

LA PSICOTERAPIA: UN MOMENTO OPORTUNO PARA LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Psychotherapy: an important time for Clinical Psychologists

Edgar Alfonso Acuña Bermúdez*

Resumen

En el trabajo con pacientes con diferentes conflictos, el psicoterapeuta debe conocerse y resolver sus propios conflictos, para una comprensión y desempeño más óptimo en la intervención clínica, con un desempeño más óptimo y el manejo transferencial y contratransferencial. Para la gran mayoría de psicólogos en formación, en especializaciones, maestrías y doctorados, el proceso personal resulta sumamente fundamental; claro, es válido aceptar las cualidades y lo más difícil es aceptar los defectos personales con miras a un cambio favorable. La verdadera psicoterapia aplicada parte de conocernos desde el fuero intrapsíquico para aceptar nuestras “neurosis”, sin ser un trastorno neurótico propiamente dicho, de modo que al avanzar en nuestro proceso personal podremos estar en capacidad idónea y ética de comprender a nuestros pacientes y desarrollar una labor mucho más efectiva en la psicoterapia y en el ámbito de la profesión de psicólogos clínicos. Es un proceso continuo de todo psicoterapeuta, desde el dinámico y psicoanalista hasta el clínico de cualquier enfoque, y debido a esto es necesario hacer un pare y mantener la salud mental ante los problemas y exigencias de cada paciente. Las habilidades y actitudes del clínico se fundamentan en su proceso de formación tanto profesional cualificado y calificado como en lo profesional.

Palabras clave: Psicoterapia, psicología clínica, proceso de formación y enfoques.

* Universidad de San Buenaventura, Cartagena (Colombia)

Correspondencia: Universidad de San Buenaventura. Diagonal 32, n° 30-966, Cartagena, Bolívar. edgarbond@yahoo.com

Abstract

In the work with patients with different conflicts, the psychotherapist must know and resolve their own conflicts, for optimum understanding and performance in clinical intervention with optimal performance and transference and countertransference management. For the vast majority of psychologists in training, specializations, masters and doctorates personal process is extremely important, of course is valid accept the qualities and the most difficult is to accept personal shortcomings with a view to a favorable change. The real psychotherapy applied part of knowing from the intrapsychic jurisdiction to accept our "neurosis" without being a neurotic disorder itself, so to advance our personal process can be ideal ability and ethics to understand our patients and develop a work much more effective in psychotherapy and in the field of the profession of Clinical Psychologists. It is a continuous process everything from the dynamic psychotherapist and psychoanalyst to clinical of any approach and because of this it is necessary to make a stop and maintain mental health to problems and needs of each patient. The clinical skills and attitudes are based on their vocational training process both qualified and qualified and professionally.

Keywords: Psychotherapy, clinical psychology, training process and approaches.

Citación/referenciación: Andrés, M., Castañeras, C., Stelzer, F., Canet Juric, L., & Introzzi, I. (2016). Funciones Ejecutivas y Regulación de la Emoción: evidencia de su relación en niños. *Psicología Desde el Caribe*, 2(33), 169-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>

INTRODUCCIÓN

En la labor clínica de psicoterapia existen una serie de factores vitales además de la formación que tenemos los psicoterapeutas entrenados que tiene que ver con la formación personal o proceso psicoterapéutico de todo psicoterapeuta y que debería extenderse a los estudiantes de pregrado que profundizan en psicología clínica, es más, desde inicios de su carrera.

Anteriormente se decía que la psicoterapia era para personas enfermas o vulgarmente locos, que se extiende también a psiquiatras; actualmente se dice que los que no asisten a psicoterapia están enfermos o locos; claro es que en la actualidad las conflictivas van en aumento a medida que se avanza en la tecnología, y son muchos los factores asociados: familia, pareja,

traumas, reacciones situacionales, entre tantos aspectos causales.

Desde san Agustín (395) en su libro *Confesiones* es sabido que fue el primero en autoanalizarse. Freud (1895) desde la creación del psicoanálisis, al no existir esta excelente técnica psicoterapéutica, él mismo se autoanaliza y agranda, por así decirlo, sus neurosis. Rogers (2000) planteaba que lo más difícil es aceptar nuestros defectos y nos resulta fácil aceptar nuestras cualidades.

