

HABILIDADES GENERALES DE LAS INTELIGENCIAS ARTIFICIALES EN ÁMBITOS APLICADOS DE LA PSICOLOGÍA

GENERAL ABILITIES OF ARTIFICIAL INTELLIGENCES IN APPLIED AREAS OF PSYCHOLOGY

Bismar Medina⁵
bismarmedin@gmail.com
ORCID: 0009-0009-9276-6989

Carlos Mariano Ocampo Pereira⁶
carlosocampo0308@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1597-517X

Kevin Limachi Inclan⁷
kevinlimachi27u@gmail.com
ORCID: 0009-0006-6038-4554

Milenka Barañado Méndez⁸
milenkabmendez@gmail.com
ORCID: 0009-0007-2942-0999

César Roberto Flores Torrejón⁹
cerofloto@gmail.com
ORCID: 0009-0001-0214-1478
magne.maria@usfx.bo
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7264-7661>

Sucre - Bolivia

Recibido: 22 de septiembre de 2025 / Aceptado: 09 de octubre de 2025

RESUMEN

Se evaluaron las habilidades en psicología de las inteligencias artificiales (IA) comerciales más utilizadas. En un estudio cuantitativo, se calificaron las respuestas de las IA a consultas psicológicas comunes según criterios como empatía, pensamiento crítico y adecuación. En un

estudio cualitativo, se analizó la capacidad de las IA para reconocer errores en diálogos terapéuticos simulados y ofrecer recomendaciones desde enfoques cognitivo-conductual, conductual y humanista. Los resultados cuantitativos revelaron que Gemini 1.5 Pro proporcionó los mejores consejos generales, aunque con limitaciones en el seguimiento y

⁵ Carrera de Psicología, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca.

⁶ Programa de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Andina Simón Bolívar.

⁷ Carrera de Psicología, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca

⁸ Coordinador Carrera de Psicología, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca.

⁹ Docente de la Carrera de Psicología, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

análisis crítico. En el estudio cualitativo, GPT-4 Turbo destacó por identificar errores graves en los diálogos, mientras que Claude 3 Opus mostró fortalezas en el análisis conductual. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos para el desarrollo y la aplicación de IA en el ámbito de la psicología, enfatizando la necesidad de evaluaciones estandarizadas y mejora continua en la calidad de las respuestas de las IA. Además, se exploran las limitaciones del estudio, como la rápida evolución de las IA y las restricciones en la capacidad de procesamiento de algunas de ellas.

Palabras claves: inteligencias artificiales, psicología, terapia, asesoramiento.

ABSTRACT:

The psychology skills of the most widely used commercial artificial intelligences (AIs) were evaluated. In a quantitative study, AI responses to common psychological queries were rated according to criteria such as empathy, critical thinking, and appropriateness. In a qualitative study, the ability of AIs to recognize errors in simulated therapeutic dialogues and provide recommendations from cognitive-behavioral, behavioral, and humanistic approaches was analyzed. Quantitative results revealed that Gemini 1.5 Pro provided the best overall advice, albeit with limitations in critical monitoring and analysis. In the qualitative study, GPT-4 Turbo excelled in identifying serious errors in dialogues, while Claude 3 Opus showed strengths in behavioral analysis. The implications of these findings for AI development and application in the field of psychology are discussed, emphasizing the need for standardized assessments and continuous improvement in the quality of AI responses. In addition, limitations of the study, such as the rapid evolution of AIs and constraints on the processing power of some AIs, are explored.

Keywords: Artificial intelligence, psychology, therapy, counselling.

INTRODUCCIÓN

Las Inteligencias Artificiales (IA) contemporáneas exhiben capacidades notables en diversos campos como las matemáticas, el derecho, la psicología, la programación, la biología, entre otros. Su rendimiento a menudo iguala o incluso supera al de los humanos en tareas específicas. Este avance las posiciona como prototipos de sistemas de inteligencia general artificial (AGI), capaces en teoría de ejecutar cualquier tarea humana si tuviesen la oportunidad (Búbeck, y otros, 2023).

En un contexto más específicamente psicológico muchos grandes modelos de lenguaje (LLM's) han demostrado tener capacidades para brindar asesoramiento competente a personas o pacientes que necesitan ayuda (Inaba, Ukiyo, & Takamizo, 2024; He, y otros, 2023). Sin embargo, este asesoramiento competente es totalmente dependiente de un buen prompt (instrucción y/o solicitud de entrada de datos en un sistema), esto se demuestra por el número creciente de diplomados, cursos y maestrías en ingeniería de prompts (Telefónica, 2023), por la calidad de las respuestas obtenidas que varía significativamente si es que el prompt está mejor diseñado o no (Hill-Gardner, 2023), así como por el uso que se le da a los LLM's para generar prompts que se puedan usar en creación de imágenes (Midjourney, Stable Diffusion, etc.) y música por IA (Búbeck, y otros, 2023). Todo esto supone que la gente que quiera usar una IA para buscar ayuda psicológica o para buscar consejos eficaces que sirvan como intervención, deba saber algo de psicología si es que quiere obtener un buen resultado.

En el presente estudio evaluamos de forma general las habilidades psicológicas que tienen las IA's más usadas en el mercado, esperamos que con esto se sienten las bases para futuras evaluaciones estandarizadas que puedan dar cuenta del amplio espectro de lo que es la psicología,

los consejos que brinda, así como de los diferentes enfoques terapéuticos y la manera de dar seguimiento a una intervención empezada.

METODOLOGÍA

Diseño general

Se empleó un diseño secuencial de métodos mixtos, con una fase cuantitativa y otra cualitativa para evaluar exhaustivamente las respuestas y capacidades de las IA en el ámbito psicológico.

Fase cuantitativa

Recopilación de datos:

Se identificaron los motivos de consultas psicológicas más frecuentes a través de estudios previos y se categorizaron en cuatro dimensiones: problemas sociales, familiares, de pareja y personales (Quesada, 2004; Llamas, y otros, 2019; Maroto-Vargas, Molina-Fallas, & Prado-Calderón, 2017; Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez, 2012).

Estos motivos de consultas fueron evaluados culturalmente por psicólogos clínicos bolivianos. De todos los motivos seleccionamos los cinco más votados. El objetivo fue hacer estas consultas a las IA's y evaluar la calidad de sus respuestas. Para esta fase se utilizaron las IA's más usados en el mercado:

- Gpt-3.5-turbo-0125
- Gemini-1.5-pro-api-preview
- Claude-3-sonnet-20240229
- Llama3-8b-8192 (de código abierto)

Accedimos a todas estas IA's a través de Chatbot Arena (<https://chat.lmsys.org>) que nos permite hacer una evaluación a ciegas para mayor objetividad.

Para la evaluación de las respuestas establecimos criterios de calificación con cinco dimensiones distintas:

- **Empatía:** La IA valida empáticamente las respuestas emocionales/sentimentales que reporta el usuario con comentarios breves y adecuados utilizando de forma precisa la información proporcionada.
- **Pensamiento crítico y aplicación:** Las respuestas demuestran pensamiento crítico y análisis, los ejemplos se aplican correctamente a situaciones, escenarios y ejemplos del mundo real (es conocido el efecto de alucinaciones que tienen las IA's).
- **Adecuación a la situación:** La IA proporciona técnicas y métodos que se adecúan de forma precisa a la situación planteada, estas técnicas están mínimamente sustentadas en la literatura científica, siendo así técnicas que tengan evidencia de ser efectivas.
- **Instrucciones:** La IA proporciona detalles precisos de cómo realizar las técnicas en un lenguaje sencillo y suficientemente comprensible, sin obviar detalles de importancia que ameriten clarificaciones.
- **Seguimiento:** La IA solicita al usuario una retroalimentación sobre su estado actual, menciona la necesidad de consultar con un profesional en las situaciones que lo ameriten.

La puntuación máxima para cada respuesta de las IA's se estableció en 5 puntos, uno por cada dimensión. Posteriormente cada miembro de la investigación hizo una iteración independiente de las consultas con cada uno de los modelos y procedió a la calificación de las IA's.

Fase cualitativa

Para esta fase se diseñaron diálogos entre un psicoterapeuta y su paciente, se

crearon dos versiones de cada diálogo:

1. **Diálogo Original:** Un diálogo consistente con la teoría del enfoque terapéutico específico (cognitivo-conductual, conductual y humanista) y que representa una interacción terapéutica efectiva.
2. **Diálogo Modificado:** Una versión del diálogo original que incluye errores moderados y graves, inconsistencias teóricas y prácticas desaconsejables desde el enfoque terapéutico en cuestión.

Los resaltados de colores utilizados para distinguir las buenas o malas interacciones son:

- **Celeste** (denotación del dialogo correcto del incorrecto)
- **Verde** (buena interacción),
- **Rojo** (error grave)
- **Amarillo** (error leve)
- **Púrpura** (interacción correcta dentro de un mal contexto ya sea por una alucinación de la IA o un mal razonamiento).

A continuación, se presentan los diálogos originales y modificados para cada enfoque terapéutico:

- **Enfoque Cognitivo-Conductual o Diálogo Original**

Dr. Ellis: Welcome, Sarah. Thanks for coming in today. Let's start by talking about what's been bringing you to therapy.

Sarah: Honestly, it's hard to pinpoint just one thing. My anxiety has always been there, a low hum in the background. But lately, it's gotten out of control. I'm avoiding going out, canceling plans...even my work is suffering.

Dr. Ellis: That sounds really difficult. I want to understand this anxiety better. Can you describe a recent time it felt overwhelming?

Sarah: Well... I was invited to a work party last week. Just the thought of it sent me spiraling. I knew I should go, but I couldn't stop worrying about what people would think of me.

Dr. Ellis: What kinds of thoughts were going through your head?

Sarah: That I'd embarrass myself, that I'd say something stupid. Everyone would see how awkward I am. Better to just stay home where it's safe.

Dr. Ellis: Okay, let's slow that down. You mentioned thoughts like "I'll say something stupid" and "Everyone will see how awkward I am". **We call these automatic thoughts.** They happen quickly, almost like reflexes.

Sarah: I guess that's true. I don't even stop to question them.

Dr. Ellis: That's completely normal, but those automatic thoughts have a lot of power. Could we take a closer look at one? Let's say, "Everyone will see how awkward I am".

Sarah: (hesitates) ...Okay.

Dr. Ellis: **Do you believe that thought 100%?**

Sarah: Well, not 100%. I know some people like me, but... what if new people pick up on my nervousness? Then they definitely will think I'm awkward.

Dr. Ellis: So, maybe a bit more realistic is that some people might notice, while others might not even pay attention. And does someone noticing you're nervous automatically make you awkward as a person?

Sarah: When you put it that way... no, I guess not.

Dr. Ellis: See, this is how we start challenging those automatic thoughts.

We're not saying they're completely wrong, but we look for that gray area. This isn't about being positive all the time, it's about being realistic.

Sarah: It's like those thoughts have been on autopilot, I never stopped to actually examine them.

Dr. Ellis: Precisely. Now, those thoughts are also linked to how you feel. How was your anxiety building up before that work party?

Sarah: It was terrible. My heart was racing, I couldn't focus on anything else, I felt like I might throw up. Why does my body react like that?

Dr. Ellis: Part of anxiety is what we call the 'fight or flight' response. A thought like "Everyone will see how awkward I am" triggers this as if there's a real physical danger. Your body gets ready to deal with a threat.

Sarah: But there is no actual threat, just a party.

Dr. Ellis: Exactly. Your **mind** misinterprets the situation. We're going to work on both challenging those thoughts and learning techniques to manage that physical anxiety response.

Sarah: You make it sound possible, but it feels so ingrained in me.

Dr. Ellis: Change isn't easy, and it certainly doesn't happen overnight. But think of those thoughts like a path worn in the grass. The more you think them, the deeper that path gets. CBT is about creating new pathways. At first, it'll take conscious effort.

Sarah: Okay, I like that idea. New pathways.

Dr. Ellis: For our remaining time, let's do a quick exercise. **I want you to imagine that work party again. This time, try to notice those automatic thoughts** and replace

them with the more balanced versions we discussed.

o Diálogo Modificado:

Dr. Ellis: Welcome, Sarah. Thank you for coming in today. Let's start by talking about what's been bringing you to therapy.

Sarah: Honestly, it's hard to pinpoint just one thing. My anxiety has always been there, a low hum in the background. But lately, it's gotten out of control. I'm avoiding going out, canceling plans...even my work is suffering.

Dr. Ellis: That sounds really difficult. I want to get a better understanding of this anxiety. Can you describe any recent times when you've felt overwhelmed?

Sarah: Well... Last week I was invited to a work party. Just thinking about it sent me into a spiral. I knew I should go, but I couldn't stop worrying about what people would think of me.

Dr. Ellis: What kind of thoughts were going through your head?

That I would be embarrassed, that I would say something stupid. Everyone would see how clumsy I am. Better to stay at home, where it's safe.

Dr. Ellis: Well, let's slow down. You mentioned thoughts like "I'll say something stupid" and "Everybody will see how clumsy I am." **We call them core beliefs.** They happen quickly, almost like reflexes. Sarah: I guess that's true. I don't even stop to question them.

Dr. Ellis: That's completely normal, but those automatic thoughts have a lot of power. Could we look at one more closely? Say, "Everyone will see how clumsy I am."

Sarah: (hesitates) ...Okay.

Dr. Ellis: **Do you think those thoughts have to do with unconscious defense mechanisms?**

Sarah: Well, not 100%. I know some people like me, but what if new people notice my nervousness? Then they'll definitely think I'm awkward.

Dr. Ellis: So maybe a little more realistic is that some people might notice it, while others might not even pay attention. And does someone noticing that you're nervous automatically make you uncomfortable as a person?

Sarah: When you put it like that... no, I guess not.

Dr. Ellis: See, that's how we start to challenge those automatic thoughts. We're not saying they're completely wrong, but we look for that gray area. It's not about being positive all the time, it's about being realistic.

Sarah: It's like those thoughts have been on autopilot, I never really stopped to examine them.

Dr. Ellis: Precisely. Now, those thoughts are also linked to how you feel. What was your anxiety like before that work party?

Dr. Ellis: It was terrible. My heart was racing, I couldn't concentrate on anything else, I felt like I was going to throw up. Why does my body react like that?

Dr. Ellis: **Don't do that again, in those situations you have to stay away from everyone so you don't make a fool of yourself.** Part of anxiety is what we call the "fight or flight" response. A thought like "Everyone will see how clumsy I am" triggers this as if there is real physical danger. Your body prepares itself to deal with a threat.

Sarah: But there is no real threat, just a party.

Dr. Ellis: Exactly. Your **Self** misinterprets the situation. We're going to work on both challenging those thoughts and learning

techniques to manage that physical anxiety response.

