

Habilidades del psicólogo en drogodependencias

Albendea Ortega, R. *; Fernández Aransay, I. **; Fernández López, R. ***,
Novo Blanco, J.C. **** y Rodríguez Picó, S. **

* Psicóloga. Responsable del Servicio de Asesoramiento en Drogodependencias a Operadores Jurídicos.

** Psicólogos del Programa de Mantenimiento con Metadona.

*** Psicóloga de la Unidad de Atención al Drogodependiente del Cº Pº Madrid-IV(Navalcarnero).

**** Psicólogo. Actualmente no empleado en la Asociación Punto Omega.

Resumen

Las habilidades del terapeuta constituyen un aspecto fundamental para la consecución de los distintos objetivos que al psicólogo se le plantean en el transcurso de su intervención con el usuario drogodependiente. En este artículo se presenta una revisión de las habilidades que los autores consideran imprescindibles, aportando ejemplos prácticos y con independencia de la orientación teórica del psicólogo. Las habilidades técnicas o profesionales se refieren a conocimientos teóricos y prácticos; el autocontrol emocional, incluyendo tanto el afrontamiento eficaz por parte del psicólogo de ciertas situaciones ante el usuario, y específicamente si éste es un drogodelincuente, como el afrontamiento del burn out; y por último, las habilidades sociales, en las que se sustenta la interacción entre el psicólogo y el usuario, destacando la asertividad y la empatía. Finalmente se revisan distintos aspectos y principios generales referidos a la ética profesional en la práctica de la Psicología Clínica.

Palabras Clave

Terapeuta, drogodependencias, habilidades técnicas; habilidades sociales; autocontrol emocional; burn out; ética profesional...

Summary

The skills of the therapist constitute a fundamental aspect for the attainment of the different objectives that psychologist needs to address during the intervention process with drug abusers. This article reviews those skills which the authors consider to be

Correspondencia a:

Rocío Fernández López

C/ Pelayo nº 48, 2º C. 28004 Madrid. rfdzlplz@teleline.es; rofernaulopez@hotmail.com

Tfno.: 91.308.55.30. Móvil: 660.31.77.91.



essential to this process, giving practical examples, independently of the theoretical orientation of the psychologist. The technical or professional skills are related to theoretical and practical knowledge; emotional self-control, including the psychologist dealing effectively with certain situations with patients and especially when those who are drug-abuser-delinquent such as dealing with burn out; and lastly, social skills upon which the psychologist-abuser interaction is based, emphasizing assertiveness and empathy. Finally, different general aspects and principles regarding professional ethics in the practice of clinical psychology are reviewed.

Key Words

Therapist; drug abusers; technical skills; social skills; emotional self-control; burn out; professional ethics

Résumé

Les habilités du thérapeute constituent un aspect fondamental pour atteindre les différents objectifs que peuvent survenir au cours de l'intervention du psychologue avec l'usager toxicomane. Dans cet article on présente une révision des habilités que les auteurs considèrent indispensables, en ajoutant exemples pratiques et avec une indépendance de l'orientation théorique du psychologue. Les habilités techniques ou professionnelles font référence aux connaissances théoriques et pratiques; (auto-contrôle des émotions incluant tant l'affrontement efficace de la part du psychologue de certaines situations face à l'usager et spécifiquement s'il s'agit d'un toxicomane délinquant, comme le traitement du burn out; et finalement, les habilités sociales, sur lesquelles s'appuie l'interaction entre le psychologue et l'usager, principalement l'assertivité et l'empathie. Pour terminer, on révisé différents aspects et principes généraux sur l'éthique professionnelle de la pratique de la Psychologie Clinique.

Most Clé

Thérapeute; toxicomanies; habilités techniques; habilités sociales; auto-contrôle des émotions; burn out; éthique professionnelle

INTRODUCCIÓN

Según el "Diccionario de Psicología" de F. Dorsch I (1985), un/a psicólogo/a sería aquella persona "que se dedica al estudio o a la aplicación práctica de la Psicología y posee la formación científica adecuada, aunque también

puede calificarse así, en sentido amplio, al que, sin poseer esta preparación, demuestra tener una buena comprensión de la psicología en sus escritos y actos (literatura, política, economía; etc). Puede hablarse, i.e. de Goethe como psicólogo". De acuerdo con esta definición, nos estamos encontrando cada vez más con



situaciones en las que cualquier persona, a veces sin una base adecuada de conocimientos, accede a ejercer tareas "psicoterapéuticas". Así, surgen diversas escuelas de psicoterapia que incluyen entre su alumnado a diferentes perfiles profesionales que acaban desempeñando funciones que en principio deberían estar limitadas a la profesión del psicólogo.

Quizá la causa de esta contusión de límites en el desempeño de la Psicología reside en la falta de definiciones generales de conceptos tales como Psicología, psicólogo, terapia, terapeuta, psicoterapia... Según la E.F.P.A. (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), "los psicólogos desarrollarán un cuerpo de conocimiento válido y fiable basado en la investigación y aplicarán ese conocimiento a los procesos psicológicos y al comportamiento humano en diversos contextos". Los distintos tipos de psicoterapia se diferenciarán o se asemejarán entre sí según sea la teoría del conflicto / problema sobre el que descansan, los objetivos que se persiguen en relación a éste y la metodología empleada para lograrlos.