La verdadera psicoterapia aplicada parte de conocernos desde el fuero intrapsíquico para aceptar nuestras "neurosis", sin ser un trastorno neurótico propiamente dicho, de modo que al avanzar en nuestro proceso personal podremos estar en capacidad idónea y ética de comprender a nuestros pacientes y desarrollar una labor

mucho más efectiva en la psicoterapia y en el ámbito de la profesión de psicólogos clínicos.

Vale destacar que toda persona es imperfecta y que presentan problemas, desde los más leves a los más agudos, complejos y crónicos, sin embargo, la psicoterapia ofrece la “cura” para los síntomas ya sea definitiva o por lo menos la mejoría parcial de diversos cuadros clínicos de orden neurótico; claro que aunque se trabaje en instituciones con pacientes psicóticos o perversiones se amerita el conocimiento o proceso terapéutico personal.

En las universidades debe convertirse en una exigencia desde los inicios del pregrado si no para cada estudiante de psicología por lo menos para las personas que veamos que más lo necesitan o aquellas que por iniciativa propia emprenden un proceso personal de psicoterapia, no importa el enfoque o modelo por seguir. Ya sea dinámico y psicoanalítico, cognitivo-conductual, fenomenológico humanista, sistémico o de otra perspectiva hasta la profundización en clínica, en especializaciones está vigente, en maestrías y doctorados.

Desde la Antigüedad los médicos brujos, los sumos sacerdotes, los magos y los chamanes eligen y a su vez son elegidos para desempeñar su papel. Hay siempre una motivación interna que los impulsa a responder a la “llamada”, cumplir sus destinos y obedecer los deseos de los dioses. Sin embargo, también hay con frecuencia un proceso de selección externa. La persona debe demostrar que es adecuada para encarar el papel y cumplir los deberes de su posición. Esto es también válido para los que desean ser psicoterapeutas, los equivalentes actuales del chamán (Bugental, 1964).

Es más, sin ir lejos en un oficio determinado se exige “experiencia”, un oficial es entrenado desde lo más personal, claro, a veces obligado a hacer lo que no le gusta, un detective privado; un escolta, un sacerdote está en su proceso desde el seminario hasta ordenarse como tal al servicio de Dios; un gerente, directivo, docente, debe reunir condiciones apropiadas para su buen desempeño. Hasta los que están al margen de la ley se les exige y entrena en el grupo ya sea de la mafia, el narcotráfico, el terrorismo, el pandillismo, las sectas, entre tantos. Se destaca que los últimos ya están en una estructura patológica, sin desconocer que los primeros que están dentro de los parámetros socialmente establecidos también tienen sus problemas, que si son neuróticos, son de muy buen pronóstico y resultados en su mejoría y remisión de la sintomatología con la psicoterapia.

Las neurosis o trastornos neuróticos ya estructurados: obsesivo-compulsiva histérica, fóbicas, de ansiedad, pánico, estrés, sexuales, sociales, de estrés postraumático, reacciones situacionales, entre otras, así como en los trastornos de la personalidad, desde los más leves a los más graves: narcisista, antisocial y límite, que se pueden consolidar en la Semiología clínica, la Psicopatología del DSM IV R y T(1994) , DSM 5(2014), CIE 10(1999) y CIE 11(2015) y la Psicopatología psicoanalítica.

La gente que se siente atraída por la psicoterapia es a menudo buen oyente. Según Fromm-Reichmann (1960), la capacidad de escuchar es el instrumento curativo del terapeuta. En la mayoría de las relaciones establecidas durante el tratamiento, el terapeuta parece ser una figura razonablemente estable y equilibrada, capaz de solventar con escasa dificultad muchos problemas que plantea la vida (Bellak, 1981).

Freud (1912) recomendaba que el psicoanalista se mantuviera opaco ante sus pacientes. Señala que, como un espejo, debería devolver solo la imagen de lo que se le presenta, revelando muy poco de los propios pensamientos, sentimientos y experiencias.