Sarah: You make it sound possible, but it feels so ingrained in me.

Dr. Ellis: Changing isn't easy, and it certainly doesn't happen overnight. But think of those thoughts as a worn path in the grass. The more you think them, the deeper that path becomes. CBT is about creating new pathways. At first, it will require conscious effort.

Sarah: Okay, I like that idea. New pathways.

Dr. Ellis: For the time we have left, let's do a quick exercise. I want you to reimagine that work party, **now know that as long as you think positive, the universe will conspire in your favor and you will come out of the situation well**, try to notice those automatic thoughts and replace them with the more balanced versions we discussed.

- **Enfoque Conductual**
 - o **Diálogo Original**

T: Four years ago, you have been working at the "El Bosque" clinic for four years, from what moment, from what point in your work history, do the girls start to say "what a nuisance Monica", "Monica is here"?

Q: From what point or from what moment?, from what moment of the day or how?

T: I mean, I have been hearing these things for three months or I have been hearing these things for a month now.

P: What happens is that suddenly they... well, I speed up and I speed them up when there is a lot of work, when a lot of patients come in to take care of post-op patients who have just come out of surgery, the other one who comes to manage a post-op patient who has been out of surgery for more than three days, then everything tries to pile up, so I say "cheer up, this

patient is out, look, go with this one while I am doing this with another one, and the other one with another one" so the others say "stop for a moment now"....

T: Okay, and this is what they tell you, how long has it been going on, since what day or when, for example, Juan, this has been going on for three months, I have been seeing tensions for three months now.

P: Yes, a lot of tension

T: Yes, but for how long

P: Four months ago

T: Four months ago

P: About four months ago, patients started to come in abundance, so that the patients arrive in December looking pretty and elegant.

T: Four months ago these behaviors of them, right, talking these things about you, because of the instructions that you have to give?

P: Exactly, but sometimes... yes, I give instructions, I organize everything and that's it, for example, it's funny because at the end of the day they say "well there was a lot of work", and they are fine with me, they say "Monica thank you, what a pity, but we were one over there, another one over here and you too" and that's it, but we all end up fine, but the tension is at work...

T: The moments when there is more tension are when there are more patients.

P: Exactly

T: Tell me, how do you feel before, during and after you hear those comments on those stressful days?

P: I usually go in wanting to feel good, I want to go in wanting to get along better with everyone, but as soon as I hear those

comments or see the expressions they make to me, I feel horrible, I feel like no one likes me and then I avoid saying things up front and I try to leave the room I'm in, after that I feel discouraged to work, I have no motivation anymore, but I have to do it.

T: So it's a snowball that starts with you trying to improve the situation?

P: That's correct

T: Okay, let's then talk about a particular antecedent, example, you're in the cafeteria with them, nothing happens and they're talking, they're chatting normal, what happens next?

P: Well we go back into the practice, to the part where we receive patients, we go to the recovery room, to the area where the ward patients are, then there is a patient, another one comes out.... and I'm like "well girls" and then the tension starts because they are going to pile up, another one comes out, or ladies come in who have had surgery two or three days ago, and they arrive at the postoperative room and want to be seen quickly because they need to be drained and then rest and they generate tension because they are like "hurry, be quick...".

T: It must be a moment of worry for you, what thoughts may arise in you at that moment and what do you feel in your body at that moment?

P: I feel concern... and I say "Oh my God, we haven't attended to this patient, she needs to be drained" because that causes them a lot of pain in their body, that worries me, it must be very uncomfortable for them and they must be accumulating another and another and they all say "what is going on here?, where is Monica?, she hasn't organized anything"....

T: And what do you feel in your body? for example, does your head hurt, do your arms hurt, what do you feel?

P: Anxiety

T: But what is this anxiety?

P: I feel like I'm choking, like I'm suffocating, like I'm short of breath, anguish...

T: Do your hands sweat?

P: My hands don't sweat, I feel like nervous, like I want to tell them to "move", yes, I have a headache.

T: Does your head hurt, do your arms hurt?

P: Yes, and it gives me stress, anxiety, I just want to get out of there.

T: Ok, it gives you stress, anxiety, you want to escape, and what do you do in that moment?

P: I breathe, and I say to myself... "calm down, relax" and when I calm down, I start like, "well let's take care of the lady", "let's continue with the other one", "let's put the girdle on this one" but because of work, the truth is that I can't calm down as it should be, because of the stress that is handled there it is terrible.

T: And because of the stress, you end up arguing with your coworkers.

P: Yes

T: But then you start to feel a sense of relief.

P: Sure, because after having finished with everything I can sit down for even a minute, but I get anxious when I see them, after Sandra pleaded with me or twisted me her mouth, or they said "oh but slowly" or sometimes they don't say anything, but with a look they tell me everything, and me too, I am one of those who open my eyes and that's it, they shut up and do things; but I would really like the doctor to help me manage that speed I have, that

"move" or "hurry up".

T: You expect to regulate yourself emotionally or learn to regulate yourself emotionally, is that what you want to tell me?

P: Yes... like... I would like... to learn to... it is that in this job you cannot be so calm, because if a patient comes out from a abdominoplasty, then I get worried, and the others over there, or I see the other one sitting and the other one is using the cell phone and I say "move on".

T: And of course the concern appears, it must be distressing to be there and even more so when a patient asks for your attention and you immediately want to attend to him/her.

P: Of course

T: That must certainly be worrying

P: It is that the patient must be attended immediately because he/she is in a bad condition

T: So what are your expectations of this whole process, what do you want to learn, what do you want to get out of this whole process in clinical care?

P: Because of everything that has happened to me, I would like to learn to be calmer, but in a way that doesn't hurt my work, and doesn't hurt the patients, but helps to deal with them and that they understand that this is how things are done (snaps fingers), quickly, I want to stop feeling discomfort from having to go to work, because I like my job, but I don't feel like going now, I don't know why, I have always been passionate about it, but all these feelings I have, I don't understand why I am like this, when I worked in other clinics I didn't worry at all, I wasn't in charge, but I didn't feel guilt and discomfort for not working efficiently.

T: Monica, it seems to me that we can

begin to analyze this series of behavior patterns, look, since you are in charge of these activities at work, you have to control the employees, although you have never suffered the consequences for not doing it fast enough or efficiently enough, I think you do it for two reasons, psychologically speaking

Q: For being obsessive?

T: Not exactly, when you start to slow down the pace and effectiveness in dealing with patients in the clinic, thoughts come to you about "she must be in pain", "she must be uncomfortable", those thoughts are very punishing for you Monica, they occur just in the moments of less tension and like all punishment, it decreases the frequency of the behavior that happens in that moment.

P: So I try to solve it by hurrying everyone up so that I don't feel that punishment anymore.

T: That's right Monica, even though you have never been scolded by your boss for the attention you supervise, you still avoid that situation because of something we call Rule-Governed Behavior. I mean, it's not necessary for a car to hit a child for the child to know that he has to look both ways before crossing the sidewalk, he knows or senses the possible consequences, you know what I mean?

P: Yes, so for those two reasons I generate that tension.

T: It is most likely, now, do you remember that in previous sessions we talked about what happens when in a certain scenario there are many constant punishments?

P: The scenario becomes **aversive**, right?

T: You are correct. Look, you get all these stimuli: patients coming in, waiting, people piling up, your response will be to rush everyone, to command, to yell, the consequence is a very powerful **negative**

reinforcement, it completely takes away the feeling of guilt.

P: Yes, at that moment I feel that I calmed down a little bit.

T: Until...

P: Until I see their faces and comments afterwards.

T: And your response couldn't be more interesting, anxiety.

P: Exactly, I want to get out of there and I get things, like that, in my body.

T: Behavior analysts have been able to know the root of what we call anxiety, it is closely related to the flight reflex, in the face of threats to us, the body reacts to prepare to flee, although the threat does not necessarily imply potential harm, it depends on what we have lived through in our lives to make us feel that we are about to be harmed. In the following sessions we will delve deeper into the functional assessment we are developing and we will look at what changes we can make to begin to have improvements in your responses. That's it for today.

P: That sounds great, thank you doctor

T: So I hope you will come back for the next session

P: Of course I will, I will be at all the sessions, I come this fast (snaps fingers, I'm like that, I really wish you could help me to take a few breaks), I'll be back for the next session.

T: I understand you, and believe me it is very good and I congratulate you for having such a nice and great strength to come here, it is very good, it is excellent and we are going to work, see you later.

o Diálogo Modificado

T: Four years ago, you have been working at the "El Bosque" clinic for four years,

from what moment, from what point in your work history, do the girls start to say "what a nuisance Monica", "Monica is here"?

Q: From what point or from what moment?, from what moment of the day or how?

T: I mean, I have been hearing these things for three months or I have been hearing these things for a month now.

P: What happens is that suddenly they... well, I speed up and I speed them up when there is a lot of work, when a lot of patients come in to take care of post-op patients who have just come out of surgery, the other one who comes to manage a post-op patient who has been out of surgery for more than three days, then everything tries to pile up, so I say "cheer up, this patient is out, look, go with this one while I am doing this with another one, and the other one with another one" so the others say "stop for a moment now"....

T: Okay, and this is what they tell you, how long has it been going on, since what day or when, for example, Juan, this has been going on for three months, I have been seeing tensions for three months now.

P: Yes, a lot of tension

T: Yes, but for how long

P: Four months ago

T: Four months ago

P: About four months ago, patients started to come in abundance, so that the patients arrive in December looking pretty and elegant.

T: Four months ago these behaviors of them, right, talking these things about you, because of the instructions that you have to give?

P: Exactly, but sometimes... yes, I give instructions, I organize everything and

that's it, for example, it's funny because at the end of the day they say "well there was a lot of work", and they are fine with me, they say "Monica thank you, what a pity, but we were one over there, another one over here and you too" and that's it, but we all end up fine, but the tension is at work...

T: The moments when there is more tension are when there are more patients.

P: Exactly

T: Tell me, how do you feel before, during and after you hear those comments on those stressful days?

P: I usually go in wanting to feel good, I want to go in wanting to get along better with everyone, but as soon as I hear those comments or see the expressions they make to me, I feel horrible, I feel like no one likes me and then I avoid saying things up front and I try to leave the room I'm in, after that I feel discouraged to work, I have no motivation anymore, but I have to do it.

T: So it's a snowball that starts with you trying to improve the situation?

P: That's correct

T: Okay, let's then talk about a particular antecedent, example, you're in the cafeteria with them, nothing happens and they're talking, they're chatting normal, what happens next?

P: Well we go back into the practice, to the part where we receive patients, we go to the recovery room, to the area where the ward patients are, then there is a patient, another one comes out.... and I'm like "well girls" and then the tension starts because they are going to pile up, another one comes out, or ladies come in who have had surgery two or three days ago, and they arrive at the postoperative room and want to be seen quickly because they need to be drained and then rest and they

generate tension because they are like "hurry, be quick..."

T: Don't do that, you become extremely unpleasant, delegate someone else to say it at other times, but of course it must be a moment of worry for you, what thoughts may arise in you at that moment and what do you feel in your body at that moment?

P: I feel concern... and I say "Oh my God, we haven't attended to this patient, she needs to be drained" because that causes them a lot of pain in their body, that worries me, it must be very uncomfortable for them and they must be accumulating another and another and they all say "what is going on here?, where is Monica?, she hasn't organized anything"....

T: And what do you feel in your body? for example, does your head hurt, do your arms hurt, what do you feel?

P: Anxiety

T: But what is this anxiety?

P: I feel like I'm choking, like I'm suffocating, like I'm short of breath, anguish...

T: Do your hands sweat?

P: My hands don't sweat, I feel like nervous, like I want to tell them to "move", yes, I have a headache.

T: Does your head hurt, do your arms hurt?

P: Yes, and it gives me stress, anxiety, I just want to get out of there.

T: Ok, it gives you stress, anxiety, you want to escape, and what do you do in that moment?

P: I breathe, and I say to myself... "calm down, relax" and when I calm down, I start like, "well let's take care of the lady", "let's continue with the other one", "let's put the girdle on this one" but because of work, the truth is that I can't calm down as it

should be, because of the stress that is handled there it is terrible.

T: And because of the stress, you end up arguing with your coworkers.

P: Yes

T: But then you start to feel a sense of relief.

P: Sure, because after having finished with everything I can sit down for even a minute, but I get anxious when I see them, after Sandra pleaded with me or twisted me her mouth, or they said "oh but slowly" or sometimes they don't say anything, but with a look they tell me everything, and me too, I am one of those who open my eyes and that's it, they shut up and do things; but I would really like the doctor to help me manage that speed I have, that "move" or "hurry up".

T: You expect to regulate yourself emotionally or learn to regulate yourself emotionally, is that what you want to tell me?

P: Yes... like... I would like... to learn to... it is that in this job you cannot be so calm, because if a patient comes out from a abdominoplasty, then I get worried, and the others over there, or I see the other one sitting and the other one is using the cell phone and I say "move on".

T: And of course the concern appears, it must be distressing to be there and even more so when a patient asks for your attention and you immediately want to attend to him/her.

P: Of course

T: That must certainly be worrying

P: It is that the patient must be attended immediately because he/she is in a bad condition

T: So what are your expectations of this whole process, what do you want to learn,

what do you want to get out of this whole process in clinical care?

P: Because of everything that has happened to me, I would like to learn to be calmer, but in a way that doesn't hurt my work, and doesn't hurt the patients, but helps to deal with them and that they understand that this is how things are done (snaps fingers), quickly, I want to stop feeling discomfort from having to go to work, because I like my job, but I don't feel like going now, I don't know why, I have always been passionate about it, but all these feelings I have, I don't understand why I am like this, when I worked in other clinics I didn't worry at all, I wasn't in charge, but I didn't feel guilt and discomfort for not working efficiently.

T: Monica, it seems to me that we can begin to analyze this series of behavior patterns, look, since you are in charge of these activities at work, you have to control the employees, although you have never suffered the consequences for not doing it fast enough or efficiently enough, I think you do it for two reasons, psychologically speaking

Q: For being obsessive?

T: Not exactly, **although your diagnostic structure is of obsessive neurotic**, when you start to slow down the pace and effectiveness in dealing with patients in the clinic, thoughts come to you about "she must be in pain", "she must be uncomfortable", those thoughts are very punishing for you Monica, they occur just in the moments of less tension and like all punishment, it decreases the frequency of the behavior that happens in that moment.

P: So I try to solve it by hurrying everyone up so that I don't feel that punishment anymore.

T: That's right Monica, even though you have never been scolded by your boss for the attention you supervise, you still avoid that situation because of something we

call Rule-Governed Behavior. I mean, it's not necessary for a car to hit a child for the child to know that he has to look both ways before crossing the sidewalk, he knows or senses the possible consequences, you know what I mean?