Asumiendo esta definición de cara a la práctica clínica y teniendo en cuenta estas diferencias de orientación teórica, el/la psicólogo/a necesita utilizar una serie de habilidades personales y profesionales con el fin de lograr los objetivos planteados a lo largo de la intervención. Con este artículo se pretende, no tanto definir el campo de la Psicología como esclarecer cuáles son estas habilidades en el psicólogo clínico en general y en el que trabaja en drogodependencias en particular.

I.- HABILIDADES TÉCNICAS O PROFESIONALES

A pesar de lo anterior, los psicoterapeutas de orientaciones diversas comparten muchos objetivos y actitudes, entre los que destacan los siguientes:

1. Realizan esfuerzos por crear una atmósfera y relación terapéutica adecuada.

2. Cultivan una actitud objetiva hacia el sujeto.

3. Exploran los orígenes históricos y/o los determinantes presentes de los problemas psicológicos.

4. Suministran una estructura o dirección cognitiva que traduce las dificultades en términos comprensibles para el marco de referencia del sujeto.

5. Conciben estrategias, amoldándolas a sus modelos de terapia, para cambiar la dirección de los patrones de conducta desajustados, las creencias irracionales, las emociones disfóricas y las formas autoderrotistas de relacionarse con otros.

6. Y fomentan la transferencia de los insights y/o las nuevas conductas adquiridas en la terapia hacia la vida diaria. Los/las terapeutas suministran un modelo de actitudes y funcionamiento saludable.

- Dichas técnicas irán dirigidas a la exploración y posterior intervención en diversas áreas de estudio, que son comunes en todas las orientaciones psicoterapéuticas de profesionales de la Psicología que trabajan en drogas y que son las siguientes:

- Consumo de drogas. Se recoge información sobre la historia toxicológica, situaciones actuales de consumo y estrategias adquiridas de prevención de recaídas, para más tarde intervenir en el mantenimiento de las eficaces y en la adquisición de otras.

- Situación sanitaria. Se explora el estado actual de salud y las enfermedades previas que puedan ser importantes para el sujeto, por la influencia que hayan podido tener en su historia personal. Educación para la salud



(sexualidad, formas de consumo, hábitos alimenticios y de sueño; etc...)

- Área de convivencia (actual y pasada) y relacional. Interesa evaluar las relaciones del sujeto con su familia de origen, propia, pareja y otras personas significativas y trabajar - si fuera necesario - con las mismas.

- Área académica, laboral y judicial. Experiencia, Influencia y vivencia de estos tres ámbitos en el sujeto evaluado. Intervención en las mismas.

- Ocio y tiempo libre. Recursos del sujeto para ocupar su tiempo libre. Búsqueda de alternativas y puesta en práctica de las mismas.

- Evaluación de trastornos psicopatológicos y otros problemas específicos a fin de realizar un diagnóstico diferencial e intervenir en ellos.

- Valoración de las características de la personalidad, la autoestima y la motivación del sujeto.

Estas áreas se evaluarán principalmente a través de entrevistas, cuestionarios, autoinformes e informes de terceros. Tras realizar una propuesta de objetivos, acordados con el sujeto, se intervendrá en cada una de ellas con las técnicas propias de cambio que sustenten la teoría psicológica del psicoterapeuta en cuestión. No se hará mención aquí ni a las técnicas de evaluación ni a las de intervención al estar todas ellas recogidas en distintos manuales.

Los conocimientos fundamentales que se precisaría un/una psicólogo/a que trabaja en drogodependencias, muchos de los cuales coincidirán con otros psicólogos clínicos, serán:

- Existencia e interiorización de un modelo de referencia claro con una sólida formación. Manejo de técnicas de evaluación (psicodiagnóstico) y técnicas de intervención.

- Conocimientos sobre farmacología de las drogas de abuso y de psicofisiología.

- Psicopatología (capacidad para hacer un diagnóstico diferencial y para intervenir en los distintos trastornos).

- Capacidad de trabajo en un equipo interdisciplinar.

- Conocimiento de la Red Asistencial, recursos comunitarios y su funcionamiento.

- Cualidades personales: manejo de situaciones imprevistas, habilidades sociales y de capacidad de autocontrol que serán desarrolladas a continuación con mayor profundidad.

- Formación continua, supervisión y realización de sesiones clínicas.

2.- AUTOCONTROL EMOCIONAL

Dentro del repertorio de habilidades necesarias para el buen desarrollo de la actividad del/la psicólogo/a en el campo de las drogodependencias es fundamental prestar especial atención a las habilidades que implican el autocontrol emocional. Nos referimos a la capacidad para saber afrontar las situaciones que el contexto de terapia implica, así como las que requiere el autocuidado de la salud mental del/la terapeuta.

