sería un error decir algo así como: ¿puede explicarme por qué ahora me dice... mientras que el otro día comentó que...?”. Para evitar la culpabilización, es útil considerar a la incongruencia, y no al cliente, como el problema. Tras la confrontación, hay que dejar al cliente **tiempo suficiente para responder** y anali-

zar sus reacciones, por lo que no conviene plantearla hacia el final de la sesión.

Normalmente, es mejor **abordar las incongruencias una vez que se ha establecido una relación positiva** con el cliente. Por otra parte, conviene asegurarse de que el nivel de atención, el grado de ansiedad y la motivación del cliente para cambiar son los adecuados para introducir la confrontación. Además, conviene **espaciar el abordaje de distintas incongruencias**, ya que si no, se puede dar una impresión de crítica.

Hay cuatro **formas típicas en las que un cliente puede reaccionar a una confrontación**: a) **Aceptación auténtica**. b) **Aceptación aparente**: el cliente reconoce verbalmente la discrepancia, pero no profundiza en ella; persigue que el terapeuta no insista. c) **Confusión o desconcierto**: el cliente no parece entender lo que plantea el terapeuta, ya sea porque este ha sido poco específico o porque el cliente busca una vía de escape. d) **Negación**: el cliente no reconoce la discrepancia o no está de acuerdo con ella. Esto puede deberse, por ejemplo, a que no está preparado para aceptarla o a que el terapeuta la ha planteado de modo culpabilizador o se ha equivocado. Egan (1990, citado en Cormier y Cormier, 1991/1994, pág. 177) cita diversas maneras en que se puede manifestar la negación:

- Desacreditar al terapeuta (“¿cómo lo sabes tú que nunca has pasado por esto?”).
- Persuadir al terapeuta de que su punto de vista es erróneo (“yo no quería decir eso”).
- Quitar importancia al tema (“no vale la pena detenerse en esto”).
- Buscar apoyo en otras fuentes (“he comentado con mis amigos lo que me dijiste y ninguno de ellos ha notado nada”).
- Aceptar el reto, pero no actuar en esa dirección (“tienes razón, debería hablar de esto, pero no puedo hacerlo”).

La **respuesta del terapeuta a las reacciones de los clientes** a la confrontación depende de las respuestas específicas de estos y puede incluir la paráfrasis, el reflejo, la aportación de nuevos datos, la formulación de preguntas que hagan reflexionar o esperar a que el paciente esté más preparado para aceptar la confrontación.

## Interpretación

Consiste en **comunicar al cliente las posibles relaciones entre sus conductas, emociones, pensamientos y acontecimientos con el fin de proporcionar una explicación a sus problemas y comportamientos**. De este modo, se persigue que el paciente tenga una nueva perspectiva sobre sus problemas que le sirva de ayuda para cambiar. Posibles ejemplos son: a) explicar los síntomas cardíacos durante la ansiedad no como un síntoma de mal funcionamiento del corazón, sino como resultado de la hipervigilancia de las sensaciones cardíacas y de la anticipación ansiosa; b) indicar cómo las conductas defensivas (p.ej., no mirar al otro, responder brevemente) ayudan a mantener la ansiedad social; c) indicar que la falta de relaciones íntimas con otras personas pueden implicar un miedo a ser herido y humillado; d) señalar las creencias que parecen subyacer a los comentarios y acciones del cliente. Naturalmente, la naturaleza de las interpretaciones depende de la orientación teórica del terapeuta.

Fernández y Rodríguez (2002a, pág. 49) presentan otro ejemplo: “Es como si de algún modo hubiera quedado arraigado en su mente una idea que viene a ser más o menos ‘si me porto bien, me querrán’. Por eso, si le parece que alguien no la quiere, empieza a preguntarse qué es lo que ha hecho mal y se siente culpable y triste... Además, se deja maltratar porque le parece que se lo merece...”. Estos autores proporcionan un segundo ejemplo (págs. 49-50) para el que ofrecen una paráfrasis, un reflejo y una interpretación:

“Un varón de 35 años en psicoterapia por un cuadro de ansiedad había crecido con su padre que siempre se mostró muy orgulloso de él, pero que le exigía en cualquier momento que se mostrara muy fuerte. En una entrevista que se produce después de un cambio de cita para el que el paciente aceptó una fecha que luego hubo de cambiar por teléfono, porque coincidía con un viaje de su trabajo, contó que la semana anterior había aceptado que su jefe le asignara a él solo un proyecto que no estaba siendo capaz de sacar adelante un equipo de dos personas y que la había pasado prácticamente sin dormir. Llegó a la entrevista extenuado porque el fin de semana, que estaba agotado, su suegra le pidió que le arreglara el jardín e invirtió en ello todo el día.”

P: “¡Ahora estoy hecho un trapo, meteré la pata en el trabajo y me echarán una bronca y tendrán razón! Pero no fui capaz de decir que lo dejaba para otro fin de semana...”

T: (Paráfrasis). “Aunque sabía lo que se le venía encima, lo hizo porque no pudo soportar la idea de defraudar a su suegra.”

T: (Reflejo). “Está furioso consigo mismo porque, aunque sabía lo que se le venía encima, lo hizo porque no podía soportar la idea de defraudar a su suegra.”

T: (Interpretación). “Está furioso consigo mismo porque, aunque sabía lo que se le venía encima, lo hizo porque no podía soportar la idea de defraudar a su suegra. Quizás lo que sucedió tiene que ver con otras situaciones de las que hemos hablado aquí. Como si fuera algo que se repitiera en su vida. En situaciones en las que tiene que pedir o negar algo a alguien que considera de algún modo por encima de usted, por temor a que la expresión de debilidad que supondría tener que pedir ayuda o no sentirse capaz de algo le haga desmerecer a sus ojos, se calla y actúa como si no necesitara nada y fuera capaz de cualquier cosa, aunque desfallezca en el intento. [Esta expresión es muy larga y compleja.] Hemos visto que esto es lo que le llevó a actuar como lo hizo con su jefe la semana pasada y con su suegra el domingo. Es también lo que hizo que se comportara como lo hizo conmigo cuando tratamos de su cambio de cita. Y básicamente es el mismo esquema que funcionaba con su padre cuando tenía que aguantar la marcha con los pies destrozados por temor a que le repitiera que quejarse no era de hombres y que no volvería a salir con usted.”

El resultado de las interpretaciones se ve afectado al menos por tres aspectos de las mismas. En primer lugar, las **interpretaciones poco profundas** –en el sentido de que existe poca discrepancia entre la perspectiva del cliente y la del terapeuta– generan menos resistencia; cuando la discrepancia es grande, la aceptación es menor. Segundo, las **interpretaciones centradas en causas que puede controlar el cliente** son más eficaces que aquellas centradas en causas que no puede cambiar. Por último, las **interpretaciones con connotación positiva** funcionan mejor que aquellas con connotación negativa. Un ejemplo de la primera sería: “Dices que te da miedo decidir por ti mismo; esto no es extraño dado que no estás acostumbrado a hacerlo. Pero el hecho de que ahora te des cuenta de esto, es un primer paso importante que te servirá de ayuda para cambiar”. Un ejemplo de la segunda podría ser: “Dices que te da miedo decidir por ti mismo; ¿acaso deseas seguir apoyándote siempre en los demás?”.

**Otras reglas básicas** a la hora de formular interpretaciones son las siguientes: a) hacer la interpretación cuando se disponga de información suficiente y **datos que la avalen**, b) comprobar que el cliente parezca estar **emocionalmente preparado** para asimilarla o reflexionar sobre la misma, c) asegurarse de que habrá **tiempo suficiente** para discutir la interpretación, d) emplear un **lenguaje asequible**, e) buscar la **colaboración del cliente** a la hora de hacer la interpretación y/o sus opiniones y reacciones no verbales a la misma si se le ha formulado directamente, f) si la interpretación se formula directamente, hacerlo **de forma tentativa** (esto suaviza la resistencia) y de modo aceptable para el paciente, de modo que este no se sienta acusado o enjuiciado, y g) **minimizar** la influencia de los **propios sesgos**, problemas y valores a la hora de interpretar. Las inter-

pretaciones extemporáneas o autoritarias dañan gravemente la relación terapéutica.

Segura (1985) ha ofrecido las siguientes **pautas para facilitar el acuerdo** del cliente con las hipótesis explicativas y el plan de intervención:

- Mostrar una **actitud amistosa y empática**.
- **Evitar la jerga profesional** al hablar.
- Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo y, por tanto, **alentar las preguntas del cliente y escuchar y respetar sus críticas y objeciones**.
- **Presentar las explicaciones** sobre el problema y el plan terapéutico **como hipótesis** a comprobar en vez de como verdades a creer.
- Ofrecer **razones convincentes** de la propia posición.
- Ofrecer **información de experiencias similares** a las del cliente, ya sea de uno mismo o de otras personas.
- En cualquier caso, **no adoptar una postura de antagonismo o polémica**, sino partir inicialmente de la perspectiva del cliente e ir buscando poco a poco (a través del análisis lógico, la prueba de la realidad y el aporte de información) un nuevo marco de referencia más adecuado para comprender y solucionar sus problemas.

Las **reacciones del cliente a la interpretación** pueden ser mayor comprensión de sus problemas (inmediata o mediata) y facilitación del cambio conductual, pero también resistencia, menor comunicación y hostilidad. Cuando el paciente parece estar de acuerdo con el terapeuta, una posibilidad que conviene tener en cuenta es que lo haga sólo para agradarle o para no enfrentarse a él. Por otra parte, ante reacciones defensivas y/u hostiles, es aconsejable primero que el terapeuta reconsidere los datos favorables a la interpretación. Si esta parece correcta, puede ser aparcada temporalmente y repetida total o parcialmente más adelante buscando el momento adecuado y formulándola de diferente forma (quizá más suavemente y/o con el empleo de alguna metáfora) y con pruebas adicionales. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 93-107) presentan varios ejercicios de interpretación.

## Información

La información consiste en la **comunicación de datos o hechos sobre aspectos que supuestamente desconoce el cliente** (experiencias, sucesos, personas, alternativas de respuesta, etc.). Ejemplos son informar sobre medios anticonceptivos, indicar los factores de riesgo para las cardiopatías, señalar a una persona casada y con hijos pequeños que pretende abandonar su casa qué repercusiones legales puede tener esto y de qué otras alternativas dispone o describir a una bulímica los riesgos de vomitar y abusar de diuréticos. **Dar información es útil para** ayudar al cliente a corregir errores o deshacer mitos, identificar alternativas de respuesta, ser consciente de las consecuencias de sus decisiones y examinar aspectos que ha estado evitando. Fernández y Rodríguez (2002a, págs. 111-117) presentan varios ejercicios de información.

**Informar no es lo mismo que aconsejar**. Esto último implica recomendar o prescribir una pauta de acción para que el cliente la siga (p.ej., “tienes que abandonar a este marido con el que no eres feliz”). En cambio, al informar, se presentan simplemente aspectos relevantes a la cuestión de que se trata, pero se espera que sea el cliente quién decida lo que va a hacer (p.ej., se puede ayudar al cliente a descubrir qué opciones tiene para manejar la situación de pareja que le hace sentir tan infeliz y las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas”).

D'Augelli et al. (1981, citado en Cormier y Cormier, 1991/1994) dicen que la información eficaz se presenta como algo que el cliente *podría* hacer, pero no lo que *debería* hacer, como lo que el cliente *podría* considerar, pero no lo que *debe* tomar en cuenta. **Informar se considera**

**preferible** ya que respeta y fomenta la independencia del paciente y genera mucha menos resistencia por parte de este. De todos modos, algunos clientes dependientes pueden necesitar cierto grado de aconsejamiento en las fases iniciales de la terapia para que continúen con la misma y se pueda ir facilitando poco a poco una mayor toma de responsabilidades por parte de los mismos.

**Informar requiere** identificar la información de que dispone el cliente, evaluar la validez y suficiencia de la misma, identificar la información que se quiere transmitir (una que el cliente no pueda o le sea difícil encontrar) y decidir cuándo darla (no antes de que el cliente parezca estar preparado) y cómo comunicarla. **Pautas para mejorar la comprensión** de la información son:

- Presentar el mensaje de **forma inteligible**. Si es necesario emplear ciertos términos desconocidos para el cliente, hay que explicarlos.
- **Ilustrar** la información con ejemplos del propio problema del cliente, así como otros ejemplos, analogías y demostraciones.
- **Limitar la cantidad de información** para no sobrecargar al cliente.
- Dedicar el **tiempo que sea necesario** para presentar la información.
- **Hacer preguntas sobre lo dicho y/o pedir al cliente que explique con sus propias palabras** lo que se le ha explicado para comprobar su nivel de comprensión.

Además, hay que **evaluar las reacciones del cliente** a la información, alentar sus preguntas y escuchar y comentar sus críticas y objeciones; la información no debe imponerse, sino que el cliente debe decidir cuál desea emplear. Finalmente, **pautas para mejorar el recuerdo** de la información dada son (Segura, 1985):

- Emplear un **lenguaje claro**.
- **Enfatizar** las ideas importantes.
- Emplear **frases cortas y pocas frases**.
- **Repetir** la información.
- **Ilustrar** con ejemplos y analogías cercanos al cliente y emplear demostraciones.
- **Dar normas específicas**, detalladas y concretas.
- **Dar por escrito** la información más importante.
- **Pedir al cliente que explique con sus propias palabras** la información que se desea recuerde y solicitar que se haga **resúmenes escritos** de la misma.

Las **metáforas** son un posible modo de proporcionar información al paciente. Las metáforas son parábolas o historias breves mediante las que se comunica un mensaje al cliente de forma indirecta y análoga, por lo que el mensaje transmitido puede ser aceptado más fácilmente. Veamos varios ejemplos: a) Con un cliente que cree que se verá arrollado por sus emociones y que “explotará” como una olla a presión fuera de control, se puede emplear la metáfora de la inundación: primero el agua sube y cubre muchas cosas, pero luego vuelve a su cauce. b) Con clientes que buscan seguridad absoluta, se puede usar la metáfora del agricultor tan preocupado por la posibilidad de perder sus cosechas a causa de las inundaciones que pasa todo su tiempo construyendo diques, de modo que no le queda tiempo para plantar. c) A un paciente que no se atreve a afrontar las situaciones que teme se le puede explicar que estas son como tigres de papel; parecen terribles, pero cuando se afrontan se descubre su inocuidad. Otros ejemplos pueden verse en Kleinke (1994/1995, pág. 147) y en Wilson y Luciano (2002).

Las metáforas son tanto más útiles cuanto más próximas estén a las experiencias, conocimientos e intereses del cliente, y cuanto menos se tratan de imponer. Kleinke (1994/1995) presenta los siguientes **pasos para trabajar con metáforas**: a) Tener claro el concepto que se desea comunicar. b) Atender al lenguaje que emplea el cliente y buscar un terreno que domine. c) Buscar un constructo análogo en ese terreno que incluya los elementos centrales de lo que se desea comunicar. d) Si estos no se encuentran o no vienen a la mente, emplear un ámbito nuevo del que el cliente tenga cierto conocimiento. También puede ayudarse a los pacientes para que elaboren sus

propias metáforas.<sup>2</sup>

## HABILIDADES DE ENTREVISTADOR

Aparte del saludo y presentación inicial, el primer contacto entre terapeuta y cliente suele tener lugar en el marco de la entrevista. Entre las habilidades que esta requiere se incluyen las siguientes:

- Preparar un **orden del día** con los puntos a tratar.
- En la fase inicial de la entrevista, permitir que el cliente pueda **exponer por su cuenta y de un modo amplio sus problemas** antes de pasar a preguntas más estructuradas.
- Planificar y estructurar el diálogo en función de los datos considerados relevantes. Hay que **saber cuándo hablar y cuándo escuchar**. Errores a **evitar** son las **interrupciones frecuentes** o con poco tacto, permitir **largos silencios** y **dejar divagar** al cliente sin un propósito claro.
- **Tomar nota de los temas importantes** cuando surjan para explorarlos en ese momento o más tarde en la sesión. En caso de **renuencia del cliente, abordar estos temas más adelante**.
- **Clarificar los términos ambiguos** empleados por el cliente.
- Observar e **interpretar las señales verbales y no verbales** emitidas por el cliente.
- Emplear correctamente las habilidades verbales y no verbales:
  - # Hacer **preguntas abiertas** para iniciar un tema y propiciar la emisión de nueva información, y **preguntas cerradas** para centrar un tema y evitar información irrelevante.
  - # **Elegir bien las palabras**; por ejemplo, es mejor decir “pensamientos negativos” que “pensamientos irracionales”.
  - # **Evitar las imprecisiones, desvíos respecto al tema y preguntas excesivamente largas o complejas**.
  - # **Hablar suave, moduladamente** y con fluidez.
  - # **Sentarse relativamente cerca del cliente**, pero sin invadir su distancia personal y teniendo en cuenta que esta es mayor en clientes muy cohibidos.
  - # **Emitir señales de escucha activa**: contacto visual, asentimiento de cabeza, postura inclinada hacia el cliente, orientación corporal hacia este, parafrasear, emisiones verbales tales como “sí”, “ya”, “uhm”, “entiendo” (para mantener el discurso del otro).
  - # **Mantener la congruencia entre los canales de comunicación verbal y no verbal**. Si existe incongruencia, el cliente confía más en el canal no verbal, al tiempo que percibe un mayor distanciamiento y una menor autenticidad en el terapeuta. Sin embargo, en momentos de enfrentamiento o tensión, puede suavizarse la situación utilizando la incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal (p.ej., contenido verbal fuerte dicho con tono suave).
- **Reforzar al cliente por sus conductas adecuadas** tales como hablar fluidamente, no saltar de temas ni mezclarlos, dar descripciones específicas, adoptar una actitud activa para resolver su problema, etc. Reforzadores habituales son contacto visual, postura inclinada y orientación corporal hacia el cliente, elogios, mostrar interés por el problema, manifestar que se entiende lo que el cliente dice y afirmaciones de apoyo.
- **No tomar muchas notas durante la entrevista**, ya que esto interfiere con la relación

interpersonal, impide observar otras cosas que ocurren y disminuye la fluidez del cliente.

- **Parfrasear y resumir la información proporcionada** por el cliente tras periodos de mucha información o de información importante.
- **Controlar las respuestas emocionales inadecuadas** que pueden ser inducidas por la falta de experiencia (en general o con un problema concreto) o por determinadas respuestas del cliente (intentos de contracontrol, falta de colaboración, llanto, agresión).
- **Mencionar la utilidad de la información obtenida y la necesidad de obtener más información.** Hacer una **devolución** de la información.

## ADAPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

Aparte de lo dicho hasta aquí, el terapeuta necesita tener en cuenta ciertas características y comportamientos de los clientes para adaptar su programa de intervención.

