

# *Manual del Participante*

RED DE PSICOLOGÍA GENERAL



PSYCOPYME

*"Nuestra Historia Comienza Contigo"*

# **CURSO: CONSTRUYENDO LA ALIANZA TERAPÉUTICA**

## **OBJETIVO GENERAL:**

*Que el participante identifique las habilidades necesarias para establecer la alianza terapéutica con los usuarios.*

***Autora: Mtra. Brenda Carbajal***

# INTRODUCCIÓN

La relación terapéutica es un elemento dentro del tratamiento psicológico que ha sido objeto de investigación durante los últimos 30 años. En 1999 la Asociación Americana de Psicología, a través de su división de Psicoterapia, creó una fuerza de trabajo para identificar, operacionalizar y diseminar información sobre relaciones terapéuticas basadas en evidencia (Norcross & Lambert, 2018).

A partir de ese momento, la relación terapéutica está bajo constante investigación para definir aquellos elementos que favorecen al proceso terapéutico y a los resultados de la terapia.

A pesar de que la evidencia ha destacado la importancia de la alianza terapéutica, la investigación al respecto en México es nula. El ejemplo de esto se refleja en la ilustración 1. Las zonas blancas de mapa representan los países donde no hay reportes de investigación sobre el índice de correlación que tiene la alianza terapéutica con los resultados clínicos. Por otro lado, las zonas grises

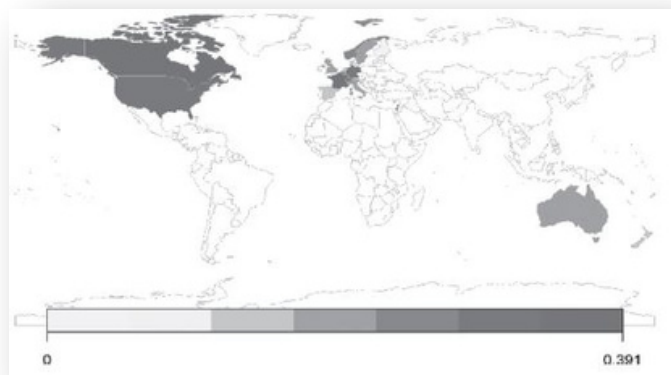


ILUSTRACIÓN 1. CONTEXTO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS REPORTANDO CORRELACIONES ENTRE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS

muestran aquellos países donde sí se ha reportado la correlación, alcanzando índices de hasta 0.39, lo cual reafirma la relevancia de la alianza terapéutica (Norcross & Lambert, 2019).

En este punto, es necesario comprender que la alianza terapéutica no obedece a los principios clásicos de causalidad, donde la presencia - ausencia de un factor condiciona el efecto sobre resultados de una variable. En cambio, pensemos que la naturaleza de la psicoterapia es compleja, por lo tanto, la alianza terapéutica no debe ser considerada como el ingrediente único que hace que la psicoterapia funcione.

Ahora, es importante no considerar a la alianza terapéutica como una causa única que produce un efecto, progreso o cambio positivo en la psicoterapia. Es más preciso entender que la psicoterapia es un proceso que resulta de la interacción de distintos factores los cuáles actúan en el contexto de los otros.

Entonces, cuando pensamos en una intervención terapéutica podemos definir sus componentes de forma específica, por ejemplo el formato, las técnicas, las tareas que se asignan, la empatía, etc.; pero siempre debemos considerar que en la práctica clínica, estos componentes de una intervención ocurren dentro de un contexto particular que incluye, dentro de otras cosas, una conexión relacional entre el terapeuta y el paciente, el momento de la intervención, el lugar donde la terapia se desarrolla, etc.

Así, cada componente de la terapia puede tener un efecto potencial sobre el paciente y el terapeuta. De esta forma, el objetivo es conocer cómo poder ser efectivos al momento de utilizar estos componentes. Por ejemplo, cuando utilizas la confrontación con el paciente, si no “encuentras” el momento adecuado durante la sesión y el nivel de fortaleza de la alianza, podrías generar un efecto negativo

por parte del paciente y quizá sea más probable que no se comprometa con el tratamiento o incluso que lo abandone (Norcross, 2011).

Cuando se considera esta correlación positiva entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos, se puede pensar que cualquier profesional que trabaja en el ámbito de la salud mental podría beneficiarse del entrenamiento en estas habilidades. Lo cierto es que a nivel de formación universitario son casi inexistentes los programas que fomentan la enseñanza de habilidades para construir y mantener la alianza terapéutica durante al trabajo con el paciente o si existen, no siguen un programa riguroso, constante y sistemático (Norcross & Lambert, 2018).