Kernberg (1965) observa que algunos terapeutas parecen desarrollar una actitud fóbica hacia la experiencia de sentimientos y al hecho de compartir emociones con los pacientes más allá de lo necesario; para un ejercicio con éxito de la psicoterapia es difícil determinar si esto es el resultado de considerar a los pacientes más frágiles de lo que en realidad son o de la necesidad de permanecer distanciado y separado de ellos.

Según Kohut (1985), es posible que haya bastante autoestima y autoestimación reflejadas en la casi universal necesidad entre los médicos de defender con ardor la propia orientación teórica ante cuestionamiento, retos y críticas, tanto de los pacientes como de los colegas. Una profunda frustración y enfado puede ser el resultado de que el padre terapeuta sea incapaz de admitir los errores y reconocer los puntos de vista de sus hijos. Por importante que pueda ser para estos que se les permita idealizar a sus padres (Kohut, 1985); también es esencial que se les permita ver las limitaciones y las desventajas del hecho de ser humanos.

Este artículo tiene por objetivo describir la necesidad de que todo profesional que efectúe la psicoterapia en su proceso de formación teórico-práctica realice su propio proceso psicoterapéutico personal con un psicoterapeuta calificado, logrando conocer y manejar o resolver sus propios conflictos, y así lograr un mejor desempeño en su labor clínica profesional con sus pacientes, asegurando con ética un manejo

satisfactorio en pro de la remisión de los síntomas y en beneficio de la cura. Se fundamenta en un análisis teórico-argumentativo desde la clínica hermenéutica y el psicoanálisis. Se utilizó un procedimiento de revisión de estudios con hallazgos y descripciones de expertos en psicoterapia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Más allá de las diferencias de enfoques, se coincide que el proceso de formación debe entenderse como un aprendizaje dinámico que amalgame epistemología, teoría, técnica y práctica de manera recursiva. La formación entendida como un proceso permanente y continuo a lo largo de la vida profesional, que aúne rigor e imaginación, al mejor estilo y que sobre todo no cercene la creatividad del terapeuta sino que respete el estilo del entrenado ampliándole su gama de herramientas y recursos con miras a incrementar la eficacia de sus intervenciones.

Habilidades terapéuticas

Cormier y Cormier (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 solo 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. 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 (Beutler, 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).

Resulta de vital importancia:

- *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.

Actitudes básicas del terapeuta que favorecen la relación

Con relación a las actitudes de todo psicoterapeuta están principalmente: la escucha activa, capacidad de empatía, buen manejo de la relación transferencial y contratransferencial, la aceptación incondicional y la autenticidad.

Características del terapeuta que favorecen la relación

Aquí se destacan, entre otras, fundamentalmente: la cordialidad, competencia, confianza, amabilidad y cordialidad y las habilidades de comunicación.

Cormier y Cormier (1994) describen un cuadro muy ilustrativo de los diferentes estados emocionales que se deben tener presentes en un proceso psicoterapéutico (ver Anexo 1).

Hay que intentar determinar quiénes entre los interesados serán los más adecuados en convertirse en psicoterapeutas. Aquellos a los que se permite entrar en el campo de la psicoterapia deben primero complementar un proceso de formación bastante prolongado.

Se enseñan las teorías y técnicas actuales, dentro del contexto más amplio de la enseñanza, y la sabiduría de los “antepasados”, como Freud, Jung, Horney, etc. Tras matricularse hay un periodo de trabajo supervisado, con una evaluación final, que permite la práctica en libertad de la psicoterapia.

Henry (1966) dice que “la carrera de un profesional dedicada a la salud mental, al menos los dedicados a la tarea terapéutica, constituye tanto un compromiso con un estilo de vida, como desempeñar un tipo de trabajo”; Al terapeuta

en formación se le permite salir al encuentro de la propia vulnerabilidad, las propias debilidades y el dolor personal. Implica algo más que cierto grado de aprendizaje conceptual.

Sensibiliza también al estudiante ante los conflictos, los traumas y las obsesiones sin resolver. Aunque estos no se resuelvan nunca totalmente, deben incorporarse o integrarse con comodidad en la personalidad del psicoterapeuta, con el fin de facilitar las relaciones interpersonales y el proceso terapéutico en vez de entorpecerlos.