## FORMA DE DEFINIR LOS PROBLEMAS Y DE COMUNICAR LA INFORMACIÓN

Entre las dificultades más frecuentes a la hora de definir un problema por parte de un cliente se encuentran: a) presentar el **motivo de consulta de un modo vago, abstracto y cambiante**; b) presentar como **queja principal un problema que no es el más importante**; y c) etiquetar o **denominar el problema en términos que no tienen por qué significar lo mismo que para el terapeuta.** Por ello, el terapeuta debe hacer todo lo posible para, una vez que ha dejado expresarse al cliente, emplear las preguntas pertinentes para concretar las conductas problemas, explorar otros posibles problemas aparte del motivo de consulta y establecer el verdadero significado de los términos empleados por el cliente.

Por otra parte, las verbalizaciones sobre las conductas no tienen por qué coincidir, y de hecho frecuentemente no lo hacen, con las conductas mismas. Es decir, el **cliente suele proporcionar una información parcial y/o deformada** respecto a sí mismo y a su problema. Esto puede ser debido a diversas **razones**: conveniencia, autoconocimiento inadecuado, dificultades de expresión verbal, dificultades para discriminar el cómo, cuándo, dónde, por qué, etc. se da una conducta, fabulación. Por ello, el terapeuta debe **recoger información de otras fuentes, además de la proporcionada por el cliente.** Con este fin, puede emplear entrevistas con otras personas, datos de archivo (expedientes, historias clínicas), observación directa y registros psicofisiológicos.

Finalmente, conviene señalar que existen ciertos datos de que los pacientes **más dispuestos a hablar abiertamente de sus problemas** y a dar menos respuestas breves a las preguntas del terapeuta tienden a obtener mejor resultados (Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000).

## MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS

**Acudir voluntariamente a consulta no implica necesariamente que se quiera cambiar**; un cliente puede acudir por **otros motivos** tales como búsqueda de apoyo temporal en un momento de crisis, demostrarse a sí mismo o a otros que ha intentado cambiar, desahogo emocional, mantenimiento del rol de *enfermo* (con las ventajas que esto conlleva), búsqueda de una amistad o de una relación social, búsqueda de atención, confirmación de que los propios problemas son incurables, etc. Además, no todos los clientes que acuden a consulta se encuentran **lo bastante motiva-**

**dos como para invertir el esfuerzo necesario** para resolver sus problemas. En muchos casos es preciso potenciar esta motivación en mayor o menor grado para prevenir el abandono y mejorar los resultados obtenidos.

**Dicha motivación requiere que** el cliente esté dispuesto a cambiar, que el terapeuta sea percibido positivamente, que el cliente esté de acuerdo con la hipótesis explicativa del problema, con las metas terapéuticas y con los métodos de intervención, que anticipe resultados favorables, que estos sobrepasen claramente a los costos de la intervención (tiempo, esfuerzo, dinero, malestar), que el cliente acepte las reglas que rigen la relación terapéutica y que se comprometa activamente en el tratamiento.

La **motivación del cliente puede inferirse de** su conducta verbal indicativa de su deseo de cambiar, del porcentaje de sesiones a que acude, de su participación durante las sesiones, de su tiempo disponible para actividades terapéuticas y de su cumplimiento de actividades entre sesiones. De todos modos, conviene tener en cuenta que la cantidad y/o calidad de las actividades entre sesiones no parecen estar consistentemente asociadas con los resultados del tratamiento (aunque hay una tendencia positiva), a diferencia de la motivación para cambiar, tal como es subjetivamente evaluada por los pacientes. Cuando la motivación para el tratamiento ha sido evaluada por los terapeutas o por jueces independientes, no se ha hallado que esté significativamente asociada con los resultados de la intervención (Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000).

Las **expectativas del cliente** hacen referencia al **tipo de terapia, resultados de la terapia y autoeficacia** (medida en que uno se cree capaz de utilizar sus habilidades o aprender otras nuevas para conseguir los cambios deseados). Todas ellas influyen en si se aceptará o no el tratamiento propuesto y en el tiempo y esfuerzo invertido en el mismo. Las expectativas dependen de las experiencias anteriores (p.ej., tratamientos previos), de la información recibida por parte de otras personas (amigos, profesional que deriva al cliente, medios de comunicación) y del estado emocional.

Las expectativas de los clientes respecto al tratamiento y respecto a los resultados están también afectadas por las **percepciones que los profesionales de la salud que los derivan tienen del psicólogo y del tratamiento psicológico**; lamentablemente, a veces estas percepciones son negativas y la derivación del cliente constituye sólo una **muestra de desesperación**. Por ello, es importante mantener buenas relaciones con estos profesionales y mantenerles informados de la naturaleza de la terapia, su justificación, limitaciones y eficacia. También es importante que el **cliente no sea forzado por estos profesionales a ir al psicólogo**, sino que pueda decidir si quiere ir o no.

Una **expectativa frecuente** respecto al desarrollo de la terapia, derivada de la relación médico-enfermo, es que se debe ser un **receptor pasivo** de los procedimientos terapéuticos, lo cual choca con la orientación activa que caracteriza a la mayoría de los enfoques psicológicos. Una segunda expectativa frecuente es que el **tratamiento será muy breve** (10 sesiones o menos), mucho más de lo que tiende a serlo en realidad (25 sesiones mínimo, por lo general). Otra expectativa típica consiste en pensar que la **terapia será exclusivamente verbal**, lo cual no cuadra tampoco con algunas orientaciones psicológicas.

En cuanto a las expectativas de resultados, un problema es que pueden ser muy altas o muy bajas o el cliente puede pensar que una terapia determinada puede ser útil para otras personas o para otros problemas, pero no para él o para su problema. **Es conveniente que las expectativas de resultados no sean ni muy altas** (se facilita la decepción y el abandono al no conseguirse con rapidez el éxito esperado) **ni muy bajas** (no se invertirá el esfuerzo necesario en el tratamiento). **En el caso de expectativas no realistas**, es necesario que el terapeuta las modifique a través del diálogo, la información, el reforzamiento y/o la reestructuración cognitiva para que el tratamiento pueda ser aplicado eficazmente.



Por lo que respecta a las **expectativas de autoeficacia**, cambian principalmente a través de las mejoras que se van consiguiendo durante el tratamiento. A medida que se reducen los síntomas, aumenta la confianza del cliente en saber manejar sus problemas. Sin embargo, en muchos casos, los pacientes deciden poner fin al tratamiento no porque hayan conseguido disminuir sus síntomas más allá de un cierto nivel, sino porque han alcanzado un grado suficiente de competencia, dominio o control personal. Un nivel alto de expectativas de autoeficacia al final del tratamiento parece estar asociado con el mantenimiento de los resultados positivos, mientras que un nivel bajo está asociado con la recaída.

Algunas estrategias útiles para aumentar la motivación del cliente y modificar sus expectativas pueden verse en el último apartado: *Estrategias para mejorar el cumplimiento de la intervención*.

## **VARIABLES DEMOGRÁFICAS: SEXO, EDAD, CLASE SOCIAL, NIVEL EDUCATIVO**

**El sexo del cliente no es una variable importante** de cara al tratamiento, aunque, como se dijo antes, cuando terapeuta y cliente son del mismo sexo pueden obtenerse mejores resultados en ciertos problemas. La **edad requiere adaptaciones del tratamiento** o tratamientos nuevos en el caso de niños, especialmente cuanto más pequeños son. También se requieren adaptaciones en el caso de las personas mayores, especialmente cuando hay déficits en las capacidades cognitivas o falta de apoyo social.

Es más probable que las personas de **clase social baja abandonen el tratamiento**. Esto puede ser debido a una diversidad de razones: complejidad, larga duración y carestía de los tratamientos ofrecidos, falta de coincidencia entre lo que se espera que ocurra en la terapia y lo que se ofrece, actitudes menos positivas del terapeuta hacia las personas pertenecientes a clases sociales bajas (los terapeutas suelen ser personas de clase media o media-alta y prefieren trabajar con personas de clase similar a la suya). **En ocasiones**, también se ha hallado una asociación entre clase social baja y **peores resultados del tratamiento**, lo cual podría deberse a factores como mayor estrés, menores recursos sociales y económicos y peor relación terapéutica. Es posible que esta asociación se dé con más fuerza en ciertos tipos de terapias (p.ej., psicoanalíticas) que en otras (p.ej., conductuales). El **nivel educativo** tiene una correlación alta con la clase social y aunque tiende a haber una asociación positiva entre dicho nivel y la continuación en la terapia, esta relación no es muy acusada (Garfield, 1994).

## **TIPO DE PROBLEMA**

Parece conveniente que el terapeuta adopte un **estilo más directivo cuanto mayor sea la gravedad del trastorno y menor el grado de autocontrol** del cliente. En muchos otros problemas puede ser eficaz proceder de forma menos directiva. **Ciertos problemas** (p.ej., trastornos psicóticos, depresiones profundas, trastorno bipolar, adicciones, trastorno de déficit de atención con hiperactividad) requieren previa o simultáneamente al tratamiento psicológico una **intervención farmacológica y/o institucional**, y por tanto, la colaboración con otros profesionales.

## **ENFERMEDADES O DÉFICITS FÍSICOS INCAPACITANTES**

Es necesario tener en cuenta los posibles trastornos físicos que pueden afectar a los problemas del cliente y/o interferir en los resultados terapéuticos. Ejemplos serían la presencia de un deterioro senil en una persona con dificultades de memoria o la existencia de un tumor cerebral en un

paciente con cefaleas. Asimismo, determinadas enfermedades impiden o limitan la aplicación de ciertas técnicas psicológicas. Así, la inundación a las peores situaciones temidas estaría contraindicada en un cliente con trastorno cardíaco.

## EMPAREJAMIENTO TERAPEUTA-CLIENTE

Aunque falta una mayor investigación al respecto, se presentan algunas características de un emparejamiento óptimo entre terapeuta y cliente (Goldstein y Myers, 1986):

- Ambos tienen **expectativas congruentes acerca del papel de cada uno en la relación**. Comprenden y están de acuerdo en sus respectivos derechos y obligaciones por lo que se refiere a lo que se espera que cada uno haga o no durante la interacción.
- Ambos **confían en obtener resultados positivos de las sesiones**. Cada uno anticipa una probabilidad al menos razonablemente alta de cambio del cliente.
- Ambos provienen de **similares contextos sociales, culturales, étnicos y económicos**.
- Ambos son **similares en el empleo del lenguaje, complejidad conceptual, extroversión-introversión, objetividad-subjetividad, flexibilidad y conciencia social**.
- Ambos **se complementan en sus necesidades de comunicación, poder/influencia e intimidad emocional**.

Naturalmente, no es posible emparejar a un terapeuta y a un cliente en todas estas dimensiones. Sin embargo, se dice que cuantas más se cumplan en un emparejamiento determinado, más probable parece el desarrollo de una relación favorable.

## MANEJO DE DIFICULTADES

A continuación se enumeran una serie de situaciones problemáticas, tanto por parte del terapeuta como del paciente, que pueden interferir en la terapia. Para cada una de ellas se presentan diversas **soluciones**, pero conviene tener en cuenta que estas **dependen de cada caso y de la fase de la terapia** en que se presente la situación considerada. Beck et al. (1979/1983), Froján (2006), Gavino (1997, 2005a, 2005b), Ruiz (1998) y Ruiz y Villalobos (1994, cap. 9) describen varias de estas situaciones y los modos de hacerles frente.

## SITUACIONES PROBLEMÁTICAS POR PARTE DEL TERAPEUTA

Estas dificultades vienen enumeradas en la siguiente tabla:

---

### Dificultades por parte del terapeuta

- El terapeuta etiqueta a un cliente como difícil en vez de ver la situación como un problema a resolver.
  - El terapeuta experimenta intensas reacciones emocionales (atracción, enfado, ansiedad o abatimiento) en respuesta a su interacción con el cliente.
  - El terapeuta presenta o ha presentado el mismo problema por el que consulta el cliente.
  - El terapeuta queda bloqueado en un momento dado, no sabe cómo seguir.
  - El terapeuta tiene problemas con relación a los silencios del cliente.
  - El terapeuta está preocupado por su propia competencia.
  - El terapeuta busca ser apreciado por el cliente, lo cual le lleva a anteponer sus necesidades
-

---

personales a los objetivos de la terapia.

- El terapeuta está en un conflicto entre atender a las preocupaciones inmediatas del cliente, que cambian cada semana, y mantener el tratamiento dirigido a las metas previamente acordadas.
  - El terapeuta está demasiado volcado en su trabajo y se despreocupa de sí mismo.
- 

- **El terapeuta etiqueta a un cliente como difícil en vez de ver la situación como un problema a resolver.** Los así llamados clientes *difíciles* son aquellos cuyas actitudes y comportamientos entorpecen el curso de la terapia. La **pasividad, la indecisión, la falta de cumplimiento, la manipulación, el oposicionismo y las quejas constantes** son algunos de los problemas más frecuentes que presentan. Con estos clientes, Beck et al. (1979/1983) han propuesto las siguientes **pautas:**

- # **No etiquetar al cliente.** Este tiene, crea y presenta problemas, pero no es en sí el problema. Si se empieza a pensar en el cliente como un problema o como una anomalía psiquiátrica, se reduce la probabilidad de éxito.
- # **Mantener el optimismo.** No hay que caer en la desesperanza, sino pensar en los recursos que se poseen para que el cliente mejore. Si a pesar de esto, la mejora no se produce o el cliente empeora, posibles opciones son aplicar un tipo muy diferente de tratamiento, derivar al cliente a otro terapeuta o poner fin a la intervención.
- # **Detectar y hacer frente a las propias cogniciones desadaptativas.** Por ejemplo, “el cliente no mejora, debo ser un terapeuta muy malo”, “el cliente no debería comportarse así” o “después de todo lo que he hecho por él, se muestra desagradecido y me hace pasar malos ratos”. Hay que procurar no alterarse ante las conductas contraproducentes del cliente y no personalizar la posible resistencia de este, es decir no sentirse el blanco de la misma.
- # **Mantener una elevada tolerancia a la frustración.** El terapeuta debe esperar frecuentes frustraciones cuando trabaja con clientes *difíciles*. Una cosa que sirve de ayuda es pensar que estos problemas constituyen un **desafío**, impiden que la terapia se haga rutinaria y proporcionan una oportunidad para ser **creativo**. Hay que permanecer centrado en la tarea en lugar de culpabilizar al cliente por entorpecer el curso de la terapia.
- # **Mantener una actitud de resolución de problemas.** Las dificultades deben ser detectadas, formuladas y analizadas como un problema. Los resultados son comentados con el cliente y luego, se generan conjuntamente posibles soluciones, se selecciona una y se aplica para ver cómo funciona.

En general, puede decirse que cuando un cliente muestra un comportamiento de pasividad, indecisión, falta de cumplimiento, manipulación, oposicionismo, quejas constantes o, en general, cualquier comportamiento que entorpece el curso de la terapia, el terapeuta se encuentra ante un problema que le exige identificar los factores personales y ambientales que mantienen dicho comportamiento y considerar estos factores como objetivos específicos del tratamiento. En Ruiz y Villalobos (1994, cap. 10) pueden verse 26 casos en los que se ejemplifican diversas habilidades terapéuticas.

- **El terapeuta experimenta intensas reacciones emocionales (atracción, enfado, ansiedad o abatimiento) en respuesta a su interacción con el cliente.** Estas reacciones son debidas a la interacción entre características del terapeuta y características o comportamientos del cliente. Así, un terapeuta puede sentirse a disgusto con clientes narcisistas, histriónicos, maltratadores, que se

quejan constantemente o que culpabilizan sistemáticamente a los demás. Otro terapeuta puede sentirse enfadado porque un paciente no acepta su hipótesis explicativa o el tratamiento que le propone o bien no cumple con las tareas acordadas. Es normal que un terapeuta experimente emociones en su relación con los clientes; lo importante es asumir que esto es un hecho normal – siempre que las emociones no sean muy intensas y duraderas–, saber detectar las emociones cuando ocurren y aprender a manejarlas en beneficio del cliente.

Cuando un terapeuta tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas, es aconsejable que: a) emplee la autoobservación para **ser consciente** de las mismas, b) **analice** críticamente las causas que las provocan, c) identifique y **reestructure** sus pensamientos disfuncionales (p.ej., “el cliente debería cumplir con sus obligaciones”), d) intente **comprender el punto de vista del paciente**, los motivos que tiene para actuar como lo hace (p.ej., puede no completar los autorregistros porque tiene miedo a hacer la tarea y no se ha atrevido a plantear sus objeciones) y e) **piense en diversas alternativas** de respuesta y en las consecuencias de cada una de ellas y **elijá aquella que sea más favorable** a la consecución de los objetivos terapéuticos de los clientes. De este modo, utiliza terapéuticamente sus reacciones emocionales en vez de verse dominado por ellas (Beck et al., 1990/1995). En este proceso puede ver vídeos de sus sesiones y/o buscar la **supervisión** o ayuda de otro terapeuta si lo considera necesario.

**Durante las sesiones**, el terapeuta debe intensificar la autoobservación para no pasar por alto sus reacciones emocionales. Por ejemplo, puede atender a las señales que indican que está poniéndose irritado: tensión muscular, apretar los puños, respiración agitada, corazón acelerado, sensación de enfado, interpretar el comportamiento del cliente como injusto, pensar que el paciente no cumple con sus obligaciones, etc. Caso de sentirse enfadado, conviene que no responda inmediatamente, sino que haga una pausa para: a) Reducir, en caso necesario, su activación somática (p.ej., mediante respiraciones profundas y regularización de la respiración). b) Intentar comprender el punto de vista del paciente (p.ej., las razones que puede tener para no cumplir con las tareas acordadas). c) Recordarse las pautas de actuación más eficaces previamente pensadas (p.ej., explorar junto con el paciente los motivos del incumplimiento y buscar soluciones). Todo esto facilita el control de las emociones.

Si a pesar de todo lo anterior persiste una intensa implicación emocional positiva o negativa con el paciente, debe **derivarse** este a otro terapeuta. La derivación puede adoptarse ya de entrada cuando el terapeuta tenga asumido que no desea trabajar con determinado tipo de personas. Finalmente, si la experiencia de reacciones emocionales es frecuente, el terapeuta debe buscar **ayuda profesional** para sí mismo.

- **El terapeuta presenta o ha presentado el mismo problema por el que consulta el cliente** (p.ej., conflicto marital, depresión, crisis de pánico). Cuando un terapeuta **presenta** un problema similar al del cliente, es aconsejable que no lo trate para evitar probables efectos de interferencia. En estos casos, conviene enviar al cliente a otro profesional. El terapeuta también debería plantearse la conveniencia de ponerse él mismo en tratamiento. Si el terapeuta **hubiera padecido** anteriormente un problema similar al del cliente, puede tratarlo, pero debería empatizar con el paciente sin identificarse con él, estar más atento para tomar aquellas decisiones adecuadas para el cliente y no para su caso particular y cuestionarse continuamente si su actuación no se ve sesgada por el hecho de haber compartido el mismo problema. En caso necesario, puede buscar supervisión o derivar al cliente.