A continuación se presentando contenidos relacionados para entender la alianza terapéutica desde una postura teórica y cómo llevarlo a la práctica clínica. Estos contenidos surgen de la investigación que se ha realizado y son parte de programas sistematizados de entrenamiento a terapeutas.

# TEMARIO

Contenido:

## 1. Relación terapéutica

- Empatía
- Afirmación o “consideración positiva”
- Congruencia o genuinidad

## 2. Alianza de trabajo

- Acuerdo en objetivos terapéuticos
- Acuerdo en las tareas de la terapia
- Vínculo emocional entre terapeuta y paciente

## 3. Transferencia y contratransferencia

## 4. Respuestas de escucha

- Clarificación
- Parafraseo
- Reflejo
- Resumen

## 5. Respuestas activas

- Preguntas
- Información
- Autoapertura
- Inmediación
- Interpretación
- Confrontación

# 1. RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SUS COMPONENTES

Durante años se ha estudiado la efectividad de los distintos enfoques en psicoterapia y se han identificado que diversos elementos en común que se presentan en el tratamiento de problemas psicológicos y en distintos formatos de terapia (individual, de pareja, familiar, grupal etc).

La alianza terapéutica se considera la variable más importante para el éxito del usuario dentro de la psicoterapia, ésta variable ha sido definida de múltiples formas, de acuerdo con Norcross (2011) la alianza es una cualidad emergente de **asociación y colaboración** mutua entre el terapeuta y el cliente, es decir, una relación entre cliente y terapeuta donde existe confianza, respeto y vinculación, que conlleva a un acuerdo mutuo entre las metas del usuario y las metas del tratamiento así como un acuerdo consensual sobre las tareas que el paciente llevará a cabo.

Los componentes de la alianza terapéutica son:

## 1.1. EMPATÍA

Este componente es una habilidad para comprender al usuario desde su propio marco de referencia, este elemento ha sido estudiado por varios autores, entre ellos, Carl Rogers que la definió como **"la capacidad sensible y la disposición del terapeuta para comprender los pensamientos, sentimientos y luchas del cliente desde el punto de vista del cliente"** otros investigadores la definen como "un intento por pensar CON el paciente y no POR o SOBRE él".

A su vez, la empatía tiene dos componentes, el componente afectivo donde se requiere que el terapeuta desarrolle habilidades que le permitan identificar y contener las emociones o experiencias afectivas del paciente y el componente cognitivo que se relacione con una comprensión más intelectual y racionalizada de lo que le sucede al paciente.

## 1.2. AFIRMACIÓN O “CONSIDERACIÓN POSITIVA

La afirmación o consideración positiva se encuentra relacionada con **validar** la experiencia emocional del usuario, la validación implica hacerle saber al otro que sus experiencias y todo lo que implican (pensamientos, emociones y comportamientos) tienen sentido con base en su historia de aprendizaje.

La consideración positiva como se ha expresado anteriormente debe estar centrada en la experiencia del usuario más que en las palabras, esto se puede hacer de manera verbal o no verbal por medio de comportamientos que el terapeuta emita y que comuniquen entendimiento o aceptación.

## 1.3. CONGRUENCIA O GENUINIDAD .

La congruencia es una característica del terapeuta, es expresar su “yo” sin ser falso o actuar un rol específico, tiene que ver con una cualidad interpersonal que se encuentra presente en la relación terapéutica y se basa en la honestidad, respeto y sinceridad.

La genuinidad reduce la distancia emocional entre el terapeuta y el paciente y favorece que el primero se perciba como un igual ante el cliente. Tiene al menos cuatro componentes:

- a) Respuestas no verbales de apoyo. Tales como contacto visual, sonrisas o inclinarse hacia el cliente mientras está sentado.

- b) Comportamiento relacionado con el rol. Los terapeutas que sobre enfatizan su rol favorecen que los usuarios se alejen emocionalmente y crean distancia en la relación terapéutica, es por esto que se sugiere a los terapeutas tener una actitud cómoda ante sus funciones para poder establecer una relación más profunda y con el trabajo que la terapia implica.
- c) Consistencia. Existe cuando las palabras, acciones y sentimientos son congruentes y coexisten en armonía.
- d) Espontaneidad. Es la habilidad de expresarse con naturalidad sin usar comportamientos artificiales.