Este proceso continuo durante toda la vida activa del psicoterapeuta, como resultado de los sucesivos encuentros terapéuticos pone de relieve el rol dual del psicoterapeuta, el de artista y el de científico (Jasnow, 1978), trasciende el mero “saber” e influye en el “ser”. Aunque al parecer los que se sienten atraídos por la psicoterapia como profesión son ya propensos a todo conocimiento psicológico clínico, como resultado de la interacción entre su dotación genética y la influencia ambiental, esta se intensifica y se refuerza por la naturaleza misma de la formación, la supervisión y la experiencia en el trabajo del psicoterapeuta en desarrollo.

El proceso de iniciarse en el campo de la psicoterapia es bastante complejo y sinuoso (Goldberg, 1986); por eso los estudiantes experimentan una considerable tensión relacionada con su propio sentimiento de falta de aptitud y fracaso. Esto se ve exacerbado por la práctica común de asignar los pacientes más perturbados y menos funcionales a estudiantes principiantes, acrecentando de este modo su sensación de incompetencia.

La naturaleza indefinida de una curación constituye una fuente adicional de estrés para el

estudiante. Aunque la meta principal pueda ser el alivio del dolor y el sufrimiento psíquico, es difícil anticipar los rasgos concretos de su éxito. Ford (1963) observa que los terapeutas principiantes tienden a atravesar las etapas predecibles de desarrollo durante la formación inicial, que van desde la convicción intensa de la eficacia del tratamiento empleado a la completa desesperación sobre la propia competencia.

Psicopatología personal

Otra fuente de tensión asociada con la formación académica del estudiante de psicoterapia es la tendencia a hallar síntomas propios de psicopatología, llega a creer que padece cualquier enfermedad que está estudiando. Por ejemplo, tras haber seguido un curso sobre psicología anormal, elementos aislados de depresión o ansiedad que realmente pueden estar presentes se perciben como el presagio de una grave psicopatología todavía por descubrir.

Este proceso puede exacerbarse aun más por la tendencia del estudiante a “sobreidentificarse” con los pacientes y sus distintas dolencias, creyéndose más parecido a ellos de lo que suele ser cierto (Holt y Luborsky, 1958). Farber (1983) observa que “el terapeuta principiante suele comparar su propio desarrollo infantil con el de los pacientes, y poner en tela de juicio sus propios mecanismos de defensa, y hasta su cordura”. Como se observan Halleck y Woods (1962), “quizá no haya ningún psiquiatra o psicólogo clínico que haya acabado su formación sin haberse preocupado en su momento u otro por la pérdida de la cordura”; finalmente, tanto Halleck y Woods (1962) como Merklin y Little (1967) han comprobado que muchos estudiantes de psiquiatría experimentaban ansiedad y depresión que iban de moderadas a graves, sín-

tomas neuróticos transitorios y perturbaciones psicosomáticas de diversa gravedad.

Lo más frecuente es que sirva para que el estudiante se sienta motivado a iniciar una terapia personal durante los años de formación, a fin de encontrar alivio y resolver las preocupaciones subyacentes; por ahora es preciso subrayar que el descubrimiento de una psicopatología emocional personal, sea real o imaginaria, puede resultar un agente de tensión sumamente grave para el estudiante. Son esenciales: seguir un tratamiento psicoterapéutico personal, elegir una orientación teórica, decidir una especialidad y obtener las credenciales estatales y nacionales para una práctica independiente.

Terapia personal

Existe una extendida creencia entre los psicoterapeutas según la cual la terapia personal es una preparación deseable, si no necesaria, para poder dirigir un tratamiento (Garfield y Kurtz, 1976; Goldberg, 1986; Guy y Liaboe, 1986). Sin embargo, muchos programas de formación siguen exigiéndolo o, cuando menos, lo recomiendan (Greenberg y Staller, 1981). En un estudio sobre programas doctorales de psicología clínica, el 71 % exigía, o decididamente recomendaba, que sus estudiantes recibieran algún tipo de psicoterapia personal (Wampler y Strupp, 1976). Hay varios motivos para la adopción de esta medida: los dos principales son que la terapia personal proporciona una valiosa experiencia de aprendizaje y que promueve un grado más alto de estabilidad emocional y salud mental.