- **El terapeuta queda bloqueado en un momento dado, no sabe cómo seguir.** Esto, que es más frecuente en terapeutas noveles, puede ocurrirle incluso al terapeuta más experimentado, aunque conviene que el paciente no se dé cuenta. Existen varias **estrategias** útiles para hacer frente a un bloqueo, las cuales se presentan a continuación por orden de preferencia:

- a) Hacer una **pausa** con naturalidad para reflexionar.

- b) **Consultar** el orden del día o las anotaciones sobre preguntas, dudas o hipótesis pendientes de aclaración.
- c) **Parafrasear** la información que ha proporcionado el cliente en el último periodo.
- d) Preguntar al **cliente** si todo lo que se ha hablado hasta ahora le ha sugerido **algo nuevo que quiera comentar**.
- e) Iniciar un **tema nuevo** no abordado hasta el momento.
- f) Poner **fin a la sesión** si hubiera transcurrido gran parte de la misma.

Cualquiera de estas estrategias debe aplicarse con seguridad y transmitiendo al cliente la impresión de que se domina la situación. Si un bloqueo generara **gran ansiedad** y las estrategias anteriores no funcionaran, habría que hacer una pausa para tranquilizarse, por ejemplo haciendo alguna respiración profunda o practicando cualquier otra técnica de desactivación que se domine.

- **El terapeuta tiene problemas con relación a los silencios del cliente.** Una primera posibilidad es que el **terapeuta no sepa discriminar si el silencio es beneficioso o no** y, por lo tanto, si debe ser roto por el cliente o por el terapeuta. Si este ha planteado correctamente una cuestión compleja que requiere pensar o una confrontación, deberá esperar en principio a que el cliente conteste; tampoco debe interrumpir prematuramente un silencio cuando el cliente está experimentando una emoción determinada. Por el contrario, si nota que al cliente le cuesta hablar o parece no poder responder o no quiere responder a ciertas preguntas o hablar de ciertos temas, convendrá que rompa el silencio y adopte algunas de las estrategias enumeradas más adelante al hablar de estos temas en el apartado de manejo de situaciones problemáticas por parte del cliente.

Una segunda posibilidad es que el terapeuta no respete los silencios del cliente debido a su **estilo comunicativo o a su malestar emocional ante los silencios**. En primer lugar, el terapeuta debe ser capaz de discriminar el tipo de silencio tal como se ha dicho antes. Además, cuando detecte que debe respetar un silencio, puede utilizar autoinstrucciones específicas para recordárselo. Si esto no fuera suficiente, podría llevar a cabo ensayos conductuales en los que aprendiera a tolerar silencios progresivamente más largos.

- **El terapeuta está preocupado por su propia competencia.** Esto es especialmente frecuente en terapeutas noveles o cuando se abordan casos difíciles o con los que se tiene poca experiencia. La solución consiste en buscar información y en solicitar **consulta y supervisión** con otros colegas; si a pesar de la supervisión, el terapeuta no cuenta con los recursos suficientes para seguir trabajando adecuadamente con el cliente, tendrá que **derivarlo** a otro profesional. La preocupación por la propia competencia también puede darse, cuando la terapia no avanza, en terapeutas que se atribuyen la responsabilidad del cambio del cliente sin tener en cuenta que este último juega un papel básico. **El terapeuta no es el único responsable del cambio**; no admitir esto lleva a aumentar la ansiedad por la propia competencia, a hacer el trabajo del paciente y a aumentar la pasividad y dependencia de este. Cuanto más hace un terapeuta por sus clientes, menos hacen estos por ellos mismos; siempre que sea posible, hay que permitir que sea el cliente quien haga la mayor parte del trabajo.

- **El terapeuta busca ser apreciado por el cliente**, lo cual le lleva a anteponer sus necesidades personales a los objetivos de la terapia. El terapeuta debe **aceptar** que hay **sesiones** de terapia que pueden resultar **incómodas** y generar **sentimientos negativos en el paciente**. Por tanto, debe aceptar las retroalimentaciones negativas del cliente, abordar las cuestiones problemáticas y plantear las posibles confrontaciones cuando sea necesario. Asimismo, no debe buscar que el cliente le proporcione retroalimentación positiva. Veamos un ejemplo.

Una persona acude a consulta por problemas de depresión. El terapeuta decide, con el consentimiento de la cliente, tener una entrevista conjunta con su pareja. Al final de esta entrevista acuerdan entre todos que en un par de sesiones iniciarán una terapia de pareja. En la siguiente sesión la cliente se queja al terapeuta de que se ha puesto del lado de su marido. El terapeuta in-

tenta convencerla de que mantiene una actitud imparcial, le hace notar que ella es la cliente principal y le plantea que, si lo desea, puede reducirse el número de sesiones con su marido. Esta intervención parece ir dirigida a evitar el enfrentamiento con la cliente y mantener el aprecio de la misma. En la actuación del terapeuta pueden señalarse los siguientes **errores**:

- a) Busca convencer a la cliente de su imparcialidad en vez de indagar las razones que le han llevado a plantear la queja.
- b) Hay una contradicción entre la supuesta actitud de imparcialidad y decirle a la cliente que ella es la cliente “principal”. Puesto que existe un acuerdo previo para realizar terapia de pareja, en esta los dos miembros son clientes y tienen el mismo “estatus”.
- c) El terapeuta plantea la posibilidad de reducir el número de sesiones de terapia de pareja con la intención de “compensar” la queja de la cliente. Sin embargo: 1) La cliente no ha dicho que quiera reducir la terapia de pareja. 2) El terapeuta había considerado previamente que la terapia de pareja era una intervención idónea y ahora introduce un cambio sustancial sin ningún motivo que realmente lo justifique. 3) El terapeuta adopta su decisión sin consultar con el marido.

Una **actuación adecuada** por parte del terapeuta podría incluir:

- 1) **Entender** que la cliente pueda haber llegado a pensar que se había puesto del lado del marido, aun en el caso de considerar que no había dado motivo para ello.
- 2) **Aceptar** la queja y no ponerse a la defensiva. El terapeuta puede decir a la cliente que es importante que haya formulado la queja, ya que así podrán analizarla conjuntamente.
- 3) **Evaluar** qué ha llevado a la cliente a percibir que él tenía una actitud más favorable hacia el marido.
- 4) En función de los datos de la evaluación anterior, existen varias posibilidades:
  - Si la cliente se basa en datos que suponen una interpretación supuestamente sesgada, el terapeuta le puede hacer reflexionar sobre otras interpretaciones alternativas y sobre la posible existencia de datos contrarios.
  - Si la cliente no menciona datos concretos, sino que se basa en una impresión global, el terapeuta puede hacerle reflexionar sobre la existencia de datos contrarios que muestran que la queja es infundada, si este es el caso. Cuando no hay datos contrarios, puede hacerle ver que se trata de una impresión que puede ser correcta o no; y que, por lo tanto, convendrá que ambos estén atentos para detectar las posibles pruebas y poder discutir las.
  - Si la cliente presenta algún dato real que apoya la queja, el terapeuta deberá reconocer que en algún momento su actitud ha sido o ha podido ser parcial y manifestar que hará lo posible para que no vuelva a suceder. Caso de que la actitud favorable al marido fuera general, el terapeuta debería proceder de modo similar al ya señalado cuando se habló de la dificultad de las reacciones emocionales hacia los clientes.

Si la sesión hubiera sido grabada, podría utilizarse la grabación como material de apoyo para llevar a cabo los puntos 3 y 4.

- **El terapeuta está en un conflicto entre atender a las preocupaciones inmediatas del cliente, que cambian de semana a semana, y mantener el programa de tratamiento dirigido**

**a las metas previamente acordadas.** Si cada sesión se dedica a una cuestión diferente, los resultados serán pobres, aunque hay que tener en cuenta que en ocasiones problemas aparentemente diferentes comparten un mismo factor importante; por ejemplo, distintos conflictos que el cliente ha tenido con personas diferentes pueden implicar el rechazo de figuras de autoridad. Por otra parte, si el terapeuta se ciñe al programa prefijado, se arriesga a parecer insensible o a entrar en una lucha con el paciente por los temas a abordar. Posibles **soluciones** son (Beck et al., 1990/1995):

- a) Discutir los **pros y los contras de mantener** el tratamiento dirigido a las **metas** previamente acordadas.
- b) **Reservar una parte de la sesión** para las preocupaciones inmediatas y el resto al tratamiento prefijado. Está claro que a veces los terapeutas tienen que dedicar tiempo a hablar de cosas que en su opinión aportan poco o nada antes de volver a reorientar la sesión.
- c) Plantearse la posibilidad de **modificar las metas** previamente establecidas si las nuevas preocupaciones no se resuelven y constituyen una fuente importante de malestar e interferencia.

- **El terapeuta está demasiado volcado en su trabajo y se despreocupa de sí mismo.** Esto puede conducir al **síndrome de desgaste profesional** (*burnout*). Este problema, que no es infrecuente entre los terapeutas, se caracteriza esencialmente por agotamiento emocional, despersonalización en las relaciones con los demás y menor satisfacción con uno mismo y con los propios logros. Algunas de sus manifestaciones incluyen alivio cuando un paciente cancela o retrasa una cita, falta de energía para las sesiones, falta de interés por los resultados de los clientes, insatisfacción con el propio trabajo, mostrar menos interés por los clientes, mostrarse pesimista sobre los resultados y consumir drogas.

**Factores que contribuyen** al desgaste son la excesiva dedicación al trabajo, el exceso de responsabilidades, la ambigüedad respecto a las propias responsabilidades, la sobreimplicación con los clientes, las expectativas poco realistas sobre el éxito de la terapia, la necesidad de ser correspondido por el cliente (que este dedique tanto esfuerzo como el terapeuta a la intervención) y trabajar exclusiva o principalmente con determinado tipo de pacientes (gravemente deprimidos, suicidas, agresivos, con personalidad antisocial, con trastorno por estrés postraumático subsecuente a acción humana, apáticos o poco motivados).

**Para prevenir y/o manejar el desgaste profesional,** hay que organizar el trabajo de modo que haya suficientes descansos, mantener una vida familiar, social y de ocio (durante las que no se piense en el trabajo), cuidar la salud (sueño, alimentación, ejercicio), reestructurar las posibles creencias de que se es el único o principal responsable de los cambios de los pacientes y de que estos deben estar tan motivados y trabajar tan duro como el terapeuta, no asumir responsabilidades que corresponden a otros, ser consciente de los propios límites, formar un grupo de apoyo con otros colegas para compartir soluciones y frustraciones y establecer expectativas realistas, trabajar con una diversidad de clientes y no sólo con aquellos muy *difíciles*, y aprender nuevos abordajes terapéuticos.

**Si el desaliento es muy intenso,** conviene tomarse unas vacaciones o pedir una baja y buscar ayuda para solucionar el problema. Si uno no aprende a cuidarse de sí mismo, difícilmente podrá ayudar a los demás. Es posible que un psicólogo sea reacio a admitir que puede necesitar ayuda, pero su profesión no le inmuniza contra el hecho de poder tener también problemas.

## **SITUACIONES PROBLEMÁTICAS POR PARTE DEL CLIENTE**

Estas dificultades vienen enumeradas en la siguiente tabla:

---

### Dificultades por parte del cliente

- El cliente no acude a consulta voluntariamente, sino presionado o llevado por otros.
  - Al cliente le cuesta hablar de sus problemas.
  - El cliente no quiere contestar ciertas preguntas o hablar de ciertos temas.
  - El cliente responde muy brevemente a las preguntas.
  - El cliente divaga (se va de tema) de modo improductivo.
  - El cliente es prolijo (demasiado extenso) en sus respuestas o explicaciones.
  - El cliente llora.
  - El cliente manifiesta que para seguir como está no merece la pena seguir viviendo.
  - El cliente hace preguntas sobre creencias o comportamientos del terapeuta que este considera mejor no responder (p.ej., de tipo religioso, sexual, político).
  - El cliente expresa o da a entender que el terapeuta puede tener muy poca experiencia en casos como el suyo (p.ej., por la juventud del mismo).
  - El cliente expresa o da a entender que si el terapeuta no ha pasado por su problema difícilmente le podrá comprender y tratar eficazmente.
  - Se sospecha que el cliente inventa o falsifica datos importantes deliberadamente.
  - El cliente da permiso para que el terapeuta entreviste a una persona allegada, pero luego quiere saber algo que ha contado y que es confidencial.
  - El cliente quiere que el tratamiento comience cuanto antes, incluso sin haber acabado la evaluación.
  - El cliente duda de si le merece la pena iniciar el tratamiento
  - El cliente no da permiso para que colabore en la terapia algún familiar.
  - El cliente llega tarde.
  - El cliente no acude a algunas sesiones y no avisa.
  - El cliente intenta frecuentemente prolongar las sesiones.
  - El cliente abusa de las llamadas telefónicas.
  - El cliente interrumpe continuamente la aplicación del tratamiento. Aprovecha cualquier momento para hablar de lo mala que ha sido la semana, lo mucho que sufre, etc.
  - El cliente desarrolla hacia el terapeuta actitudes excesivamente positivas o negativas (amor, deseo sexual, antipatía, cólera).
  - El cliente se comporta agresivamente en la consulta.
- 

- **El cliente no acude a consulta voluntariamente, sino presionado o llevado por otros** (familiares, amigos, otros profesionales). Lo primero es poner un énfasis especial en ganarse su confianza rompiendo el hielo y **hablando con él de temas que le interesen**; el terapeuta puede basarse en información previa (p.ej., datos personales) u objetos que el cliente lleva encima o bien preguntarle a qué se dedica, dónde le gustaría estar en este momento o cuáles son sus aficiones. Si se trata de un niño, puede iniciarse algún **juego o dibujo** con él. No importa que esta fase se alargue, ya que es más importante intentar establecer una buena relación que conseguir de entrada el máximo de información posible. Incluso puede volverse a la misma posteriormente cuando el paciente sigue poco comunicativo y puede aprovecharse algún tema que haya mencionado en la conversación. De todos modos, no conviene alargar esta fase cuando el cliente prefiere entrar en materia.

Si el cliente se muestra poco comunicativo, puede **empatizarse** con él (reconocer que viene más o menos obligado y que la situación es incómoda para él). Por otra parte, hay que **asegurarle** que lo que diga será **confidencial** (salvo las excepciones legales) y que **no se va a hacer nada con lo que no esté de acuerdo** (el ingreso de una anoréxica grave sería una excepción, p.ej.) y **explicar** cuál va a ser el **papel del psicólogo** en su caso; también puede preguntarse al cliente sobre qué piensa que hace un psicólogo y corregir las posibles creencias equivocadas que



tenga.

Luego, puede preguntársele si hay **alguna cosa en su vida que le preocupe o que le gustaría comentar**. Si dice que no, se le puede preguntar **qué cree que ha llevado a otras personas a hacerle venir** o qué piensan que le pasa y, luego, qué opina él al respecto; las respuestas del cliente se aprovechan para formular nuevas preguntas sobre el problema o temas relacionados. Si el paciente dijera que no sabe por qué le han hecho venir, **se le podría explicar lo que han dicho las otras personas** (con las que se ha hablado previamente) y se le pediría su opinión. Al igual que en el caso anterior, se aprovechan las intervenciones del cliente para seguir indagando.

Si la persona sigue poco o nada dispuesta a hablar de sus problemas, se puede **intentar descubrir si hay algo que le gustaría cambiar**, aunque no esté relacionado con el problema original o sea simplemente un aspecto menos importante de este o una consecuencia del mismo. Por ejemplo, en el caso de una anoréxica puede prestarse atención inicialmente a ciertas consecuencias de su problema que le preocupan (insomnio, tristeza, aislamiento, irritabilidad); más adelante, puede hacersele ver que la normalización del peso es un requisito indispensable para solucionar estos otros problemas.

Si el cliente sigue algo dubitativo, pueden analizarse con él los **pros y contras de seguir viniendo** y/o proponerle que **se comprometa a venir un cierto número de sesiones** antes de decidir si desea continuar o no. O bien, si está muy dubitativo y tiene capacidad legal de decisión, que **valore en casa los pros y contras de volver o no** y quedar para otra sesión o, si no desea comprometerse, que llame por teléfono caso de querer volver. Si el análisis de los pros y los contras no resuelve la situación satisfactoriamente, otras posibilidades son que el cliente hable con un **ex-paciente** o con un paciente “veterano” o **trabajar** no con el paciente, sino con la **persona que lo ha traído**. En el caso de un cliente al que el **juez** ha dado la opción de cárcel o tratamiento, pero no quiere realmente tratarse se le puede decir que tiene la posibilidad de rechazar la terapia o asumir las consecuencias.

Finalmente, algunos clientes vienen presionados por otro profesional (p.ej., un médico), pero piensan que **su problema no es psicológico**; esto ocurre frecuentemente en personas con trastornos psicossomáticos. En estos casos, el terapeuta debe: a) preguntar al cliente si el profesional que le ha derivado le ha explicado por qué le ha pedido ir al psicólogo y cuál es esta explicación, b) explicarle al cliente en términos generales el proceso de evaluación que se llevará a cabo, c) reconocerle la existencia de problemas o síntomas físicos, d) llevar a cabo la evaluación, y e) ofrecer una explicación que integre factores físicos y psicológicos e incorpore, a ser posible, la explicación del otro profesional.

- **Al cliente le cuesta hablar de sus problemas**. Cuando a un cliente le cuesta hablar en general, no debe comenzarse a hablar de sus problemas, sino de temas que le interesen o, al menos, que no le resulten perturbadores. Por otro lado, cuando al cliente le cuesta hablar específicamente de sus problemas, existe la tentación de decirle que hable tranquilamente, que no tiene nada que temer y que confíe en el terapeuta, el cual está allí para ayudarlo; esto no suele funcionar. Otras **soluciones más eficaces** para reducir la ansiedad y desbloquear la inhibición se presentan a continuación. Sea cual sea la opción u opciones elegidas, hay que reforzar verbal y no verbalmente que el cliente hable.

- a) **Reconocer que es difícil hablar de cuestiones íntimas** y dificultades con una persona desconocida, aunque sea psicólogo, que a otra gente también le pasa y que es comprensible que así sea.
- b) Valorar si al cliente **le preocupa algo de la situación de entrevista** y alentarle a hablar de ello.
- c) Pedir al cliente que conteste algún **cuestionario** y utilizar la información obtenida para continuar la entrevista.

