



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

**“ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA RELACIÓN TERAPEUTICA EN
PSICOTERAPIA. UNA MIRADA DESDE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DEL
ESTUDIO DE CASO”**

ALUMNO

CLAUDIA FERNÁNDEZ ADRIAZOLA

PROFESOR GUÍA

SILVIA REYES

VALPARAISO, MARZO, 2012

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
Planteamiento del Problema.....	9
JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA.....	9
Relevancia social.....	9
Relevancia práctica.	10
Valor teórico.....	10
Utilidad metodológica.	10
MARCO TEÓRICO	11
La Psicoterapia.....	11
Definiciones y aspectos generales de psicoterapia.....	12
Los pilares de la psicoterapia.	14
El proceso terapéutico y sus momentos.	15
Los factores constitutivos en psicoterapia.....	18
Los factores específicos.....	18
Los factores comunes en psicoterapia	19
Componentes terapéuticos.	20
La alianza terapéutica o alianza de trabajo	21
El origen de la alianza terapéutica.	23
Variables del terapeuta.....	24
Variables del consultante.	27
Variables demográficas.....	27
El diagnóstico clínico.....	28
Características de la personalidad y estilos de funcionamiento.....	28
Tipo de perturbación.	29
Complejidad de los síntomas.....	29
Creencias y expectativas de los consultantes.....	29

Disposición personal.....	30
El cambio terapéutico.....	31
Efectividad en psicoterapia.....	31
<u>Las etapas del cambio.....</u>	<u>32</u>
Precontemplación.....	33
Contemplación.....	33
Preparación.....	34
Acción.....	34
Mantenimiento.....	34
Terminación.....	35
El cambio visto desde la perspectiva del consultante.....	35
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	36
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	36
El objetivo general.....	36
Los objetivos específicos.....	36
Conceptualización.....	37
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	38
Tipo de metodología y su justificación.....	38
Diseño de la Investigación.....	39
Justificación del método.....	40
Confiabilidad y validez del estudio de caso.....	41
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	43
Elementos constituyentes de la teoría fundamentada.....	44
El muestreo teórico.....	44
Los incidentes.....	45
Método comparativo constante.....	45
Categorías y códigos.....	46
Categoría central.....	46
Codificación y Categorización.....	46
Tipos de codificación.....	47
Codificación abierta.....	47

Codificación Selectiva.....	47
La Codificación Teórica.....	47
Teoría sustantiva.....	47
Definición de la muestra.....	48
Descripción del Instrumento de medición.....	49
Estructura de la entrevista.....	51
Las preguntas.....	51
Las entrevistas.....	51
Procedimiento de Aplicación.....	53
Cronograma de actividades.....	54
ANÁLISIS Y RESULTADOS	54
Expectativas.....	55
Construcción del problema	55
Estrategias de afrontamiento.....	56
Reacciones del consultante	57
Avances terapéuticos.....	58
Características pre existentes	59
Visión del terapeuta.....	60
<i>Surgimiento de la categoría central. La Disposición negativa a la intervención como teoría sustantiva.....</i>	<i>61</i>
Visión del terapeuta aportada por el terapeuta.....	65
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	66
ALCANCES Y LIMITACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	70
Glosario	70
Entrevista nº1	73
Entrevista nº2	84
Entrevistas analizadas	97

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sincera y profundamente la ayuda brindada por los participantes de ésta investigación, profesores, compañeros, familiares y amigos, sin cuyas valiosísimas contribuciones no hubiera sido posible la realización de este estudio.

Agradezco igualmente a la profesora Silvia Reyes por su apoyo incondicional.

RESUMEN

El proceso psicoterapéutico involucra una serie de elementos, muchos de ellos de carácter subjetivo dado que surgen de la interacción y relación entre terapeuta y paciente. La presente investigación pretende rescatar la riqueza de lo subjetivo en la comprensión de la conducta humana y para lograr esto se realizará un estudio de caso desde la recopilación y posterior análisis del relato surgido desde la figura de un consultante de la unidad de atención psicológica de la Universidad Técnica Federico Santa María, quien fuera tratado desde el enfoque experiencial. El tipo de metodología utilizada en este estudio es la cualitativa, ya que permite conocer y comprender de manera particular el fenómeno con toda su riqueza y subjetividad. Para analizar los datos entregados se utilizó la Teoría fundamentada, esto permitió el surgimiento de una categoría central que da cuerpo al desarrollo de una teoría en base a este estudio.