Como dice Storr (1979), “creo que a los psicoterapeutas les es valioso someterse a la psicoterapia a fin de que les sea más fácil penetrar imaginativamente en lo que los pacientes están

experimentando”. Más allá de la oportunidad de experimentar lo que se siente un paciente, la terapia personal proporciona al estudiante la de observar a otro psicoterapeuta en acción (Wampler y Strupp, 1976). De este modo, el terapeuta más antiguo sirve como poderoso modelo al estudiante que experimenta por primera vez las intervenciones y las técnicas de tratamiento.

El psicoterapeuta experimentado demuestra la capacidad, la confianza y la competencia que son deseables para el estudiante, y lo ayuda a incorporar características personales únicas a su propio estilo profesional. La fuerza poderosa del aprendizaje experimentado adquiere una nueva significación para el estudiante, que puede, abiertamente y sin miedo a la sanción, explorar sus dudas sobre la competencia personal, la eficacia de la psicoterapia y el significado de los muchos cambios de personalidad que suceden durante el proceso de formación.

Wampler y Strupp (1976) también señalan que los estudiantes desarrollan un sentimiento de convicción sobre la validez de la teoría y práctica de la psicoterapia, como resultado de participar ellos mismos en ella. Una experiencia feliz o satisfactoria de la terapia personal es una oportunidad excelente de formación con respecto al valor y la efectividad del tratamiento.

Norcross y Prochaska (1982) descubrieron que una tercera parte de los que inician una terapia personal lo hicieron primordialmente con el fin de adquirir práctica, con la esperanza de volverse mejores psicoterapeutas.

Una razón mucho más convincente, para aconsejar a exigir que los terapeutas en formación inicien una psicoterapia personal, es consecuen-

cia del hecho de que muchos de los que inician en la profesión han experimentado, o siguen experimentando, perturbaciones emocionales que van de moderadas a graves (Ford, 1963).

La elaboración de conflictos sin resolver, la resolución de problemas que deben solucionarse y la facilitación del desarrollo personal y la madurez procuraran un bienvenido alivio al estudiante, que lucha contra problemas dolorosos y en ocasiones debilitantes.

No solo provocará esto una mayor estabilidad personal, sino que también aumentará la capacidad del futuro psicoterapeuta para ayudar a sus pacientes. Como ha dicho Jung (1966), “el tratamiento del paciente empieza con el doctor, por así decirlo. Solo si el doctor sabe cómo manejarse a sí mismo y a sus propios problemas, podrá enseñarle al paciente a hacer lo mismo.

Aberastury (1962) continúa estudios clínicos partiendo de los trabajos de Freud con respecto al desarrollo psicosexual del niño y la relación transferencial con los padres.

Acuña (2016) describe que el método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: la asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia.

Wampler y Strupp (1976) también subrayan en la psicoterapia personal exponiendo los “puntos oscuros” y resolviendo los debilitantes “problemas de contratransferencia”, que de otro modo entorpecerían su efectividad terapéutica.

Norcross y Prochaska (1982) han descubierto que más de dos terceras partes de los terapeutas que ha recibido tratamiento se sometieron a él

fundamentalmente por el deseo de resolver los problemas y las dificultades personales.

La psicoterapia personal también puede ayudar al estudiante durante los años de formación a tolerar las presiones el estrés y las tensiones inherentes al proceso de formación en psicoterapia. No solo el estrés relacionado con la formación puede exacerbar una psicopatología preexistente, sino que también suele precipitar nuevas dolencias y dificultades.

Marmor (1983) señala que convertirse en psicoterapeuta a menudo despierta cierto sentimiento de superioridad en el estudiante, que puede llegar a requerir una solución terapéutica.; sin embargo, su valor potencial hace deseable que todos los estudiantes que estudian para convertirse en psicoterapeutas les concedan una seria consideración.

Las limitaciones entre los que se sienten atraídos por la práctica de la psicoterapia están en los que no son aptos para su ejercicio. Algunas de estas personas son eliminadas por las comisiones de admisión cuando solicitan su ingreso a los programas de formación.