- d) Hacer **preguntas cerradas** en vez de abiertas hasta que se encuentre más cómodo.
- e) Dar un **paseo** en lugar de llevar a cabo una entrevista formal.
- f) Hacer algún ejercicio de **respiración** o de relajación rápida si el cliente está alterado.
- g) Un último recurso es pedir al cliente que **escriba algo** sobre sus preocupaciones y que lo traiga a consulta la próxima vez para leerlo o para que lo lea el terapeuta.

- **El cliente no quiere contestar ciertas preguntas o hablar de ciertos temas.** Posibles indicadores son el silencio prolongado, la brevedad de la respuesta, desviar el tema, las expresiones no verbales y, naturalmente, la negativa explícita. A no ser que haya una razón de urgencia (p.ej., pensamientos de suicidio), **no conviene insistir** cuando un tema se plantea por vez primera; es más útil mostrar empatía hacia la vacilación o renuencia del paciente y comentar que, si conviene, ya se abordará de nuevo el tema más adelante. Una cuestión que el cliente no quiere abordar en el momento actual, puede explorarse **posteriormente** cuando tenga una mayor confianza en el terapeuta o haya cambiado su perspectiva sobre la importancia de la misma. Si llegado el momento, el cliente quiere seguir sin revelar información sobre un tema que el terapeuta considera importante, se le puede preguntar qué cree que pasaría si hablara del tema y responder con empatía sobre lo difícil o doloroso que le puede resultar; luego se podrían discutir con él los beneficios de abordar el tema.

Cuando se sospecha *a priori* que el cliente es remiso a proporcionar cierta información, pueden emplearse las siguientes estrategias: a) **Aproximación gradual**: se introduce primero un tema relacionado y se observa la reacción del cliente y si este colabora, se pasa a otra cuestión más próxima. b) Decir algo del tipo: “**Muchas personas con problemas similares a los suyos** o que se encuentran en situaciones parecidas comentan que... (o tienden a...). ¿Le sucede a usted esto?”. Esta estrategia implica aceptación y “normaliza” la posible deficiencia personal del cliente.

- **El cliente responde muy brevemente a las preguntas.** Esto puede ser debido a diversas razones: haber venido presionado a terapia, estar emocionalmente inhibido, no querer hablar de ciertos temas y presentar una tendencia a responder lacónicamente. Posibles soluciones para las tres primeras causas han sido ya discutidas anteriormente. Por otra parte, cuando un cliente tiende a ser breve en sus respuestas, existen varias estrategias útiles, de las cuales la primera parece la más recomendable: a) **animar al cliente a continuar y a explicar un poco más**, poniendo quizá algún ejemplo; b) repetir o **parafrasear** la última frase o lo que ha dicho el cliente y quedarse mirándolo en actitud de espera; c) permanecer en **silencio** y mirarle con actitud de espera. Si en alguna ocasión se emplea alguna de estas dos últimas estrategias y parece no funcionar, hay que utilizar a continuación el aliento verbal. Dos inconvenientes de la estrategia de permanecer en silencio, sobretudo si se emplea repetidamente, son que el cliente puede dudar de la experiencia y conocimientos del terapeuta y que piense que este se muestra indiferente y lejano.

En ocasiones un cliente **no responde a una determinada pregunta o lo hace muy brevemente** debido a que no ha pensado suficientemente sobre el tema. Así, a un cliente le puede resultar difícil recuperar información sobre aspectos positivos de sí mismo o de su pareja, sobre algunas situaciones que le alteran emocionalmente o sobre ciertos pensamientos no adaptativos. En estos casos, conviene decirle al cliente que se tome su tiempo para pensar para ver si puede decir algo más al respecto y dejarle el tiempo correspondiente. Si es necesario, pueden utilizarse ayudas como formular nuevas preguntas, mencionarle posibles ejemplos, etc. De todos modos, con frecuencia será necesario acudir a otros medios más eficaces tales como el autorregistro, los cuestionarios de reconocimiento, simulación o imaginación de situaciones, etc.

- **El cliente divaga (se va de tema) de modo improductivo.** El paciente se pierde en ideas periféricas sin responder a la cuestión planteada; varios ejemplos pueden verse en Fernández y Rodríguez, (2002a, págs., 63-66). A continuación se presentan diversas estrategias útiles para manejar esta dificultad (véanse ejemplos en Hersen y van Hasselt, 1998, cap. 10), aunque es pro-

bable que muchas veces no funcionen con clientes que presentan manía, trastorno obsesivo grave o intoxicación por sustancias. Ejemplos de las estrategias *b*, *c* y *d* pueden verse en la tabla 1.

- a) Hay que **evitar reforzar la divagación** mediante asentimientos de cabeza, otras señales de escucha (contacto ocular sostenido, inclinación postural hacia el cliente) o la toma de notas.
- b) Por otra parte, debe **reconducirse** al cliente hacia el tema objeto de interés, ya sea al final de la divagación, si esta es breve, o interrumpiéndole en caso contrario. Además, hay que reforzar las respuestas o contenidos relevantes. Si la divagación continúa, será necesario evitar las preguntas abiertas y hacer **preguntas progresivamente más cerradas** o dirigidas. No hay que tener miedo de interrumpir al cliente y reconducirlo cuando sea necesario, aunque, eso sí, hay que hacerlo con tacto (véase el punto *d*).
- c) Si se sospecha que la divagación es un **medio para evitar la discusión de ciertos temas, puede plantearse esto** tentativamente al cliente e incluir un reflejo de la emoción implicada. Así, podría decirse: “Silvia, no sé si estará de acuerdo conmigo en que cuando tocamos el tema de su familia, usted pasa a hablar de otras cosas; parece que esta es una cuestión que le incomoda. ¿Qué es lo que le preocupa exactamente?”. Esta intervención dirigida a los motivos de la divagación suele hacerse una vez que se ha establecido una cierta relación de confianza con el cliente.
- d) Un cliente puede reaccionar de forma negativa cuando el terapeuta le interrumpe o le sugiere que quizá esté evitando determinado tema. Para suavizar esta reacción, el terapeuta puede **hacer primero algún comentario empático** que refleje lo que el paciente ha dicho y siente y **luego proceder con la intervención directiva**. Por ejemplo, si se pregunta a un cliente si ha estado ingresado anteriormente alguna vez por problemas psiquiátricos y contesta hablando de lo mal que se encuentra y del poco apoyo que recibe de su familia, puede reflejarse esta información y malestar antes de solicitarle de nuevo si ha sido ingresado en alguna ocasión por motivos psicológicos.
- e) Si la tendencia a divagar persiste, hay que explicar amablemente al cliente que los contenidos a comentar son infinitos, pero que el **tiempo disponible** en la terapia es **limitado** y debe ser reservado para los temas más importantes de cara a la resolución de sus problemas. Por tanto, se le pide que se circunscriba al tema de interés. Con algunas personas puede ser necesario incluso **convenir una señal** para indicarles cuándo están divagando. Esto mantiene la sesión sobre sus objetivos y ayuda al cliente a centrar su pensamiento más eficazmente. Si todo lo anterior falla, puede ser necesario llevar a cabo un breve **entrenamiento** para que el cliente aprenda a centrarse en la información pertinente o relevante.

- **El cliente es prolijo (demasiado extenso) en sus respuestas o explicaciones.** Aunque el paciente termina por centrarse en el tema de interés, introduce muchos detalles innecesarios, contenidos irrelevantes o anotaciones al margen. Puede tratarse de su forma habitual de comunicarse o bien puede obedecer a una necesidad de desahogarse, lo cual puede **permitirse en una primera sesión** o en situaciones especiales. Las estrategias a adoptar son similares a las comentadas en los apartados “a”, “b” y “e” para el caso de la divagación, aunque dirigidas a conseguir que el cliente sea más conciso en vez de que permanezca centrado en un tema. Algunos clientes pueden aducir que cuentan muchas cosas en detalle para que así el terapeuta pueda comprender mejor lo que les pasa; en estos casos, hay que reconocerles su buena disposición al tiempo que se les dice que no se preocupen, que cuando se considere necesario que aporten más información, ya se les pedirá.

En ocasiones, el paciente es excesivamente prolijo no al hablar, sino al rellenar los **auto-**

**rregistros.** En estos casos, se le valora al cliente el esfuerzo realizado, pero se le comenta que como revisar autorregistros extensos consume mucho tiempo de la terapia, tiene que intentar sintetizar lo fundamental de la información escrita. Para ello, pueden tomarse un par de las situaciones registradas y discutir con él de qué forma alternativa y más breve las podía haber completado. Si el problema persiste porque al cliente le cuesta expresarse sintéticamente, se le puede enseñar más sistemáticamente –mediante instrucciones, modelado, práctica y retroalimentación– a expresar concisamente lo que plasma de forma tan extensa. Otra posible solución es modificar el autorregistro, de modo que las categorías abiertas (p.ej., sensaciones experimentadas, pensamientos tenidos) sean sustituidas por categorías cerradas que presenten una lista de las sensaciones o pensamientos para que el cliente tenga simplemente que marcar los oportunos en su caso. En cuanto al apartado situación, puede acotarse con una serie de preguntas que tengan un espacio limitado para escribir.

- **El cliente llora.** Cuando el llanto es una respuesta emocional, lo más aconsejable es permanecer en **silencio** con actitud empática hasta que se tranquilice el cliente, aunque esto lleve algunos minutos; puede ofrecerse un pañuelo de papel al paciente si no lleva ninguno. Interrumpir prematuramente el llanto es más un alivio del malestar del terapeuta que un beneficio para el cliente. Si el cliente intenta controlarse rápida y repetidamente sin conseguirlo o lo consigue a costa de largos silencios, se le puede decir que no reprima su llanto, que se permita **llorar lo que necesite**; asimismo, se le puede indicar que el llanto es una respuesta natural ante lo que le pasa y que les ocurre también a otras personas. Cuando el llanto es muy persistente, el terapeuta puede **salir un rato del despacho** (o el cliente, si así este se siente más cómodo). Terminado el llanto y en función del estado anímico del cliente, puede optarse por una de las siguientes **alternativas**: a) **continuar** con la sesión en el punto en que se había dejado; b) seguir hablando del tema que le preocupa, pero **posponiendo** para más adelante los **aspectos más dolorosos**; o c) **posponer el tema** para un poco más adelante.

Aunque es muy poco habitual, en ocasiones llorar es tan frecuente y duradero a lo largo de diversas sesiones que interfiere en la marcha de la terapia. En este caso hay que enseñar al cliente alguna **estrategia de autocontrol** para evitar o reducir el llanto. Entre estas estrategias se encuentran la distracción, la respiración, las autoinstrucciones para no llorar y para distanciarse emocionalmente, y la fijación de uno o más periodos breves de tiempo limitado para poder llorar.

En ocasiones el llanto puede no ser una respuesta emocional, sino un **modo de evitar el abordaje o la profundización de temas no deseados o bien una manera de obtener más atención** del terapeuta. En estos casos, conviene analizar con el cliente este tipo de conducta y sus antecedentes y consecuencias (tanto en la consulta como fuera de ella), y enseñarle modos alternativos de afrontar las situaciones desencadenantes del llanto. Las posteriores ocurrencias del llanto no deben ser reforzadas con atención o permitiendo que cumplan su función de evitación, sino servir de estímulo para analizar con el cliente lo que ha desencadenado su llanto y lo que podría hacer en lugar de ello.

- **El cliente manifiesta que para seguir como está no merece la pena seguir viviendo.** Esto debe ser abordado con prioridad. Un error frecuente es no evaluar el tema del suicidio o hacerlo superficialmente. Los motivos fundamentales para esto son la propia incomodidad del terapeuta (que nunca debería prevalecer sobre el bienestar del cliente) o pensar que será negativo para el cliente porque puede hacerle sentir mucho peor y aumentar incluso el riesgo de suicidio. Por el contrario, evaluar los aspectos posiblemente relacionados con el suicidio hace que el cliente se sienta apoyado y comprendido, lo cual suele ser beneficioso para su estado de ánimo, y permite además intervenir para reducir el riesgo de suicidio. En el caso de que este riesgo fuera elevado y no se evaluara, el cliente podría llegar a suicidarse sin que el terapeuta hubiera hecho nada para evitarlo.

Cuando el paciente plantea directa o indirectamente el tema del suicidio, se le anima a

hablar libremente del tema, sin interrumpirle. Luego, pueden hacerse las preguntas pertinentes, de modo que finalmente queden **evaluados diversos aspectos**:

- # **Razones para pensar en el suicidio**, tales como escapar de una situación que se percibe como desesperada (discordia o ruptura matrimonial, fracaso escolar, pérdida real o percibida de un ser querido, pérdida de empleo, enfermedad física o trastorno psiquiátrico grave, encontrarse solo, graves dificultades económicas o legales, cambio en el estatus socioeconómico, violencia doméstica, abuso sexual), llamar la atención y producir algún cambio interpersonal, vengarse o reunirse con un ser querido.
- # **Pensamientos e impulsos de suicidio**: contenido, frecuencia, intensidad, duración, controlabilidad.
- # **Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio** (rechazo, ambivalencia, aceptación).
- # **Control percibido sobre la acción de suicidio** (en qué grado se cree que se va poder evitar).
  
- # **Factores que dificultarán el posible suicidio** (sentido de responsabilidad hacia la familia, creencias religiosas contrarias al suicidio, apoyo social, niños en casa, embarazo, consecuencias caso de fallar el intento, irreversibilidad, etc.) e importancia de estos.
- # **Búsqueda de soluciones y de apoyo social** ante la situación que ha conducido a pensar en el suicidio. Y, en general, recursos y limitaciones del paciente (habilidades de afrontamiento, habilidades de solución de problemas, amplitud de intereses, perfeccionismo, impulsividad, desesperanza, pensamiento dicotómico).
  
- # **Razones para vivir, deseo de vivir, deseo de morir**, predominio de las razones para vivir o para morir.
- # **Deseo de suicidarse**. Esto puede implicar: a) realizar un intento activo de suicidio, b) llevar a cabo un intento pasivo de suicidio [dejar la vida/muerte en manos del azar (p.ej., no mirar al cruzar la calle), o c) evitar los pasos necesarios para salvar la vida (p.ej., un diabético que deja de tomar insulina)].
  
- # **Intentos previos de suicidio**: número, fechas, preparativos para los mismos y forma de llevarlos a cabo, grado de premeditación, grado de letalidad (real y percibida), intención de morir asociada a los mismos, razones para los intentos, acontecimientos vitales asociados a los mismos, motivos por los que falló el intento (entre otros, el paciente pudo planificar el ser descubierto), reacciones del cliente al no morir, reacciones de los demás, si hubo ingreso o tratamiento posterior, repercusiones posteriores, disponibilidad actual o futura del método ideado, sensación de capacidad para llevar a cabo el intento. Si hay varios intentos, puede indagarse el más reciente y el más grave. A la hora de describir un intento es útil que el paciente lo haga del principio al final como si fuese una película.

Es importante explorar también los **intentos de suicidio en que la persona paró antes de hacerse daño** (p.ej., ir hasta un puente, pero no tirarse) y los **planes previos de suicidio no llevados a cabo**. Conviene tener en cuenta que la mayoría de los suicidas no tienen una historia conocida de intentos previos y se suicidan al primer intento conocido.

- # **Búsqueda actual de información sobre métodos de suicidio**. Por ejemplo, en **internet** existen páginas web que aportan información muy detallada. Recordar que haber pensado en un método no implica necesariamente tener un plan concreto de suicidio.

- # **Existencia de un plan de suicidio o si se está pensando en uno:** en qué consiste, grado de letalidad (real y percibida), disponibilidad actual o futura del método ideado, coraje/habilidad para quitarse la vida, grado de seguridad de intentar suicidarse, tiempo de existencia del plan, momento en que piensa llevarse a cabo. En algunos casos, habrá que estar atento a si el suicida potencial piensa matar antes a otras personas (p.ej., para que no sufran o por ideas persecutorias).
- # **Pasos dados para llevar a cabo el plan:** ensayo imaginal del plan, preparación real (p.ej., recolección de píldoras, consecución de una pistola), nota de suicidio, preparativos finales ante la anticipación de la muerte (testamento, donaciones, seguros) y medidas tomadas para no ser descubierto.
- # **Historia de suicidio en familiares cercanos.**
- # **Otros factores de riesgo** no mencionados hasta el momento y de los que no se disponga de datos en la historia clínica: presencia de ciertos trastornos (depresión, abuso/dependencia de sustancias, esquizofrenia, trastorno por estrés postraumático, anorexia nerviosa, trastorno de personalidad límite, conducta antisocial), desesperanza, impulsividad, anhedonia, hospitalización psiquiátrica reciente, ser dado de alta tras un ingreso hospitalario por ciertos trastornos (afectivos, esquizofrenia, trastorno de personalidad límite), enfermedad física grave, historia de maltrato físico o abuso sexual, vivir solo, ocurrencia de ataques de pánico, exposición a conductas suicidas en personas cercanas o a través de medios de comunicación, orientación homosexual o bisexual.
- # Finalmente, y si no ha surgido durante la evaluación previa, debe explorarse cualquier **ideación suicida que el paciente pueda tener durante la entrevista, si anticipa pensamientos de suicidio al dejar la consulta y qué haría si los tuviera.** Esto ayuda a valorar el riesgo de suicidio y a decidir las acciones a emprender.

Es conveniente **hablar con otras personas** (familiares, amigos profesionales sanitarios, compañeros de trabajo) como fuente de información, para lo cual se solicita al paciente el permiso correspondiente. Este contacto es especialmente importante en los casos en que el paciente niegue la existencia de pensamientos suicidas o intentos de suicidio y existan dudas al respecto. Esto permitirá obtener y contrastar información sobre los problemas del paciente y sobre posibles conductas suicidas.

Una vez evaluado el riesgo de suicidio, hay que decidir si el **tratamiento** se hará en **régimen externo** (cuando el riesgo de suicidio es leve o moderado) o **interno** (cuando el riesgo es elevado). Siguiendo a Kleespies y Dettmer (2000), un cliente **con riesgo moderado** puede ser alguien con algunos factores predisponentes (p.ej., diagnóstico de esquizofrenia crónica, varón, menor de 40 años), algunos factores agudos de riesgo (desaliento por las dificultades para seguir adelante, desesperanza leve a moderada, ideación suicida episódica con un plan, pero sin intento inmediato) y algunos factores protectores que comienzan a debilitarse (el paciente vive con sus padres que empiezan a tener problemas de salud que van empeorando su funcionamiento). Un cliente **con riesgo elevado** puede ser alguien con algunos factores predisponentes (30 años de abuso de alcohol, divorcio en el pasado, hermano suicida, maltrato durante la infancia), numerosos factores agudos de riesgo (despido laboral debido a problemas con el alcohol, pérdida de una relación afectiva, humor deprimido, un plan de suicidio con un intento serio) y escasos o nulos factores protectores (carencia de hogar, alejamiento de la familia y amigos, incumplimiento del tratamiento).