Los resultados sugieren que la empatía, calidad humana y experticia de la terapeuta posibilitó el desarrollo de una relación terapéutica basada en la transparencia y reconocimiento de la labor. Sin perjuicio de elementos negativos que si bien entorpecieron en un momento, luego fueron incorporados y trabajados para enriquecer este proceso.

ABSTRACT

Psychoterapeutic practice involves a series of steps, many of them of subjective character that are results of therapist-patient interaction. This research aims to rescue the wealth of the subjective in human behaviour. In order to achieve this a case study will be conducted from collection and subsequent analysis of the story emerged from the figure of a consultant of the Technical University Federico Santa Maria psychological care unit who was treated under an experiential approach. The kind of methodology used in this study is qualitative as it allows knowing and understanding in a particular way of the phenomenon in all its richness and subjectivity. Conductive to analyze the data collected the Grounded Theory was used this allowed the emergence of a core category that embodies the development of a theory based on this study.

The results suggest that empathy, human quality and expertise of the therapist enabled the development of a therapeutic relationship based on transparency and recognition of the work. Notwithstanding negative elements which although hampered at a time, then were incorporated and worked to enhance this process.

INTRODUCCIÓN

La intervención en psicoterapia es un proceso de comunicación complejo que se da generalmente entre una persona que solicita algún tipo de ayuda y un profesional formado para dicho propósito. Los motivos por los cuales una persona solicita la ayuda son variados, así como el tipo de intervención escogida y los resultados obtenidos, ya que estos, no siempre coinciden con lo esperado por quien o quienes consultan. De ésta forma, las personas que asisten a psicoterapia, pueden modificar el problema por el que se acercaron en una primera instancia y/o intervenir otros conflictos. Lo importante a la luz de la siguiente investigación, es conocer cómo el cliente (persona que consulta por la ayuda) experimenta subjetivamente la relación que se irá conformando a lo largo de la intervención. Es aquí donde surgen conceptos como “alianza terapéutica” o “alianza de trabajo” (utilizados muchas veces como sinónimos) dichos conceptos responden más bien a conceptualizaciones teóricas, sin embargo, esto no significa que en el lenguaje del consultante no se encuentre presente la idea de que dicha “alianza” da cuenta o se refiere al trabajo entre el terapeuta y quien consulta.

Para comprender mejor cómo la psicología ha construido y conceptualizado términos como: “relación terapéutica”, “alianza”, “factores” y “cambio terapéutico” se realizará una revisión teórica que permita al lector contextualizar el conocimiento respecto a dichos términos y además conocer las diferentes miradas, concepciones y aristas sobre este proceso (proceso terapéutico), además se realizará una revisión a algunas investigaciones que tienen relación con lo antes expuesto.

Lo anterior, es decir, la revisión conceptual e investigativa, tiene por objeto servir de marco teórico tanto para la comprensión del lector, como para la investigación que se intenta llevar a cabo. Dicha investigación pretende realizar un “estudio de caso”, donde se intenta dar conocer cuál es la percepción que tiene un consultante respecto a cómo se generó en su experiencia, este proceso psicoterapéutico, poniendo especial atención en la manera cómo se construyó la relación terapéutica.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema.

El proceso psicoterapéutico involucra una serie de elementos, muchos de ellos de carácter subjetivo dado que surgen de la interacción y relación entre terapeuta y paciente. Esta investigación pretende rescatar la riqueza de lo subjetivo en la comprensión de la conducta humana y para lograr esto se realizará una recopilación y posterior análisis de los relatos surgidos desde la figura de un consultante, luego de que éste asistiera a un proceso psicoterapéutico tratado desde el enfoque experiencial. A través del estudio se pretende conocer y describir la percepción que un consultante de la unidad de atención psicológica de la Universidad Técnica Federico Santa María, tiene sobre la relación terapéutica que mantuvo durante su intervención, Además de señalar qué elementos la constituyeron, así como aquellos elementos que fueron especialmente relevantes para su proceso terapéutico.

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

Relevancia social.

Esta investigación intenta aportar información acerca de un aspecto fundamental de la psicoterapia Chilena, como es la percepción de los consultantes respecto a lo que ocurre en la relación con su terapeuta. Todo esto desde el análisis particular que permite el estudio de caso. Se pretende que no sólo sea el consultante participante de esta investigación el beneficiario, sino también aquellos que accedan a dicha información, como pudiese ser: alumnos de psicología de nuestro país, profesionales de distintas áreas que deseen consultar un estudio más personalizado y rescatar aspectos que puedan ser llevados a la práctica por ellos mismos, y por supuesto futuros consultantes. Por lo tanto la información respecto a la relación terapéutica, sería un aporte tanto a profesionales clínicos en formación, como a otros investigadores o profesionales interesados en el tema, así como a los consultantes, ya que al

ser considerado los elementos que fueron entregados como influyentes. Esta información puede re-elaborarse e integrarse para ser devuelto a otros usuarios de manera eficaz dentro de la intervención, podría potenciarse aquellos factores que resulten claves para el cambio además de intentar considerar aquellos aspectos que dificultaron el proceso.