Con objeto de diferenciarlas, utilizaremos el término autocontrol emocional cuando nos referimos al afrontamiento eficaz de diversas situaciones en la terapia que conlleva al usuario; y denominaremos autocuidado al grupo de habilidades que permiten prevenir el ampliamente conocido síndrome de burn out.

Será prioritario reconocer que son las emociones (su control) las que juegan el papel

principal en el dominio de estas habilidades. Ser capaz de identificar ciertas emociones y aceptar que se producen es el primer paso para poder manejar y prevenir sus posibles consecuencias negativas. Las emociones no dependen directamente de la situación, sino de la interpretación que se haga de la misma. Dichas interpretaciones pueden estar mediatizadas por lo que se conoce como errores cognitivos, desembocando entonces en alteraciones emocionales. Las alteraciones emocionales son funcionales y útiles ya que se convierten en señales que indican que **algo está pasando**, pero su valor funcional se pierde si la intensidad, duración y/o frecuencia de la alteración es excesiva.

Dentro de las alteraciones emocionales más frecuentes identificamos la angustia, la desesperación, la rabia, la ira, la impotencia, la ansiedad y finalmente la depresión.

En el momento en que se identifica la emoción, se está preparado/a para analizar la situación y buscar la actuación apropiada para redirigir esa emoción. En este sentido, el objetivo del autocontrol consiste en mantener las emociones dentro de unos límites adecuados que permitan y faciliten la búsqueda de soluciones. No se trata de eliminar las emociones.

A continuación ofrecemos una serie de emociones comunes, así como propuestas de autocontrol de las mismas:

Centrarse sólo en lo negativo que hace el/la paciente: "sigue consumiendo."

Afrontamiento: fijarse por igual en lo positivo y lo negativo, reforzar lo positivo intentar solucionar lo negativo, sin culpabilización: "efectivamente, sigue consumiendo, pero ha cambiado a una vía más "segura", y está acudiendo a alguna cita con otro profesional para trabajar la abstinencia".

Generalización, magnificación de los problemas, poner etiquetas al usuario (es un demandante, un hipocondríaco...). Ejemplo: un usuario habitualmente demandante de atención ante cualquier insignificancia, aparece un día, sin cita, demandando atención.

Afrontamiento: No juzgar; analizar las conductas y averiguar su causa real, no conformarse con la etiqueta: "este tío siempre igual, dile que espere o que vuelva mañana". Finalmente le ves y descubres que en esta ocasión tiene realmente un problema serio (con lo que te sientes culpable por haberle prejuzgado por su "etiqueta").

Para controlar sus emociones el/la psicólogo/a deberá: elaborar sus propios prejuicios (sexualidad, estilo de vida...); analizar y controlar los sentimientos que en la terapia aparecen (sobre todo en determinadas situaciones como por ejemplo el duelo); modificar pensamientos inadecuados mediante información objetiva y científica; darse auto-instrucciones positivas; modificar ideas de indefensión, estableciendo objetivos alcanzables y realistas, teniendo claro los propios límites; desechar juicios de valor sobre los pacientes; evitar la sobreimplicación; adopción de las medidas preventivas adecuadas de salud; contactar con los recursos disponibles; utilizar técnicas de respiración/relajación. Es decir; manejar las técnicas terapéuticas que como psicólogo/a conoce (psicofisiológicas, cognitivas, autoanálisis, supervisión...). Por tanto, es importante disponer de unas adecuadas habilidades de comunicación (concretar, preguntar, escuchar activamente, empatizar; resumir; retroalimentar; etc.) y habilidades asertivas. (Ver apartado 3).

Ejemplo: Usuario/a de programa de mantenimiento con metadona, que llega a la toma diaria de su dosis fuera de hora, por unos minutos. No se le da.



USUARIO: "Pero si son sólo unos pocos minutos". TERAPEUTA: "Ya sabes cuál es la normativa".

USUARIO: "Qué pasa, ¿tu no llegas nunca tarde?. ¡Y por unos minutos ni que me hubiese retrasado una hora!"

TERAPEUTA: "No insistas, Juan, conoces perfectamente la normativa: fuera de hora no se dispensa metadona".

USUARIO: "Tú lo que quieres es que yo consuma, ¡pues lo vas a conseguir, porque por tu culpa me voy a tener que ir a pillar ahora mismo!"

TERAPEUTA: "Lo que decidas hacer es cosa tuya, pero tu dosis de hoy no se te va a dar".

En el ejemplo vemos que no resulta adecuado responder a las preguntas que el usuario hace en su intento de manipulación de la situación, ni darle explicaciones en ese momento, ni entrar a discutir la justicia o injusticia de la norma, su rigidez o flexibilidad. Por el contrario el/la terapeuta ha de tener claro el objetivo: que el usuario respete el límite, no ceder a sus presiones. En otro momento, se le pueden dar las explicaciones oportunas sobre el por qué de la necesidad de tener límites, la función educativa que cumplen, etc., pero nunca en ese momento.