**Para ayudar a un paciente potencialmente suicida es fundamental saber ver las cosas como él las ve y comprender sus razones para el suicidio.** El paciente puede estar motivado

por la desesperanza en solucionar problemas de la vida real (fracaso en la escuela, pérdida de empleo, ruptura de una relación, situación económica muy mala), por el deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso que percibe como interminable o por llamar la atención con el deseo de obtener amor, expresar hostilidad o vengarse. Esta razón de llamar la atención es menos frecuente y lleva a intentos menos graves, pero no debe trivializarse; en ningún caso se aconseja decir algo como: "bien, si quiere suicidarse, hágalo". La falta de apoyo demostrada de este modo puede empeorar el estado del paciente y facilitar un intento posterior de suicidio.

El objetivo inicial que se persigue es **intervenir prontamente para reducir el riesgo de suicidio**. Para ello, hay que mostrar verdadero interés por el paciente, aceptarlo como es (sin mostrar, enfado, ansiedad o desaliento), implicarlo en la terapia y trazar conexiones con la siguiente sesión (p.ej., cosas que se seguirán haciendo para ayudar al paciente). Las líneas de actuación de la terapia incluyen las siguientes:

- # Pedir al cliente que **escriba y analice los pros y contras a corto y largo plazo, para sí y para los demás, de la opción de suicidarse**: ¿qué razones tiene para vivir y cuáles para morir? Si el paciente tiene dificultades en listar razones para vivir, ya que las pasa por alto o las minusvalora, se le puede pedir que piense en razones que tuvo en épocas anteriores y luego se pasa a ver cuáles de estas son también válidas en el presente o en el futuro. Es importante, repasar las diferentes áreas de su vida (familia, pareja, hijos, amigos, trabajo, etc.) y hacer un listado lo más detallado posible. No hay que dar al paciente la impresión de que se intenta disuadirle del suicidio, ya que esto podría ponerle en contra, sino la de que se le intenta ayudar a tomar una decisión razonada.
- # Una vez identificadas las razones para vivir y para morir, hay que ver por una parte si existen interpretaciones incorrectas (p.ej., he hecho desgraciada a mi familia) y creencias disfuncionales (p.ej., no puedo vivir sin un hombre), las cuales pueden someterse a **reestructuración cognitiva** para que el paciente compruebe que existen otras interpretaciones alternativas y menos negativas de ver las cosas, y otras creencias más adaptativas.
- # Por otra parte, si existen situaciones problemáticas no resueltas que pueden favorecer el suicidio (problemas laborales o académicos, desempleo, relaciones interpersonales insatisfactorias), será útil utilizar la **resolución de problemas** para encontrar posibles soluciones viables (p.ej., localizar formas de obtener ayuda económica hasta encontrar un nuevo empleo, probar nuevos modos de encontrar trabajo). Naturalmente, el paciente deprimido puede rechazar pesimistamente cualquier alternativa que se le proponga, pero dada la forma distorsionada que este tiene de ver las cosas, el terapeuta no debería aceptar de entrada este rechazo sin una consideración más detallada. Puede ser útil hacer reflexionar al cliente sobre otras situaciones difíciles que ha superado en la vida y explicar casos de otros pacientes que han estado en situaciones como la suya y la han superado. También puede organizarse alguna entrevista con alguno de estos ex-pacientes.
- # También puede ser útil enseñar **habilidades para saber regular las emociones fuertes** y emplear la técnica de la **proyección temporal** para imaginar cómo serán las cosas dentro de un tiempo.
- # En casos graves de depresión puede utilizarse un **coterapeuta de apoyo** (colaborador del psicólogo) entrenado para movilizar al cliente. Por ejemplo, ir a buscarle a casa o quedar con él fuera de la consulta y hacer actividades gratificantes. En este sentido, el colaborador hace el papel de "muleta" para que el cliente pueda empezar a andar. En ocasiones, es necesario empezar con actividades muy simples como pasear y diri-

gir la atención del cliente hacia el entorno (fijarse en los escaparates, los árboles, el sol, etc.).

- # **Trabajar con la familia** para obtener el apoyo de esta y cambiar pautas perjudiciales de interacción.

Por otra parte, **hasta que se supere la crisis, conviene adoptar algunas medidas:**

- . Incrementar la **frecuencia de las sesiones** o de los contactos telefónicos y proporcionar un número de **teléfono de 24 horas** para contactar en caso de urgencia.
- . Obtener el permiso del paciente para **avisar a la familia** y/o personas allegadas con el fin de que obtenga apoyo social y haya alguien que pueda observar posibles signos de riesgo. Además, la familia puede dar información que permita comprender y ayudar mejor al cliente; puede ser necesario evaluar el contexto familiar e intervenir en el mismo. Por otra parte, puede ser conveniente ponerse en contacto con el **psiquiatra** del cliente.
- . Establecer un **contrato** en el que: a) se describa brevemente la situación por la que está pasando el paciente; b) el terapeuta se comprometa a estar disponible en caso de necesidad a través de contacto telefónicos o visitas anticipadas; y c) el paciente se comprometa hasta la próxima visita a esperar y no poner en peligro su vida (ni directa ni indirectamente), a mantener alejados los medios potencialmente letales y a avisar al terapeuta o a un centro de intervención en crisis si corre el peligro de causarse daño. Conviene que el paciente lleve encima este contrato o lo tenga en un lugar visible. Cuando se propone el contrato, conviene estar atento a la comunicación no verbal del paciente para captar sus posibles vacilaciones o ambivalencia; si estas existen, conviene preguntar por las cosas que no acaban de verse claras o por las dificultades percibidas.

Estos contratos no parecen recomendables para pacientes agitados, psicóticos, impulsivos o bajo la influencia de sustancias adictivas. Además, dado que la eficacia de los contratos depende de una buena relación terapéutica, tampoco se recomiendan en unidades de emergencia o para pacientes nuevos.

- . Seguir **reevaluando el riesgo de suicidio** y consultar con un **colega** en caso necesario. Si la situación se complica en exceso, puede remitirse al cliente a un centro de intervención en crisis o ponerse en contacto con un **servicio psiquiátrico para medicarlo y hospitalizarlo**. Si el riesgo de suicidio es inminente, no debe dejarse solo al paciente, sino hacer las gestiones delante de él para que sea trasladado a un hospital (p.ej., por familiares); además, hay que explicarle que es mejor que sea visto por otros profesionales cualificados para evaluar mejor su caso. La mayoría de los pacientes aceptan la hospitalización e incluso aquellos que son internados obligatoriamente suelen terminar por darse cuenta de que se ha hecho en su beneficio. El alta del hospital es para algunos pacientes un periodo de mayor riesgo de suicidio, por lo que conviene seguir evaluando la ideación, planes e intentos suicidas.
- . **Si un paciente no da su consentimiento para tratar sus conductas suicidas** y se piensa que puede poner su vida y/o la de otros en peligro, entonces el terapeuta puede quebrantar en parte la confidencialidad y comunicar a otras personas (médicos psiquiatras, familiares, policía) la información necesaria para proteger al paciente y a otros.



- **El cliente hace preguntas sobre creencias o comportamientos del terapeuta que este considera mejor no responder (p.ej., de tipo religioso, sexual, político).** La mejor estrategia puede ser responder con alguna pregunta del tipo “¿por qué me pregunta esto?” o “¿qué significaría para usted que yo le contestara X o Y?”. La idea es explorar las implicaciones para el paciente y hacerle ver que contestar dichas preguntas no es oportuno o pertinente para la terapia. **Si el cliente insiste** en saber la respuesta, se le dice o repite de un modo claro y amable que no es oportuno responder y se sigue con la sesión. Un posible ejemplo sería: “Entiendo que tenga cierta curiosidad sobre....., pero lo importante para la terapia ahora es centrarnos en.....”.

- **El cliente expresa o da a entender que el terapeuta puede tener muy poca experiencia en casos como el suyo (p.ej., por la juventud del mismo).** El terapeuta puede empezar manifestando al cliente que **comprende** que esté preocupado por ello. En cuanto a la experiencia específica, si es relativamente extensa a pesar de la edad, hay que **explicar** al cliente la **experiencia que se tiene** en casos como el suyo. **Si** la experiencia es **limitada**, debe **reconocerse** esto al cliente, pero indicarle también la **formación específica recibida**, que se está siendo **supervisado** por un profesional experimentado (si esto no fuera así, debería derivarse al cliente a un terapeuta cualificado) y que se pondrá el máximo interés para ayudarle a solucionar su problema. Por otra parte, conviene **plantear al cliente que es libre de tomar la decisión** que quiera y que, si lo desea, se le facilitará el contacto con otros terapeutas que tengan más experiencia. Es más, también puede decirse que si en algún momento se valora que no se le va a poder seguir ayudando adecuadamente, se le comunicará y se le **derivará** a otro profesional.

- **El cliente expresa o da a entender que si el terapeuta no ha pasado por su problema difícilmente le podrá comprender y tratar eficazmente.** Puede empezarse reforzando al cliente por plantear su duda. Luego, hay que **reconocer** que es realmente imposible comprender totalmente a otra persona si no se ha sufrido el problema e incluso habiéndolo tenido, ya que las formas de vivenciarlo o las circunstancias del mismo pueden ser muy diferentes. Sin embargo, **se explica también al cliente que puede conseguirse un nivel suficiente de comprensión** para ayudarle y tratar su problema por razones como las siguientes:

- a) Se ha recibido una **formación específica** para potenciar la capacidad de comprensión.
- b) Se tiene **experiencia** con personas que han padecido problemas similares.
- c) Existen **datos** de que muchas personas con problemas similares al suyo han sido tratadas eficazmente por psicólogos que no habían padecido dichos problemas.
- d) En muchas ocasiones se han podido vivir y resolver emociones o **problemas similares a los manifestados por el cliente, aunque menos intensos** (p.ej., ansiedad, tristeza, dificultades con los hijos o la pareja).
- e) Se dispone de la **experiencia acumulada por otros** terapeutas.

Asimismo, puede ser bueno buscar junto con el cliente ejemplos de personas cercanas que contradigan su planteamiento (p.ej., familiares o amigos que han sido ayudados por psicólogos u otras personas que no habían padecido el problema) y mejor aún ejemplos del propio cliente en que haya conseguido comprender e incluso ayudar a solucionar problemas de otras personas sin haberlos experimentado él mismo. Como punto final, se le puede decir al cliente que si en algún momento tiene la sensación de no sentirse comprendido, lo manifieste abiertamente. Además, puede decirse que si en algún momento se valora que no se le va a poder seguir ayudando adecuadamente, se le comunicará y se le **derivará** a otro profesional. Más aún, se le **plantea que es libre de buscar otro profesional** en el momento que quiera.

- **Se sospecha que el cliente inventa o falsifica datos importantes deliberadamente.** Lo primero es **asegurarse** de que esto es realmente así. En vez de dar por supuesta la existencia de una invención o falsificación, lo mejor es emplear la técnica de la **confrontación**: presentar la información contradictoria y solicitar la opinión del cliente al respecto. Cuando exista una invención o falsificación deliberada, un punto fructífero de discusión radica en **analizar por qué el**

**cliente hace eso.** Puede ser el resultado de una desconfianza hacia el terapeuta, de un miedo a desagradarle, de una creencia de que debe protegerse para evitar que el terapeuta le manipule o bien de un intento de manipular al terapeuta.

- **El cliente da permiso para que el terapeuta entreviste a una persona allegada, pero luego quiere saber algo que ha contado y que es confidencial.** Se informa al cliente que la información que pide es confidencial, como lo es la que él proporciona, y que no se le puede dar porque eso supondría traicionar la confianza del otro e incluso la suya propia: ¿qué confianza seguiría teniendo en un terapeuta que cuenta cosas confidenciales? Se le puede dar la alternativa de que, si lo desea, **pregunte directamente a la otra persona** la información que desea conocer. Si insiste (dice, p.ej., que a él no le importa que el otro conozca lo que ha dicho en sesión), se le puede **plantear cómo se sentiría** si el terapeuta diera a la otra persona una información que él le ha contado como confidencial y qué pensaría del terapeuta. Es muy raro que el cliente siga insistiendo, pero si lo hiciera, se le vuelve a decir amablemente que no se le puede contestar y se continúa con la sesión.

- **El cliente quiere que el tratamiento comience cuanto antes, incluso sin haber acabado la evaluación.** Se le informa de lo que puede durar la evaluación y de que esta será breve, y se justifica adecuadamente cada instrumento o método empleado. También se le explica con el apoyo de ejemplos que la **evaluación es necesaria** para tener una buena comprensión de su problema y poder diseñar el tratamiento más eficaz para su caso. Además, conviene enfatizar que ciertas tareas de evaluación, como por ejemplo los autorregistros, suelen tener efectos terapéuticos. Por otra parte, puede **reducirse la evaluación** al mínimo esencial. Si a pesar de lo anterior, el cliente insistiera en comenzar el tratamiento cuanto antes, puede empezar a **aplicarse alguna técnica** que se prevea útil o que, al menos, no vaya a ser perjudicial; un posible ejemplo sería el entrenamiento en respiración o relajación.

**En caso de problemas graves**, que requieran una intervención inmediata (por ejemplo, en el caso de una joven con anorexia nerviosa), conviene: a) iniciar el tratamiento de forma rápida, b) aplicar una intervención más intensiva (sesiones más frecuentes y/o de mayor duración y/o controles telefónicos) y c) continuar con el proceso de evaluación.

- **El cliente duda de si le merece la pena iniciar el tratamiento** (p.ej., porque hace muchos años que tiene el problema y cree que es muy difícil que se pueda solucionar). El paciente puede haber venido inducido por otros o bien por propia iniciativa, a pesar de sus dudas. Posibles estrategias a emplear en estos casos son: a) Reforzar el hecho de que plantee estas dudas y mostrar **empatía** al cliente: “entiendo que tenga dudas de que su problema se pueda resolver puesto que hace muchos años que le ocurre esto”. b) **Evaluar las causas** que le hacen pensar que no solucionará su problema. Por ejemplo, qué tipo de tratamiento cree que se aplicará, si tiene información sobre el tratamiento, si conoce a personas que no les haya funcionado, si está motivado para solucionar su problema. c) Explicar, en líneas generales, en que consiste el tratamiento y ofrecer **datos sobre su eficacia**. d) Hacer que el cliente identifique y valore los **pros y contras** de iniciar o no el tratamiento. e) Acordar con el cliente que **ponga a prueba el tratamiento durante un cierto tiempo** y/o abordar a modo de prueba una parte del problema, tras lo cual se evaluarán los resultados. f) Darle la posibilidad de **hablar con otros clientes** con un problema similar al suyo y que están finalizando el tratamiento o en periodo de seguimiento.

A la hora de aplicar las estrategias anteriores, es importante intentar comprender el punto de vista del cliente, comunicarle esta comprensión y ayudarle a explorar y resolver sus dudas por sí mismo **sin intentar convencerle directamente** mediante argumentos, consejos o advertencias.

**Si un paciente cree que el problema no tiene solución sólo en su caso**, hay que indagar qué le lleva a pensar esto y, si es posible, reestructurarlo. Si las bajas expectativas se deben a **tratamientos anteriores ineficaces**, habrá que destacar las diferencias entre estos y la intervención

actual, y señalar por qué esta última tiene más probabilidades de éxito.

Algunos clientes tienen **miedo de que los cambios que puede generar el tratamiento tengan consecuencias negativas** (p.ej., pensar que si se comporta de forma más asertiva los demás no le aceptarán). En estos casos, conviene aplicar el programa de intervención de modo muy gradual; esto proporciona seguridad al cliente y le permite comprobar si sus miedos están realmente fundados. Por otra parte algunos pacientes muestran resistencia a cambiar porque obtienen **beneficios de sus problemas** (p.ej., no asumir determinadas responsabilidades o recibir la atención de sus familiares). En estos casos, es necesario abordar el problema con el cliente y buscar conjuntamente alternativas más adaptativas que permitan obtener beneficios similares de formas más adecuadas. La colaboración de otras posibles personas implicadas es también fundamental.

- **El cliente no da permiso para que colabore en la terapia algún familiar.** Si después de explicar al cliente la conveniencia de que colabore la persona allegada, aquel se negara de entrada, se podrían analizar con él los motivos de su negativa. En algunos casos, la objeción se basa en el temor a que el otro se entere de ciertos temas que no se desea compartir y la solución es fácil: se remarca que no se comunicará a la persona allegada ninguna información que el paciente no desee. En otros casos, el cliente no quiere que el otro sepa que está recibiendo tratamiento, quizás porque este otro no es partidario, o existe un grave conflicto marital y aquí la colaboración resulta imposible. Si el cliente sigue renuente a dar su permiso, puede proponérsele algún tipo de colaboración que pueda aceptar más fácilmente (p.ej., en tareas de evaluación) y dejar para más adelante la propuesta de otras colaboraciones. Igualmente, en el caso de que el cliente se negara a la colaboración de una determinada persona (p.ej., el padre), podría buscarse que colaborara algún otro familiar (p.ej. la madre o un hermano).

Cuando la colaboración no pueda llevarse a cabo, habrá que acudir a medios alternativos tales como a) el uso de la **representación de roles** para obtener información sobre la interacción con otras personas o b) el empleo del entrenamiento en habilidades para que el cliente aprenda modos de indicar a la persona allegada su preferencia por comportamientos alternativos respecto a su problema, y responder a los comentarios hostiles; asimismo, se le pide que elogie los comportamientos alternativos del otro cuando aparezcan. Otras cosas que pueden hacerse son enseñar al cliente a ser más autónomo y a buscar otros apoyos sociales fuera del familiar implicado.

Si la participación de la persona allegada era para ayudar, apoyar y alentar al cliente en la aplicación del programa de intervención (p.ej., durante la exposición), este papel puede ser llevado a cabo por otra persona: un amigo o conocido, un ayudante del terapeuta o este mismo.

**Si son los propios familiares los que parecen no querer colaborar** cuando cliente y terapeuta lo ven oportuno, se pregunta al cliente qué motivos cree que tienen para no querer venir a la entrevista propuesta con el terapeuta. Estos motivos pueden ser diversos: pensar que el problema es una cosa sólo del paciente, miedo a ser culpabilizados, creencia de que se les pedirán cambios que no desean hacer, falta de tiempo, etc. Con el permiso del cliente, se les llama por teléfono o se les envía una carta con la finalidad de explicarles por qué es necesaria su colaboración y pedirles una entrevista en el horario que más les convenga y sin que esto les comprometa a nada.