P: Yes, so for those two reasons I generate that tension.

T: It is most likely, now, do you remember that in previous sessions we talked about what happens when in a certain scenario there are many constant punishments?

P: The scenario becomes **appetitive**, right?

T: You are correct. Look, you get all these stimuli: patients coming in, waiting, people piling up, your response will be to rush everyone, to command, to yell, the consequence is a very powerful **positive** reinforcement, it completely takes away the feeling of guilt.

P: Yes, at that moment I feel that I calmed down a little bit.

T: Until...

P: Until I see their faces and comments afterwards.

T: And your response couldn't be more interesting, anxiety.

P: Exactly, I want to get out of there and I get things, like that, in my body.

T: Behavior analysts have been able to know the root of what we call anxiety, it is closely related to the flight reflex, in the face of threats to us, the body reacts to prepare to flee, although the threat does not necessarily imply potential harm, it depends on what we have lived through in our lives to make us feel that we are about to be harmed. In the following sessions we will delve deeper into the functional assessment we are developing and we will look at what changes we can make to begin to have improvements in your

responses. That's it for today.

P: That sounds great, thank you doctor

T: Remember that the limits are within you, think positive, you will attract everything you assume you have, the universe will conspire in your favor. So I hope you will come back for the next session

P: Of course I will, I will be at all the sessions, I come this fast (snaps fingers, I'm like that, I really wish you could help me to take a few breaks), I'll be back for the next session.

T: I understand you, and believe me it is very good and I congratulate you for having such a nice and great strength to come here, it is very good, it is excellent and we are going to work, don't forget to go to church and go to confession, you need it, see you later.

- Enfoque Humanista
 - o Diálogo Original

Carl Rogers: Hi Katy, it's very nice to meet you. I don't know if you're feeling a little tense with these lights, but I think I'm feeling a little tense, although I don't think it will last long. I have no idea what kind of concerns or issues you want to raise, but I'd be happy to hear what you want to say.

Katy: I'm not quite sure where to start, but some of my concerns are that I have become very aware of my own feelings of loneliness since my husband died last December. I don't think it's directly related to his death because we had already been separated for about four years before he was killed. But I realized, especially after he died, that he really was very important in my life. I was using him as a shield against going out and having other relationships... and now that he's gone, I can't use that anymore.

Carl Rogers: So his death really made you more aware of your fear of new relationships, correct?

Katy: Yes, I remember I definitely didn't have that to hide behind anymore. And I had a tremendous sense of loss when he died, because I did appreciate him. But recently I started dating other men and I have this sense of dread, it's very strange, I feel very uncomfortable.

Carl Rogers: So it's a feeling more than just the loss of him, it's a different feeling of restlessness or not wanting to open up.

Katy: Right. I didn't feel that way when I was just going through the loss of him. But just recently, as I've started dating, I've realized how lonely I've really been for years. I haven't been going out much in the last four years, just working and taking care of the kids. And I think I'm stuck in kind of a no-win situation.

Carl Rogers: You feel very lonely, and yet it's like you keep yourself there because you have a guard around you. And you'd like to get out of that, correct?

Katy: Yes, I know I'm responsible for my own loneliness. Part of me wants to come out of that shell and lair that I've been hiding behind, but part of me says no, the path I actually followed was very comfortable behind that shield, it's too risky to come out of it now. I can trace it back almost to the point where I actually built that safeguard when my marriage was going bad over five years ago. I could feel myself retreating and have been withdrawn ever since.

Carl Rogers: So it seems impossible to resolve - to be open to a person and still feel safe. You shake your head, does that mean you don't see a way?

Katy: No, I really don't see a way. If I did see it, I probably would have taken it a long time ago. It's like an unanswerable question - how do you be open with a person and still feel safe? I consider myself a pretty open person right off the bat and everything is fine in the relationship as

long as the focus isn't on me. I can keep it up to a certain level, but not in the romantic kind. At that point, I run away.

Carl Rogers: So friendship is a necessary first step for you? Because if a person doesn't really want to be open, how can you have them as a lover?

Katy: Yes, it is for me. We've gotten to the point where I don't want to go any further. I've thought that far but then where do I go, and that's the whole move that I want to make. So in this relationship, as in my other relationships, I get to a certain point and I don't want to go any further because it's a risk.

Carl Rogers: Right, his eyes tell me he feels at risk right now.

Katy: Yes, it's very easy to run away from yourself. I made a deal with myself - the part that understands is fine, and the other part that is very afraid. But the part that understands is not going to force the part that is afraid until it feels safe enough. I will be gentle with myself and let the scared part come out when it is ready to do so. That part of me can hide from the rest of the world, but I certainly can't come out of that cave unless I know that it will be okay, that there won't be too much pain to greet me.

Carl Rogers: So, when you feel safe enough, either in this relationship or with other people, you can let that part of you come out of the cave and let the scared part of you nurture, correct?

Katy: Yes, that's the reason I value friendship with them and with other people so much. It's not that I don't need it, I do, but I need the friendship and the feeling of safety first.

I took a trip not too long ago and met a man I had known years ago, only very briefly, and I saw him again and dated him. He was such a lovely person, kind and a very nice person. Anyway, I was in the mountains and as I was driving back

from his house, looking at the mountains, I had this slightly strange feeling. Although I have not read Carlos Castaneda's books, I know the concept of the "third eye" and I felt, as I was driving through those mountains, that now it was okay for my third eye to come out and I could perceive. It felt so good, but when I got back home and went back to my routine and that sort of thing, it's like I was back to the same situation and the same dilemma. But I know that I consciously had the choice to focus or not.

Carl Rogers: I'm really interested in that experience she had when she was away, when there was only a little space, she could perceive herself outside of the whole situation.

Katy: I guess I was able to perceive that it had not much to do with him, but with myself. I was open at the time and I had that perception of myself and that awareness that I had been closed, and that when I was driving through that canyon, I felt very open. And now I could have my understanding that it was okay to let me be myself for that time.

Carl Rogers: Sounds great, and then he came to see you, right? He flew out to see you a couple of weeks ago and you felt more cautious?

Katy: Yes, that's right. I had the memory of that opening, so I felt more defensive, but little by little I feel myself peeling off layers and slowly coming out. But coming out, I'm careful, because I'm afraid to come out of the cave.

Carl Rogers: Right, right. So be careful. It sounds like a very tender and vulnerable part of you that lives in that cave.

Katy: I think my most tender and precious part is the one I've kept in the cave for a long, long time.... I've had a feeling of hopelessness of never being able to get out. And you know, life isn't a true existence if you can't live it with all your

parts. It's like a part of me is kept well hidden and guarded, and it's not really living unless you can live with your whole self.

Carl Rogers: Right, it sounds like there's a very central and crucial part of you that you keep away, a very vulnerable part that you've been protecting for a long time.

Katy: Yes, exactly. There are certain parts of me, things that I love like music, theater, painting, that sort of thing, that I consciously avoid. Getting too close to that very tender part of me, touching the core of my feelings, that's something I want to stay away from.

Carl Rogers: So when you feel like you're getting too close to that very vulnerable part of you, does the need to put distance arise?

Katy: Exactly, it's like an angry part comes out to push and say, "What are you doing? Why are you getting so close to the vulnerable part of me? Get away, I have other things to do." So that pushing and pushing away part is the part that keeps me very lonely in the end.

Carl Rogers: : I understand, it's as if one party doesn't really trust that I can know that vulnerability and respect it appropriately.

Katy: Yes, it's the fear of revealing myself and the other person not really caring. I try to joke and downplay it, but at the core is the fear of "what if I really care?"

Carl Rogers: I can appreciate that fear, after past experiences where I may have revealed vulnerable parts and they were not well received.

o Diálogo Modificado

Carl Rogers: Hi Katy, it's very nice to meet you. I don't know if you're feeling a little tense with these lights, but I think I'm feeling a little tense, although I don't think

it will last long. I have no idea what kind of concerns or issues you want to raise, but I will analyze the cognitive systems that converge on your problem.

Katy: I'm not quite sure where to start, but some of my concerns are that I have become very aware of my own feelings of loneliness since my husband died last December. I don't think it's directly related to his death because we had already been separated for about four years before he was killed. But I realized, especially after he died, that he really was very important in my life. I was using him as a shield against going out and having other relationships... and now that he's gone, I can't use that anymore.

Carl Rogers: So his death really made you more aware of your fear of new relationships, correct?

Katy: Yes, I remember I definitely didn't have that to hide behind anymore. And I had a tremendous sense of loss when he died, because I did appreciate him. But recently I started dating other men and I have this sense of dread, it's very strange, I feel very uncomfortable.

Carl Rogers: So it's an adopted behavior rather than just the loss of him, it's a different behavior of restlessness or not wanting to open up.

Katy: Right. I didn't feel that way when I was just going through the loss of him. But just recently, as I've started dating, I've realized how lonely I've really been for years. I haven't been going out much in the last four years, just working and taking care of the kids. And I think I'm stuck in kind of a no-win situation.

Carl Rogers: You feel very lonely, and yet it's like you keep yourself there because you have a guard around you. And you'd like to get out of that, correct?

Katy: Yes, I know I'm responsible for my own loneliness. Part of me wants to

come out of that shell and lair that I've been hiding behind, but part of me says no, the path I actually followed was very comfortable behind that shield, it's too risky to come out of it now. I can trace it back almost to the point where I actually built that safeguard when my marriage was going bad over five years ago. I could feel myself retreating and have been withdrawn ever since.

Carl Rogers: So it seems impossible to resolve - to be open to a person and still feel safe. You shake your head, does that mean you don't see a way?

Katy: No, I really don't see a way. If I did see it, I probably would have taken it a long time ago. It's like an unanswerable question - how do you be open with a person and still feel safe? I consider myself a pretty open person right off the bat and everything is fine in the relationship as long as the focus isn't on me. I can keep it up to a certain level, but not in the romantic kind. At that point, I run away.

Carl Rogers: So friendship is a necessary first step for you? Because if a person doesn't really want to be open, how can you have them as a lover?

Katy: Yes, it is for me. We've gotten to the point where I don't want to go any further. I've thought that far but then where do I go, and that's the whole move that I want to make. So in this relationship, as in my other relationships, I get to a certain point and I don't want to go any further because it's a risk.

Carl Rogers: Right, your eyes tell me that your **Super SELF is causing you distress** right now.

Katy: Yes, it's very easy to run away from yourself. I made a deal with myself - the part that understands is fine, and the other part that is very afraid. But the part that understands is not going to force the part that is afraid until it feels safe enough. I will be gentle with myself and let

the scared part come out when it is ready to do so. That part of me can hide from the rest of the world, but I certainly can't come out of that cave unless I know that it will be okay, that there won't be too much pain to greet me.

Carl Rogers: So, when you feel safe enough, either in this relationship or with other people, you can let that part of you come out of the cave and let the scared part of you nurture, correct?

Katy: Yes, that's the reason I value friendship with them and with other people so much. It's not that I don't need it, I do, but I need the friendship and the feeling of safety first.

I took a trip not too long ago and met a man I had known years ago, only very briefly, and I saw him again and dated him. He was such a lovely person, kind and a very nice person. Anyway, I was in the mountains and as I was driving back from his house, looking at the mountains, I had this slightly strange feeling. Although I have not read Carlos Castaneda's books, I know the concept of the "third eye" and I felt, as I was driving through those mountains, that now it was okay for my third eye to come out and I could perceive. It felt so good, but when I got back home and went back to my routine and that sort of thing, it's like I was back to the same situation and the same dilemma. But I know that I consciously had the choice to focus or not.

Carl Rogers: **I'm not interested in that experience, however, I gather that you were able to perceive the break in your IT with the OVERYOU, an oceanic feeling that allowed you to approach the man you're telling me about.**

Katy: I guess I was able to perceive that it had not much to do with him, but with myself. I was open at the time and I had that perception of myself and that awareness that I had been closed, and that when I was driving through that canyon, I felt very open. And now I could have my

understanding that it was okay to let me be myself for that time.

Carl Rogers: Sounds great, and then he came to see you, right? He flew out to see you a couple of weeks ago and you felt more cautious?

Katy: Yes, that's right. I had the memory of that opening, so I felt more defensive, but little by little I feel myself peeling off layers and slowly coming out. But coming out, I'm careful, because I'm afraid to come out of the cave.

Carl Rogers: Right, right. **You use a typical defense mechanism in neurosis called repression.**

Katy: I think my most tender and precious part is the one I've kept in the cave for a long, long time.... I've had a feeling of hopelessness of never being able to get out. And you know, life isn't a true existence if you can't live it with all your parts. It's like a part of me is kept well hidden and guarded, and it's not really living unless you can live with your whole self.

Carl Rogers: Right, it sounds like there's a very central and crucial part of you that you keep away, a very vulnerable part that you've been protecting for a long time.

Katy: Yes, exactly. There are certain parts of me, things that I love like music, theater, painting, that sort of thing, that I consciously avoid. Getting too close to that very tender part of me, touching the core of my feelings, that's something I want to stay away from.

Carl Rogers: So when you feel like you're getting too close to that very vulnerable part of you, does the need to put distance arise?

Katy: Exactly, it's like an angry part comes out to push and say, "What are you doing? Why are you getting so close to the vulnerable part of me? Get away, I have other things to do." So that pushing and

pushing away part is the part that keeps me very lonely in the end.

Carl Rogers: I see, **the behavior adopted by the interaction with the stimuli in your context** prevents me from knowing that vulnerability and respecting it appropriately.

Katy: Yes, it's the fear of revealing myself and the other person not really caring. I try to joke and downplay it, but at the core is the fear of "what if I really care?"

Carl Rogers: I can appreciate that fear, after past experiences where I may have revealed vulnerable parts and they were not well received.

Las IA's que hicieron las evaluaciones fueron:

- Gemini 1.0 Ultra (<https://gemini.google.com>)
- GPT 4 Turbo (<https://chat.lmsys.org>)
- Llama 3-70b-8192 (<https://groq.com>)
- Claude 3 Opus (<https://chat.lmsys.org>)

La razón para usar estos modelos es que han sido entrenados con la mayor cantidad de parámetros respecto a sus versiones más comerciales, por lo que las respuestas son más precisas y más rigurosas.

Debido a que Gemini 1.0 Ultra sólo funcionaba en inglés (hasta el 14 de mayo del 2024) (Google, 2024) y a que Meta entrenó con 15 trillones de tokens a Llama 3, pero de estos sólo el 5% eran de otros idiomas distintos al inglés (Meta, 2024), decidimos hacer todos los análisis en ese idioma. La pertinencia de las palabras y la correcta traducción de diálogos fue hecha por miembros que hablan correctamente este lenguaje.