## 2. ALIANZA DE TRABAJO

Es un proceso de negociación entre el terapeuta y el cliente, donde ambos logran trabajar de forma armoniosa hacia un objetivo común. Esta alianza necesita establecerse en las etapas tempranas del tratamiento, puede variar en el tiempo y resurgir durante las crisis y puede ser complicada de establecer con clientes que presentan sintomatología grave (Horvath et al., 2011).

De acuerdo con Bordin (1994) los elementos que conforman la alianza de trabajo son:

- Consenso en los objetivos terapéuticos.
- Consenso en las tareas terapéuticas.
- Vínculo emocional entre paciente y terapeuta.

La alianza de trabajo se ve negativamente impactada por comportamientos del terapeuta, como mantener una actitud controladora, mostrar poca calidez mientras que existen otros factores que favorecen el fortalecimiento de la alianza,

específicamente si el terapeuta adopta una actitud sin juicios hacia el paciente, ya que esto promueve que se sientan entendidos, apoyados y esperanzados.

Es importante tomar en cuenta las diferencias culturales que se presentan en los diversos grupos que conforman parte de la sociedad ya que esto puede impactar en la construcción de la alianza de trabajo y esto puede afectar el grado de confianza que el cliente deposita en el terapeuta. Algunas acciones que se pueden llevar a cabo para establecer la confianza con los pacientes se relacionan con elementos de la alianza terapéutica, es decir, el terapeuta tiene que mostrar aceptación ante los comentarios o revelaciones del usuario, mostrar interés, asegurar la confidencialidad y la utilización de estrategias de escucha activa que le hagan saber al paciente que está siendo escuchado.

Por otro lado, algunos comportamientos que impactan directamente la confianza tienen que ver con el abuso de poder por parte del terapeuta, incongruencia, reacciones juiciosas o de evaluación y la pasividad, estas conductas pueden tener afectaciones en todo tipo de pacientes, especialmente en aquellos que se han visto afectados o que forman parte de grupos minoritarios y vulnerables.

Algunos pacientes tienen más dificultades que otros para lograr establecer la confianza, por esto necesitan realizar ciertas pruebas para estar seguros de que su terapeuta no tomará ventaja de su vulnerabilidad, estas pruebas son llamadas "pruebas de confianza", en éstas el paciente comenta pequeñas revelaciones y evalúa las reacciones del profesional antes de seguir revelando cuestiones más profundas y personales (Fong & Cox, 1983).

Estas pruebas de confianza pueden ser explicadas bajo "la teoría del control maestro" Weiss (2002), esta teoría establece que los pacientes están motivados a mejorar y al mismo tiempo están asustados para comenzar a realizar

cambios debido a “creencias patológicas” que dictan que si lo hacen pueden ponerse en riesgo ellos o a otros. Los pacientes trabajan para refutar o probar estas creencias probandolas en la relación con el terapeuta esperando que el profesional las supere.

### 3. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Horvath and Bedi (2002) establecen que estos dos elementos son cuestiones de relaciones pasadas que tanto clientes como terapeutas traen al momento actual del trabajo que los vincula. Históricamente y bajo el enfoque psicodinámico estos elementos han sido llamados transferencia y contratransferencia.

Se ha establecido que la transferencia tiene dos componentes, el primero tiene que ver con el pasado del paciente, desde esta perspectiva la transferencia se presenta cuando el cliente modifica sus sentimientos o fantasías que son acerca de personas que fueron importantes y significativas en el pasado hacia el terapeuta. El segundo componente se relaciona con la dinámica entre el cliente y el terapeuta, es decir, el profesional puede presentar ciertos comportamientos que activan en el paciente cuestiones de su pasado que provocan que responda de manera intensa durante la terapia, es una forma de recreación del patrón de relación familiar y antigua del cliente.

### EJEMPLO

*Terapeuta: José, me he dado cuenta de que en esta semana me llamaste mucho.*

*Paciente: Sí, es que usted me escucha sin decir nada o juzgarme. No tengo con quién hablar y pocas personas se han portado así como usted en mi vida.*

*Terapeuta: pareciera que en este momento de tu vida estás sintiéndote solo ¿estoy en lo cierto?*

*Paciente: Un poco, especialmente cuando no tengo nada que hacer me llega esa sensación de que soy invisible o que nadie se preocupa por mí. Esto ya tiene tiempo, quizá desde que se murió mi esposa. Ella también me escucha con atención y no me regañaba, era muy comprensiva.*

*Terapeuta: ¿has pensado que quizás estás llamadas que me hiciste en la semana se relacionan esa sensación de ser invisible?*

*Paciente: realmente no lo había visto así, le llamé porque quería hablar con alguien, no porque tuviera un problema serio.*