Si el familiar sigue poco dispuesto tras la entrevista, puede pedírsele que colabore en tareas fáciles (p.ej., de evaluación) para intentar conseguir después una mayor implicación en el tratamiento. Si se considera necesaria o muy deseable la participación de determinada persona para conseguir los objetivos terapéuticos (p.ej., el cónyuge en una terapia de pareja) y la persona no acepta, puede llevarse a cabo algo de lo siguiente: perseguir ciertos cambios en el cliente que animen al otro a cooperar, entrenar al paciente para cambiar la conducta del otro, enseñarle a tener mayor autonomía personal y/o animarle a buscar otros apoyos sociales fuera del familiar implicado.

- **El cliente llega tarde.** Debe intentar averiguarse las razones de esto sin parecer acusador. Si el retraso se debe a alguna **causa inevitable o ajena** al cliente, hay que ser flexible y darle la oportunidad, en la medida de lo posible, de hacer la sesión completa. **En caso contrario**, se recuerda la conveniencia de ser puntual y se dedica sólo el tiempo que queda de la sesión. Si un cliente llega **tarde sistemáticamente**, pueden analizarse las causas, hacerle reflexionar sobre la dificultad de conjugar el llegar tarde con alcanzar las metas del tratamiento y valorar su motivación para el tratamiento. Pero si no hay nada que aconseje cambiar de horario, conviene establecer límites.

- **El cliente no acude a algunas sesiones y no avisa.** La primera vez puede llamársele para interesarse por él y **ver qué le ha impedido venir**. A no ser que haya alguna razón importante que le haya impedido avisar, se le señala la conveniencia de hacerlo si ha de faltar a alguna sesión. **Si se repite el hecho (o se falta a 2-3 sesiones aún con aviso, pero sin causa importante)**, puede emplearse la **confrontación** (se le plantea que, por un lado, desea alcanzar ciertas metas y por otro, falta a las sesiones) y considerar las explicaciones y motivaciones del cliente.

- **El cliente intenta frecuentemente prolongar las sesiones.** Algunos clientes intentan prolongar las sesiones planteando algún **tema importante hacia el final** de las mismas. En general, el intento de prolongar las sesiones puede evitarse acordando con el cliente al comienzo de cada sesión un **orden del día** en el que se detallan los aspectos a abordar. Si a pesar de todo, el cliente suscita una cuestión importante al final de una sesión, la norma general es decirle que, debido a que hay que atender a otros pacientes o cumplir otras obligaciones, no hay tiempo para abordar el tema, pero que **esté será tratado con detalle en la próxima sesión**; puede pedirse también al cliente que **escriba sobre el tema y traiga el material** a la siguiente cita. Naturalmente, hay **excepciones**. En caso de que surjan ciertos temas (**ideas de suicidio, agresión grave a alguien, maltrato físico, abuso sexual, abandono de la terapia**) o aparezca información relevante que se intentaba obtener sin éxito, conviene alargar la sesión siempre que no se trate de un comportamiento manipulativo del cliente.

El problema aquí planteado **no debe confundirse con la situación en que un cliente expone alguna cuestión importante al final de una sesión porque no se ha atrevido a hacerlo antes** y considera que es importante hacerlo. En estos casos, puede comenzarse a explorar el tema, si el tiempo lo permite, y avisar al paciente que se proseguirá con la exploración en la sesión siguiente. De no haber tiempo, debe explicarse la imposibilidad de abordar el tema en ese momento, pero que se tratará con detalle en la próxima sesión. Puede pedírsele también en ambos casos que escriba sobre el tema suscitado y que traiga el material a la siguiente cita.

En general, es aconsejable **dejar un tiempo libre al final de las sesiones** para resumir la información más importante, obtener retroalimentación del cliente respecto a las sesiones y acordar tareas entre sesiones. Todo esto, unido al acuerdo de un orden del día que permita comentar al paciente los aspectos que le preocupan, hace muy probable que el cliente se adapte a esta rutina y no intente prolongar las sesiones. Si no fuera así, habría que discutir con él las razones que tiene para proporcionar información importante a última hora.

**Si un cliente intenta prolongar la sesión sin aportar información significativa**, se le indica que se seguirá hablando en la próxima sesión y que ahora se tienen otros pacientes que atender u otras obligaciones. Hay que reforzar esta información de un modo no verbal levantándose, dando la mano al cliente, abriendo la puerta, etc.

- **El cliente abusa de las llamadas telefónicas.** Normalmente, la posibilidad de llamar a la consulta se emplea cuando: a) surge una situación de crisis o problemas graves o inesperados; b) el cliente ha de informar antes de la siguiente sesión de la realización de actividades entre sesiones; y c) el cliente, por el motivo que sea, no puede acudir a la consulta y la sesión se hace por

teléfono. Los abusos en las llamadas son raros y normalmente estas se emplean para reducir la ansiedad. En este caso, hay que remarcar al paciente la importancia de manejar la ansiedad por uno mismo, **enseñarle otros medios de afrontar la ansiedad**, pedirle que los aplique en vez de llamar por teléfono y reforzarle por ello. Si en los primeros momentos de la terapia sigue llamando, se le pide que recuerde lo que puede hacer o, en caso necesario, se le recuerda; luego, se pone fin a la llamada de modo amable. **Si el abuso persiste**, existen algunas opciones: a) plantear al paciente que si hace la llamada telefónica, no se realizará la siguiente sesión programada, ya que se considerará que ha sido hecha por teléfono; y b) decir al cliente que la consecuencia natural de abusar de un privilegio es perderlo y actuar en consecuencia.

- **El cliente interrumpe continuamente la aplicación del tratamiento. Aprovecha cualquier momento para hablar de lo mala que ha sido la semana, lo mucho que sufre, etc.** Inicialmente conviene hacer un comentario empático sobre lo mal que lo está pasando y decirle que lo que se pretende precisamente con el tratamiento es que su situación mejore. Se vuelven a discutir con él los objetivos del tratamiento y se valora conjuntamente cuál es la mejor alternativa para conseguirlos: aplicar el tratamiento o seguir hablar extensamente sobre lo mal que se siente.

**Si se decide continuar el tratamiento** y el cliente vuelve a interrumpir, se le recuerda muy brevemente la conclusión a la que se ha llegado y se sigue adelante. Con este tipo de clientes puede ser útil acordar con ellos que tras haber dedicado la mayor parte del tiempo de la sesión al tratamiento establecido, se reservarán 10 minutos (reales) al final de la sesión para que puedan desahogarse. Cuando tras el análisis inicial, el paciente estuviera **convencido de que es más útil poder hablar sobre cómo se siente**, se puede acordar con él un periodo de prueba de unas pocas semanas para ver si los resultados confirman su creencia. Es difícil que sea así si sólo sigue hablando sobre lo mal que se encuentra.

- **El cliente desarrolla hacia el terapeuta actitudes excesivamente positivas o negativas (amor, deseo sexual, antipatía, cólera).** En este caso, conviene centrar la terapia en la discusión de los temas personales. Se trata de adoptar un enfoque de resolución de problemas y comenzar por **explorar con el cliente los pensamientos y sentimientos que este tiene hacia el terapeuta**. Es posible que el cliente haya elaborado fantasías amorosas o eróticas hacia el terapeuta o, en el polo opuesto, que piense que el terapeuta no se interesa realmente por él o que le rechaza.

# **Las actitudes demasiado positivas pueden prevenirse** llevando un anillo de boda, indicando sutilmente que se está casado y/o no mostrándose muy afectuoso. Si a pesar de todo **aparecen**, puede decirse al cliente que la situación de terapia puede facilitar tales sentimientos, pero que dejarse llevar por los mismos tendría repercusiones negativas en la terapia. Es necesario que el terapeuta deje claro que está contento con su vida afectiva y que no ceda ante las posibles manipulaciones del paciente. Si se considera necesario, puede investigarse además **por qué el cliente experimenta dichos sentimientos** (¿quizá se encuentra solo?). Otra opción es pedirle que haga una lista de todas las **características positivas que ve en el terapeuta y que busque datos que las apoyen**; se suele descubrir así que el concepto que tiene el cliente del terapeuta está totalmente idealizado. En cualquier caso, estos sentimientos del paciente no deben hacer perder de vista los objetivos de la terapia. Si continuar trabajando en estos es imposible, debe plantearse al cliente la derivación a otro profesional.

# **En cuanto a la antipatía persistente** hacia el terapeuta, conviene también explorarla y puede abordarse haciendo que el cliente elabore una lista con todos los atributos negativos que ve en el terapeuta y examine los datos que existen a favor y en contra de ellos. Si el cliente está en lo cierto respecto a alguna característica, corresponde al terapeuta cambiar. En ocasiones, la antipatía puede deberse a que el terapeuta le recuerda al cliente a una persona muy desagradable; en estos casos, puede analizarse esta situación o, si es preciso, cambiar de terapeuta.

- # Por último, si el cliente se muestra **enfadado con el terapeuta**, conviene que este adopte una actitud no defensiva y que haga uso del reflejo, de la distracción o del humor dirigido hacia sí mismo. Una vez que el enfado haya disminuido, terapeuta y cliente pueden explorar las causas del mismo, incluyendo lo que el terapeuta haya podido decir o hacer (p.ej., tono de voz brusco, ciertos comentarios, actitud de enfrentamiento). Si el terapeuta ha contribuido con un comportamiento inadecuado al enfado del paciente, debería reconocerlo ante este, pedir disculpas y vigilar para que no suceda de nuevo.

- **El cliente se comporta agresivamente en la consulta.** Cuando un paciente tiene dificultades para controlar la ira durante la sesión, este problema debe constituir uno de los **focos del tratamiento**. En primer lugar es especialmente importante desarrollar una buena relación con el cliente. Además, la intervención debe ir dirigida a que el cliente sepa reconocer su ira y aprenda estrategias de control tales como hacer una pausa para calmarse, respiración controlada, relajación, autoinstrucciones, comprensión del punto de vista del otro, reestructuración cognitiva, anticipación de consecuencias y resolución de problemas. **Con pacientes que es probable que puedan llegar a agredir físicamente**, hay que comportarse con tranquilidad y seguridad, pero sin olvidar tomar medidas de seguridad: situarse fuera del espacio personal del paciente, asegurarse una vía de salida fácilmente accesible, trabajar con coterapeuta, quedar con algún compañero o miembro del personal para que esté cerca o en contacto y tener un sistema para avisarle, quitar del despacho objetos peligrosos, etc. Estos casos son muy poco frecuentes en la práctica privada, pero pueden darse en centros institucionales y en personas con historiales de violencia.

Es importante que el terapeuta sepa **detectar los primeros indicios de que el cliente** empieza a manifestar una ira excesiva. De este modo, puede intervenir para: a) pedir al cliente que se fije en cómo se siente o indicarle que observe si se está enfadando o no, y b) recordarle, si es el caso, que aplique las estrategias previamente entrenadas. Si a pesar de todo, un paciente **grita o amenaza**, hay que mantener la calma y no mostrarse asustado ni adoptar una actitud de enfrentamiento. Conviene a) escuchar activamente en silencio, b) intentar comprender al cliente, c) autoobservarse para mantener el control y “no entrar al trapo”, d) no interrumpir y menos diciendo cosas como “cálmese”, “tranquilo”, “sea razonable”, “atiéndame, por favor”, e) no levantar el volumen de voz ni mirar fijamente a los ojos, y f) intentar tranquilizarse y recordar los objetivos. En caso de que un cliente **tire o rompa cosas, o golpee objetos** y las estrategias anteriores no funcionen, puede abandonarse el despacho hasta que pase la crisis, a no ser que la intensidad de esta requiera pedir la colaboración de otras personas.

**Una vez que el cliente esté más calmado**, a) se explorarán con él los motivos de la crisis y se mostrará interés por entender su punto de vista, b) se valorará con el cliente la utilidad de su comportamiento, c) se buscarán conjuntamente alternativas de respuesta a la situación planteada (p.ej., una forma más asertiva de decir las cosas), y d) en caso necesario, se entrenarán o volverán a practicar estrategias de autocontrol emocional. Si el terapeuta ha contribuido con un comportamiento inadecuado a la conducta agresiva del paciente, debería reconocerlo ante este, pedir disculpas y vigilar para que no suceda de nuevo.

Una estrategia particularmente útil es desarrollar un **contrato** con los pacientes agresivos en el que se especifique que los comportamientos agresivos no son aceptables y las consecuencias acordadas que se derivarán de los mismos. Además, el paciente debe avisar al terapeuta cuando tenga la sensación de estar enfadándose y ambos deben hablar de lo que ha conducido al enfado, incluido lo que el terapeuta haya podido decir o hacer (p.ej., tono de voz brusco, postura desafiante, ciertos comentarios), y buscar medios para reducir la tensión. Finalmente, en las personas con riesgo elevado de agresión grave, puede ser necesario ponerse en contacto con un servicio psiquiátrico para medicarlas y hospitalizarlas.

## ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

Ha sido común hablar de **resistencia al cambio** cuando el comportamiento del cliente interfiere claramente con la consecución de las metas terapéuticas. Indicios de resistencia al cambio pueden ser faltar a las citas, silencios largos, no contestar a las preguntas del terapeuta o hacerlo muy brevemente, no realizar las actividades entre sesiones, hablar demasiado, cambiar frecuentemente de temas o de objetivos, mostrar una actitud negativa constante hacia el terapeuta o la terapia, no comunicar información importante, coquetear, poner siempre pegas, etc. Sin embargo, conviene tener en cuenta que **estas señales no indican necesariamente que el cliente no quiera cambiar**, ya que pueden ser debidas a otros factores tales como miedos, habilidades comunicativas inadecuadas, impedimentos, comportamiento del terapeuta o de otras personas, etc. En este sentido y siguiendo a Cormier y Cormier (1991/1994), puede definirse la resistencia como **cualquier comportamiento del cliente, del terapeuta o de otras personas que interfiere con el logro de resultados terapéuticos satisfactorios**.

Pueden identificarse dos tipos de **fuentes de resistencia** (Beck et al., 1990/1995; Cormier y Cormier, 1991/1994; Ruiz, 1998; Ruiz y Villalobos, 1994): internas y externas.

### Fuentes internas:

- **Perseguir otros objetivos distintos de los terapéuticos:** descargarse emocionalmente, buscar una amistad o una relación social, mantener el rol de enfermo en su entorno (con las ventajas que esto conlleva), buscar atención, contentar a personas allegadas que desean que el cliente cambie, buscar la confirmación de que los propios problemas son incurables y liberarse así de toda responsabilidad, etc.
- **Falta de motivación**, por ejemplo, por no venir voluntariamente a terapia, por pensar que el tratamiento les exige demasiado esfuerzo o por haber pasado ya los momentos más difíciles de su crisis.
- **Expectativas negativas de mejora** debidas a tratamientos previos sin éxito o a una **historia de castigos sociales o malestar emocional intenso asociados a** experiencias anteriores de cambio o intento de **cambio**.
- **Expectativas poco realistas** de soluciones rápidas y/o de poco esfuerzo personal.
- **Falta de credibilidad en el tratamiento o creer que no es necesario hacer terapia.** Las discrepancias entre cliente y terapeuta respecto a la necesidad, duración, metas o contenido del tratamiento son una fuente importante de resistencia.
- **Presentar elevada reactividad:** tendencia a resistirse ante las sugerencias o instrucciones de otra persona con el fin de recuperar la pérdida real o percibida de libertad de acción. Es más probable que estos pacientes rechacen las sugerencias del terapeuta, falten a más sesiones, abandonen el tratamiento y se muestren menos satisfechos con el tratamiento. Una forma de medir la reactividad es emplear la Escala de Reactividad Terapéutica de Dowd, Milne y Wise (1991).
- Miedo o **vergüenza a descubrir a otro la propia intimidad;** por ejemplo, miedo a contar ciertos problemas (como abuso sexual infantil u obsesión de matar a los hijos) y a la reacción del terapeuta, a quien puede no conocerse todavía lo suficiente.
- **Miedo a perjudicar a otras personas** (p.ej., el cónyuge o los padres) si se logran ciertas metas (p.ej., comportamiento más asertivo e independiente).
- **Falta de confianza en el terapeuta**, ya sea por las características de este, por miedo a que se aproveche de las propias debilidades o por haberse sentido traicionado anterior-

mente por otros profesionales.

- **Fallos de memoria o comprensión** (p.ej., de lo que le pasa a uno o de los pasos a dar).
- **Falta de habilidades** para llevar a cabo actividades requeridas en el tratamiento.
- Temor a **perder ciertos beneficios** derivados del trastorno: mayor atención por parte de la familia, evitar el trabajo o el estrés, obtener dinero, lograr seguridad (lo que pasa es predecible y se evita la ansiedad que produce el cambio), dominar a los otros, etc.
- **Temor a asumir la responsabilidad de la propia vida** y a tomar decisiones importantes. Hay clientes que incluso piensan que no pueden hacer nada por sí mismos para solucionar sus problemas.
- Miedo a **perder la propia identidad** o a convertirse en un tipo de persona que no gusta. Está aquí incluido el miedo a cómo se llegará a pensar, sentir y/o actuar al solucionar los comportamientos problemáticos.
- Miedo a **descubrir aspectos propios** que sería muy difícil asumir, lo cual lleva a no reconocer o a minimizar un problema o factores importantes del mismo.
- Miedo a **perder el control personal o a considerarse personas débiles** por el hecho de recibir ayuda, con la consiguiente pérdida de autoestima.
- **Estilos rígidos de personalidad** (p.ej., obsesivo-compulsiva, paranoide) o **pobre control de impulsos**.

**Fuentes externas** (variables ambientales, variables del terapeuta):

- **Retirada de reforzamiento social o aplicación de castigos (p.ej., desaprobación)** por parte de personas del entorno del paciente contingentemente a los cambios de funcionamiento (p.ej., al intentar llevar una vida más autónoma o querer dejar las drogas).
- **Falta de apoyo social para el cambio o inducción y reforzamiento por parte de otros de las conductas problemáticas.** No hay que pasar por alto que ciertas conductas problemáticas pueden proporcionar beneficios a personas allegadas; así, a una mujer agorafóbica puede *convenirle* que un hijo presente fobia escolar y se quede haciéndole compañía en casa, y un marido puede preferir que su mujer salga poco de casa, con lo que hará poco o nada para que supere su agorafobia.
- **Cambios ambientales interferidores** como nuevas responsabilidades u obligaciones, problemas económicos, dificultades en la familia, enfermedad.
- **Actuaciones inadecuadas del terapeuta:** mala relación con el cliente (falta de empatía, cordialidad y/o aceptación), selección errónea del problema principal del paciente, conceptualización inadecuada del problema o imposición de la misma, imposición o mala selección de metas (p.ej., formulación de metas perfeccionistas, reestructuración de la personalidad en vez de resolución de problemas concretos tal como el paciente preferiría o viceversa), tratamiento excesivamente largo o demasiado simplificado, tratamiento complejo o exigente, empleo de lenguaje incomprensible para el cliente, justificación nula o inadecuada de las actividades a realizar, excesiva directividad, falta de experiencia para trabajar con ciertos clientes o aplicar determinadas técnicas, etc.