2.1.- Burn out

El burn out o agotamiento en el trabajo es un fenómeno que se suele producir en las profesiones que se basan en la relación de ayuda. La expresión fue empleada por primera vez en 1974 en Estados Unidos por el psicólogo Herbert Freudenberger, para describir una situación a la que llegan los/as profesionales que tratan problemas humanos.

Los síntomas que se manifiestan comúnmente son los siguientes:

- Físicos: cansancio, resfriados persistentes, jaquecas, problemas gastrointestinales, pérdidas o aumento de peso, aumento de la tensión sanguínea.

- Emocionales: sentimientos de depresión, de fatiga, de aburrimiento, de sentirse prisionero en el trabajo, autoevaluación pesimista y una pérdida de efectividad y de calidad del trabajo.

- En el área de las relaciones interpersonales: aislamiento, conflicto con otras personas, excesiva dependencia de otros/as compañeros/as, disminución de las relaciones personales fuera del trabajo.

2.1.1.- Respuestas de afrontamiento:

Poseer información sobre el burn out y el estrés en general, conocer y practicar técnicas de evaluación y control del estrés; actitud equilibrada entre la preocupación y el alejamiento excesivos del/la usuario/a; supervisión; apoyo de compañeros/as; formación permanente; cambios en el ambiente; definición precisa de las funciones; no permanecer indefinidamente en un programa; rotación y diversificación de tareas; dar a conocer a los/as usuarios/as lo que pueden esperar; incrementar las actividades lúdicas fuera del trabajo; no hablar de éste fuera del contexto laboral; entrenarse en habilidades concretas (i.e.: saber decir no a demandas excesivas).

2.2.- Habilidades personales

Muy relacionado con los dos puntos anteriores, como factor de protección, tenemos que hablar de las características personales del/la profesional en concreto y que consideramos especialmente importantes en la intervención psicoterapéutica con usuarios drogodelinquentes:



Haber alcanzado un nivel adecuado de madurez personal; habilidad para trabajar con personas que tienen poca motivación y difícil trato; capacidad para trabajar en equipo (compartir información con otros/as profesionales); alta resistencia a la frustración y manejo del estrés; ser capaz de hacer con celeridad la burocracia necesaria (y que tiene un gran peso en la consecución de los objetivos); asertividad, precisión y concreción; capacidad para manejar o evitar la manipulación y las exigencias; objetividad y equilibrio personal; capacidad de persuasión; actitud realista; claridad al establecer objetivos; habilidades verbales e interpersonales por encima del promedio; empatía; solución efectiva de problemas; flexibilidad de pensamiento; experiencia en manejo de grupos (sensibilidad a las dinámicas grupales promoviendo el interés, consecución de altos niveles de actividad manteniendo una disciplina adecuada); entusiasmo y no olvidar nunca que el objetivo final es que el usuario cambie.

Cuando trabajamos con drogodelinquentes debemos tener en cuenta no sólo a éste, sino también a las víctimas - pasadas y futuras - y a la sociedad, para defenderla de nuevas agresiones.

3.- HABILIDADES SOCIALES DEL TERAPEUTA

Una de las características de las Habilidades Sociales es su carácter situacional o contextual, así como su orientación hacia objetivos. En el contexto clínico estos objetivos estarán prefijados y dependerán del momento o fase del proceso terapéutico en que tenga lugar la interacción concreta terapeuta-usuario. En este sentido podemos considerar las habilidades sociales del terapeuta como el vehículo que más inmediata y visiblemente recibe el

usuario a la hora de conseguir el objetivo del cambio y a través del cual se le transmite el resto de habilidades del terapeuta.

Sin pretender ser exhaustivos/as, destacaremos aquí las habilidades que más recomendablemente deberá dominar el/la terapeuta que trabaja con población toxicómana, sin perder de vista la heterogeneidad que presenta esta población, así como la diversidad de demandas y objetivos de los distintos programas de intervención.

3.1.- Habilidades sociales básicas

Existe toda una serie de habilidades, tanto verbales como no verbales, que constituyen lo que podríamos denominar "los cimientos" sobre los que se asienta un mantenimiento adecuado de la relación terapéutica con el/la usuario/a.

Sobre los aspectos no verbales de la comunicación cabría resaltar el contacto ocular, la expresión facial, el adecuado uso de la sonrisa (generalmente con la finalidad de reforzar verbalizaciones y/o comportamientos del/la usuario/a), la postura corporal, la conveniencia o no del contacto físico, los componentes gestuales y los paraverbales (volumen, tono de voz, ritmo, latencia y utilización de pausas).

Merece especial atención que nos detengamos en algunos aspectos relativos a la habilidad de la escucha activa, puesto que la utilidad de la capacidad de escucha del/la terapeuta es especialmente relevante a la hora de obtener información además de transmitir empatía mostrando que atendemos a lo que nos dice el/la usuario/a. Además de esto, el/la terapeuta debe ser sensible a la presencia/ausencia de señales de escucha por parte del/la usuario/a a quien se dirige, esto permitirá verificar si comprende, sigue o



le interesa el mensaje, además de resultar de utilidad para una correcta regulación del flujo de la conversación (dar pie a que continúe hablando, saber cuándo es nuestro turno de palabra, etc.).