Relevancia práctica.

Por lo tanto en la práctica la investigación puede aportar soluciones para optimizar la atención de los consultantes respondiendo a lo que estos puedan demandar y no sólo centrándose en la mirada de los terapeutas, respecto a lo que es conveniente entregarle a los consultantes en terapia. De esta forma se pretende valorizar la mirada subjetiva del consultante, ya que puede permitir una planificación más personalizada y donde el valor de la negociación este siempre presente. Por lo tanto la investigación puede ayudar a optimizar el tiempo invertido en las sesiones de psicoterapia uno de los recursos indispensable para el progreso de la psicoterapia.

Valor teórico.

Si bien las pretensiones de este trabajo son conocer y describir un fenómeno particular, escapa de esta investigación una proyección por si misma a una población general, sin embargo comprendemos que la suma de investigaciones puede aportar datos novedosos y reveladores, que respalden una teoría. El aporte de esta investigación radica en su carácter más íntimo y personal y a su vez entregar una mirada particular de los hechos y de ésta forma sumar información a esta área poco abordada en la realidad de nuestro campo en Chile.

Utilidad metodológica.

Dado la importancia de lo fenomenológico en la investigación, es que la metodología

escogida corresponde a la cualitativa, ya que pretende entregar un sello más personal y una mirada más particular de un fenómeno en si subjetivo como lo es la percepción que puedan tener un consultante respecto de su relación terapéutica. Es por ello que el estudio de caso pareció ser lo más acorde con este fin, así como el empleo de una entrevista semi-estructurada para levantar las categorías que nos ayuden al análisis del contenido del caso

MARCO TEÓRICO

La Psicoterapia

Entendemos por psicoterapia el proceso de comunicación que ocurre entre un psicoterapeuta, el cual es una persona entrenada para evaluar y generar cambios en una persona y un consultante o dicho de otra forma, la persona quien solicita la ayuda. A grandes rasgos la psicoterapia es un procedimiento que busca mejorar la calidad de vida del consultante/paciente/cliente (términos que aluden a la figura de la persona que busca la ayuda, pero que dependiendo del enfoque psicológico y la mirada de la “persona” es que, se realza un aspecto, algunas corrientes entonces se referirán a quien consulta como “clientes”, “pacientes”, o como “consultantes”). Ésta ayuda se pretende lograr a través de la generación de cambios en la persona, ya sea en su conducta, en sus pensamientos, en sus actitudes y en general, en la forma de enfrentar las situaciones, que para él o ella, puedan ser complicadas o imposibles de manejar por si solos. El término psicoterapia no implica en sí mismo la preferencia por algún tipo de intervención u orientación, por el contrario, el término permite denominar una amplia variedad de orientaciones y practicas al interior de la psicología. Así es como entendemos que la psicoterapia contempla una amplia variedad de enfoques, corrientes y formas de llevar a la práctica los conocimientos necesarios para “materializar” los cambios que tienen por objeto ir en ayuda de la persona que lo requiere.

Strupp (citado en Arratia, 2007) define a la psicoterapia como “un proceso interpersonal designado para brindar modificaciones en sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, las cuales presentan algún problema a las personas que buscan ayuda de un profesional

entrenado”. Según Feixas y Miró (1993) los elementos esenciales de toda psicoterapia son: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

Definiciones y aspectos generales de psicoterapia.

Existen diversas definiciones que intentan explicar el concepto de psicoterapia, sin embargo, la presente revisión no pretende agotar dichas definiciones, sino por el contrario, busca entregar una idea general del concepto psicoterapia y que es compartido en muchas de estas definiciones.

Si se busca en el diccionario de términos psicológicos, encontramos que la Psicoterapia es entendida como: “el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones. El término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico” (Diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos de English y English, 1958). Para la asociación psiquiátrica americana, la Psicoterapia es el término genérico utilizado para referirse a cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1969); autores como Zeig y Munion consideran que la psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser, se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia, o ambas cosas, afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de la vida de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas (Zeig y Munion, 1990, Citados en Feixas y Miró, 1993).