Otras son aceptadas solo para ser rechazadas más adelante a consecuencia de su incapacidad de alcanzar de manera aceptable los niveles establecidos por los profesores o los supervisores de las prácticas hospitalarias. Este proceso continúa en varios aspectos durante la transición de estudiante a profesional activo.

Para los que no son aptos para la práctica clínica, los factores de este proceso de transición suelen ser difíciles. Por ejemplo, es posible que descubran que los problemas que los han conducido a someterse a una psicoterapia personal siguen

en gran parte sin resolverse al cabo de meses, o aun años, de tratamiento. En tal caso, si los problemas son lo bastante graves, el terapeuta personal puede intentar disuadir al estudiante de que prosiga los estudios de psicoterapia.

Como el terapeuta personal puede servir como modelo y colega respetado, además de otras muchas capacidades y roles transferenciales, a veces las preocupaciones intensamente expresadas puedan ser suficientes para convencer al estudiante de que siga alguna otra carrera; la continua confusión sobre la elección de orientación teórica especialmente después de la licenciatura puede ayudar a algunas personas a convencerse de que en última instancia no son aptas para la práctica de la psicoterapia, al no encontrar su propio sitio y zona exclusiva de contribución.

Los aspectos de selección del proceso de encontrar empleo proporcionan un impedimento adicional para que algunos inicien realmente la práctica psicoterapéutica. Además, los terapeutas recién graduados que son contratados para ocupar puestos clínicos en hospitales, universidades, centros de asesoramiento y clínicas suelen ser al principio examinados por colegas que creen que un diploma es sinónimo de competencia. Finalmente una entrevista oral puede revelar que carecen de la madurez, la estabilidad, la capacidad de juicio y la experiencia necesarias como para que se les concede una licencia para la práctica.

Debemos reconocer que las ambigüedades propias de los aspectos de selección suelen poner trabas a estudiantes adecuados para la profesión, o incluso impedirles ejercerla. En particular, la competencia creciente; quizás algunos aspirantes posean excelentes capacidades terapéuticas

y sin embargo les sea difícil obtener empleo o pasar un examen. Aunque es probable que estos casos no sean muchos, son no obstante lamentables.

Según Looney, Harding, Blotcky y Baruhardt (1980), los psicoterapeutas que entran en este periodo de transición están en la fase de “asentamiento”. Observan que los psiquiatras que habían completado recientemente su periodo de prácticas señalaron haber padecido un nivel significativo de aflicción durante este periodo de transición al profesional en activo. Por ejemplo, el 73 % experimentó una ansiedad que iba de moderada a paralizante, mientras que el 58% experimentó depresión en grado semejante. Además, el 66 % señaló haber padecido estrés ante los exámenes orales, el 47 % mencionó dificultades con los pacientes, el 45 % observó estrés en su matrimonio, el 40 % se refirió a estrés asociado con un cambio en los amigos y el 39 % habló de estrés relacionado con los traslados. Finalmente, el 28 % se refirió a problemas sexuales, el 26 % mencionó preocupaciones por la salud, el 24% graves perturbaciones de sueño, el 23% importantes cambios de peso, el 15% significativos problemas de salud y el 14 % estaban inmersos en un proceso de separación o divorcio durante este tiempo.

Los estudios descritos corresponden a las informaciones disponibles de la revisión teórica analítica argumentativa de la psicoterapia en estudiantes y psicoterapeutas en formación.

Se logra concluir que el estudiante asume el rol del profesional en activo dando tratamiento psicoterapéutico a pacientes o clientes, y funcionando en el rol para el que se ha preparado durante años. Puede haber periodos de incredulidad y desconcierto mientras la persona se

ajusta a la realidad de que ha alcanzado la meta y ha completado el viaje.