Para cumplir adecuadamente los objetivos de la escucha es útil tener en cuenta el tipo de errores que se cometen con más frecuencia a la hora de escuchar, en la medida en que éstos dificultan o imposibilitan esos objetivos. Algunos de los más frecuentes son: interpretar incorrectamente el lenguaje del otro; adivinación del pensamiento; estar pensando en lo que se va a decir en vez de atender a lo que dice la otra persona; precipitarse a la hora de ofrecer ayuda o solución a los problemas o demandas planteados, antes incluso de que el/la usuario/a termine de hablar ("síndrome del experto"); prejuizar; realizar cualquier otra actividad o distraerse mientras la otra persona está hablando; interrumpir y cortar el discurso sin tener en cuenta las señales de cesión del turno de palabra.

Otra de las habilidades especialmente relevantes a la hora de obtener información del sujeto es la de hacer preguntas. El modo de formulación de las mismas tenderá a un formato más específico y cerrado según queramos obtener información más concreta y/o de un modo más sistemático ("¿Qué cantidad diaria de droga consumes?"; "¿has tenido algún trabajo estable?"); y serán tanto más abiertas cuanto esa información sea de tipo más general ("¿Cómo sueles pasar tu tiempo libre?"; "¿qué proyectos de futuro tienes?"). En las entrevistas de evaluación es importante que la secuencia de preguntas no sea tan dirigida como para que el resultado sea que el/la usuario/a acabe contestando "lo que el/la terapeuta quiere oír". También será de ayuda pedir ejemplos concretos sobre

aspectos relevantes, reformular las preguntas no contestadas o no comprendidas poniendo ejemplos, insistir sin forzar o incomodar y reconducir la entrevista si el/la usuario/a se desvía de la cuestión planteada.

Anteriormente se ha mencionado la empatía como elemento importante de la escucha, sin embargo es una habilidad que ha de estar presente no sólo cuando escuchamos al sujeto, sino en muchos otros momentos de la interacción con él/ella. El/la psicólogo/a ha de ser capaz de percibir de forma adecuada sus problemas y emociones, dándole el feedback de que efectivamente se comprende lo que él/ella expresa y no adoptar una actitud fría y distante, que no favorece el cambio terapéutico ni propicia la motivación hacia el mismo.

Puede ser especialmente útil para el/la terapeuta la utilización del sentido del humor; no sólo en lo referente a crear una relación empática con el/la usuario/a sino también cuando se persiguen otros objetivos más didácticos o explicativos, así como para lograr situarlo/a en una perspectiva de mayor objetividad ante sus problemas, desdramatizándolos.

En la interacción terapeuta-paciente se parte de unos roles complementarios definidos a priori y no intercambiables, basados en la diferencia y no en la simetría (el/la terapeuta ejerce un rol de experto/a y el/la usuario/a es quien pide ayuda). Sin embargo de la habilidad y de la empatía del/la terapeuta dependerá que la comunicación con el/la usuario/a tienda a darse a un nivel más simétrico, adecuando el lenguaje, explicando y aportando ejemplos cuando sea necesario, etc., aunque siempre evitando caer en errores donde se identifica la empatía con la confusión de roles, ofreciendo un trato de amistad, compañerismo o complicidad al usuario/a.

Esto es especialmente importante en el caso del drogodelincuente, que a menudo presenta un estilo comunicativo seductor y manipulador ante el cual el/la terapeuta no debe confundir empatía con creencia ciega (sin contrastar) en lo que nos relata, o con el reforzamiento de su tendencia a la justificación de conductas delictivas, dejándose llevar de este modo por las estrategias manipulativas que utiliza para lograr sus objetivos más inmediatos. Frente a esto, el/la psicólogo/a ha de combinar hábilmente un estilo comunicativo más directivo y basado en la confrontación, junto con una actitud comprensiva, objetiva y exenta de juicios moralistas.

Ejemplo:

USUARIO: "¡Estoy harto! Me controlan (su familia) todo el tiempo: dónde voy, con quién, a qué hora voy a volver; no me dan ni un duro... No entienden que necesito salir; relacionarme con gente, ocupar mi tiempo libre... Quedaste con mis padres en que era muy importante mantenerme ocupado y ya ves... no me están dejando hacer nada".

TERAPEUTA: "Entiendo que esto está siendo duro y difícil para ti. Es lógico que ahora te sientas enfadado y frustrado cuando tu familia ejerce control externo sobre ti, cuando has estado acostumbrado por mucho tiempo a no darles explicaciones sobre lo que hacías cuando salías de casa ni a qué hora volverlas... Hace dos semanas nos reunimos tus padres, tú y yo y hablamos sobre la importancia de que mantuvieras el tiempo libre ocupado. Al final tus padres y tú llegasteis a un acuerdo firmado por ambas partes respecto a horarios y a la cantidad inicial de dinero que te darían para salir; no es así?"