La psicoterapia se sustentaría en la idea de la existencia permanente de conflictos en la vida humana. Con esta idea surge la necesidad de hacer frente a estas complicaciones a través de lo que hoy en día podemos llamar intervenciones terapéuticas. Por lo tanto, el objetivo central

de dicha intervención es proporcionar alivio a las diferentes manifestaciones humanas de sufrimiento, las que pueden expresarse tanto a un nivel físico como emocional. Dichas expresiones pueden afectar el desenvolvimiento parcial o global de una persona y es por eso, que en muchos casos es el propio afectado (a) o en su defecto el entorno más cercano, quien solicita la ayuda de un profesional calificado para auxiliar y encontrar el bienestar bio-psico-social que le permita desenvolverse adecuadamente y de manera óptima en la sociedad. (Feixas y Miró, 1993).

De las definiciones anteriores es posible rescatar la idea básica de que la psicoterapia es una forma de abordar los conflictos personales por parte de una persona calificada, llamada comúnmente terapeuta, en pro de la ayuda de un consultante denominado comúnmente cliente o paciente.

Según Feixas y Miró (1993) la psicoterapia contemporánea surge durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina y gracias al reconocimiento del papel psicógeno en el origen de la neurosis. Esto permitió el desarrollo de lo que se conoce con el nombre de psicoanálisis. Jerome Frank (1982) señala que al ser la psicoterapia una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, se pretende aliviar el sufrimiento de quien consulta a través de una serie de técnicas, pero principalmente por medio de acciones comunicativas. Otros autores como Alexander y French (citado en Arredondo y Salinas, 2005) consideran ésta interacción como una instancia que se orienta a la “reeducación emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva".

El objetivo central de toda intervención psicoterapéutica, es auxiliar a quien solicita dicha ayuda y para ello se trabaja con problemas de orden psicológico. Dicho problema es construido en gran parte por la subjetividad del consultante, es decir, el problema será aquello que él considere problemático y respecto del cual el terapeuta, por medio de su experticia pueda hacerse cargo. En este punto juega un papel trascendental la percepción y las expectativas de ayuda que posea el consultante, respecto del terapeuta. Los problemas del

cliente lo conflictúan de tal manera que impiden la correcta adaptación de este al entorno. Hablar de enfermedad no sería lo adecuado en este caso, ya que además de ser un término extraído del modelo bio-médico en estricto rigor estas dificultades no son algo que la persona tenga como quien tiene una enfermedad. Comúnmente la representación social de esta serie de comportamientos son rotulados, bajo el nombre de trastorno o locura, sin embargo, el problema psicológico no se agota en ellos. Krause (2005) respecto a esto señala “Antes de asistir a terapia, la definición de los problemas que amerita atención psicológica es ambivalente y está socialmente presente la idea de locura”.

Según Krause (2005) “el problema psicológico no es algo que se defina de una vez y para siempre, sino todo lo contrario, su definición y redefinición es parte de todo el proceso psicoterapéutico”. Una hipótesis plausible respecto a qué es lo que fomentaría la búsqueda de ayuda, es la propuesta entregada por Jerome Frank (1982) quien señala que los pacientes acuden no sólo por los síntomas, sino también por el sentimiento de desmoralización, concebido éste como un estado mental caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: Incompetencia subjetiva, pérdida de la autoestima, alienación, desesperanza o desamparo.

Según lo expresado por este mismo autor, “el grueso de la mejoría que resulta de cualquier forma de psicoterapia se basa en la habilidad para restaurar la moral del paciente”.

Los pilares de la psicoterapia.

En términos generales los pilares fundamentales de toda psicoterapia son: por una parte sus bases teóricas, las que se siguen lógicamente de los planteamientos científicos y por otra parte la técnica, que es entendida como la forma en que la teoría puede ser aplicada. Para que esto sea efectivo, la técnica debe tener una adecuada sistematización, sólo así logrará orientar a los profesionales. No es requisito fundamental que cada teoría tenga una técnica, ni mucho menos un manual, al contrario es mejor referirnos a las técnicas como orientaciones prácticas de los distintos planteamientos teóricos. (Arratia, 2007)