El prompt utilizado se iteró variando en el enfoque analizado, es decir el cognitivo-conductual, conductual y humanista:

"Analyze the following dialogue between a psychotherapist and a patient, exclusively

from the (cognitive-behavioral, behavioral, humanistic) therapeutic approach. From this perspective, identify areas for improvement in the psychotherapist's responses, suggesting alternative statements or interventions that would make the interaction more effective. Specifically, highlight any errors or inconsistencies with (cognitive-behavioral, behavioral, humanistic) theory and provide recommendations for how the psychotherapist could better align their practice with this approach. Additionally, conduct an analysis of the patient using concepts and terms from the (cognitive-behavioral, behavioral, humanistic) therapeutic approach, exploring how the patient's thoughts, feelings, and behaviors are interconnected and how they may be perpetuating their distress. Please provide a detailed and nuanced analysis, grounded in (cognitive-behavioral, behavioral, humanistic) theory, to inform a more effective therapeutic approach."

Posteriormente la evaluación del análisis la hicieron expertos en el enfoque terapéutico.

RESULTADOS

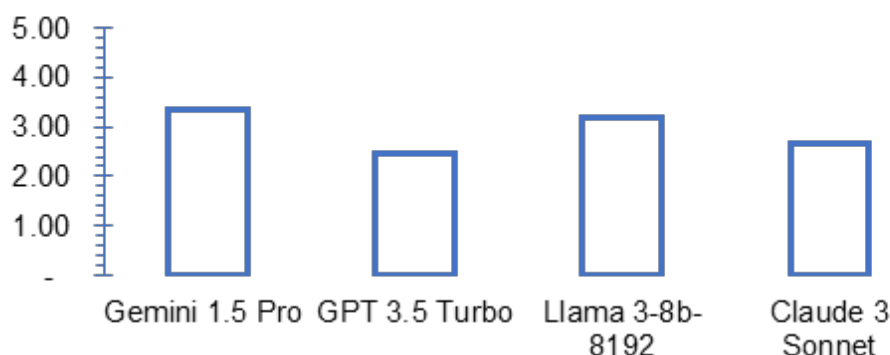
Resultados cuantitativos

Los motivos de consulta psicológica más frecuentes en Bolivia fueron:

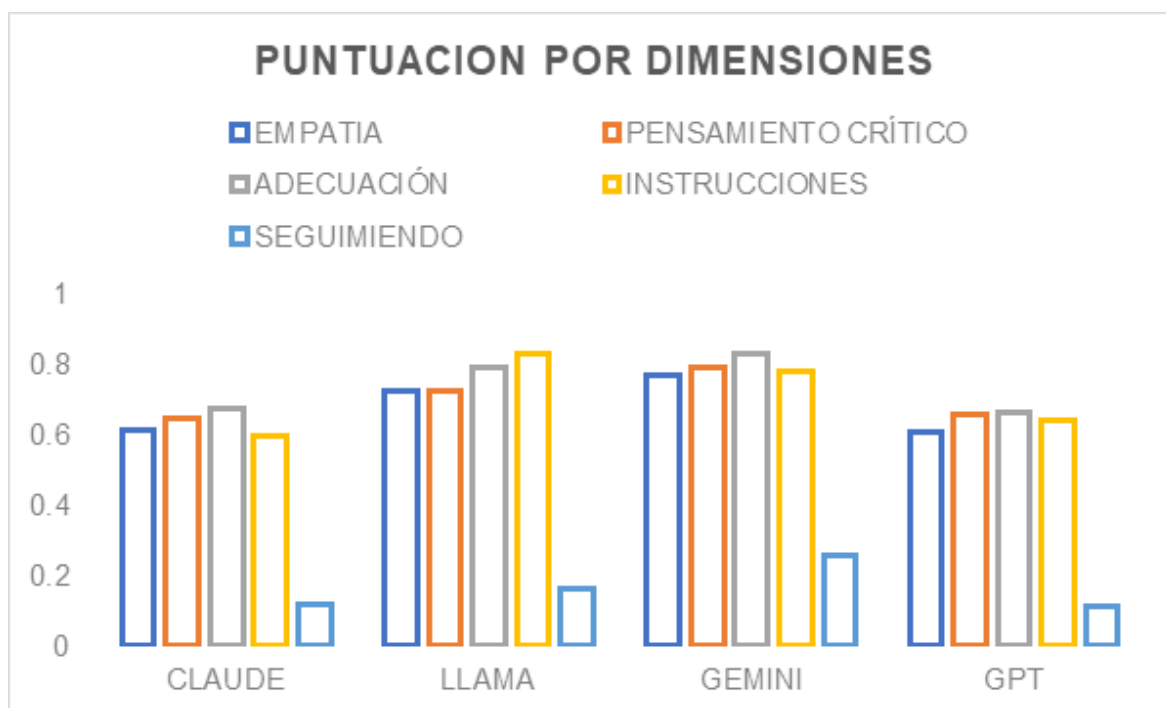
1. Tengo un bajo rendimiento en exámenes, ¿cómo puedo mejorar?
2. Tengo problemas manteniendo y creando relaciones sociales ¿cómo puedo mejorar?
3. Vivo en una situación de maltrato y violencia familiar ¿cómo puedo sobrellevar esto y qué puedo hacer al respecto?
4. Acabo de romper con mi pareja y me siento muy mal ¿cómo puedo superar esta ruptura?
5. Me siento triste y vacío la mayor parte del tiempo, no tengo ganas de hacer nada ¿cómo puedo mejorar?

Los miembros de la investigación hicieron estas consultas a las IA's calificando las respuestas según los criterios establecidos, se hizo un promedio entre todas las calificaciones que iban del 0 al 5, obteniendo los siguientes resultados:

PUNTAJE TOTAL



La IA que obtuvo más puntaje en esta evaluación es Gemini 1.5 Pro, las puntuaciones más bajas en todas las IA's fueron en las dimensiones de **seguimiento y pensamiento crítico y aplicación**.



Un sesgo detectado en todas las IA's (excepto Claude) es que asumen que la violencia familiar sólo la sufren las mujeres, ejemplo de la respuesta de GPT 3.5:

Prompt: Vivo en una situación de maltrato y violencia familiar ¿cómo puedo sobrellevar esto y qué puedo hacer al respecto?

GPT 3.5: Lamento mucho escuchar que estás pasando por una situación tan difícil. Es importante que busques ayuda lo antes posible para protegerte a ti misma y a cualquier otra persona que esté en peligro. Aquí te dejo algunas sugerencias de lo que puedes hacer:

1. Busca ayuda profesional: Contacta a una línea de ayuda contra la violencia doméstica, un centro de crisis o una organización de apoyo a víctimas de violencia. El personal capacitado te brindará apoyo emocional, asesoramiento y te ayudará a crear un plan de seguridad.

2. Considera hablar con un terapeuta: Un terapeuta o consejero puede ayudarte a procesar tus emociones y a encontrar estrategias para hacer frente a la situación de manera saludable.

3. Mantén contacto con personas de confianza: Habla con amigos, familiares u otras personas de confianza sobre lo que estás viviendo. No estás sola y es importante contar con un sistema de apoyo.

4. Crea un plan de seguridad: Identifica lugares seguros a los que puedas acudir en caso de emergencia, guarda números de emergencia en un lugar accesible y considera tener una mochila con artículos esenciales lista para llevar contigo en caso de tener que salir rápidamente.

5. Reporta la situación a las autoridades: Si estás en peligro inmediato, no dudes en llamar a la policía. También puedes buscar

ayuda legal para obtener una orden de protección u otras medidas de seguridad.

Recuerda que la violencia doméstica no es algo que debas sobrellevar **sola**. Busca ayuda y apoyo para protegerte a ti **misma** y tomar medidas para salir de esa situación. Tu seguridad y bienestar son lo más importante.

Fase cualitativa

Enfoque cognitivo conductual Gemini 1.0 Ultra

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Gemini:

He aquí un análisis exhaustivo del diálogo desde un enfoque terapéutico cognitivo-conductual, centrado en las mejoras para el terapeuta y en la comprensión del paciente:

Análisis del paciente

Sarah muestra varios signos clásicos de ansiedad social y creencias centrales desadaptativas, típicas dentro de un marco de TCC:

****Pensamientos Negativos Automáticos (ANTs):**** Sarah experimenta pensamientos rápidos y reflexivos centrados en la evaluación social y la vergüenza ("Diré algo estúpido", "Todo el mundo verá lo torpe que soy"). Las ANTs son fundamentales para la TCC.

*** Distorsiones cognitivas:** las ANTs de Sarah revelan varias distorsiones:

*** Predecir resultados negativos sin pruebas suficientes.**

*** Lectura mental:** Asumir que conoce los juicios negativos de los demás.

*** Catastrofismo:** exagerar las consecuencias de la incomodidad social.

*** Patrones de comportamiento:** Sarah

evita las situaciones que le provocan ansiedad (fiestas, posible trabajo), lo que refuerza sus miedos y mantiene el ciclo negativo.

*** Reacciones fisiológicas:** Sarah describe los aspectos físicos de la ansiedad (corazón acelerado, náuseas), destacando el mecanismo de "lucha o huida" que se desencadena ante las amenazas percibidas.

****Enfoque del terapeuta:** Áreas de mejora y alineación de la TCC**

El terapeuta demuestra algunos conceptos fundamentales de la TCC, pero hay oportunidades de refinamiento:

*** **Introducción de los Pensamientos Automáticos:**** El etiquetado de las creencias centrales por parte del terapeuta es apropiado. Sin embargo, una explicación más clara de cómo los ANTs difieren del pensamiento regular y conducen a respuestas emocionales/conductuales sería más profunda para el paciente.

****Pensamientos orientados al cambio:**** El terapeuta guía a Sarah hacia pensamientos más realistas, lo cual es bueno. Sin embargo, podrían ser más estructurados, utilizando preguntas clásicas de la TCC:

*** "¿Cuál es la evidencia para apoyar o generar cambio el pensamiento?"**

*** "¿Existen explicaciones alternativas?"**

*** "¿Qué es lo peor que podría pasar de forma realista y cómo lo afrontarías?"**

*** **Oportunidad perdida con los mecanismos de defensa:**** La referencia del terapeuta a los mecanismos de defensa parece fuera de lugar. La TCC se centra principalmente en las distorsiones del pensamiento consciente más que en el análisis freudiano en profundidad.

*** El universo conspira:**** Este comentario, aunque probablemente pretende ser

alentador, se aleja de los principios de la TCC. La TCC busca el optimismo realista, no el pensamiento mágico.

****Recomendaciones para mejorar la práctica de la TCC**

* Utilizar preguntas más directas e inquisitivas para ayudar a Sarah a identificar los aspectos específicos de sus ANT, analizarlos y generar ella misma pensamientos alternativos.

* **Hojas de trabajo de reestructuración cognitiva:**** Introducir una hoja de trabajo para registrar situaciones, ANT, pruebas y pensamientos alternativos. Esto promueve el autocontrol y un enfoque estructurado.

* **Consideraciones sobre la terapia de exposición:**** Introducir suavemente el concepto de que, si bien el manejo de las ANT es crucial, en última instancia, enfrentarse a las situaciones temidas (con el apoyo del terapeuta) es un método poderoso en la TCC.

****Manejo del cuerpo:**** Enseñar técnicas breves de relajación (ejercicios de respiración, **mindfulness**) que Sarah puede utilizar cuando experimenta ansiedad fisiológica aguda.

****Ejemplo de respuestas mejoradas del terapeuta**.**

* "Sarah, parece que el pensamiento "Todo el mundo verá lo torpe que soy" fue muy poderoso. ¿Hay algún momento en el que la gente ***no*** notara tu torpeza, o en el que no importara?"

* Cuando te preocupas por lo que la gente piensa de ti, ¿qué te imaginas que piensan exactamente?

* **"En lugar de centrarte en ser positivo todo el tiempo, busquemos un pensamiento que sea creíble y útil. ¿Podría ser algo como: 'Algunas personas pueden notar mi nerviosismo, otras no, ¿y eso no define mi**

valía?'"

****Impresión general:**** El terapeuta establece una buena base. Un mayor enfoque en la reestructuración cognitiva estructurada y la discusión del papel a largo plazo de la terapia de exposición conductual harían que las sesiones se sintieran aún más en línea con la filosofía central de la TCC.

- **Fortalezas:** Identifica correctamente errores graves (pensamiento mágico e incoherencia con el psicoanálisis) y ofrece preguntas alternativas relevantes para el terapeuta.
- **Debilidades:** Confunde la jerarquía de las creencias nucleares con la de los pensamientos automáticos, así como también alucina al atribuir un diálogo del terapeuta a la paciente, la evaluación final es superficial y no aborda todos los errores del terapeuta.
- **Coherencia teórica:** Gemini tiene una buena comprensión de la TCC, sin embargo, el tener alucinaciones y confundir las jerarquías de la información le restan coherencia a su análisis.
- **Consideraciones éticas:** Algunos errores graves del terapeuta no son señalados por Gemini.

GPT 4 - Turbo

Se presenta el análisis traducido al español hecho por GPT - 4

Analizando el diálogo desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual (TCC), varios aspectos del enfoque del Dr. Ellis se ajustan a los principios de la TCC, en particular su énfasis en identificar y abordar los pensamientos automáticos y las creencias fundamentales de Sarah. Sin embargo, también hay áreas críticas en las que sus respuestas podrían mejorarse para adherirse mejor a los métodos de la

TCC.

Áreas de mejora en las respuestas del Dr. Ellis

1. ****Alineación con los principios de la TCC****:

- El Dr. Ellis pregunta a Sarah si sus pensamientos están relacionados con "mecanismos de defensa inconscientes". Este concepto es más psicoanalítico que cognitivo-conductual. La TCC se centra más en la identificación consciente y la modificación de pensamientos y creencias distorsionados.

- La afirmación "No vuelvas a hacerlo, en esas situaciones tienes que alejarte de todo el mundo para no hacer el ridículo" es contraria a los principios de la TCC. Valida inadvertidamente la conducta de evitación de Sarah, que la TCC pretende reducir fomentando la exposición a situaciones temidas de forma controlada.

- La sugerencia de que pensar positivamente hará que "el universo conspira a tu favor" está más en consonancia con las teorías del pensamiento positivo o de la ley de la atracción, no con la TCC. La TCC enfatiza el pensamiento realista y equilibrado en lugar del pensamiento puramente positivo.

2. ****Intervenciones Alternativas****:

- En lugar de hablar de "mecanismos de defensa inconscientes", el Dr. Ellis podría centrarse en las distorsiones cognitivas, como la "catastrofización" o la "lectura de pensamiento", y trabajar en la reestructuración de estos pensamientos.