En el ejemplo vamos cómo el/la terapeuta comienza empatizando con el usuario al tiempo que reformarla su queja en términos

más realistas para posteriormente preparar una confrontación.

3.2.- Asertividad

Existe una amplia gama de habilidades asertivas que en múltiples situaciones en el transcurso del tratamiento el/la terapeuta necesitará utilizar para llevar éste a buen término. Como aspecto previo en el comportamiento asertivo, se debe tener claro cuál es el objetivo para poder expresarlo clara y directamente al usuario, lo cual implica también identificar la situación y las emociones que ésta produce al propio terapeuta, facilitando así el mantenimiento de su propio control emocional.

Algunas de las habilidades asertivas más útiles para el/la terapeuta son: hacer peticiones; dar instrucciones; rechazar peticiones (decir "no"); reforzar; formular y recibir críticas; negociar; afrontar directamente un problema; recibir emociones negativas y afrontar la hostilidad.

Para lograr más eficazmente la ejecución de ciertas habilidades, pueden servir de ayuda algunos procedimientos o técnicas concretas:

- **Disco rayado.** Es un procedimiento que puede utilizarse al hacer peticiones y también para decir "no". Consiste en persistir en nuestro objetivo, evitando responder a lo que no tenga que ver con el mismo.

- **Banco de niebla.** Este procedimiento se emplea para hacer fuente a trampas verbales manipulativas, o incluso chantajes emocionales, sin apartarnos de nuestro objetivo. No es infrecuente que nos encontremos drogodependientes, especialmente si presentan conductas antisociales, que utilicen la agresión pasiva para forzar la conducta de los demás, incluido el/la terapeuta. Básicamente la técnica consiste en escuchar activamente lo que dice la otra persona, pero respondiendo tan solo



a lo que nos dice, no a lo que lleva implícito, reconociendo lo que sea cierto y/o posible en sus verbalizaciones. Es un procedimiento de elevada dificultad y que requiere mucha práctica para utilizarlo eficazmente, así como un alto nivel de autocontrol.

Ejemplo: "Se comunica a un usuario que ha dado positivo a opiáceos en el último control analítico". USUARIO: "Yo no he consumido, ese positivo a heroína no es real".

TERAPEUTA: "El dato es real, en tu analítica de orina aparece un positivo a opiáceos". USUARIO: "Pero debe haber sido un error vuestro, porque yo no he consumido"

TERAPEUTA: "Es cierto que tanto tú como nosotros asumimos un margen de error; el método de las analíticas no es perfecto ni infalible, sin embargo sabes desde el momento en que firmas el contrato terapéutico que ese será el método a utilizar para comprobar la abstinencia y las consecuencias que se derivan de la aparición de un positivo"

USUARIO: "Sí, claro, ya sé por dónde vas... me lo vais a hacer decir a mi madre o se lo vais a contar vosotros y así conseguiréis fastidiarlo todo, con lo bien que lo llevamos ahora ¡y encima sin haber consumido, porque es mentira que haya consumido!"

TERAPEUTA: "Tu relación con tu madre ha mejorado mucho estos últimos meses, que aparezca un positivo y se le informe a ella, tal y como tú has autorizado, no quiere decir que todo lo que habéis conseguido hasta ahora se pierda. Es importante que asumas las consecuencias de una norma que tú mismo aceptaste, al igual que has ido asumiendo y aceptando otras desde que estás en tratamiento"

USUARIO: "Eso será si lo que tengo que asumir es verdad, pero en este caso yo no he consumido"

TERAPEUTA: "Tu analítica es positiva y ante la aparición de un positivo ya hablamos acordado contigo y con tu madre cómo actuaríamos"

-Aserción negativa. Se utiliza cuando se está siendo atacado/a y criticado/a y ciertamente se ha cometido un error. Consiste en aceptar y admitir que nos hemos equivocado (sin tener que excusarnos necesariamente por los errores o faltas). También es una técnica que requiere bastante práctica, por la natural tendencia en las personas a defenderse cuando son atacadas verbalmente, especialmente si la crítica es hostil y no constructiva.

Ejemplo: "Un usuario está hablando a la terapeuta y en un momento determinado ésta pierde la atención y deja de escuchar activamente"

USUARIO (visiblemente enfadado) "Oye, no me estás escuchando"

TERAPEUTA: "Es cierto, discúlpame, me he distraído y he dejado de escucharte realmente"

-Reforzamiento en forma de sandwich. Consiste en presentar una expresión positiva antes y después de una crítica o expresión negativa, de este modo se suaviza esta última, minimizando así la probabilidad de una respuesta hostil o defensiva por parte del usuario.

Ejemplo:

TERAPEUTA: "Muchas veces has demostrado tener una buena capacidad para afrontar problemas, ahora te niegas a algo que te resulta especialmente difícil, sin embargo no sueles echarte atrás ante las dificultades"

- Mensajes "yo". La utilización de mensajes en primera persona es útil a la hora de expresar una crítica y/o pedir cambios de comportamiento frente a los mensajes de tipo imperativo ("tienes que...", "deberías...", etc.).