*Terapeuta: algo que pienso es que quizá para ti es importante sentirte acompañado y que le importas a alguien, y me parece que es algo natural buscar a alguien que te escuche y te reconforte. Es probable que estas llamadas se relacionen con que deseas sentirte procurado y tener compañía, como cuando vivía tu esposa.*

*Paciente: La verdad es que sí, tener una pareja es algo que es importante para mí.*

Gelso et al. (1999) establecen cinco formas en las que se puede trabajar la transferencia con el cliente, estas son:

- a) Enfocarse en la relación inmediata
- b) Interpretar el significado de la transferencia
- c) Uso de preguntas que promuevan el insight
- d) Enseñar, señalar y educar acerca de la transferencia
- e) Autoapertura

Por otro lado, la contratransferencia se encuentra relacionada con sentimientos y reacciones que el terapeuta tiene hacia el cliente, puede ser dañina cuando ésta proviene de historias no resueltas del terapeuta.

- ☒ No hemos visto un área importante de exploración.
- ☒ Nos centramos más en problemas personales que en los del paciente.
- ☒ Usamos al paciente como gratificación vicaria o real.
- ☒ Emitimos pistas sutiles que “dirigen” al paciente.
- ☒ Hacemos intervenciones NO centradas en el mejor y más importante interés del paciente.
- ☒ Adoptamos roles que el paciente desea jugar de experiencias previas.

A su vez, la contratransferencia puede ser útil cuando el terapeuta es capaz de identificar aquellos temas que le provocan emociones, pensamientos o comportamientos que interfieren en el trabajo colaborativo.

Para manejar las respuestas de contratransferencia el primer paso requiere que el terapeuta sea consciente de sus propias respuestas (emociones, pensamientos y comportamientos) durante su trabajo con el paciente, recibir supervisión es otra estrategia funcional para evitar que la contratransferencia afecte la relación con el consultante, la capacidad para reconocer sin juicios las propias respuestas del terapeuta y por último el establecimiento de límites como medida de autoprotección (Gelso & Hayes, 2002).

### EJEMPLO

*Un terapeuta recibe un caso donde existe violencia dentro de la pareja. Cuando se realiza la entrevista inicial, la paciente presenta sus problemas al terapeuta pero su escucha tiene "ruido", pues esta paciente le recuerda a un caso anterior donde la paciente también sufría violencia y un día abandonó la terapia.*

*El terapeuta tiene problemas para formular el caso y trabajar en las metas debido a que está presente el caso anterior. Para aclarar el caso, el terapeuta comparte el caso con un colega y recibir supervisión. Esto le ayudo a enfocar la atención a las necesidades del paciente y no poner en primer lugar sus propias necesidades como terapeuta.*