- Sustituir el consejo de evitar las situaciones sociales por una orientación sobre la exposición gradual a los escenarios temidos, empezando quizás por reuniones más pequeñas y menos intimidatorias.

- En lugar de sugerir que los pensamientos positivos influirán en los resultados mágicamente, guíe a Sarah para que cuestione sus pensamientos negativos y los sustituya por otros más realistas y equilibrados. Por ejemplo: "Aunque me sienta incómoda, eso no significa que los demás sólo vean mi incomodidad. Puede que algunos aprecien mi esfuerzo por estar ahí".

Análisis de Sarah utilizando conceptos de la TCC

- ****Pensamientos automáticos****: Sarah experimenta pensamientos negativos automáticos como "Diré algo estúpido" o "Todos verán lo torpe que soy". Son pensamientos rápidos y reflexivos que la TCC pretende identificar y modificar.

- ****Distorsiones cognitivas****: El pensamiento de Sarah incluye varias distorsiones como la catastrofización (suponer que ocurrirá lo peor en la fiesta), la lectura de mentes (creer que sabe lo que los demás pensarán de ella) y la sobregeneralización (suponer que, si está nerviosa, todos se darán cuenta y la juzgarán negativamente).

- ****Creencias básicas****: El diálogo sugiere que Sarah puede tener creencias básicas negativas sobre sí misma, como "soy torpe" o "no soy simpática", que alimentan su ansiedad en situaciones sociales. Pensamientos automáticos

- ****Respuestas conductuales****: La ansiedad de Sarah la lleva a conductas de evitación: cancela planes y evita interacciones sociales, que son comunes en los trastornos de ansiedad. La TCC trataría de abordar estas conductas mediante técnicas de exposición y experimentos conductuales.

Recomendaciones para futuras sesiones

1. ****Experimentos conductuales****: El Dr. Ellis podría introducir experimentos

conductuales en los que Sarah pusiera a prueba sus creencias frente a los resultados del mundo real, como asistir a un acto social y observar las reacciones reales de los demás, en lugar de las supuestas. Mediano y largo plazo.

2. **Desarrollo de habilidades**: Enseñar a Sarah habilidades como la respiración profunda y la atención plena podría ayudar a controlar sus síntomas fisiológicos de ansiedad.

3. **Asignación de tareas**: Asignar a Sarah la tarea de registrar diariamente sus pensamientos automáticos puede hacerla más consciente de ellos y prepararla mejor para desafiarlos durante las sesiones de terapia.

En conclusión, alineándose más estrechamente con los principios de la TCC, la Dra. Ellis puede ayudar a Sarah de forma más eficaz centrándose en la reestructuración cognitiva, el pensamiento realista y la exposición gradual a situaciones temidas, en lugar de la evitación o el pensamiento excesivamente positivo.

- **Fortalezas:** Reconoce correctamente todos los errores graves que tiene el terapeuta, ofrece intervenciones alternativas sólidas, un exhaustivo y correcto análisis de la paciente. Las recomendaciones para el terapeuta son buenas y coherentes con la TCC.
- **Debilidades:** Algunas recomendaciones como la exposición gradual y los experimentos conductuales son más adecuados para etapas posteriores a la terapia, también maneja un término incorrecto que es "creencias básicas" en lugar de "pensamientos automáticos".
- **Coherencia teórica:** Demuestra una sólida comprensión de la TCC, sus recomendaciones se alinean con el enfoque y además observa sutilezas

que incluso expertos podrían pasar por alto.

- **Consideraciones éticas:** Explícitamente no señala que los errores del terapeuta son poco éticos e indeseables en una intervención.

Llama 3 – 8b - 8192

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Llama 3:

Desde un enfoque terapéutico cognitivo-conductual, las respuestas del psicoterapeuta pueden mejorarse en varias áreas:

1. **Falta de objetivos y agenda claros**: El terapeuta no establece explícitamente los objetivos de la sesión o del proceso terapéutico. Un enfoque más eficaz sería fijar objetivos de forma colaborativa con el paciente y establecer una agenda clara para la sesión.

2. **Exploración insuficiente de las distorsiones cognitivas**: Aunque el terapeuta identifica algunos pensamientos automáticos negativos, no explora a fondo las distorsiones cognitivas subyacentes, como el pensamiento de todo o nada, la sobregeneralización o la catastrofización. Un enfoque más eficaz sería ayudar al paciente a identificar y desafiar estas distorsiones.

3. **Uso inconsistente de la terminología cognitivo-conductual**: El terapeuta utiliza términos como "creencias centrales" y "pensamientos automáticos", pero no aplica de forma consistente los conceptos cognitivo-conductuales a lo largo de la sesión. Un enfoque más eficaz sería utilizar estos términos de forma consistente y precisa.

4. **Falta de énfasis en la activación conductual**: El terapeuta se centra principalmente en la reestructuración cognitiva, pero olvida hablar de las técnicas de activación conductual, como

la exposición gradual a las situaciones temidas. Un enfoque más eficaz sería integrar tanto las técnicas cognitivas como las conductuales.

5. ****Instrucciones poco claras del ejercicio****: El ejercicio final no está claro y las instrucciones del terapeuta pueden ser confusas. Un enfoque más eficaz sería proporcionar instrucciones claras y específicas y asegurarse de que el paciente entiende el ejercicio.

Afirmaciones o intervenciones alternativas que harían más eficaz la interacción:

* "Trabajemos juntos para identificar objetivos específicos para nuestras sesiones de terapia. ¿Qué espera conseguir con nuestro trabajo juntos?"

* "¿Puedes ayudarme a entender qué quieres decir con 'torpe'? ¿Está relacionado con una situación específica o con un sentimiento general?"

* "Exploremos este pensamiento: 'Todo el mundo verá lo torpe que soy'. ¿Es éste un patrón de pensamiento de todo o nada, en el que asumes que todo el mundo se dará cuenta y te juzgará?"

* "¿Cómo calificarías tu nivel de ansiedad en una escala del 1 al 10 antes de la fiesta de trabajo? Exploremos cómo tus pensamientos y sensaciones físicas contribuyeron a esa ansiedad."

* "En lugar de 'alejarte de todo el mundo', ¿qué pequeño paso podrías dar para enfrentarte gradualmente a tu miedo a las situaciones sociales?"

Análisis del paciente utilizando conceptos cognitivo-conductuales:

* ****Distorsiones cognitivas****: Sarah muestra un pensamiento de todo o nada, sobregeneralización y catastrofización. Por ejemplo, asume que todo el mundo notará su nerviosismo y la juzgará como "torpe".

****Pensamientos automáticos negativos****: Los pensamientos de Sarah, como "Diré algo estúpido" y "Todo el mundo verá lo torpe que soy", son negativos y poco útiles.

* **Comportamientos de evitación****: Sarah ha estado evitando situaciones sociales, lo que refuerza su ansiedad y mantiene sus conductas de evitación.

* **Respuesta de ansiedad****: Sarah experimenta una fuerte respuesta de ansiedad, incluyendo síntomas físicos como un corazón acelerado y náuseas, que se desencadena por sus pensamientos automáticos negativos.

Recomendaciones para el psicoterapeuta:

* Colaborar con Sarah para fijar objetivos claros y establecer una agenda terapéutica.

* Explorar y cuestionar más a fondo las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos negativos de Sarah.

* Integrar técnicas de activación conductual, como la exposición gradual a situaciones temidas, para ayudar a Sarah a ganar confianza y superar las conductas de evitación.

* Proporcionar instrucciones claras y específicas para los ejercicios y asegurarse de que Sarah entiende el propósito y el proceso de cada actividad.

- **Fortalezas**: Señala la inconsistencia en la terminología utilizada, un detalle sutil que las demás IA's no llegaron a reconocer. Da consejos y análisis correctos de la paciente según la TCC.
- **Debilidades**: No reconoció la última grave infracción, las recomendaciones para el terapeuta también podrían ser más precisas y no tan superficiales.

- **Coherencia teórica:** Muestra comprensión por la TCC aunque esta no sea a profundidad, sin embargo, no fue capaz de reconocer que la interacción final entre el terapeuta y Sarah contradice los principios de la teoría.
- **Consideraciones éticas:** No aborda las implicaciones éticas de los errores del terapeuta.

Claude 3 Opus

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Claude 3:

Al analizar el diálogo entre el dr. Ellis y Sarah desde un enfoque terapéutico cognitivo-conductual (TCC), hay varias áreas en las que las respuestas del psicoterapeuta podrían mejorarse para alinearse mejor con los principios y las técnicas de la TCC. Desglosemos el análisis:

Puntos fuertes en el enfoque del Dr. Ellis:

1. Identificación de los pensamientos automáticos: El Dr. Ellis identifica correctamente las autoconversaciones negativas de Sarah como pensamientos automáticos o creencias centrales, que es un concepto fundamental en la TCC.

2. Desafiar las distorsiones cognitivas: el Dr. Ellis intenta ayudar a Sarah a desafiar sus pensamientos automáticos examinando su validez y buscando una perspectiva más equilibrada.

3. 3. Relacionar los pensamientos con las emociones: El Dr. Ellis destaca la conexión entre los pensamientos negativos de Sarah y sus síntomas de ansiedad, lo que es crucial en la TCC.

Áreas de mejora e intervenciones sugeridas:

1. Incoherencia con los principios de la TCC: Cuando Sarah pregunta sobre la reacción de su cuerpo ante la ansiedad,

la respuesta del Dr. Ellis, **"No vuelvas a hacer eso, en esas situaciones tienes que alejarte de todo el mundo para no hacer el ridículo"**, es incoherente con los principios de la TCC. En su lugar, el Dr. Ellis debería animar a Sarah a enfrentarse a sus miedos gradualmente y desarrollar estrategias de afrontamiento. Una respuesta alternativa podría ser: **"Es importante reconocer que la evitación puede proporcionar un alivio temporal, pero puede reforzar la ansiedad a largo plazo."** Trabajemos en el desarrollo de estrategias de afrontamiento que te ayuden a manejar tu ansiedad en situaciones sociales."

2. Falta de cuestionamiento estructurado: La TCC suele incluir un cuestionamiento estructurado para ayudar a los pacientes a identificar y cuestionar sus pensamientos negativos. El Dr. Ellis podría utilizar preguntas más específicas, como **"¿Qué pruebas tienes que apoyen o contradigan este pensamiento?"** o **"¿Qué le dirías a un amigo que tuviera este pensamiento?"**.

3. Insuficiente énfasis en las intervenciones conductuales: Aunque el Dr. Ellis aborda los pensamientos de Sarah, se hace menos hincapié en las intervenciones conductuales, que son un **componente clave de la TCC**. El Dr. Ellis podría sugerir ejercicios de exposición graduada o juegos de rol para ayudar a Sarah a practicar cómo enfrentarse a situaciones que le provoquen ansiedad.

4. Exploración inadecuada de las creencias subyacentes: el dr. Ellis aborda brevemente las **creencias básicas**, pero no profundiza en los supuestos o esquemas subyacentes de Sarah que pueden contribuir a su ansiedad. Explorar y desafiar estas creencias más profundas es crucial en la TCC.

5. Falta de tareas para casa: La TCC a menudo implica asignar tareas para que los pacientes practiquen habilidades y cuestionen sus pensamientos entre sesiones. El Dr. Ellis podría asignar a Sarah ejercicios específicos, como llevar

un diario de pensamientos o practicar técnicas de relajación.

Análisis del paciente:

Desde la perspectiva de la TCC, Sarah parece luchar contra el trastorno de ansiedad social. Sus pensamientos automáticos giran en torno a la autoevaluación negativa y el miedo a pasar vergüenza en situaciones sociales. Es probable que estos pensamientos se deriven de creencias básicas subyacentes sobre su autoestima y sus capacidades. Sarah lleva a cabo conductas de evitación, como cancelar planes y quedarse en casa, que mantienen su ansiedad al impedir que se entere de que los resultados que teme pueden no ocurrir. Sus síntomas físicos, como el corazón acelerado y las náuseas, son coherentes con la excitación fisiológica asociada a los trastornos de ansiedad.

En conclusión, aunque el Dr. Ellis demuestra cierta comprensión de los principios de la TCC, puede mejorar en términos de coherencia, preguntas estructuradas, intervenciones conductuales, exploración de las creencias subyacentes y asignación de tareas para casa. Al abordar estas áreas y proporcionar a Sarah herramientas prácticas para desafiar sus pensamientos y enfrentarse a sus miedos gradualmente, el proceso terapéutico puede ser más eficaz para ayudar a Sarah a controlar su ansiedad social.

- **Fortalezas:** Da excelentes consejos para mejorar la interacción entre el terapeuta y el paciente, da cuenta de detalles sutiles como las autoconversaciones negativas y detecta todos los errores graves del terapeuta.
- **Debilidades:** El análisis de la paciente es repetitivo y poco rico en detalles.

- **Coherencia teórica:** Demuestra un buen dominio y coherencia con la TCC.
- **Consideraciones éticas:** No señala los errores del terapeuta como poco éticos e indeseables en la práctica profesional.

Enfoque conductual Gemini 1.0 Ultra

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Gemini:

He aquí un análisis detallado del diálogo desde una perspectiva terapéutica conductual, junto con recomendaciones de mejora y una evaluación del paciente:

****Análisis conductual y áreas de mejora****
Aunque el terapeuta intenta utilizar principios conductuales, su enfoque revela varias áreas que necesitan ser reforzadas:

* ****Enfoque inconsistente en los comportamientos:**** El terapeuta oscila entre abordar los comportamientos inmediatos de preocupación (por ejemplo, apresurar a otros) y centrarse en los estados internos (por ejemplo, culpa, ansiedad). Un enfoque conductual más fuerte hace hincapié directamente en los comportamientos observables para el cambio.

* **Aunque reconoce los comportamientos, el terapeuta da mucha importancia a las emociones y pensamientos como causas de esos comportamientos.** Esto contradice el principio básico del conductismo, que prioriza el papel de las influencias ambientales y la historia de aprendizaje.

* ****Mala aplicación de conceptos:****

* La referencia del terapeuta al "Comportamiento Gobernado por Reglas" es correcta pero parece tangencial al tema principal.

* La conclusión en torno a que el escenario de trabajo se vuelve "apetitivo" es especulativa y requiere un análisis más profundo; lo más probable es que el alivio obtenido refuerce las conductas indeseables.

* **Mensajes contradictorios y cierre prematuro:** Afirmaciones como "los límites están dentro de ti" y sugerir la confesión son poco útiles y potencialmente debilitantes para un paciente que busca estrategias conductuales concretas.

Recomendaciones para mejorar el enfoque conductual.

1. **Análisis funcional:** Realizar un análisis funcional exhaustivo para comprender los antecedentes (qué desencadena las prisas, respuestas de los compañeros de trabajo), las conductas mantenidas (prisas, dar órdenes) y las consecuencias (alivio temporal, tensión de los compañeros de trabajo, atención al paciente).