La relación de ayuda comienza con la construcción de la relación terapéutica. Se entiende

por relación terapéutica a la interacción establecida entre el terapeuta y su consultante. Esta interacción incluye el establecimiento de límites en el actuar de las partes, las obligaciones y derechos, así como aspectos del cobro por servicios, número de sesiones, etc. Es un término más general y amplio que el de alianza de trabajo o alianza terapéutica del cual en principio se puede decir tiene una relación más directa con el vínculo establecido entre las partes. (Botella y Corbella, 2003). Según Krause (2005) “la relación terapéutica es el contexto en que ocurre o desde el cual se impulsan los cambios psicológicos de los consultantes”. Una característica fundamental de esta relación es su carácter asimétrico. Este carácter asimétrico es posible gracias a la construcción de la figura de terapeuta como experto y a la aceptación de la propia necesidad de ayuda. Otro aspecto importante de la relación terapéutica es la construcción del setting terapéutico, el cual se caracteriza por ser un contexto intersubjetivo donde se define el intercambio de pago por servicios. Este setting se desarrolla en un ambiente físico neutro, se definen y explican el marco legal que rige la profesión de psicoterapeuta y se establecen las bases de la relación de trabajo o acting del terapeuta (Calderón, 2010). En la construcción del setting, el terapeuta utiliza una serie de estrategias que tienen por objeto: reforzar la demanda de terapia del cliente; preparar a los clientes para la terapia; co-crear expectativas realistas; acentuar la responsabilidad del cliente; proporcionar alivio a los síntomas y desarrollar una relación terapéutica positiva. (Calderón, 2010).

El proceso terapéutico y sus momentos.

El proceso psicoterapéutico supone recorrer una serie de etapas. (Fisch y Weakland, 1984). De manera general podemos resumir este proceso en cuatro grandes momentos. El primer gran momento, hace referencia al contacto inicial. En el que se establece el rapport o contacto inicial, el cual intenta descubrir cuál es el problema que aqueja a la persona y por qué solicita ayuda. Esta instancia le permite al terapeuta mostrar compasión, empatía y comprender los orígenes del problema, para luego definirlo de la mejor forma posible. Según Fische y Weakland (1984) el objetivo primordial del terapeuta, en el transcurso de esta primera entrevista, consiste en recoger la información más relevante para el caso, como lo es: la

naturaleza del problema, los mecanismos de afrontamiento de la persona, los objetivos mínimos del cliente, así como también considerar los aspectos lingüísticos y no lingüísticos que el paciente utiliza.

El rapport tiene por objeto ordenar y recopilar información relevante para desarrollar la terapia, así como también entregar confianza, comodidad, seguridad y un clima favorable para la realización de una comunicación efectiva. Mucho del éxito en psicoterapia dependerá de la relación que se construya bajo este clima, donde no sólo se debe explorar los hechos, sino también los sufrimientos, valorándolos, demostrando interés y empatía cuando dicho sufrimiento es exteriorizado. (Botella y Corbella, 2003). Por medio de esta entrevista inicial también se busca captar el nivel de comprensión que posea el cliente respecto de sus problemas. Según el DSM IV-TR el terapeuta establece dos tipos de objetivos, el primero construido con el paciente y el segundo basado en la naturaleza del conflicto, también conocido como objetivo terapéutico. (DSM IV-TR, 2000).

El segundo momento de este proceso psicoterapéutico puede reconocerse con el nombre de diagnóstico, entendido éste como una instancia de revisión y análisis y no sólo como un concepto extraído de la terminología bio-médica. Durante este momento la información recopilada es organizada para poder, de cierta forma “predecir el curso de la psicoterapia” y así seleccionar las estrategias que resulten más adecuadas tanto para la persona afectada, tomando en cuenta sus características personales, como para el tipo de problema que está atravesando en ese momento. Es importante establecer algún tipo de diagnóstico entendido éste como una evaluación general, una forma de establecer lo que le ocurre a la persona y de ésta forma poder definir un plan de acción, pronóstico y curso de la intervención que se realizará con el paciente. En general podemos decir que aquello que se busca, ya sea por medio de exámenes físicos, observación, consultas u otras técnicas que considere pertinente el terapeuta, tiene como fin un interés por establecer las bases del futuro de la terapia y de ésta forma ayudar de la mejor manera a la persona dado las características que traiga a terapia. Una vez terminado este proceso, se espera que el paciente resulte lo más enriquecido posible, logrando un nivel de abstracción del conflicto que le permita generalizar los recursos entregados para luego aplicarlos a futuras situaciones conflictivas. (Fisch y Weakland, 1984).

Se debe agregar que dicho diagnóstico no es un proceso rígido, que no permita revisión y modificaciones, por el contrario es un ejercicio de ayuda para ambas partes, que intenta dar un “curso” a la terapia, y que dependiendo del enfoque o corriente será reconsiderado, enriquecido, modificado, las veces que sea necesario.