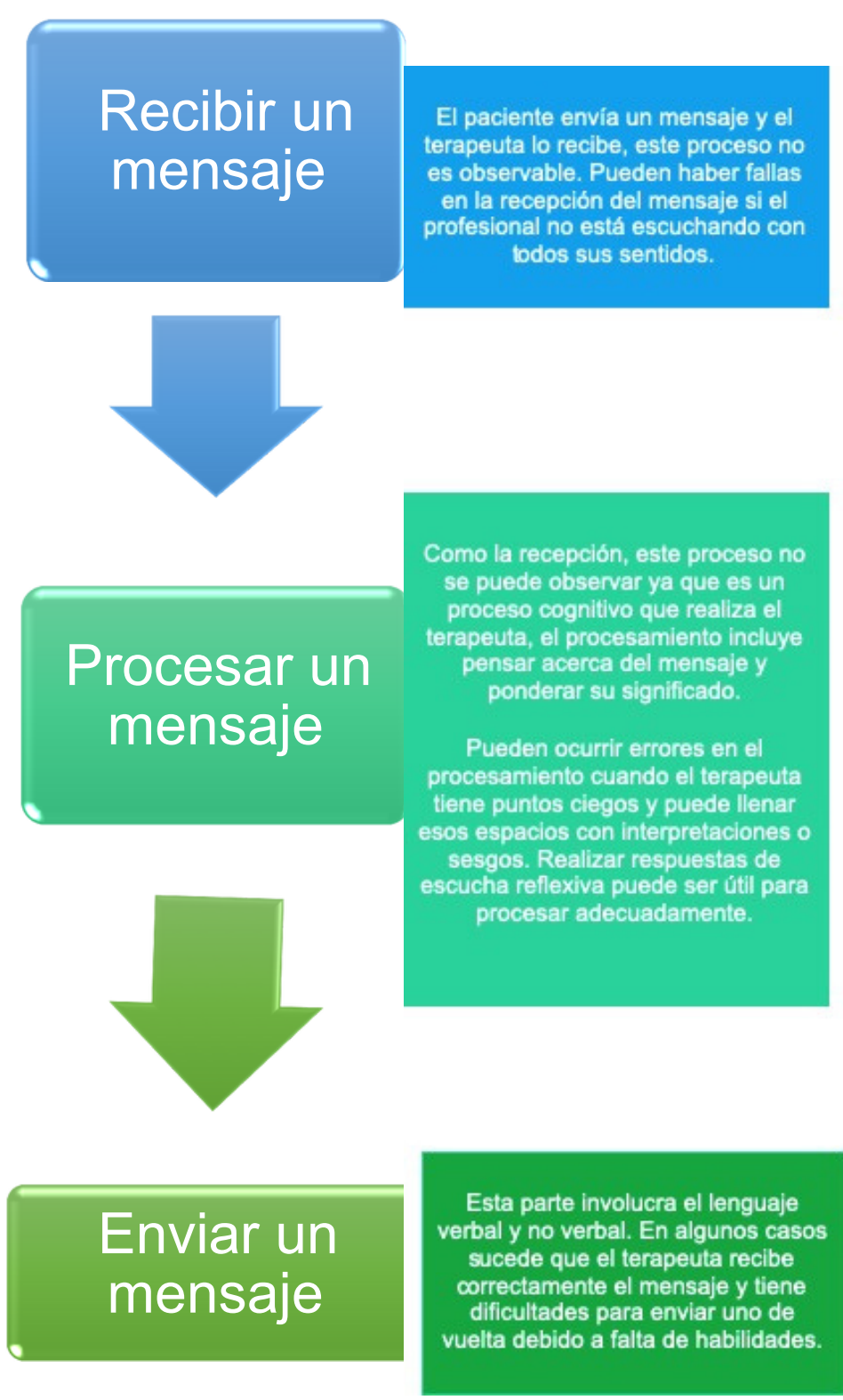
## 4. RESPUESTAS DE ESCUCHA

### ¿Qué es escuchar?

*"Escuchar es el arte mediante el cual usamos la empatía para alcanzar el espacio entre nosotros... la escucha genuina significa suspender la memoria, las necesidades y los juicios y por unos pocos instantes al menos, existir para la otra persona"* (Nichols, 1995)

### ¿Cómo escuchar?

En el siguiente esquema se explica este proceso.



A continuación se describen cada una de las respuestas de escucha así como su función:

#### 4.1. CLARIFICACIÓN

Esta respuesta es útil para pedirle al usuario que aclare un mensaje que fue vago o confuso, usualmente la clarificación toma forma de pregunta, por ejemplo, “¿Cuándo dijiste.... A que te referías?”.

La clarificación tiene dos objetivos, el primero es hacer explícito la exactitud de las percepciones del terapeuta acerca del mensaje y verificar los mensajes del paciente en vez de sacar conclusiones anticipadamente.

Los pasos para llevar a cabo este tipo de respuesta son:

- a) Identificar el contenido verbal y no verbal del mensaje del paciente  
¿qué es lo que el paciente quiere decir?
- b) Identificar cualquier parte confusa o vaga del mensaje que requiera que se verifique la exactitud del mismo.
- c) Darle un comienzo adecuado a la clarificación, por ejemplo,  
“¿podrías aclararme...? ¿podrías contarme más acerca de..?”
- d) Evaluar la efectividad de la clarificación escuchando y observando la respuesta del paciente.

### EJEMPLO

*Terapeuta: ¿cómo fue esta semana? ¿pudo practicar las habilidades que trabajamos la sesión pasada?*

*Paciente: pues mas o menos, la verdad es que fue difícil*

*Terapeuta Ayúdeme a entender, ¿qué significa cuando usted dice que las cosas van más o menos?*

*Paciente: es que hubo momento donde sabía que tenía que decir pero me daba mucho miedo hacerlo*

## 4.2. PARÁFRASIS

La mayor parte de los mensajes que los clientes envían tienen contenido de tipo cognitivo (pensamientos, ideas, opiniones etc) y emocional. La paráfrasis se utiliza para reformular el contenido cognitivo de los mensajes del paciente. Esta respuesta requiere mucha atención por parte del terapeuta para identificar el contenido del mensaje y traducirlo a ***sus propias palabras***.