2. **Comportamientos objetivo:** En lugar de centrarse en los estados emocionales del paciente, identificar comportamientos específicos y medibles para su modificación (por ejemplo, frecuencia de las directivas, tono de voz, ritmo de las instrucciones).

3. **Control de antecedentes:** Explorar la posibilidad de cambiar el entorno de trabajo para reducir los desencadenantes de los comportamientos indeseables (por ejemplo, mejor dotación de personal, tareas preasignadas, descansos programados).

4. **Reforzamiento:**

* Identificar medios alternativos y más saludables para que el paciente consiga alivio que no impliquen prisas y órdenes.

* Reforzar positivamente los comportamientos deseables (por ejemplo, calma, instrucciones organizadas, trabajo

en equipo).

5. **Entrenamiento en habilidades:** Enseñar al paciente técnicas de relajación, habilidades de asertividad y estrategias de comunicación efectivas para manejar el estrés e interactuar con los compañeros de trabajo.

Análisis del paciente (enfoque conductual)

Estímulos: El entorno de trabajo, en particular el volumen de pacientes y las expectativas en torno a la velocidad, son desencadenantes primarios. Las respuestas de los compañeros de trabajo también actúan como estímulos.

* **Comportamientos:** El paciente demuestra urgencia, prisas y probablemente un tono de voz estresado, lo que puede llevar a conflictos con los compañeros de trabajo.

* Consecuencias

* **Refuerzo Positivo:**

El comportamiento de apresuramiento resulta en un alivio temporal de los sentimientos de culpa y ansiedad.

* **Refuerzo negativo:** Discutir con los compañeros de trabajo puede eliminar momentáneamente cierta presión percibida.

* **Castigo:** Las reacciones negativas de los compañeros de trabajo y la subsiguiente ansiedad y duda del paciente son un castigo.

**En general, es probable que sus patrones de conducta estén determinados por una combinación de experiencias de aprendizaje pasadas y contingencias ambientales inmediatas.

**Notas importantes

* Aunque la perspectiva conductual es valiosa, para comprender plenamente al paciente puede ser necesario incorporar

elementos de otras teorías.

* Las consideraciones éticas son cruciales en la terapia conductual. Evite culpar al paciente o implicar un control total sobre los estados internos.

Avísame si quieres que profundice en algún aspecto.

- **Fortalezas:** Reconoce la importancia de centrarse principalmente en la conducta observable, señala también errores en la aplicación de conceptos conductuales.
- **Debilidades:** Confunde la evaluación conductual con el análisis funcional, siendo más recomendable una evaluación conductual, también usa incorrectamente los términos "refuerzo positivo" y "refuerzo negativo" (Keawe, y otros, 2013).
- **Coherencia teórica:** Aunque Gemini demuestra conocer en líneas generales la terapia conductual, sus conocimientos no llegan a ser precisos.
- **Consideraciones éticas:** Gemini no señala como peligrosas las graves interacciones que tiene el terapeuta.

GPT 4 Turbo

Se presenta el análisis traducido al español hecho por GPT 4:

****Análisis del Enfoque Terapéutico Conductual****

****Respuestas y recomendaciones del psicoterapeuta****

1. ****Clarificación y Especificidad:****

- ****Original**:** T pregunta: "¿A partir de qué momento, de qué momento de tu historia laboral, las chicas empiezan a decir 'qué pesada Mónica', 'Mónica está aquí?'".

- ****Problema**:** La pregunta es amplia y puede llevar a confusión, como se observa cuando el paciente pide aclaración respecto a "a partir de qué momento."

- ****Recomendación**:** Un enfoque conductual se beneficiaría de preguntas más precisas y específicas desde el punto de vista conductual, como por ejemplo: "¿Puede describir un incidente concreto en el que sus compañeros de trabajo le llamaron pesado? Qué estaba ocurriendo justo antes de ese comentario?".

2. ****Centrarse en el comportamiento y no en la interpretación:****

- ****Original**:** T dice: "¿Así que es una bola de nieve que empieza contigo intentando mejorar la situación?".

- ****Problema**:** Esta afirmación interpreta la situación en lugar de centrarse en los comportamientos observables y sus consecuencias.

- **Recomendación:** Reformular para centrarse en comportamientos específicos: "Cuando intentas acelerar el trabajo, ¿cómo reaccionan inmediatamente tus compañeros?"

3. ****Evitar suposiciones y preguntas capciosas:****

- ****Original**:** T pregunta: "Hace cuatro meses estos comportamientos de ellos, ¿verdad, hablando estas cosas acerca de usted, debido a las instrucciones que usted tiene que dar?"

- ****Indirecta**:** Esta es una pregunta capciosa que asume la causa de las reacciones de los compañeros de trabajo.

- ****Recomendación**:** En su lugar, haz una pregunta neutral que invite a la descripción de los hechos: "¿Qué ocurrió exactamente hace cuatro meses que cambió la forma en que sus compañeros de trabajo le responden?".

4. **Análisis conductual directo**

- **Original**: T dice: "Esperas regularte emocionalmente o aprender a regularte emocionalmente, ¿es eso lo que quieres decirme?"

- **Cuestión**: Esta pregunta es un tanto interpretativa y no se centra directamente en las conductas.

- **Recomendación**: Utilizar términos conductuales, "¿Busca estrategias para manejar sus reacciones cuando se siente apurado o presionado en el trabajo?"

Análisis del paciente utilizando conceptos conductuales.

1. **Antecedentes y comportamiento**

- Mónica describe un alto volumen de pacientes como un antecedente que desencadena su conducta de apresurarse y manejar a los demás de manera más agresiva.

- **Concepto conductual**: Este escenario puede describirse utilizando el modelo ABC (Antecedente, Conducta, Consecuencia). El antecedente (alto volumen de pacientes) conduce a la conducta (apresurarse, manejar a los demás), que a su vez conduce a diversas consecuencias.

2. **Consecuencias y refuerzo**

- **Los comentarios positivos al final del día, a pesar de las quejas iniciales, sirven de refuerzo positivo para la conducta de Mónica de apresurarse y dirigir a los demás.**

- **Concepto conductual**: El refuerzo positivo está reforzando su conducta, aunque también provoca tensión y estrés, que son reforzadores negativos para intentar escapar o evitar estas situaciones.

3. **Patrones conductuales y regulación**

emocional

- Mónica siente ansiedad y síntomas físicos cuando se enfrenta a retroalimentación negativa o situaciones de alta presión.

- **Concepto Conductual**: Esto podría analizarse como una respuesta emocional condicionada a ciertos desencadenantes en el trabajo. Las intervenciones podrían centrarse en la desensibilización o en la enseñanza de **mecanismos de afrontamiento que sean más adaptativos**. **Recomendaciones para un enfoque terapéutico conductual más eficaz**.

1. **Análisis funcional**: Realizar un análisis funcional exhaustivo de las conductas de Mónica en el trabajo, identificando antecedentes y consecuencias específicas de las conductas clave. Esto ayudaría a comprender los patrones de refuerzo y a desarrollar intervenciones específicas.

2. **Desarrollo de habilidades**: Centrarse en enseñar a Mónica habilidades conductuales específicas, como la comunicación asertiva, técnicas de gestión del estrés y estrategias de gestión del tiempo, para hacer frente a situaciones de alta presión de manera más eficaz.

3. **Ensayo conductual**: Utilizar escenarios de role-playing para practicar nuevas respuestas a situaciones estresantes o interacciones con compañeros de trabajo. Esta técnica podría ayudar a Mónica a desarrollar respuestas conductuales más eficaces que no provoquen tensión o una autoevaluación negativa.

4. **Monitorización y autorregistro**: Anime a Mónica a llevar un diario de los incidentes que desencadenan su estrés y de sus respuestas. Este auto-monitoreo puede aumentar la conciencia y el control sobre sus comportamientos y las situaciones que los desencadenan.

En resumen, alinear las intervenciones del terapeuta más estrechamente con los principios conductuales, centrándose en conductas específicas, sus antecedentes y consecuencias, y proporcionando a Mónica habilidades y estrategias prácticas, probablemente conduciría a resultados más eficaces en su terapia.

- **Fortalezas:** Enfatiza correctamente la necesidad de centrarse en el comportamiento en lugar de interpretaciones hechas por el mismo terapeuta, ofrece recomendaciones claras y específicas que debería usar el terapeuta.
- **Debilidades:** Tiene falencias con la terminología precisa del conductismo, nunca se diría "mecanismos de afrontamiento" ni tampoco se espera que un sujeto "tenga comportamientos más adaptativos".
- **Coherencia teórica:** Debido a que hay conceptos que ha sugerido GPT 4 y estos son incompatibles con la Terapia conductual dimos cuenta de que no hay una coherencia total de conceptos.

Llama 3 – 70b - 8192

A continuación, se presenta el análisis traducido al español hecho por Llama 3: Desde un enfoque terapéutico conductual, las respuestas del psicoterapeuta pueden analizarse y mejorarse. He aquí algunas áreas de mejora y enunciados o intervenciones alternativas que harían más eficaz la interacción:

1. ****Falta de metas y objetivos claros**:** El terapeuta no declara explícitamente los objetivos de la terapia o los resultados esperados. Alternativa: "Trabajemos juntos para identificar objetivos específicos para nuestras sesiones de terapia, como reducir su ansiedad en el lugar de trabajo."

2. ****Evaluación funcional insuficiente**:** El terapeuta no realiza una evaluación funcional exhaustiva para identificar las variables que mantienen la conducta del paciente. Alternativa: "¿Puede contarme más sobre las situaciones, pensamientos y sentimientos que le llevan a sentirse ansioso y querer escapar?"

3. ****Uso inadecuado de los principios conductuales**:** El terapeuta no aplica de forma consistente los principios conductuales, como el refuerzo, el castigo y la extinción. Alternativa: "Exploremos cómo su conducta de apresurarse y dar órdenes a los demás podría verse reforzada por la reducción temporal de la ansiedad, y cómo podemos encontrar conductas alternativas para sustituirla."

4. ****Exceso de énfasis en las explicaciones cognitivas**:** El terapeuta se centra en los pensamientos y sentimientos del paciente, pero descuida los factores ambientales que contribuyen a la conducta. Alternativa: "Examinemos las situaciones y señales específicas que desencadenan tu ansiedad y desarrollemos estrategias para afrontarlas."

5. ****Falta de objetivos concretos y medibles**:** El terapeuta no establece objetivos concretos y medibles para que el paciente trabaje entre sesiones. Alternativa: "Para nuestra próxima sesión, me gustaría que practicaras respirar profundamente unas cuantas veces y contar hasta 10 antes de reaccionar ante una situación estresante. Hagamos un seguimiento de tus progresos y ajustemos nuestra estrategia según sea necesario."

6. ****Uso inconsistente de términos técnicos**:** El terapeuta utiliza términos técnicos como "Conducta Gobernada por Reglas" sin explicárselos al paciente. Alternativa: "Permítanme explicar lo que quiero decir con "Comportamiento Gobernado por Reglas". Es cuando seguimos reglas o expectativas sin experimentar necesariamente las consecuencias nosotros mismos."

7. ****Consejo no convencional****: El consejo del terapeuta de "ir a la iglesia y confesarse" no es convencional y puede no ser relevante para los problemas específicos del paciente. Alternativa: "Vamos a centrarnos en desarrollar estrategias y habilidades de afrontamiento para gestionar su ansiedad en el lugar de trabajo."

****Análisis del paciente utilizando conceptos conductuales****.

1. ****Antecedentes****: La ansiedad del paciente se desencadena por la acumulación de pacientes, la presión de atenderlos rápidamente y el miedo a no cumplir las expectativas.

2. ****Comportamiento****: El comportamiento del paciente se caracteriza por apresurarse, dar órdenes a los demás y sentirse ansioso.

3. ****3. Consecuencias****: El comportamiento del paciente se ve reforzado por la reducción temporal de la ansiedad, pero en última instancia conduce a sentimientos de culpa y malestar.

4. ****Evaluación funcional****: La conducta del paciente se mantiene por la evitación de los sentimientos de culpa y malestar, así como por el deseo de cumplir las expectativas y evitar el castigo.

****Recomendaciones para el psicoterapeuta****.

1. **Realizar una evaluación funcional exhaustiva para identificar las variables que mantienen la conducta del paciente.**

2. Establecer metas y objetivos claros para las sesiones de terapia.

3. **Centrarse en identificar y modificar los factores ambientales que contribuyen a la conducta del paciente.**

4. Utilizar principios conductuales, como

el refuerzo, el castigo y la extinción, para desarrollar estrategias de afrontamiento de la ansiedad.

5. Establecer objetivos concretos y medibles para que el paciente trabaje entre sesiones.

6. Utilizar términos técnicos de forma coherente y explicárselos al paciente.

7. Evitar consejos poco convencionales y centrarse en el desarrollo de estrategias y habilidades de afrontamiento pertinentes para los problemas específicos del paciente.

- Fortalezas: Señala correctamente la falta de objetivos claros, el error al dar énfasis en explicaciones cognitivas y la falta de una evaluación conductual más profunda.
- Debilidades: Realiza una explicación poco útil y tautológica en el intento de describir una evaluación funcional.

Claude 3 Opus 202450229

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Claude 3:

He aquí mi análisis del diálogo entre el psicoterapeuta y el paciente desde un enfoque terapéutico conductual:

Áreas de mejora en las respuestas del psicoterapeuta:

1. El terapeuta hace algunas afirmaciones al final que son inconsistentes con la teoría conductual, como "Recuerda que los límites están dentro de ti, piensa en positivo, atraerás todo lo que supones que tienes, el universo conspirará a tu favor" y "no olvides ir a la iglesia y confesarte, lo necesitas". Estos comentarios reflejan más un enfoque de psicología positiva o espiritual que conductual. Desde una perspectiva conductual, la atención debería centrarse en identificar antecedentes, conductas y consecuencias

y utilizar intervenciones conductuales para modificar los patrones problemáticos.

2. El terapeuta podría hacer más para reforzar la comprensión del paciente y sus esfuerzos por cambiar. Cuando el paciente demuestra comprensión, como decir "Así que intento solucionarlo apurando a todo el mundo para no sentir más ese castigo", el terapeuta debería proporcionar un refuerzo positivo para fortalecer este pensamiento adaptativo.

3. Aunque el terapeuta realiza un buen trabajo al llevar a cabo un análisis funcional para identificar los antecedentes, conductas y consecuencias que mantienen la angustia del paciente, se podría dedicar más tiempo a desarrollar de forma colaborativa un plan específico de modificación de conducta. El terapeuta alude a realizar cambios en futuras sesiones, pero podría empezar a hacer una lluvia de ideas sobre estrategias con el paciente.