El tercer momento de la psicoterapia es similar al anterior y ocurre cuando se realizan las distintas intervenciones propiamente tal. Estas intentan ayudar al paciente a salir de su conflicto previo establecimiento de objetivos de trabajo u objetivos terapéuticos, además de la planificación de estrategias de intervención, dependiendo de la línea de trabajo del terapeuta y las que, dado el carácter dinámico de la psicoterapia, están sujetas a los cambios que surgen en las distintas sesiones. Por esa razón no son planes fijos ni rigurosos, al contrario son más bien flexibles y tiene por objeto orientar el actuar de los participantes. (Fisch y Weakland, 1984).

El cuarto momento en la psicoterapia, se relaciona con la conclusión del proceso y el término de la intervención. Para el cierre de este proceso es conveniente conocer los motivos por los cuales se pone fin a la intervención, ya que este puede tener más de una explicación, por ejemplo: provenir del deseo del propio paciente, quien sintiendo o no que su problema ha sido resuelto, decide dar por terminada la relación. (Fisch y Weakland, 1984) Otra posibilidad es que sea el terapeuta quien considere que su cliente ha logrado los objetivos planteados en terapia, también puede ser el caso que el terapeuta realice una derivación del paciente a otros especialistas, deserción del consultante, entre otras posibilidades que justificarían el término de este proceso.

Según Beitman (1987) las fases de la psicoterapia proporcionan una guía para el desarrollo de distintos módulos de trabajo. Las fases según este autor serían: compromiso, búsqueda de pautas disfuncionales, cambio y terminación.

Cada una de estas fases estaría asociada a objetivos particulares, por ejemplo el objetivo de la primera fase es la construcción de una relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta. En la segunda fase, se realiza una búsqueda de pautas disfuncionales, por lo tanto

el objetivo sería definir las pautas de pensamientos, sentimientos y/o conductas que si logran ser modificados, producirían resultados deseables para el paciente. Durante la tercera fase los terapeutas buscan y utilizan distintas estrategias para cambiar las antiguas pautas de comportamiento. En la última fase se busca que los beneficios obtenidos por el paciente se mantengan, ahora fuera de la terapia, ya que ésta llega a su fin.

Los factores constitutivos en psicoterapia.

Los factores específicos

En un comienzo las investigaciones que buscaban encontrar aquellos factores claves, que explicarían el éxito o la falta de esta una intervención, se centraron en aspectos denominados como “específicos”, llámese, el enfoque terapéutico, las técnicas específicas y el papel del terapeuta como experto. Es decir, el interés se centraba en aquellos aspectos más rígidos del proceso psicoterapéutico. Sin ir más lejos, los estudios de Eysenck (1952) son los que marcan el inicio de la búsqueda de la explicación de la efectividad en psicoterapia. Sin embargo, estos estudios entregaron resultados controversiales respecto de la eficacia en psicoterapia, puesto que sólo consideraban el análisis de estos factores específicos en psicoterapia. El estudio se centraba en un análisis comparativo entre la psicoterapia psicoanalítica versus los resultados obtenidos por lo que él (el investigador) denominó psicoterapias “eclecticas”. Los resultados del estudio fueron lapidarios, ya que demostraban como nulos los resultados que obtuvo el psicoanálisis como intervención. Luego el mismo autor, comparó a grupos de pacientes tratados versus grupos de pacientes no tratados; señalando que prácticamente no existen diferencias entre ambos grupos y que ambos oscilarían en alrededor de un 70 % de mejoría. Además se llegó a la conclusión de que el no tratamiento es superior al tratamiento, en un 5 %. Luego de dichos resultados, las investigaciones se centraron en la búsqueda de otros factores, intentando dar respuesta al cambio en las personas, cambios durante la psicoterapia. De esta manera, surgen las investigaciones con miras a los factores inespecíficos en psicoterapia o factores comunes.