La paráfrasis persigue varios objetivos como comunicarle al paciente que se ha comprendido el mensaje que ha enviado, alentar al paciente para que elabore o profundice más en una idea o pensamiento, señalar que existe una situación, idea, evento o comportamiento en la que se puede profundizar y ayudar a los pacientes que necesitan tomar decisiones.

Los pasos para llevar a cabo este tipo de respuesta son:

- a) Prestar atención y recordar el mensaje que el paciente ha dicho

- b) Identificar la parte específica del mensaje ¿qué situación, persona, objeto o idea?
- c) Darle un comienzo adecuado a la paráfrasis, un enunciado como “parece que...”, “escucho que lo que me estás diciendo...”
- d) Usando este enunciado traducir los elementos claves del mensaje del paciente en las propias palabras del terapeuta.
- e) Evaluar la eficacia del parafraseo observando y escuchando las respuestas del cliente.

### **EJEMPLO**

*Terapeuta: Me gustaría que me contarás con quién vive*

*Paciente: Bueno, pues vivo solo desde que me separe*

*Terapeuta: ¿tiene hijos o familiares con los que se relacione de forma cercana?*

*Paciente: tengo tres hijos pero no nos hablamos mucho, a veces me llevan comida dos o tres días en la semana pero casi siempre estoy solo*

*Terapeuta: Veamos, en casa sus hijos van dos o tres días a la semana. Le llevan comida o le dejan dinero, pero la mayoría del tiempo usted está solo en casa. ¿Si le entendí bien?*

### **4.3. REFLEJO**

Así como la paráfrasis sirve para reformular el contenido cognitivo del discurso del paciente, el reflejo es utilizado para reformular el contenido afectivo del mensaje que el usuario envía.

Al igual que las respuestas anteriores, el reflejo tiene objetivos específicos, como: alentar a los pacientes a que expresen como se sienten acerca de una situación o persona particular, ayudar a los pacientes a que manejen sus

emociones especialmente cuando son muy intensas, hacer sentir al paciente que su terapeuta lo comprende adecuadamente.

Los pasos para llevar a cabo este tipo de respuesta son:

- a) Escuchar en el discurso del paciente aquellas palabras que tengan que ver con emociones.
- b) Observar el lenguaje no verbal del paciente mientras está hablando sobre emociones.
- c) Después identificar las emociones mediante las palabras del cliente y el comportamiento no verbal, el reflejo de las emociones se realizará utilizando diferentes palabras a las que el paciente utilizó, al elegir estas palabras se deberá ser muy cuidadoso de elegir aquellas que transmitan exactamente la emoción que se comunicó así como la intensidad de la misma.
- d) Iniciar el reflejo con un enunciado apropiado, por ejemplo, “Parece que estás enojado...” “Esto que me dices suena a que te sientes muy enojado”
- e) Agregar el contexto de las emociones o de la situación en la que ocurren. Esta adición es una breve paráfrasis. Por ejemplo: “Parece que te sientes muy enojado por no haber aprobado tu examen” .
- f) Evaluar la eficacia del reflejo.

#### **EJEMPLO**

*Terapeuta: Cuando esta solo en casa, ¿hay algo sea difícil o complicado para usted?*

*Paciente: Bueno, pues veo para atrás y pienso mucho. Extraño cosas de antes que ya no tengo, desde la compañía de mi esposa que me dejo y hasta el ruido de mis hijos. La verdad me siento sin ganas y triste.*

*Terapeuta: Entonces, lo que escucho que es que usted se ha sentido triste y desanimado estos días. ¿Cierto?”*

#### 4.4. RESÚMEN

Durante las sesiones, los pacientes suelen hablar y enviar diversos mensajes, esta respuesta sirve para identificar temas o patrones que existen en la vida del consultante, para realizarla eficazmente se requiere que el terapeuta escuche con atención la manera en la que el cliente cuenta y organiza su historia. El resumen podría ser definido como dos o más parafraseos o reflejos que sintetizan el contenido del mensaje que el cliente envió.

Los propósitos del resumen son: vincular múltiples temas del mensaje del cliente, identificar un tema o patrón que se presenta después de varios mensajes o a lo largo de las sesiones, disminuir o alentar el ritmo de la sesión y revisar los progresos que se han realizado.

Los pasos para realizar un resumen de manera efectiva son:

- a) Prestar atención a los mensajes que el paciente envía para posteriormente reformularlos de manera encubierta.
- b) Identificar si existen patrones o temas que se repiten.
- c) Usar un enunciado que contenga las palabras para describir el tema o patrón que vincule diversos elementos que el cliente ha comentado.
- d) Evaluar la efectividad del resumen escuchando y observando la respuesta del cliente.