La formación académica y práctica, un certificado profesional, experiencia clínica y aptitud necesaria son necesarios para desempeñar el rol de psicoterapeuta; el proceso de formación, junto con la selección continua y la evaluación de la aptitud de los estudiantes para la práctica psicoterapéutica, debería producir licenciados bien preparados para iniciar una larga, feliz y satisfactoria trayectoria profesional. Hay una interacción continua entre la personalidad del psicoterapeuta y la práctica de la psicoterapia. Como se observa, la influencia de la práctica psicoterapéutica sobre la vida personal y las relaciones del terapeuta es asombrosamente profunda.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Acuña, E. (2016). *Fundamentos de clínica dinámica y psicoanálisis*. Cartagena: Editorial Bonaventuriana.
- American Psychiatric Association[APA] (1994). *DSM IV- R y T: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: Masson.
- American Psychiatric Association[APA] (2014). *DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. Médica Panamericana.
- Bellak (1981). *Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York: Brunner- Mazel.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*, vols. 1 y 2. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana.
- Beutler, L. E. (1994). *Manualizing flexibility: The training of eclectic therapists*. (Paper presented at the 10th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada)
- Bugental, J.F.T. (1964). The person who is the Psychoterapits. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 499-506.
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1991.)
- Farber, B. A. (1983). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. En B. A. Farber (comp.), *Stress and burnout in the human service professions*. Nueva York: Pergamon.
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy*, 22, 170-177.
- Freud, S. (1990). *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortù.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*, vol. XI. Buenos Aires: Amorrortù.
- Ford, E. S. C. (1963). Being and becoming a psychotherapist: The search for identity. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 472-482.
- Freeman, W. (1967). Psychiatrists who kill themselves. A study in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 124, 154-155.
- Fromm-Reichmann. (1960). *Principios de psicoterapia intensiva*. Chicago: United of Chicago Press.
- Fenichel, O. (2000). *Teoría Psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Garfield, S. L. y Kurtz, R. (1976). Personal therapy for the psychotherapist: Some findings and issues. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13, 188-192.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist: The journey of the healer*. Nueva York: Gardner.
- Greenberg, R. P. & Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1467-1471.

- Guy, J. (2013). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Guy, J. D., Guy, M. P. & Liaboe, G. P. (1986). First pregnancy: Therapeutic issues for both female and male psychotherapists. *Psychotherapy*, 23, 297-302.
- Halleck, S. C. & Woods, S. M. (1962). Emotional problems of psychiatric residents. *Psychiatry*, 25, 339-346.
- Henry, W. E. (1966). Some observations on the lives of healers. *Human Development*, 9, 47-56.
- Holt, R. R. & Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists*. Nueva York: Basic Books.
- Jasnaw, A. (1978). The psychotherapist-artist and/or scientist? *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 15, 318-323.
- Jung, C. J. (1966). *Psychology of the transference*. *The Practice of Psychotherapy*, vol. 16, Bollinger Series. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kernberg, O. (1992). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Kohut, H. (1985). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
- Leahy, A. (2001). Therapist and patient reactions to life-threatening crises in the therapist's life. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32, 12-27.
- Marmor, J. (1983). *The crises of middle age*. *Psychiatry Digest*, 29, 17-21.
- Merklin y Little (1967). Beginning psychiatry training syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 124, 193-197.
- OMS (1999). *Clasificación internacional de las enfermedades*. Barcelona: Meditor.
- OMS (2015). *Clasificación internacional de las enfermedades*. Barcelona: Meditor.
- Lacan, J. (2000). *Seminarios*. Buenos Aires: Paidós.
- Looney, J. G., Harding, R. K., Blotcky, M. J. & Barnhart, F. D. (1980). Psychiatrists transition from training to career: Stress and mastery. *American Journal of Psychiatry*.
- Marmor, J. (1953). The feeling of superiority: An occupational hazard in the practice of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*.
- Merklin, L. & Little, R. B. (1967). Beginning psychiatry training syndrome. *American Journal of Psychiatry*.
- Norcross, J. C. y Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical Psychologists: views on training, career choice, and APA. *Clinical Psychologist*, 35, 2-6.
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Rogers, C. R. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- San Agustín (2010). *Confesiones*. Madrid: Editorial Gredos.
- Sarason B y Sarason I (2006). *Psicopatología: Psicología anormal, el problema de la conducta inadaptada*. Barcelona: Manual Moderno.
- Storr, A. (1979). *The art of psychotherapy*. Nueva York: Methuen.
- Wampler, L. D. y Strupp, H. H. (1976). Personal therapy for students in clinical psychology: A matter of faith? *Professional Psychology*, 7, 195-201.