Conviene no olvidar que, al menos bajo condiciones de pago, los clientes prefieren tratamientos mucho más breves (10 visitas o menos) de los que desean los terapeutas (20-50 visitas) y que sólo el 35-50% completan al menos 10 visitas (Balaguer Bados y Saldaña, 2005; Pekarik, 1993).

Las **pautas de actuación dependerán de los factores que generen la resistencia** y muchas



de ellas han sido ya abordadas en este tema o en el de *El proceso de evaluación e intervención*. La idea general es convertir los factores de resistencia en el foco de la terapia y adoptar una perspectiva de resolución de problemas. Aunque es relativamente frecuente sentirse inicialmente irritado o enfadado, es primordial intentar **comprender el punto de vista del cliente** (el cual puede sentirse vulnerable y amenazado) sin culpabilizarle ni entrar en enfrentamientos con él por su supuesta falta de colaboración, ya que esto sólo agravaría las cosas.

Aparte de lo ya dicho, algunas **ESTRATEGIAS ÚTILES PARA FACILITAR EL CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN** son las siguientes (Cormier y Cormier, 1991/1994; Gambrill, 1977; Gavino y Godoy, 1993; Goldfried y Davison, 1976/1981; Labrador y Castro, 1987; Meichenbaum y Turk, 1987/1991, caps. 2-3; Ogrodniczuck, Joyce y Piper, 2005; Segura, 1985):

- **Reforzar verbalmente al cliente por haber venido a terapia** e indicarle que esto indica que se preocupa por sí mismo y que está motivado para solucionar sus problemas. También puede ser útil **preparar a los pacientes antes de la terapia** dándoles información sobre el fundamento y naturaleza del proceso de tratamiento, los roles del paciente y del terapeuta, algunas creencias erróneas sobre la psicoterapia y las dificultades que pueden surgir. Esto puede hacerse mediante una entrevista, charla a un grupo de pacientes o visionado de vídeos.
- Establecer una **buena relación con el cliente**. Esto incluye un trato amable y personal (tanto por parte del terapeuta como del personal auxiliar); interés por el cliente; saber escucharle; alentarle a que exprese sus ideas, dudas, preguntas, expectativas y temores; comprensión empática de sus problemas; aceptación del cliente sin juicios valorativos; ausencia de prisas y agobios; un mismo terapeuta durante todo el tratamiento; y un sistema de citas que evite esperas molestas.
- **Explicar la necesidad de la evaluación, en qué consistirá y cuánto durará; y dar retroalimentación** sobre la misma una vez realizada.
- **Conceptualizar los problemas del cliente de un modo comprensible y plausible para él y llegar a un acuerdo** al respecto. Esta conceptualización implica relacionar los problemas del cliente con los factores que pueden explicar su origen, desarrollo y, sobretodo, mantenimiento. En muchos casos, esta conceptualización es menos dramática que el punto de vista inicial del cliente sobre su problema y aumenta el sentido de control y las esperanzas del cliente.

El acuerdo respecto a la conceptualización es especialmente difícil cuando el cliente **piensa que su problema no es psicológico**; esto ocurre frecuentemente en clientes con trastornos psicósomáticos. En estos casos, hay que preguntar al cliente si el profesional que le ha derivado le ha explicado por qué le ha pedido ir al psicólogo y cuál es esta explicación. Hay que reconocer la existencia real de un trastorno físico y hay que ofrecer una explicación que integre factores físicos y psicológicos e incorpore a ser posible la explicación del otro profesional.

- **Derivar a los pacientes que por sus características no se consideran adecuados para el tipo de terapia que se practica.**
- Proporcionar **apoyo al paciente respecto a circunstancias difíciles de su vida** (p.ej., alojamiento, empleo, relaciones con familiares y amigos) que puede dificultar o impedir el cumplimiento del tratamiento.
- **Llegar a un acuerdo sobre los objetivos terapéuticos y sobre el orden en que se tra-**

**bajarán.** Puede ser útil establecer una jerarquía de intervención en la que se empiece por los objetivos para los que el cliente esté más motivado. Además, conviene dividir los objetivos en **subobjetivos** con el fin de aumentar la motivación del cliente por logros más cercanos. Los objetivos acordados al principio de la terapia pueden ser replanteados durante la intervención ya sea porque surgen o de descubren nuevos factores explicativos en los problemas del cliente o porque el cliente plantea nuevos problemas.

- Si es preciso **motivar al cliente hacia los objetivos** terapéuticos, se dispone de los siguientes **medios**:
  - # Hacer que el cliente elabore una **matriz de decisión** con las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de **resolver y no resolver sus problemas** y valorar dichas consecuencias.
  - # En los casos en los que los pacientes tienen **miedo a las consecuencias del cambio** (p.ej., ser menos aceptados por los demás), conviene perseguir el cambio de modo muy gradual; esto proporciona seguridad y permite comprobar si los miedos están realmente fundados.
  - # Exponer **con ejemplos** y una explicación clara las **implicaciones positivas** que tendrá para el cliente el alcanzar las **metas propuestas**.
  - # **Relacionar las metas con el sistema de valores del cliente** y con lo que este pretende en la vida.
  - # Hacer que el cliente **experimente de forma anticipada los beneficios** de haber alcanzado la meta, a través de la **imaginación**.
  - # **Si** el cliente obtiene del trastorno **beneficios** importantes, trabajar con él para ver cómo pueden lograrse **beneficios similares de formas más adecuadas**.
- En aquellos casos en que el **cliente no esté de acuerdo en lograr determinados objetivos** terapéuticos, el terapeuta tiene varias opciones:
  - # **Limitar la intervención a los objetivos para las que el cliente está motivado**, caso de que los objetivos rechazados no sean fundamentales para el problema del cliente.
  - # **Empezar por los objetivos en los que haya acuerdo** e intentar posteriormente que el cliente entienda la importancia de otros objetivos.
  - # **Renunciar a la intervención** si la meta o metas rechazadas son primordiales, ya que en este caso, el fracaso subsecuente reducirá aún más la motivación y confianza del cliente para resolver su problema.
- **Presentar, justificar y acordar el plan de tratamiento.** Esto implica: a) exponer su contenido (incluido el papel del terapeuta y del cliente), duración y frecuencia de las sesiones, b) justificar por qué parece adecuado (esto conlleva ligarlo a la conceptualización de los problemas y a las metas), c) dar datos (verbales, escritos, informes de otras personas) sobre su eficacia, d) explicar sus costos (tiempo, esfuerzo, dinero, posibles efectos secundarios) y beneficios, y remarcar la preponderancia de estos últimos, aunque requerirán esfuerzo, y e) llegar a un acuerdo sobre el contenido y aplicación del mismo.

Una parte importante del acuerdo sobre el tratamiento la constituye **ir decidiendo conjuntamente (no imponiendo ni asignando) las actividades a realizar entre sesiones** y que el cliente tenga clara la finalidad de estas. Conforme avance el tratamiento, el paciente debe ir teniendo mayor responsabilidad en la determinación de las actividades. Conviene ser **lo menos directivo que las condiciones permitan**. Siempre que sea posible, es mejor ayudar al cliente a descubrir soluciones que darle directamente estas últi-

mas; y si se hace esto último, es más aceptable hacerlo en forma de sugerencias que de algo que hay que hacer.

En caso de **personas escépticas**, puede pedírseles que **pongan a prueba el tratamiento durante un tiempo más o menos breve** tras el cual se evaluarán los resultados. Otras alternativas consisten en **sofisticar un tratamiento** para hacerlo más creíble (p.ej., en vez de aplicar un simple entrenamiento en relajación, enseñar esta mediante biorretroalimentación EMG), **combinarlo con otras técnicas** (p.ej., fármacos o placebo) o **seleccionar un tratamiento completamente diferente**.

- **Aumentar las expectativas de mejora** del cliente si son inapropiadamente bajas. Lo primero es comprender el pesimismo del paciente y explorar las causas del mismo en vez de hacer de entrada comentarios optimistas. Posibles estrategias que pueden emplearse luego son: dar **datos sobre la eficacia** del tratamiento, enfatizar la **preponderancia de los beneficios** sobre los costos del tratamiento y **recordar cambios logrados previamente** que fueron precedidos por un pesimismo inicial.

**Si las bajas expectativas de mejora se deben a tratamientos anteriores ineficaces**, habrá que destacar las diferencias entre estos y la intervención actual, y señalar por qué esta última tiene más probabilidades de éxito. Cuanto más similares en apariencia hayan sido los tratamientos anteriores a la intervención actual, más habrá que resaltar las diferencias existentes; otra alternativa es seleccionar, si es posible, una intervención distinta. Hay que intentar fomentar **expectativas realistas**, sin infundir un optimismo exagerado; por lo tanto, en ocasiones habrá que reconocer que las probabilidades de cambio son bajas, pero que puede intentarse.

- **Avisar que el progreso no será ni inmediato ni lineal**, sino que pasará un tiempo antes de que se obtengan resultados notables y además habrá altibajos y días malos. Inculcar que los **retrocesos y contratiempos no deben verse negativamente**, sino como una oportunidad de afrontamiento y de aplicación de las habilidades aprendidas.
- Proporcionar **material escrito o archivos de audio o vídeo que ayuden a consolidar las hipótesis explicativas y la justificación del tratamiento**, y den información sobre este y su aplicación (biblioterapia). Decir al cliente que vea qué parte de esa información se adecua a su caso y qué parte no. Posteriormente, hay que discutir las reacciones del cliente al material entregado.
- Dar la **información de un modo sencillo y preciso, ilustrarla** con ejemplos (e incluso ensayar las actividades a realizar entre sesiones), **comprobar específicamente si el cliente la comprende** y proporcionar **por escrito** la información más importante. Si es necesario, decir al cliente que en caso de que tenga alguna duda sobre las actividades a realizar durante la semana, llame por teléfono antes de la siguiente sesión.
- **Minimizar la complejidad del tratamiento** procurando que el cliente no tenga que hacer muchas cosas a la vez. Si es necesario un tratamiento complejo, habrá que **introducir sus componentes de forma progresiva**; es decir, una vez que el cliente haya aprendido y cumplido una parte del tratamiento, se pasará a la siguiente y así sucesivamente hasta la implantación total.
- **Establecer un tratamiento individualizado**, tanto en su contenido como en su ritmo de aplicación, en función de las características personales y del entorno del cliente. Llevar a cabo la intervención debe suponerle al cliente las menos molestias posibles.
- **Seleccionar un tratamiento que no tenga o tenga sólo mínimos efectos secundarios**

**indeseables**, a no ser que sea la única alternativa posible. En este caso, informar de dichos efectos, señalar que son temporales y resaltar la preponderancia de los beneficios.

- **Anticipar con el cliente posibles obstáculos en la aplicación del tratamiento y buscar soluciones** de forma conjunta.
- **Establecer un tiempo límite del tratamiento**, ya sea globalmente o por partes, para que terapeuta y cliente puedan revisar los resultados obtenidos. Un cliente puede estar dispuesto a probar un tratamiento durante un periodo de tiempo limitado para alcanzar una meta a corto plazo; si esta se consigue, el cliente estará más motivado para proseguir.

Sledge et al. (1990) hallaron en un estudio retrospectivo en un centro de salud mental que entre los pacientes que recibieron terapia breve (8-16 sesiones) y a los que se especificó la duración de esta al comienzo del tratamiento, el porcentaje de abandonos (32%) fue significativamente menor que entre los pacientes que recibieron simplemente terapia breve (67%) o de mayor duración (61%); las diferencias no pudieron ser explicadas por características de los pacientes o de los terapeutas o la duración del tratamiento. De este modo, una buena estrategia para reducir el abandono parece ser especificar al paciente al comienzo de la terapia una duración breve del tratamiento.

- **Emplear medios para recordar y promover la aplicación del tratamiento.** Por ejemplo, personas que recuerdan al cliente lo que debe hacer, señales ambientales recordatorias (una nota visible, una alarma en el móvil), tener que llamar al terapeuta para informarle de la realización de determinadas actividades o bien saber que alguien llamará para recoger esta información. Cuando se considere necesario, también puede llamarse a un cliente para recordarle las citas.
- **Llamar a un cliente cuando falla a una sesión** para interesarse por él y ver qué le ha impedido venir. Estas llamadas aumentan la probabilidad de que el paciente continúe el tratamiento (Pang et al., 1996).
- **Supervisar** la aplicación del tratamiento, **alabar** los esfuerzos y logros del cliente, y ofrecer **retroalimentación** que permita corregir errores y superar dificultades. Es importante resaltar las contribuciones del cliente a los cambios conseguidos y minimizar el papel jugado por el terapeuta con el fin de potenciar la **autoatribución de los logros**.
- **Revisar periódicamente los progresos para recordarlos** y evitar que el cliente se desanime pensando sólo en lo que le queda por conseguir. Es de gran ayuda poder disponer de un **gráfico** que dé cuenta de las mejoras conseguidas.
- **Asociar la realización de nuevas actividades y conductas con reforzadores importantes.** Así, un agorafóbico puede entrar en unos grandes almacenes, lo que para él es algo amenazante, pero al mismo tiempo puede comprarse algo que desea mucho.
- Establecer un **sistema de apoyo familiar y/o social** que, una vez de acuerdo con la conceptualización y tratamiento del problema, recuerde y refuerce la aplicación de la intervención. Si el tratamiento va a ser aplicado por personas allegadas, estas deberán ser entrenadas siguiendo las pautas del entrenamiento en habilidades; no basta simplemente con dar explicaciones verbales.
- Aparte del apoyo ofrecido por familiares, amigos, compañeros y personal de instituciones donde pueda estar internado el cliente, otra opción es el **tratamiento en grupo**. Contar con la colaboración de otros, en vez de con su pasividad o su resistencia, requiere, al igual que en el caso del cliente, mantener un buen trato con ellos y tener en cuenta sus

expectativas, creencias y nivel de motivación.

- Muchas veces, el problema no radica sólo en el cliente, sino que están implicadas también una o más personas allegadas. En estos casos, se requiere un cambio de comportamiento de todas las partes implicadas. **Si todas o algunas de las personas allegadas no están dispuestas a cooperar**, hay varias soluciones:
  - # Mantener el **apoyo de aquellas personas allegadas** dispuestas a colaborar.
  - # Entrenar al cliente en habilidades de **autorregulación**.
  - # **Entrenar al cliente a cambiar la conducta de la persona allegada** (padre, cónyuge, maestro, compañeros).
  - # **Separar temporal o definitivamente al cliente** de las personas allegadas (p.ej., cambio de clase o de trabajo, divorcio del cónyuge, separar a un hijo de los padres) y buscar nuevas personas allegadas.
- Establecer un **contrato, ya sea el cliente consigo mismo o de este con el terapeuta o con familiares/amigos**, mediante el cual se compromete a cumplir las pautas del tratamiento. Si es preciso, este contrato puede ser un contrato de **contingencias**: el cliente gana algo o es penalizado según siga o no las indicaciones del tratamiento. Las estrategias de autocontrol (p.ej., autorreforzamiento) son especialmente importantes cuando las personas allegadas no colaboran o incluso interfieren con el tratamiento. En los casos más difíciles, puede establecerse que la duración de las sesiones de terapia o la realización de estas dependa de que el cliente cumpla con el tratamiento acordado. De todos modos, antes de hacer esto último es conveniente **analizar la existencia de**:
  - a) **Ciertos miedos básicos que pueden dificultar cambiar**: temor a perder ciertos beneficios (mayor atención por parte de la familia, no tener que trabajar), miedo a perder la propia identidad o a convertirse en un tipo de persona que no es del propio agrado, miedo a descubrir aspectos propios que sería muy difícil asumir, miedo a perder el control sobre sí mismos o temor a asumir la responsabilidad de la propia vida.
  - b) **Otros objetivos distintos de los terapéuticos**: descargarse emocionalmente, buscar una amistad, mantener el rol de enfermo en su entorno, contentar a personas allegadas que desean que el cliente cambie, etc. Si se descubre alguno de estos miedos u objetivos, habrá que perseguir que el cliente sea consciente de los mismos, discutir su funcionalidad y buscar vías para su modificación.
- Solicitar al cliente que lleve un **autorregistro** tanto de las conductas problema como de la aplicación de las estrategias de tratamiento.
- Conforme avanza el tratamiento, **mencionar con una cierta antelación los temas difíciles que se abordarán** más adelante con el fin de que el cliente se vaya preparando.
- Recordar, **cuando disminuye la motivación, los beneficios que se derivarán** caso de persistir y el esfuerzo y tiempo requeridos. También pueden aplicarse **programas de reforzamiento**. Otra opción es **hacer una interpretación tentativa de la resistencia del cliente** con el fin de que este identifique cuestiones o sentimientos no mencionados.
- Estar atento a la aparición o intensificación de aquellas variables que favorecen el no cumplimiento del tratamiento.

Las **intervenciones paradójicas** constituyen una última línea de actuación para abordar problemas de resistencia **cuando** esta es persistente y claramente interferidora y otros métodos de manejarla han fallado (Cormier y Cormier, 1991/1994).