### EJEMPLO

*Terapeuta: Me ha dicho muchas cosas y me gustaría que me diga si le entendí bien, el hecho de que usted viva solo y que sus hijos lo visiten dos o tres veces por semana lo hace sentir tristeza y desanimado. Sus hijos lo ayudan con algo de comida y dinero pero a veces usted quisiera compartir más tiempo con ellos.*

## 5. RESPUESTAS ACTIVAS

A diferencia de las respuestas de escucha, las respuestas activas tienen como objetivo general ayudar a los pacientes a que identifiquen la necesidad de cambio y acción a través de un marco objetivo de referencia. Este tipo de respuestas se basan en las interpretaciones e hipótesis que el profesional realiza sobre los mensajes y comportamientos del usuario y son respuestas más directivas por parte del terapeuta.

Para utilizar estas respuestas primero se requiere que el paciente se sienta seguro y cómodo y esto se logra con las respuestas de escucha, es decir, las respuestas activas son más útiles cuando el terapeuta ha escuchado lo suficiente al usuario como para conocerlo mejor y evocar en él una sensación de seguridad y confianza.

Existen seis respuestas activas, a continuación se explica cada una de ellas:

### 5.1. PREGUNTAS

Estas respuestas son parte fundamental del proceso de entrevista y evaluación, sin embargo también resultan útiles a lo largo de la terapia, para hacer

uso de las preguntas estas tienen que tener un objetivo particular y si son formuladas adecuadamente pueden ofrecer mucha información al profesional.

Las preguntas abiertas dan la oportunidad al paciente para que hable y profundice más en el tema solicitado, este tipo de preguntas persiguen diversos objetivos como: comenzar una entrevista, alentar al paciente a dar más información y desarrollar compromiso en el cliente para comunicarse invitándolo a hablar sobre temas específicos.

Por otro lado, las preguntas cerradas son bastante útiles cuando se requiere información detallada sobre un hecho y usualmente son utilizadas en el proceso de evaluación. Las preguntas cerradas tienen como objetivo: acotar los comentarios del cliente buscando una respuesta específica, reunir información detallada, identificar inquietudes e interrumpir cuando el paciente está dando demasiada información.

Para hacer buen uso de las preguntas se sugiere, desarrollarlas de tal forma que estén centradas en las preocupaciones del cliente y no en la curiosidad del terapeuta, dar pausas después de hacer una pregunta para permitir que el cliente responda, hacer una pregunta a la vez y evitar preguntas acusatorias.

Los pasos para usar las preguntas de manera efectiva son:

- a) Determinar el propósito de la pregunta ¿es terapéuticamente útil?
- b) Decidir qué tipo de pregunta se usará (abierta o cerrada)
- c) Evaluar la efectividad de la pregunta determinando si se logró el objetivo.

## 5.2. INTERPRETACIÓN

La interpretación expresa entendimiento y comunica al paciente el significado de sus mensajes, es emitida a manera de afirmación basada en la percepción del terapeuta sobre pensamientos, emociones, conductas patrones, objetivos y deseos que están implícitos en el mensaje del paciente, es decir, se dice aquello que el usuario no ha expresado verbalmente.

Los objetivos que persigue esta respuesta son: identificar el contenido implícito del mensaje, brindar al paciente otra visión de sus preocupaciones, conductas, objetivos, etc y motivar al cambio.

Para ejecutar este tipo de respuesta se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Identificar el contenido implícito del mensaje
- b) Considerar si la percepción que se tiene acerca del paciente es adecuada y considerar aspectos culturales
- c) Formular el mensaje
- d) Examinar la efectividad de la interpretación

## 5.3. INFORMACIÓN

Dar información es comunicar datos acerca de eventos, experiencias, alternativas, personas, etc. Al igual que las demás respuestas esta estrategia cuenta con objetivos específicos que son: que el paciente identifique posibles alternativas, corregir posibles datos que no son confiables y producen confusión en el paciente, ayudar a los usuarios a examinar cuestiones que han estado

evitando y apoyar a los pacientes en puntos de transición específicos del proceso terapéutico (comienzos e inicios).

Los pasos para llevar a cabo esta respuesta son:

- a. Identificar qué información le falta a este cliente sobre el problema tratado
- b. Analizar si la información es relevante y apropiada dadas las afiliaciones étnicas, raciales y culturales del cliente
- c. Estructurar la secuencia de la información
- d. Preparar la información para que el cliente lo comprenda
- e. Tener presente el posible impacto emocional que tenga esta información sobre el paciente
- f. Evaluar la efectividad de la información ofrecida.