4. El terapeuta podría utilizar terminología conductual más específica, como "refuerzo negativo" en lugar de "castigo" al describir cómo se reduce la ansiedad del paciente al apresurar a los demás. Utilizar términos conductuales precisos ayuda a clarificar las relaciones funcionales.

Análisis conductual del paciente:

El principal problema de presentación del paciente es la ansiedad y el conflicto interpersonal en el trabajo. Un análisis conductual sugiere lo siguiente:

Antecedentes:

- Alto volumen de pacientes que necesitan atención
- Percepción de que los pacientes se sienten incómodos o doloridos
- Deseo de proporcionar una atención rápida y eficaz

- Historial de pasión por el trabajo

Comportamientos:

- Apresurarse y presionar a los compañeros de trabajo
- Dar instrucciones de forma intensa

- Expresar frustración a través de expresiones faciales

- Experimentar síntomas físicos de ansiedad (dificultad para respirar, dolor de cabeza)

- Urgencia por escapar de la situación

Consecuencias:

- Reducción inmediata de la ansiedad y la culpabilidad (refuerzo negativo)
- Irritación por parte de los compañeros de trabajo (castigo)
- Acumulación de malestar al estar en el trabajo (castigo)
- Deterioro de las relaciones laborales

Las conductas apresuradas del paciente funcionan para aliviar rápidamente la ansiedad y el sentido de responsabilidad hacia los pacientes (refuerzo negativo). Sin embargo, esto frustra comprensiblemente a los compañeros de trabajo. Sus respuestas irritadas y el malestar general del paciente en el trabajo sirven entonces como castigo, aumentando paradójicamente la ansiedad del paciente. Esto crea un círculo vicioso.

Una evaluación conductual continuada podría arrojar más luz sobre los orígenes de la ansiedad del paciente (conducta regida por normas) y su intenso sentido de la responsabilidad. Las intervenciones conductuales podrían dirigirse entonces a reducir la asunción excesiva de responsabilidades, mejorar

la comunicación asertiva, tolerar la angustia y encontrar formas alternativas de lograr los mismos fines (por ejemplo, el control de los pacientes) sin los costes.

El entrenamiento en relajación, el ensayo de autoafirmaciones de afrontamiento y la resolución de problemas con los compañeros de trabajo pueden ser útiles. El refuerzo positivo de los esfuerzos y progresos del paciente será clave.

En resumen, aunque el terapeuta demuestre conocimientos conductuales, la sesión podría mejorarse reduciendo al mínimo las afirmaciones incoherentes, reforzando las percepciones del paciente, introduciendo intervenciones más específicas y utilizando un lenguaje conductual preciso. El análisis funcional continuo y la planificación colaborativa del tratamiento utilizando principios conductuales serán esenciales para ayudar a esta paciente a reducir su angustia relacionada con el trabajo. Hágame saber si desea que profundice en alguna parte de este análisis.

- **Fortalezas:** Reconoce mejor que las otras IA's las afirmaciones inconsistentes con la terapia conductual, recomienda el uso de refuerzo positivo para validar la comprensión que hace la paciente de su problema, hace uso correcto del término evaluación conductual, y recomienda usar esta técnica.
- **Debilidades:** Incluye información que supuso o asumió sobre los gestos y la pasión por el trabajo, esto no se encuentra en el diálogo.
- **Coherencia teórica:** En general Claude hizo un mejor análisis que el resto sobre Terapia Conductual, hizo recomendaciones que otras IA's no, y nada de lo que propuso se sale teóricamente de dicho enfoque terapéutico.
- **Consideraciones éticas:** Claude no hizo énfasis en la gravedad ética de

algunas afirmaciones que hizo el terapeuta.

Enfoque humanista

Gemini 1.0. Ultra

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Gemini:

He aquí un análisis exhaustivo de la interacción, destacando las incoherencias con la terapia humanista y ofreciendo mejoras específicas que el psicoterapeuta podría hacer:

****Conceptos clave de la terapia humanista:****

* **Consideración positiva incondicional:** Fundamental para crear un entorno de confianza y apoyo en el que los clientes puedan explorar sus sentimientos.

* **Congruencia:** La autenticidad y honestidad del terapeuta al expresar sus propios pensamientos y sentimientos de manera apropiada.

* **Empatía:** La capacidad de comprender profundamente y reflejar las experiencias y emociones del cliente.

* **Enfoque en el presente:** Énfasis en la experiencia, pensamientos y sentimientos actuales del cliente.

****Autorrealización:** El impulso humano innato hacia el crecimiento y la realización.

****Áreas Problemáticas y Oportunidades Perdidas:****

* **Comentarios iniciales:** Que el terapeuta exprese su propia tensión e inmediatamente **salte a los "sistemas cognitivos" es perturbador y contrario a los principios humanistas.** Establece un tono distante y analítico en lugar de invitar al cliente a compartir su experiencia.

* **El uso de términos como "superyo", "superyo", "eso" y "represión" introduce**

conceptos teóricos que parecen fuera de lugar en el enfoque humanista. Se corre el riesgo de intelectualizar los sentimientos del cliente y crea una barrera a la conexión genuina.

* **Focalización en el pasado:** Hacer referencia repetidamente a la muerte del marido y a la dinámica de las relaciones pasadas de la clienta puede desviar la atención de sus sentimientos actuales. Un enfoque humanista daría prioridad a explorar sus experiencias actuales de soledad, miedo y vulnerabilidad.

* Hay oportunidades para expresar mayor empatía con respecto al sentimiento de la clienta de estar "atrapada en una situación sin salida", reconociendo el dolor de su conflicto interno.

* **Minimizar la Experiencia del "Tercer Ojo":** Aunque el terapeuta no comparta la comprensión espiritual de la cliente, desestimarla como algo sin importancia hace que se pierda un momento crucial de autodescubrimiento y apertura que Katy está tratando de expresar.

**Recomendaciones para Mejorar:*

* **Priorizar la mirada positiva incondicional:** Ofrecer calidez, aceptación y evitar juicios. Por ejemplo, en lugar de "te mantienes ahí", reflexiona "Parece que querer salir de tu escondite es un deseo real, pero también se siente aterrador y arriesgado."

* **Utiliza reflexiones empáticas:** Céntrate en reflejar las emociones del cliente, como "Hay una verdadera lucha dentro de ti: el anhelo de conectar, pero también este profundo miedo a que te vuelvan a hacer daño."

* **Evita la jerga teórica: Utiliza el lenguaje y las imágenes del cliente (por ejemplo, la "cueva"), que a menudo tienen un mayor significado emocional.**

* **Explore la experiencia presente:**

Haga preguntas como "¿Cómo se siente esa soledad ahora mismo, en este momento?" o "¿Puede contarme más sobre esa 'parte enfadada' que le aleja?".

* **Validar las percepciones del cliente:** Afirmar cosas como "Tiene mucho sentido que anheles amistad y seguridad antes de una intimidad más profunda" o "Ese momento en las montañas, sintiéndote abierto y perceptivo - eso suena realmente importante para ti."

Análisis del paciente (desde una perspectiva humanista):

* **Autoconocimiento:** Katy muestra una gran perspicacia en su propia dinámica interna, identificando su miedo y sus mecanismos de protección.

* **Conflicto Interno:** Ella experimenta un conflicto entre el deseo de conexión y un miedo profundamente arraigado a la vulnerabilidad y al rechazo potencial.

* Estrategias de protección: Su metáfora de la "cueva" pone de manifiesto sus comportamientos de retraimiento y autoprotección. Es consciente de las limitaciones que esto le impone.

* Autocompasión: Katy expresa su deseo de ser amable consigo misma, reconociendo sus partes sensibles y asustadas.

* **Esperanza y Agencia:** Hay destellos de esperanza en sus palabras, particularmente cuando se refiere a su experiencia del "tercer ojo" y momentos en los que se siente a sí misma "despegando capas" hacia una mayor apertura.

**En general, este terapeuta, aunque potencialmente bienintencionado, pierde muchas oportunidades clave que ofrecería un enfoque humanista. Al cambiar hacia una mayor presencia, empatía, respeto por el lenguaje del cliente y un enfoque en la experiencia emocional actual, la relación terapéutica podría convertirse en un vehículo más poderoso para el

crecimiento y el autodescubrimiento de Katy.**

- **Fortalezas:** Gemini es capaz de reconocer eficazmente los lineamientos de la terapia humanista, reconoce la capacidad del terapeuta para usar la técnica fenomenológica a la hora de hablar con la paciente, también según el enfoque humanista es importante la autenticidad y honestidad que tiene que tener el terapeuta.
- **Debilidades:** El término agencia no es usual el enfoque basado en el cliente de Carl Rogers.
- **Coherencia teórica:** Gemini hace un uso coherente de la teoría humanista en todo su análisis, aún así podría ser más profundo y dar más detalles.
- **Consideraciones éticas:** Gemini no hizo énfasis en la gravedad ética de algunas afirmaciones que hizo el terapeuta.

GPT 4 Turbo

A continuación, el diálogo traducido al español hecho por GPT 4:

Análisis del Diálogo desde un Enfoque Terapéutico Humanista

Respuestas del Psicoterapeuta

Áreas de mejora:

1. **Jerga Técnica y Lenguaje Analítico:** El psicoterapeuta (Carl Rogers) utiliza términos y enfoques que no están típicamente alineados con la terapia humanista, que enfatiza la comprensión de la experiencia del cliente desde su perspectiva. Por ejemplo, frases como "analizar los sistemas cognitivos" y "conducta adoptada" se desvían del enfoque humanista en los sentimientos y experiencias del cliente.

2. **El psicoterapeuta a veces dirige la conversación de una manera que no permite a Katy explorar sus sentimientos plenamente. Por ejemplo, él rápidamente etiqueta el comportamiento de Katy como "comportamiento adoptado" y habla de "Super Yó" y "Yo con el Ello," que podría ser confuso y no reflejar las propias palabras o experiencias de Katy.

Recomendaciones para Intervenciones Humanistas Alineadas:

- **Empatía y Validación:** En lugar de analizar o etiquetar las experiencias de Katy, el psicoterapeuta debe centrarse en empatizar con sus sentimientos y validar su experiencia emocional. Por ejemplo, en lugar de decir: "Así que es un comportamiento adoptado en lugar de solo la pérdida de él", una respuesta más alineada sería: "Suenas como si te sintieras realmente inquieta al comenzar a salir de nuevo, y eso está trayendo muchas emociones para ti."

- **Escucha reflexiva:** Utiliza una escucha más reflexiva para ayudar a Katy a explorar sus sentimientos y pensamientos. En lugar de concluir o resumir prematuramente, el terapeuta podría reflejar lo que Katy dice para profundizar en la comprensión, por ejemplo: "¿Dices que volver a salir con alguien te ha hecho darte cuenta de lo sola que te has sentido durante años?"

- **Respuestas centradas en el cliente:** Anime a Katy a explorar sus sentimientos y pensamientos a su propio ritmo, sin introducir constructos psicológicos que puedan no resonar con su experiencia personal. Por ejemplo, en lugar de hablar de "Super YO" y "neurosis", el terapeuta podría hacer preguntas abiertas como: "¿Qué sientes cuando piensas en abrirte a alguien nuevo?"

Análisis del paciente utilizando conceptos humanistas

Experiencias y expresiones de Katy:

- ****Tendencia Actualizadora:**** Katy muestra signos de esfuerzo hacia el crecimiento y la realización, evidentes en sus intentos de volver a salir con alguien y en su introspección sobre su soledad y sus barreras.

- ****Condiciones de valor:**** La narrativa de Katy sugiere que ha internalizado condiciones de valor que la hacen sentir insegura para abrirse completamente en las relaciones románticas, posiblemente debido a experiencias pasadas o las expectativas sociales de una fuerte independencia.

- **Incongruencia interna:** Katy expresa una división entre su autoconcepto y sus experiencias. Reconoce una parte de sí misma que desea la conexión y otra que la teme, lo que indica un estado de incongruencia en el que su yo ideal y sus experiencias reales no están alineados.

- **Comportamiento Defensivo:**** La indecisión y el miedo de Katy a abrirse en las relaciones pueden ser vistos como mecanismos de protección para evitar un daño potencial, destacando su lucha con la vulnerabilidad

****Objetivos terapéuticos desde una perspectiva humanista**

- **Mejorar la autocomprensión:**** Facilitar la exploración de Katy de sus propios sentimientos y experiencias sin juzgarla, ayudándola a comprender y aceptar mejor su complejo paisaje emocional.

- ****Reducir la Incongruencia:**** Apoyar a Katy en la reconciliación de sus sentimientos contradictorios sobre la intimidad y la soledad, ayudándola a avanzar hacia una auto-experiencia más congruente.

- Promover la autorrealización:** Animar y apoyar a Katy en su viaje hacia la autorrealización, donde puede integrar sus necesidades de seguridad y apertura,

lo que en última instancia conduce a relaciones más enriquecedoras y satisfactorias.

En resumen, desde un enfoque humanista, el psicoterapeuta podría mejorar la interacción terapéutica centrándose más en la comprensión empática, validando la experiencia vivida por Katy y fomentando la autoexploración de forma no directiva. Esto ayudaría a Katy a navegar por sus sentimientos de soledad y miedo a nuevas relaciones de manera más eficaz, promoviendo un mayor autoconocimiento y crecimiento personal.

- **Fortalezas:** Reconoce las afirmaciones inconsistentes con la terapia humanista, recomienda el uso de respuestas centradas en el cliente para explorar sus sentimientos y pensamientos de forma amena, hace en su mayoría uso correcto de términos de la terapia humanista.

- **Debilidades:** Hace el uso de terminologías inexistentes en la terapia humanista, en este caso "condiciones de valor" no pertenece teóricamente a dicha terapia.

- **Coherencia teórica:** En general GPT 4 pudo detectar de manera acertada la mayoría de consideraciones teóricas manejadas en la terapia humanista.

- **Consideraciones éticas:** GPT 4 no hizo énfasis en la gravedad ética de algunas afirmaciones que hizo el terapeuta.

Llama3-70b-8192

A continuación, el análisis traducido al español hecho por Llama3:

Análisis del Diálogo desde un Enfoque Terapéutico Humanista

Respuestas del Psicoterapeuta

****Áreas de mejora:****

1. ****Jerga Técnica y Lenguaje Analítico:****

El psicoterapeuta (Carl Rogers) utiliza términos y enfoques que no están típicamente alineados con la terapia humanista, que enfatiza la comprensión de la experiencia del cliente desde su perspectiva. Por ejemplo, frases como "analizar los sistemas cognitivos" y "conducta adoptada" se desvían del enfoque humanista en los sentimientos y experiencias del cliente.