### ALGUNOS CONSEJOS PARA FINALIZAR

Ruiz (1998, págs. 126-127) enumera los siguientes, basándose en sugerencias hechas por Kanfer y Schefft (1988) y Mahoney (1991):

- “Antes de comenzar una sesión centra tu atención en la persona a la que te dispones a recibir.
- Sé consciente de la complejidad e individualidad de cada ser humano que trates.
- Antes de establecer hipótesis o iniciar cualquier tipo de intervención, escucha atentamente lo que las palabras, sentimientos o pensamientos del cliente están diciendo.
- En la medida de lo posible, muéstrate emocionalmente presente ante el sufrimiento de tus clientes y siente con ellos.
- En la danza dinámica de un cliente en proceso de cambio, aprende a guiar y a ser guiado.
- Antes de hacer una pregunta, procura tener claro que la información que pretendes obtener es relevante para el tratamiento del cliente; si no es así, evita formularla.
- Salvo cuando sea necesario, trata de no formular preguntas que sólo requieran monosílabos puesto que con ello puedes estar fomentando en el cliente la creencia de que la responsabilidad del proceso terapéutico es fundamentalmente del terapeuta.
- En la terapia lo fundamental es la resolución de los problemas del cliente; por tanto, es él quien tiene que invertir más energía y esfuerzo en su proceso de cambio. Siempre que sea posible, permite que sea él quien realice la mayor parte del trabajo.
- Procura ser claro y conciso y no hablar más de lo necesario. Como norma, el paciente debe hablar más que el terapeuta.
- Respeta el ritmo del cliente y estimula sus decisiones.
- Ofrece confianza y estímulo a tus clientes para ayudarles a mantener su motivación. Fomenta la fe en sus posibilidades de aliviar su malestar, mejorar su calidad de vida y avanzar en su proceso de desarrollo personal.
- No ofrezcas o prometas al cliente aquello que no puedas cumplir.
- Acepta el hecho de que tus conocimientos, en muchos casos, son limitados; concédete permiso para no saberlo todo. Pide ayuda y consejo cuando lo necesites.
- Cuando te pierdas en una sesión y no sepas cómo seguir, tómate un momento para centrarte nuevamente en tus objetivos.
- Resiste el impulso de mostrarte seductor o excesivamente amable y cortés. El objetivo de una terapia es promover cambios importantes para el cliente, no establecer una bonita relación de amistad o que te consideren encantador.
- Sé atento contigo mismo y paciente con tu propio proceso. Procura conocerte lo suficiente como para que tus motivos personales no influyan negativamente en el proceso de cambio de tus clientes.
- Aunque el cliente necesite cambiar conductas, emociones o creencias, debe seguir percibiendo el mundo a través de sus propios ojos, no a través de los de su terapeuta.
- Cultiva rutinas de autocuidado y protege tu vida privada.
- Establece un ritmo de trabajo que no afecte a tu rendimiento profesional y respeta tus límites. Cuando el cansancio, el estrés o tus problemas personales influyan en tu trabajo, pide ayuda o retírate durante un tiempo si lo necesitas.
- Respeta y valora el compromiso de ayuda que has adquirido al ejercer esta profesión y mantén tu confianza en la capacidad que tienen las personas para remontar sus dificultades y problemas emocionales si se les brinda el apoyo necesario.”

### TABLAS

Tabla 1. Ejemplos de estrategias para manejar la divagación de los clientes.

**Primer diálogo.** En el siguiente diálogo el terapeuta está entrevistando a un cliente que, según la asistente social, ha maltratado físicamente a su familia durante un episodio maníaco. El terapeuta emplea la estrategia de comenzar por una pregunta muy abierta para pasar luego a preguntas cerradas y terminar haciendo una petición directa. Aunque la petición parece contundente, puede ser adecuada en un caso como el presentado. Si el cliente comenzara a divagar de nuevo, convendría interrumpirle rápidamente y volver a plantearle la cuestión de interés.

T: ¿Puede decirme cómo se lleva con sus amigos y familia?

C: Me quieren. Todos me piden consejo y no tengo tiempo para dárselo... Se enfadan. Mi mujer es maravillosa, sin embargo, y hemos estado casados durante 25 fabulosos años. Nos conocimos en Las Vegas y ganamos un montón de dinero allí. Esto me recuerda... ¿puedo usar su teléfono? Necesito hacer unas reservas en Reno para la próxima semana. El tiempo se acaba y he de darme prisa...

T: ¿Ha tenido algún conflicto con su mujer estos días?

C: En estos días todo el mundo tiene conflictos. Estuve leyendo en el periódico que la policía se vio desbordada este fin de semana. Estoy planeando unirme como voluntario a la fuerza de reserva. Necesito usar mis conocimientos de judo... Soy cinturón negro.

T: David, ¿se ha peleado con su mujer recientemente?

C: Sí, pero ella no comprendió que yo tenía que sacar mi dinero del banco para ir a Reno. Jugar a la ruleta exige una fortuna. Estoy en racha y voy a ganar mucho dinero...; luego, montaré un negocio.

T: En el tiempo que nos queda, David, quiero que me cuente cómo ha estado tratando a su mujer y a su hija. La asistente social ha informado que usted ha maltratado físicamente a su mujer y a su hija. ¿Es esto cierto?

**Segundo diálogo.** En el siguiente diálogo el terapeuta está entrevistando a un cliente de 28 años que presenta problemas de ansiedad y soledad. La intervención del terapeuta va dirigida a indagar los posibles motivos de la divagación.

T: ¿Cómo se ha sentido últimamente?

C: He estado un poco hundido.

T: ¿Puede explicármelo un poco más?

C: No me interesan las cosas. Me siento perezoso.

T: ¿Cómo duerme?

C: Bien. Y mi apetito es bueno. No me siento tan deprimido, simplemente solo.

T: ¿Puede hablarme de su vida social?

C: Salgo a comer y al cine con frecuencia. Me gusta el cine, especialmente las películas de calidad. Yo escribía una columna sobre crítica de películas en la revista de la facultad y me gustaba. Por cierto, ¿ha visto la última película de Spielberg? Recientemente me he abonado a un canal de películas por cable y no puedo prescindir de él. Cuando no veo películas, leo. Las novelas de misterio son mis favoritas. Leo tres libros a la vez...

T: ¿Sale mucho con chicas?

C: Uf... a veces salgo con amigos. No muy frecuentemente. Todos están trabajando mucho para intentar ganarse la vida. La situación económica es mala. Los mercados están inestables. Intento ahorrar dinero, pero es realmente difícil llegar a final de mes. Trabajo en unos grandes almacenes en el departamento de hombres. Me gusta vender ropa. Debería ver mi armario... ¡está atestado! De hecho, pensé en comprarme nuevos estantes para guardar mis zapatos.

T: Daniel, cuando le pregunto por sus relaciones con otras personas, usted se desvía del tema. Parece que esta es una cuestión que le hace sentirse muy incómodo. ¿Qué es lo que le preocupa?

Una forma más tentativa de formular esta última intervención sería: "Daniel, tengo la impresión de que cuando le pregunto por sus relaciones con otras personas, usted se desvía del tema. Parece que esta es una cuestión que le hace sentirse muy incómodo. ¿Qué opina de esto?".

(continúa)

---

Tabla 1. Ejemplos de estrategias para manejar la divagación de los clientes (continuación).

---

**Tercer diálogo.** Después de escuchar el motivo de consulta de la cliente y analizar el problema presentado y la historia del mismo, el terapeuta se dispone a indagar la posible existencia de tratamientos previos. La cliente no contesta a la pregunta y proporciona información que ya había sido analizada previamente, por lo que el terapeuta interrumpe a la cliente y la redirige hacia el tema de interés. Para que la cliente acepte mejor la interrupción, el terapeuta hace un comentario empático antes de reconducirla.

T: Paula, ¿ha ido a algún psicólogo anteriormente?

C: He ido a mucha gente y ninguno puede curar este dolor que tengo en la cabeza. Doctor, me duele mucho de verdad y no puedo trabajar. He intentado que me dieran la incapacidad, pero no me la han concedido. ¿Cómo puedo vivir sólo con mis ahorros? Mis amigos no me ayudan..., bueno, realmente tengo un amigo que me aprecia. Vamos al bingo cuando el dolor no es demasiado fuerte. Mis hijos no me ayudan. Mi hijo es un alcohólico y...

T: (interrumpiendo) Me parece que usted se siente desbordada por sus problemas y que está sufriendo mucho. Volveremos un poco más tarde sobre estas cuestiones para ver qué podemos hacer, pero ahora me gustaría que me dijera si ha recibido anteriormente algún tipo de tratamiento psicológico.

---

Nota. Los diálogos son de Dorfman (1998).



## REFERENCIAS

- Ackerman, S.J. y Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.
- Balaguer, G., Bados, A. y Saldaña, C. (2005). Cognitive behaviour therapy in daily practice. Comunicación presentada en el 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 3-8 de Julio de 2005.
- Barrett, M.S. y Berman, J.S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 597-603.
- Beck, A.T., Freeman, A. y asociados (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós. (Original de 1990.)
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1979.)
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P. y Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>a</sup> ed., pp. 229-269). Nueva York: Wiley.
- Bowman, D.G. (1993). Effects of therapist sex on the outcome of therapy. *Psychotherapy*, 30, 678-684.
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1991.)
- Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis. Cap. 4.
- Craske, M.G. y Zucker, B.G. (2001). Consideration of the APA practice guideline for the treatment of patients with panic disorder: Strengths and limitations for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 259-281.
- Dorfman, W.I. (1998). Dealing with the overtalkative client. En M. Hersen. y V.B. van Hasselt (Eds.), *Basic interviewing: A practical guide for counselors and clinicians*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Dowd, E.T., Milne, C.R. y Wise, S.L. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002a). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Vol. 1: Con ejercicios del profesor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002b). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Vol. 2: Cuaderno de ejercicios para el alumno*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freeman, A. (2001). Entendiendo la contratransferencia: Un elemento que falta en la terapia cognitiva y del comportamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10, 15-31.
- Froján, M.J. (2006). *Tratando... depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>a</sup> ed., pp. 190-228). Nueva York: Wiley.
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2005a). Habilidades del terapeuta. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 23-46). Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2005b). *Tratando... trastorno obsesivo-compulsivo: Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 311-336.
- Gambrill, E.D. (1977). *Behavior modification: Handbook of assessment, intervention, and evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Paidós. (Original de 1976.)
- Goldstein, A.P. y Myers, C.R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3a ed., pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- Hersen, M. y van Hasselt, V.B. (Eds.) (1998). *Basic interviewing: A practical guide for counselors and clinicians*. Mahwah, N.J.: Erlbaum. Caps. 3, 9 y 10.
- Howard, R.C. (1999). Treatment of anxiety disorders: Does specialty training help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 470-473.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. y Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kleespies, P.M. y Dettmer, E.L. (2000). An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1109-1130.
- Kleinke, C. (Ed.) (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1994.)
- Knox, S. y Hill, C.E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 529-539.
- Labrador, F.J. y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: Análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 157-164.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. Nueva York: Guilford.
- Llavona, L. (1993). La entrevista conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 71-114). Madrid: Pirámide.
- Marinho, M.L., Caballo, V. y Silveira, J.M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, 135-161.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de

- Brouwer. (Original de 1987.)
- Navarro, A.M., Schindler, L. y Silva, F. (1987a). Estilos comportamentales del terapeuta y preferencias del cliente. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 3, 409-422.
- Navarro, A.M., Schindler, L. y Silva, F. (1987b). Evaluación de la conducta del terapeuta: Preferencias del cliente. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 3, 101-124.
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A. y Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57-70.
- Pang, A.H., Lum, F.C., Ungvari, G.S., Wong, C.K. y Leung, Y.S. (1996). A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 299-302.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment success. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Ruiz, M.A. (1998). Habilidades terapéuticas. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol I, pp. 83-131). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. (2008). Habilidades y competencias terapéuticas. En F.J. Labrador (Coor.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 642-658). Madrid: Pirámide.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. y Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Segura, M. (1985). La situación terapéutica y sus problemas. En J.A.I. Carrobbles (Ed.), *Análisis y modificación de la conducta II* (Vol. 1, pp. 127-183). Madrid: U.N.E.D.
- Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D. y Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

### Ejemplos de términos que reflejan diversos estados emocionales.

<b>Ansiedad</b>	<b>Miedo</b>	<b>Enfado</b>	<b>Hostilidad</b>	<b>Agresividad</b>	<b>Estado de ánimo bajo</b>	
Impaciencia Inquietud Intranquilidad Nerviosismo Desasosiego Angustia Tensión Agitación Alterado (a)  Agobio Abrumado (a)	Susto Temor Amenaza Intimidación Terror Pánico	Irritación Crispación Malhumor Contrariedad Frustración Indignación	Resentimiento Recelo Celos Envidia Defensivo (a) Ofendido (a) Atacado (a)	Ira Furia Cólera Rabia Odio Venganza	Pesimismo Desmotivación Tristeza Abatimiento Aflicción Pena Decaimiento Desanimo Desmoralización Desolación Desaliento Desesperanza Melancolía	Vacío (a) Destrozado (a) Deprimido (a)
<b>Falta de energía</b>	<b>Soledad-desamparo</b>	<b>Decepción</b>		<b>Confusión</b>	<b>Indecisión</b>	
“Bajo” (a) Sin fuerza Sin coraje Apatía Cansancio Agotamiento Exhausto (a) Desfallecido (a)	Abandono Aislamiento Marginación Incomprensión	Desilusión Traición Dolido (a) Defraudado (a) Disgustado (a) Vendido (a) Engañado (a)		Desconcierto Desorientación Aturdido (a) Perdido (a)	Duda Inseguridad Incertidumbre Vacilación	

<b>Culpabilidad</b>	<b>Sorpresa</b>	<b>Sentirse controlado</b>	<b>Sentirse emocionado</b>	<b>Incomodidad- Insatisfacción</b>
Vergüenza Arrepentimiento Remordimiento	Perplejidad Extrañeza Estupefacción Asombro	Opresión Sobreprotección Atado (a) Asfixiado (a)	Conmovido (a) Afectado (a) Impresionado (a) Sobrecogido (a)	Desagrado Molestia Disgusto Descontento Queja
<b>“Insensibilidad” emocional</b>	<b>Vulnerabilidad</b>	<b>Desvalorización</b>	<b>“Quemado”</b>	<b>Sentirse desbordado</b>
Impasibilidad Frialdad Indiferencia Distante “Pasota” Aletargado (a) “Anestesiado” (a)	Fragilidad Debilidad Indefensión Hipersensibilidad Impresionable Blando (a)	Incapaz Cobarde Inútil Inepto (a) Fracasado (a) Incompetente Insignificante Inválido (a)  Despecho Humillación Desprecio Degradado (a)	Aburrimiento Hastío Fastidio Harto (a) Asqueado (a) Amargado (a)	Desesperación Descontrol Impotencia Bloqueo Paralizado (a) Desquiciado (a)

<sup>1</sup> Goldstein y Myers (1986) presentan la **escala de medición de la empatía** de Truax y Carkhuff (1967) y abundantes ejemplos de respuestas empáticas (véase **Goldstein, 1980/1987, págs. 48-62**). Otra **escala de empatía**, la de Carkhuff y Pierce (1975) es presentada por **Cormier y Cormier (1991/1994, págs., 54-55)** y **Kleinke (1994/1995, págs. 113-114)**. Los cuatro primeros niveles de ambas escalas son similares, pero el quinto es diferente, ya que en la segunda escala implica no sólo comprensión y manifestación de los significados latentes, sino también dar alguna pauta de acción.

<sup>2</sup> Dar información sobre aspectos dolorosos (comunicación de las malas noticias) es algo que puede tener que hacer el terapeuta como parte de su trabajo. Puede ser útil señalar algunas pautas al respecto (Barbero, Barreto, Arranz y Bayés, 2005; Fernández y Rodríguez, 2002; Girgis y Sanson-Fisher, 1998; Girgis, Sanson-Fisher y Schoefield, 1999; Maguire y Faulkner, 1988a, 1988b):

- Asegurarse de que la noticia es cierta.
- Preparar el entorno. Hay que elegir un momento y lugar en que pueda darse y comentarse la noticia en privado, con tranquilidad, sin interrupciones y sin prisas. La noticia debe darse cara a cara, no por teléfono.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de venir acompañado por una persona allegada, pero evitar la conspiración del silencio. Es el paciente, y no sus familiares, quien debe decidir lo que quiere y no quiere saber.
- Si es posible, intentar averiguar lo que la persona sabe, espera y teme, y tenerlo en cuenta antes de dar la información.
- Detectar lo que la persona desea saber. Pueden hacerse preguntas como ¿Le gustaría saber lo que le sucede? ¿Quiere (o prefiere) que informemos a su familia?
- Decir que se va a comunicar una información seria acerca de X.
- Observar cómo reacciona la persona.
- Si la persona desea más información, empezar a dar la noticia con tranquilidad, sin prisas y sin temores. Es importante emplear un lenguaje comprensible y evitar los tecnicismos. Puede ir dándose la noticia de modo progresivo para saber hasta dónde quiere saber la persona (p.ej., unas pocas células extrañas, un tipo de tumor, algo un poco canceroso).

Si la persona se muestra muy afectada y parece no querer seguir la conversación, se explora qué le da miedo, qué es lo que cree que puede pasar. Esto suele facilitar que quiera seguir hablando. Ahora bien, si la persona desea permanecer en la ignorancia, hay que respetar su decisión; esto es especialmente importante en el caso de noticias dramáticas (diagnóstico de una enfermedad terminal, p.ej.).

- Explorar las repercusiones emocionales que tiene la noticia y las preocupaciones concretas que suscita (lo que la persona teme; p.ej., la muerte, que sus hijos queden desamparados).
- Normalizar la ocurrencia de diversas emociones (ansiedad, tristeza, rabia, bloqueo) y mostrar cercanía física y emocional ante las mismas. También hay que manejar adecuadamente los silencios del paciente para que este pueda ir asumiendo lo que le sucede.
- Ayudar a manejar las emociones experimentadas, caso de que sean abrumadoras. No hay que desmentir lo que se ha dicho ni decir cosas falsas para tranquilizar.
- Decidir si las preocupaciones pueden ser resueltas y, si es así, ofrecer ayuda al respecto. Debe mantenerse una actitud de esperanza, pero realista.
- Ofrecer algo positivo que se pueda hacer, aunque sólo sea el apoyo del terapeuta para afrontar la experiencia. Explicitar en qué puede consistir este apoyo. No hay que decir que se va a hacer algo que no se hará (p.ej., "estaré siempre con usted"), ya que así se

---

pierde la confianza del paciente.

Si no puede hacerse nada para solucionar un problema (p.ej., un cáncer intratable, un familiar gravemente herido que no tiene salvación), hay que reconocerlo, pero explicar al mismo tiempo el apoyo que se dará para poder manejar la situación. Asimismo, hay que explorar los sentimientos y preocupaciones de la persona al respecto.

- Responder a las preguntas que haga la persona.
- Comprobar qué es lo que ha entendido la persona y corregir las malas interpretaciones. En caso de que la persona niegue la información, no repetir esta, sino respetar su decisión y esperar a un posible momento posterior en el que pueda estar más preparada. Si posteriormente la negación persiste y produce graves problemas (p.ej., la persona no sigue un tratamiento adecuado), habrá de ser desafiada.
- No dar nuevas informaciones tras comunicar la mala noticia, ya que es difícil que sean retenidas.
- Concertar a corto plazo (a ser posible dentro de 24 horas) un nuevo contacto para revisar la situación. Mientras tanto, hay que estar disponible por si el paciente quisiera preguntar o consultar algo.

Conviene registrar en la historia clínica lo que se ha dicho al paciente (y a otras personas), las reacciones de este y las medidas tomadas.

Barbero, J.J., Barreto, P., Arranz, P. y Bayés, R (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Roche Farma

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.

Girgis, A. y Sanson-Fisher, R.W. (1998). Breaking bad news 1: Current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, 24, 53-59.

Girgis, A., Sanson-Fisher, R.W. y Schoefield, M.J. (1999). Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news. *Behavioral Medicine*, 25, 69-77.

Maguire, P. y Faulkner, A. (1988a). Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *British Medical Journal*, 297, 907-909.

Maguire, P. y Faulkner, A. (1988b). Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. *British Medical Journal*, 297, 972-974.