#### 5.4. INMEDIACIÓN

La intermediación hace referencia a comunicar al paciente que está ocurriendo algo en la sesión o en la relación terapéutica, se comunica con respecto a: los pensamientos, emociones o conductas del terapeuta, pensamientos, emociones o conductas del paciente, algún aspecto de la relación terapéutica y permite hablar abiertamente de situaciones y generar retroalimentación.

Sus objetivos son: atender cuestiones en la relación terapéutica que de quedar pendientes pueden interferir con la alianza e identificar características de la relación terapéuticas con otras personas; es importante tener en cuenta que se reserva su uso para cuestiones realmente significativas.

Para usar de manera efectiva la intermediación se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Identificar qué está pasando en este momento que necesita ser atendido
- b) Formular la intermediación de tal forma que esté orientada al aquí y ahora
- c) Describir la situación de tal forma que no se realicen juicios
- d) Identificar el efecto que está teniendo esta situación en la conducta del cliente y del terapeuta
- e) Evaluar la efectividad de la intermediación

### 5.5. AUTOAPERTURA

Esta respuesta se refiere a comunicar de forma intencionada información personal del terapeuta, esto permite construir un ambiente de confianza y alianza de trabajo, aumenta la autenticidad del terapeuta, promueve la universalidad de las respuestas (validar) y favorece que los pacientes comuniquen sus eventos privados: modelamiento.

El hecho de que el terapeuta realice esta respuesta genera esperanza en los pacientes, además de proveer una forma distinta de ver situaciones específicas y en algunas ocasiones puede llevar a la acción en aquellos pacientes que se sienten “atascados”.

Para llevar a cabo una autoapertura se debe tener en consideración lo siguiente: tener cuidado con poner las necesidades del terapeuta en la sesión, tener presentes los límites de la relación terapeuta, tener una base sólida de escucha ya que con un mal uso, el paciente puede percibir al terapeuta como “frágil” y considerar a que tipo de paciente se le revela información.

Los pasos para llevarla a cabo son:

- a) Evaluar el proposito de relizar la autoapertura, asegurandose de que es para el beneficio del cliente y no del terapeuta
- b) Evaluar si se sabe lo suficiente acerca del paciente para determinar si la autoapertura podrá ser utilizada para llegar al insight y para comenzar a cambiar.
- c) Evaluar si es el momento adecuado para una autoapertura (recordando que para llevarla a cabo se debe de establecer un vínculo fuerte con el usuario basado en la escucha activa)
  
- d) Evaluar la eficacia de la autoapertura realizando paráfrasis o reflejo de las reacciones del paciente.

## 5.6. C ONFRONTACIÓN

Se define como comunicar al paciente discrepancias y conflictos sobre los mensajes y conductas que está presentando. La confrontación persigue los siguientes objetivos: que el paciente tome consciencia y se motive al cambio, se enfoca en aspectos que mantienen o contribuyen a los problemas del paciente y permite que se exploren diferentes formas de percibir un problema.

Las discrepancias que se pueden analizar en una confrontación pueden ser entre mensajes verbales y no verbales, mensajes verbales y conductas y mensajes verbales y contextos. Al hacer la confrontación los pacientes pueden mostrarse confundidos o expresar falsa aceptación. Es por esto que para realizarla, se debe tener presente que: se tiene que ofrecer de forma constructiva en un contexto positivo, no es evidenciar al paciente, debe enfocarse en el problema no

en la persona, es muy importante que exista una relación terapéutica previamente establecida y por último considerar el momento del proceso terapéutico, entre más alianza, más receptivo el paciente.

Para realizarla de manera efectiva se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Identificar la discrepancia
- b) Definir el propósito de la discrepancia
- c) Resumir los elementos de la discrepancia y formular el mensaje de una forma constructiva
- d) Evaluar la efectividad de la confrontación

# BIBLIOGRAFÍA

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.

Cormier, L., Nurius, P., & Osborn, C. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers*. Australia: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Fong, M. L., & Cox, B. G. (1983). Trust as an underlying dynamic in the counseling process: How clients test trust. *Personnel and Guidance Journal*, 62, 163–166.

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 267–284). New York: Oxford University Press.

Gelso, C. J., Hill, C. E., Mohr, J., Rochlen, A., & Zack, J. (1999). Describing the face of transference: Psychodynamic therapists' recollections about transference in cases of successful long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 257–267.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press

Weiss, J. (2002). Control-mastery theory. *Encyclopedia of Psychotherapy*, 1, 1–5.