Al implicar que se habla por uno/a mismo/a sin imputar al usuario/a el origen de nuestros criterios, ello facilita que éstos sean tenidas en cuenta y seguidas nuestras instrucciones. Es un mensaje respetuoso, persuasivo y facilitador de la disponibilidad al cambio, que no implica evaluaciones negativas sobre él o ella y sus dificultades, por lo tanto no daña la relación terapéutica.

Ejemplo:

TERAPEUTA: "Yo creo que estará bien que vinieras al taller de búsqueda de empleo, ya que estás empezando a buscar trabajo, ¿a fi qué te parece, crees que te ayudaría?".

4.- ASPECTOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

El artículo 6 del Código Deontológico del Psicólogo (1993) cita:

"La profesión del Psicólogo se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales".

Tomando como base este principio general, vamos que la práctica de la Psicología tiene que estar basada, antes aún que en la ciencia y la técnica, en unos principios éticos y morales de los cuales el principal es la HONESTIDAD, entendida como una cierta coherencia entre los principios terapéuticos que se enseña a los/las usuarios/as y los principios que rigen la vida personal del psicólogo/a. Es decir, que los

conceptos, teorías y técnicas que se transmiten a los/as usuarios/as no deben ser entendidos como trucos terapéuticos o artificios que sólo funcionan en ellos/as sino también en la vida personal del propio/a terapeuta. Por ejemplo, un/a terapeuta puede sentirse ansioso/a pero no fóbico/a, enfadado/a pero no agresivo/a, y que esto interfiera en su práctica clínica.

Este planteamiento de la honestidad profesional obviamente ha de cobrar más relevancia cuando hablamos de psicoterapeutas profesionales con práctica clínica y no de recién licenciados o de psicólogos/as que no ejerzan en el campo clínico.

A continuación se citan algunos de los principales problemas psico-éticos que se presentan en esta profesión:

4.1.- Dogmatismo Escolástico:

Actitud de un/a psicólogo/a que da por hecho que su orientación o escuela psicológica es la única que puede responder de un modo eficaz a todos los problemas que plantean los/as usuarios/as. De este modo el/la profesional llevarla a las personas por un camino determinado, sin plantearse derivarlos a colegas que podrían estar en mejores condiciones de tratar el problema concreto que presenta esa persona, teniéndose que adaptar el/la usuario/a al psicólogo/a y no al contrario.

4.2.- Imprudencia Temeraria:

Referida al psicólogo/a que trata a una persona utilizando procedimientos terapéuticos que él/ella no está capacitado/a para emplear. Esto se podría solucionar con la exigencia de la formación permanente del/la profesional. La empresa, en el caso de terapeutas contratados/as por cuenta ajena debería facilitar



poder realizar formación de modo continuado, dependería del propio profesional de su órgano colegial el asegurar la cobertura de dicha necesidad imprescindible.

4.3.- Consentimiento Informado:

Éticamente es fundamental informar a la persona sobre lo que puede esperar de un tratamiento o técnica terapéutica determinada, así como las características de la misma y posibles molestias que pueda ocasionarle. El principio ético de lograr el consentimiento ha de ser objetivo prioritario y si la capacidad de esa persona estuviese ausente o en extremo limitada, será la familia o el representante legal quien proporcione lo que se denomina Consentimiento Válido Sustituto.

4.4.- Confidencialidad o Secreto Profesional:

Siendo éste un aspecto en el que todo el colectivo profesional está de acuerdo desde un punto de vista teórico, suele ser incumplido con cierta frecuencia. Es posible que se revelen datos de la paciente sin su autorización previa, tanto intencionada como accidentalmente; por ejemplo a través de comentarios a colegas u otros miembros del equipo sin que ello repercuta positivamente ni sea necesario para lograr un beneficio concreto en la terapia de un sujeto. Sin embargo en otros casos el/la profesional deberá revelar datos confidenciales sobre al vida del/la paciente aún a costa de que la alianza terapéutica se rompa, por ejemplo en personas en situación de baja laboral, madres no competentes para ejercer como tales y en depresiones que implican un claro riesgo (o amenaza) de autolisis, sin que se consiga la aprobación del paciente para ponerlo en conocimiento de familiares o allegados responsables, etc.

Otra cuestión sería el qué y cómo contestar en un juicio a la autoridad judicial. Es decir, ¿tenemos que contestar a todo lo que las instancias judiciales pregunten?. La respuesta es "No"; se puede alegar el secreto profesional, pero no a todas las preguntas, sólo a las que puedan afectar a la Intimidad y vida privada del sujeto.

Aquí no entraría en juego el hecho delictivo ya que en este caso hay obligación de denunciarlo cuando atente o ponga en peligro la vida, la integridad, la libertad o la seguridad de las personas.

4.5.- Imposición de Valores Personales:

El/la psicólogo/a tiene el deber de velar por el verdadero interés de su paciente, sin buscar influir más o menos conscientemente en el mundo de los valores, principios y filósofo a de vida de esa persona. "La imposición de valores puede tener que ver con los roles y estereotipos sexuales en la pareja, con el ideal de familia, con los valores pacíficos, religiosos, laborales o éticos" (França, 1995)³.