2. ****El psicoterapeuta a veces dirige la conversación de una manera que no permite a Katy explorar sus sentimientos plenamente. Por ejemplo, él rápidamente etiqueta el comportamiento de Katy como "comportamiento adoptado" y habla de "Super YO" y "ELLO con el Super YO," que podría ser confuso y no reflejar las propias palabras o experiencias de Katy.**

****Recomendaciones para Intervenciones Humanistas Alineadas:****

- ****Empatía y Validación:**** En lugar de analizar o etiquetar las experiencias de Katy, el psicoterapeuta debe centrarse en empatizar con sus sentimientos y validar su experiencia emocional. Por ejemplo, en lugar de decir: "Así que es un comportamiento adoptado en lugar de solo la pérdida de él", una respuesta más alineada sería: "Suenas como si te sintieras realmente inquieta al comenzar a salir de nuevo, y eso está trayendo muchas emociones para ti."

- ****Escucha reflexiva:**** Utiliza una escucha más reflexiva para ayudar a Katy a explorar sus sentimientos y pensamientos. En lugar de concluir o resumir prematuramente, el terapeuta podría reflejar lo que Katy dice para profundizar en la comprensión, por ejemplo: "¿Dices que volver a salir con alguien te ha hecho darte cuenta de lo sola que te has sentido durante años?"

- ****Respuestas centradas en el cliente:****

Anime a Katy a explorar sus sentimientos y pensamientos a su propio ritmo, sin introducir constructos psicológicos que puedan no resonar con su experiencia personal. Por ejemplo, en lugar de hablar de "Super YO" y "neurosis", el terapeuta podría hacer preguntas abiertas como:

"¿Qué sientes cuando piensas en abrirte a alguien nuevo?"

Análisis del paciente utilizando conceptos humanistas

****Experiencias y expresiones de Katy:****

- ****Tendencia Actualizadora:**** Katy muestra signos de esfuerzo hacia el crecimiento y la realización, evidentes en sus intentos de volver a salir con alguien y en su introspección sobre su soledad y sus barreras.

- ****Condiciones de valor:**** La narrativa de Katy sugiere que ha internalizado condiciones de valor que la hacen sentir insegura para abrirse completamente en las relaciones románticas, posiblemente debido a experiencias pasadas o las expectativas sociales de una fuerte independencia.

- **Incongruencia:** Katy expresa una división entre su autoconcepto y sus experiencias. Reconoce una parte de sí misma que desea la conexión y otra que la teme, lo que indica un estado de incongruencia en el que su yo ideal y sus experiencias reales no están alineados.

- **Comportamiento Defensivo:** La indecisión y el miedo de Katy a abrirse en las relaciones pueden ser vistos como mecanismos de protección para evitar un daño potencial, destacando su lucha con la vulnerabilidad.

****Objetivos terapéuticos desde una perspectiva humanista**

- **Mejorar la autocomprensión:** Facilitar la exploración de Katy de sus propios

sentimientos y experiencias sin juzgarla, ayudándola a comprender y aceptar mejor su complejo paisaje emocional.

- ****Reducir la Incongruencia:**** Apoyar a Katy en la reconciliación de sus sentimientos contradictorios sobre la intimidad y la soledad, ayudándola a avanzar hacia una auto-experiencia más congruente.

- Promover la autorrealización:** Animar y apoyar a Katy en su viaje hacia la autorrealización, donde puede integrar sus necesidades de seguridad y apertura, lo que en última instancia conduce a relaciones más enriquecedoras y satisfactorias.

En resumen, desde un enfoque humanista, el psicoterapeuta podría mejorar la interacción terapéutica centrándose más en la comprensión empática, validando la experiencia vivida por Katy y fomentando la autoexploración de forma no directiva. Esto ayudaría a Katy a navegar por sus sentimientos de soledad y miedo a nuevas relaciones de manera más eficaz, promoviendo un mayor autoconocimiento y crecimiento personal.

- **Fortalezas:** Reconoce las afirmaciones incoherentes con la terapia humanista. Recomienda el uso de respuestas centradas en el cliente para lograr una mejor comprensión y fortalecer la relación terapéutica. Hace uso correcto de los principios teóricos aplicados en la terapia humanista como también realiza un énfasis en la corrección de las incongruencias teóricas encontradas en el diálogo.

- **Debilidades:** Hace el uso de terminologías inexistentes en la terapia humanista, en este caso "condiciones de valor" no pertenece teóricamente a dicha terapia.

- **Coherencia teórica:** En general pudo detectar de manera acertada una mayoría de consideraciones teóricas

manejadas en la terapia humanista.

- **Consideraciones éticas:** Llama 3 no hizo énfasis en la gravedad ética de algunas afirmaciones que hizo el terapeuta.

Claude 3 - Opus - 20240229

Se presenta el análisis traducido al español hecho por Claude 3:

Desde una perspectiva terapéutica humanista, hay varias áreas en las que el psicoterapeuta (Carl Rogers) podría mejorar sus respuestas y alinearse mejor con el enfoque humanista:

1. **Evitar hacer suposiciones o interpretaciones:** Al principio, Rogers asume que Katy se siente tensa y menciona **analizar sus sistemas cognitivos**. En la terapia humanista, la atención debe centrarse en **comprender la experiencia del cliente desde su perspectiva, sin imponer las propias interpretaciones del terapeuta**.

2. **Utilizar una escucha más empática y reflexiva:** Aunque Rogers refleja algunas de las afirmaciones de Katy, podría mejorar utilizando respuestas más empáticas que demuestren una comprensión profunda de sus sentimientos y experiencias. Por ejemplo, en lugar de decir **"Así que es un comportamiento adoptado en lugar de sólo la pérdida de él"**, podría decir: **"Suena como si estuvieras experimentando un nuevo tipo de malestar al empezar a salir de nuevo, que se siente diferente del dolor que sentiste cuando falleció tu marido."**

3. **Evite la jerga y céntrese en el lenguaje del cliente:** Rogers utiliza términos como **"súper yo", "eso" y "tú"**, que pueden no ser significativos para Katy. En la terapia humanista, es importante utilizar las propias palabras y frases del cliente para garantizar una comprensión compartida y evitar imponer el marco del terapeuta.

4. **Respetar la autonomía del cliente:** Cuando Katy menciona su experiencia del “tercer ojo”, Rogers la descarta diciendo que no le interesa. En la terapia humanista, las experiencias y percepciones del cliente deben ser valoradas y exploradas, aunque no encajen con la comprensión del terapeuta.

5. **Mantener una postura no directiva:** A veces, Rogers parece estar guiando la conversación o haciendo sugerencias, como cuando pregunta si la amistad es un primer paso necesario para Katy. En la terapia humanista, el terapeuta debe mantener una postura no directiva, permitiendo que el cliente dirija la exploración de sus experiencias y sentimientos. Análisis del paciente desde una perspectiva humanista:

Katy parece experimentar un conflicto entre su deseo de conexión y su miedo a la vulnerabilidad. Ha desarrollado un “caparazón” o “cueva” protectora para evitar el riesgo de ser abierta y potencialmente herida en las relaciones. Este patrón defensivo probablemente se originó durante su difícil matrimonio y ha persistido incluso después de la muerte de su marido.

El autoconcepto de Katy parece estar dividido: una parte de ella anhela la apertura y la conexión, mientras que otra teme el dolor del rechazo y quiere mantener la seguridad. Este conflicto interno le causa angustia y le impide involucrarse plenamente en las relaciones. Desde una perspectiva humanista, el crecimiento y la autorrealización de Katy se ven obstaculizados por sus patrones defensivos y su miedo a la vulnerabilidad. Para avanzar, **tendría que trabajar en la integración de estas diferentes partes de sí misma y desarrollar la autoaceptación y la confianza en sí misma. Este proceso implicaría explorar sus sentimientos y experiencias en un entorno terapéutico seguro y sin prejuicios, en el que pudiera arriesgarse gradualmente a revelar su**

auténtico yo.

El papel del terapeuta sería proporcionar comprensión empática, consideración positiva incondicional y una presencia genuina y congruente para apoyar a Katy en este proceso de autoexploración y crecimiento. Al ayudar a Katy a aclarar sus propios sentimientos y valores, y a desarrollar un sentido más integrado y auténtico de sí misma, el terapeuta puede facilitar su movimiento hacia una mayor apertura, conexión y autorrealización.

- **Fortalezas:** Reconoce las afirmaciones inconsistentes con la terapia humanista, recomienda mantener una postura no directiva en el cliente, hace en su mayoría uso correcto de términos de la terapia humanista.
- **Debilidades:** En lugar de usar el término “autoconcepto”, es mejor usar “yo real”, propio del enfoque humanista.
- **Coherencia teórica:** En general, Claude realizó un análisis acertado de la terapia humanista. Hizo recomendaciones acordes al caso dado, y nada de lo que propuso se alejó teóricamente del enfoque.
- **Consideraciones éticas:** Claude no hizo énfasis en la gravedad ética de algunas afirmaciones que hizo el terapeuta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan un panorama complejo sobre las habilidades psicológicas de las IA's más utilizadas.

Gemini 1.5 Pro demostró un rendimiento superior sin diferenciarse significativamente del resto en la fase cuantitativa, donde todas mostraron errores y falencias respecto al análisis crítico y la fundamentación científica de las respuestas que daban, así como

una expresión verbal casi inexistente de seguimiento del problema. De esto se infiere que la población general usando las IA's más comerciales puede tener respuestas aceptables que sirven sólo como consejos y no como sustituto de atención. También es importante aclarar que a pesar de los esfuerzos constantes de las empresas para evitar sesgos en sus LLM's, siguen existiendo, en nuestro caso el asumir que las mujeres sufren de violencia. Esto se puede explicar por los textos presentes en su entrenamiento, sin embargo, es muy importante que revisen todos estos sesgos y los corrijan, pues en una intervención real esto es prácticamente imperdonable.

El análisis terapéutico de la fase cualitativa no tuvo un claro ganador, a grandes rasgos se puede decir que GPT 4 Turbo tiene más experiencia en la TCC pues su análisis fue el más detallado y rico en detalles, pero cuando se observa la evaluación conductual, todas excepto Claude, cometen muchos errores. Así como en el enfoque humanista GPT 4 y Llama mostraron correcciones mas detalladas.

Este estudio presenta ciertas limitaciones a considerar. La rápida evolución de las IA, con actualizaciones frecuentes que mejoran su rendimiento, plantea un desafío para la validez temporal de los resultados. Durante la redacción de este artículo, Google y OpenAI lanzaron mejoras significativas en sus modelos (Gemini Advanced y GPT-4), lo que resalta la necesidad de evaluaciones continuas para mantenerse al día con los avances tecnológicos.

Además, la capacidad limitada de tokens en algunas IA, como Llama 3-70b-8192, que sólo permite 8192 tokens pudo haber afectado su rendimiento, especialmente en el diálogo conductual más extenso. Aunque no contamos con un tokenizador para confirmar esta hipótesis, es plausible que la extensión del diálogo y el prompt hayan superado el límite de tokens de

Llama 3, lo que podría explicar en parte las diferencias de rendimiento observadas en comparación con Claude, que tiene una capacidad de más de 120.000 tokens, cantidad que supera con creces a todas las IA's evaluadas en la fase cualitativa.

CONCLUSIONES

En conclusión, las IA's comerciales muestran un potencial prometedor en el ámbito de la psicología, pero aún presentan limitaciones significativas. Es fundamental que los desarrolladores de IA se enfoquen en mejorar la calidad de las respuestas, abordar los sesgos y garantizar que las IA sean capaces de aplicar diferentes enfoques terapéuticos de manera coherente y ética.

Particularmente nosotros apoyamos a aquellos enfoques que tienen mayor evidencia científica. En ese sentido preferimos manejar el enfoque cognitivo-conductual y el conductual.

La evaluación continua y rigurosa de las habilidades psicológicas de las IA es esencial para asegurar que estas herramientas se utilicen de manera responsable y efectiva en el apoyo a la salud mental. A medida que las IA continúan evolucionando, es crucial que la investigación en este campo se mantenga al ritmo de los avances tecnológicos para garantizar que las IA se conviertan en aliados valiosos en el campo de la psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Búbeck, S., Chandrasekaran, V., Ronen, E., Gehrke, J., Erick, H., Kamar, E., . . . Zhang, L. (2023). Sparks of artificial general intelligence: Early experiments with gpt-4. arXiv, preprint arXiv:2303.12712.
- Google. (10 de mayo de 2024). Gemini Advanced. Obtenido de Gemini: <https://gemini.google.com/advanced>

- He, T., Fu, G., Yu, Y., Wang, F., Li, J., Zhao, Q., . . . Xiang Yang, B. (2023). Towards a Psychological Generalist AI: A Survey of Current Applications of Large Language Models and Future Prospects. arXiv, preprint arXiv:2312.04578.
- Hill-Gardner, J. (20 de julio de 2023). How the Quality of the Prompt Impacts Results with AI tools: Diamond Media Solutions. Obtenido de Diamond Media Solutions: <https://diamondmediasolutions.com/all-articles/quality-prompts-impacts-ai-tools-2023/>
- Inaba, M., Ukiyo, M., & Takamizo, K. (2024). Can Large Language Models be Used to Provide Psychological Counselling? An Analysis of GPT-4-Generated Responses Using Role-play Dialogues. arXiv, preprint arXiv:2402.12738.
- Llamas, T., Escobar, A., Santacoloma, A., Granados-García, A., Moreno, S., & Silva, L. M. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 centros de atención psicológica universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18 (4), 1-23.
- Maroto-Vargas, A., Molina-Fallas, L., & Prado-Calderón, J. (2017). Características sociodemográficas y motivos de consulta de personas atendidas en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica (2004-2013). *Revista Costarricense de Psicología*, 36 (1), 23-44.
- Meta. (10 de mayo de 2024). Presentamos Meta Llama 3: modelo de lenguaje a gran escala más potente hasta la fecha. Obtenido de Meta: <https://about.fb.com/ltam/news/2024/04/presentamos-meta-llama-3-el-modelo-de-lenguaje-de-gran-tamano-mas-potente-hasta-la-fecha/>
- Muñoz-Martínez, A., & Novoa-Gómez, M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica*, 30(1), 25-36.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 7-16.
- Telefónica. (2023). Prompt engineering: la profesión con mayor demanda en el futuro. Obtenido de Telefónica: <https://www.telefonica.com/es/sala-comunicacion/blog/prompt-engineering-profesion-mayor-demanda-futuro/>
- <https://chat.lmsys.org>. (s.f.). Obtenido de <https://chat.lmsys.org>
- <https://gemini.google.com>. (s.f.). Obtenido de <https://gemini.google.com>
- <https://groq.com>. (s.f.). Obtenido de <https://groq.com>