Los factores comunes en psicoterapia

Safran (citado en Santibáñez y Cols, 2009) realizó un análisis con relación a la investigación en psicoterapia y concluyó que sólo el 15 % del cambio en terapia puede atribuirse a los factores específicos, mientras que un 45 % se le atribuyen a los factores inespecíficos. Según Krause (2006). Los modelos más importantes que abordan el tema de los factores inespecíficos son los propuestos por autores como Frank (1982), Bandura (1977) y Karasu (1986). Jerome Frank (citado en Santibáñez y Cols, 2009) señala que los aspectos comunes permitirían comprender la influencia terapéutica, indicando que: “el establecimiento y mantención de una relación de carácter significativo entre los participantes de la psicoterapia; la confianza y esperanza para aliviar el sufrimiento; la entrega de nuevas herramientas e información al paciente para potenciar un aprendizaje efectivo; la facilitación de la activación emocional; trabajar en el aumento de las sensaciones de dominio, empoderamiento y autoeficacia, el incremento de las oportunidades para verificar los avances, logros y cambios en la práctica terapéutica, serían los elementos comunes a todas las psicoterapias”. Con relación a los factores inespecíficos o comunes, Frank (1982) identificó al menos seis factores inespecíficos que determinan la eficacia de cualquier forma de psicoterapia: una relación emocional de confianza; aceptación por parte del paciente de la racionalidad del tratamiento; la entrega de una nueva información; el esfuerzo de las expectativas del paciente con relación a recibir ayuda; brindarle experiencias exitosas y facilitar la percepción de su mundo emocional. Bandura (citado en Santibáñez y col, 2009) por otra parte destaca el concepto de autoeficacia como un importante factor común, señalando que “la confianza de las personas sobre su eficacia determinaría la conducta, las metas y en definitiva la forma de resolver los problemas”.

La búsqueda de elementos que expliquen la mejoría o el cambio terapéutico, llevó a la consideración de estos factores inespecíficos, hoy en día llamados factores comunes en psicoterapia. Se denominan de esta forma, ya que son factores compartidos por todas las formas de hacer psicoterapia. Así es como el interés de los investigadores ya no se centró en las diferencias entre las orientaciones, sino en aquellos elementos compartidos por éstas. Para Jerome Frank, (1982) “la psicoterapia no es sólo el conjunto de conocimientos científicos y

técnicas del cambio, a menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y a soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal”. Dicho proceso se sostiene sobre una relación de confianza emocionalmente cargada, entre una persona que busca ayuda y otra que ofrece dicha ayuda. Todos los terapeutas aprecian la importancia de la relación terapéutica y se esfuerzan por utilizar esta relación de la manera más constructiva posible (Jerome Frank, 1982). Del mismo modo, un proceso psicoterapéutico se sostiene sobre un fundamento racional, esquema conceptual o mito. El marco racional proporciona una explicación plausible a los síntomas del cliente y prescribe un ritual o procedimiento para resolver estos. Lo importante aquí es que no importa tanto qué tipo de razonamiento teórico se sigue, con tal de que el cliente y el terapeuta estén de acuerdo acerca de su empleo y tengan fe en el mismo (Calderón, 2010). “El proceso psicoterapéutico en sus inicios, curso y finalización, puede ser descrito como un ritual. Este ritual requiere de la participación activa tanto del cliente como del terapeuta, ya que ambos creen que es el medio para restaurar el bienestar del cliente” (Calderón, 2010). La mayoría de los componentes terapéuticos compartidos buscan combatir la desmoralización.

Componentes terapéuticos.

Los siguientes son componentes terapéuticos propuestos por autores como: Goldfried y Padawer, Marmor. Rosenzweig, (citados en Frank, 1982).

- Una relación emocional de confianza con una persona que ayuda. Esta relación es condición necesaria y según Roger (citado en Frank 1982) condición suficiente para mejorar en cualquier tipo de psicoterapia. Se debe aclarar que esta última afirmación no es compartida por todos los autores.
- Un ambiente de cura que reafirme el prestigio del terapeuta y refuerce la expectativa de ayuda que trae el consultante. Este ambiente cargado de símbolos como los diplomas o títulos o grados académicos facilitarían, según estos autores, la confianza que es deseable desarrollen los clientes hacia su terapeuta.

- Esquema racional, conceptual o mito que ofrezca una explicación plausible para los síntomas del paciente.
- Un ritual donde se requiere la participación activa tanto de paciente como de terapeuta.

Si bien todas las orientaciones psicoterapéuticas tienen rasgos que las diferencian tanto en sus orígenes, fundamentos y procedimientos, existen elementos compartidos que adquieren un valor fundamental para el desarrollo y el éxito de la intervención. Según Kendall, Philip C. y Norton–Ford (1988) estos elementos serían: (a) La relación que se establece en psicoterapia es de carácter genuina y cuidadosa, (b) El psicoterapeuta ayuda al paciente a una autoexploración psicológica.

En dicha relación se da un trabajo en equipo para establecer objetivos que buscan resolver los problemas psicológicos que aquejen al paciente y así ayudar en su desenvolvimiento personal.

Las técnicas que entrega el psicoterapeuta tienen como objetivo hacer frente a las complicaciones presentes y futuras del paciente.