4.6.- Relaciones Extraterapéuticas:

Se refiere a la conveniencia o inconveniencia de que exista una relación personal entre el/la psicólogo/a y el/la usuario/a fuera del espacio terapéutico. No parece adecuado compartir la propia Intimidad con los/as usuarios/as, así como tampoco es lo más apropiado realizar intervención psicoterapéutica alguna con amigos o familiares, ni hacerlo de una forma desprofesionalizada, sin una minuta de honorarios por el servicio prestado. En estos casos conviene la derivación a otros/as colegas, puesto que el rol no-profesional prevalecerá con facilidad sobre el rol profesional, lo que



dificultará (y en muchas ocasiones impedirá) una intervención eficaz.

4.7.- Elaboración de Informes:

Sobre este particular, el artículo 12 del Código Deontológico cita:

“Especialmente en sus informes escritos el/la psicólogo/a será sumamente cauto, prudente y crítico, fuente a nociones que fácilmente degeneren en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente.”

Es decir, es importante no caer en el error de utilizar un exceso de etiquetas. Habrá que incidir únicamente sobre la repercusión de determinadas características o enfermedades del sujeto, si éstas pueden tener una relación o peso importante en cuanto a sus competencias personales y por supuesto hay que ser consciente de los alcances y las limitaciones que en cada momento pueda tener nuestra intervención y exponerlo en los informes que se requieran, reconociendo así mismo las propias limitaciones y el alcance de lo expresado.

Asimismo, el artículo 48 del Código cita:

“Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite”.

Los informes deben ser lo más objetivos posibles, limitando las inferencias como las predicciones conductuales, evitando plasmar

aspectos dudosos y no resueltos y ciñéndonos a conclusiones que se justifiquen sobre la base de conceptos válidos o datos empíricos sólidos. Finalmente, según al artículo 42 del Código: “El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la psicólogo, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas”.

BIBLIOGRAFÍA

Bimbela Pedrols, J.L. (1995). Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la Salud. EAPS.

Caballo, V.E. (comp.) (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Si XXI de España.

Caballo, V.E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Si XXI de España.

Cionini, L., Mattei, D.M. (1996). Interacción terapéutica y cambio. Revista de Psicoterapia: val. 7, n° 26-27

Coderch, J. (1990). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1993). Código Deontológico del Psicólogo. Madrid: C.O.P.

Colegio Oficial de Psicólogos. Monografía (1996). Intervención en drogodependencias: áreas y técnicas. Madrid: COP.

Coletti, M. (1997). Las emociones del profesional. En: Cletti, M. y Linares, J.L. (comps). La intervención sistemática en los servicios sociales ante la familia multifamiliar problemática. Barcelona: Paidós.



Dorsch, F. (1985). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Herder.

Espina Barrio, J.A. (1991). El difícil arte de remirarse. *Informaciones Psiquiátricas: Asociación Española de Psicodrama. Reunión Nacional 6ª 1990, Santiago de Compostela. España*, nº 126-127.

Fernández-Ballesteros, R. (1990). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

França Tarragó, O. (1995). Los dilemas éticos de la práctica psicológica y psiquiátrica. *Revista Psicoterapia: val. VII, nº 25*.

Frunces, A.; Forst, M.B.; Pincus, H.A. (1997). *DSM-IV. Gula de uso*. Barcelona: Masson.

Fruggeri, L. (1992). Las emociones del terapeuta. *Revista de Psicoterapia: val. IV, nº 16*.

Garrido Genovés, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Madrid: Colección Criminología, Centro de Estudios Ramón Aretes, S.A.

Gautier, R.; Palacios, L. (1998). *Psicoterapia individual en drogodependencias. Curso impartido en Instituto Spiral (Septiembre)*. Madrid.

Lafferty, P.; Beutler, L.E. y Crago, M. (1990). Diferencias entre psicoterapeutas más y menos eficaces: estudio de variables del terapeuta. *Revista de Psicoterapia: val. I, nº 4*.

Landabajo Vázquez, M.A. (1997). A propósito de la responsabilidad en el tratamiento de pacientes adictos. *Adicciones Revista de Sociodrogalohol: val 9, nº 1*.

Leal, C. (1996). El narcisismo del terapeuta. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia Análítica: val. III, nº 1*.

Mattioli, G. (1989). *Psicoterapia del toxicómano. Un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Logos.

Muñoz García, M.C. (1998). Aspectos de la terapia. El respeto, una actitud del terapeuta. *Gestalt: nº 18*.

Pastor, C.; Sevilla, J. (1992). Ética y psicoterapia. *Información Psicológica: nº 49*.

Peña Delgado, J.I. (1998). Burnout en drogodependencias. Estudio en los profesionales de Proye Hombre. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre, nº 27*.

Ramos, P.F.; García, A.; Gruña, J.L.; Comas, D. (comps.) (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.