La alianza terapéutica o alianza de trabajo

La estructura de la situación terapéutica; la función del terapeuta; la forma de interacción y la forma en que se organizan y transmiten los contenidos. Son considerados como factores comunes y compartidos en psicoterapia por autores como Krause, Orlinsky & Howard. (2006) Asay y Lambert (citado en Krause y Cols, 2006) dividen los factores comunes en cuatro áreas generales, asignándoles un porcentaje que se relaciona con su contribución a la mejoría de las personas en psicoterapia

- Factores del cliente y eventos extraterapéuticos (40 %)
- Factores de la relación terapéutica (30 %)
- Expectativas y efecto placebo (15 %)
- Factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15 %)

De las anteriores dimensiones y para efectos de la investigación, se estudiará la dimensión que tiene relación con el trabajo terapéutico o relación terapéutica deteniéndonos en su componente central, la alianza terapéutica o alianza de trabajo. Es por ello que se hará una revisión más intensa de ellas en los apartados siguientes.

La alianza de trabajo o alianza terapéutica parece ser el factor más importante al momento de analizar el proceso psicoterapéutico, esto pues se le atribuye la posibilidad de predecir los resultados de la terapia, así como la efectividad que esta tendrá (Gastón, Marmor, Thompson y Gallager, citado en Reyes, 2005). Se hace evidente en este punto profundizar en lo que significa la alianza de trabajo o alianza terapéutica, como base que permite el surgimiento de los factores inespecíficos. Greenson (citado en Kleinke, 1998) señala que la calidad de la alianza determina la capacidad del cliente de trabajar con un propósito. Bordin (citado en Kleinke, 1998) señala tres componentes esenciales de la alianza de trabajo.

- Las tareas, entendidas estas como las responsabilidades asumidas tanto por terapeutas y clientes
- Las metas u objetivos, los cuales son acordados de antemano por las partes involucradas.
- Los vínculos establecidos en la relación, entre terapeuta y cliente.

Uno de los grandes autores que se refiere al poder de la alianza terapéutica, es la figura Carl Rogers. Según este autor, los tres ingredientes de una relación de ayuda eficaz son: autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional (Rogers, 1964). Lo anterior, serían elementos que el terapeuta entrega y pone al servicio de la relación,

- Autenticidad: Entendida como la entrega completa y sincera, lo que permite compartir con el cliente sus emociones y reacciones.
- Empatía: Entendida como el comunicar al otro “no estás sólo”. Esto ayudaría al cliente a tomar una disposición positiva hacia la ayuda, anima de manera no enjuiciadora a cuestionarse lo que le está ocurriendo y le permite como cliente tomar consciencia del momento por el que atraviesa.
- Aceptación positiva incondicional. Esto significa “yo estoy de tu parte y te valoro como persona”, esta valoración permite la apertura del cliente a la experiencia, ya que

el terapeuta intenta transmitirle que no importan los altibajos por los que éste pase, ya que siempre será valorado como persona. El terapeuta ayuda con esto a una mayor autoaceptación y autoestima por parte del cliente.

El origen de la alianza terapéutica.

Su origen sería freudiano, puesto que este autor es uno de los primeros en referirse a este tipo de relación. Freud describe en sus trabajos, la relación que se establece entre paciente y analista como una forma de transferencia y además la cataloga como un tipo de transferencia positiva. Según Botella y Corbella (2003) la psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Zetzel (citado en Botella y Corbella, 2003) distingue entre transferencia y alianza señalando que esta última sería la parte no neurótica de la relación que posibilitaría en insight.

Hartley (citado en Botella y Corbella, 2003) menciona que la alianza está compuesta por “la relación real” (el vínculo entre ambos) y “la alianza de trabajo” (capacidad de trabajo conjunto hacia los objetivos previstos).

A pesar de la importancia que se le da a la alianza terapéutica como predictora de éxito en la terapia, Bordin (citado en Botella y Corbella, 2003) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico. Bordin (1976) entrega una definición transteórica de este concepto, sugiriendo que la alianza sería una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y consultante. Plantea a su vez que: los vínculos, tareas y metas serían los que constituyen la alianza y en combinación definirían la calidad y fuerza de toda alianza. La calidad del vínculo media entre el grado en que consultante y terapeuta son capaces de negociar un acuerdo acerca de las tareas y las metas de la terapia y este acuerdo a su vez media en la calidad del vínculo (Safran & Muran, citado en Santibáñez, 2009). La capacidad del paciente para establecer una relación de confianza y estabilidad será fundamental para la efectividad de la terapia, incluso un desacuerdo en una tarea puede dar cuenta de un tema relacional nuclear y nos dice algo de la persona y su conflicto. El terapeuta trabajará con esta información y la devolverá de la manera que le resulte más provechosa al

consultante. Por lo tanto los sentimientos y actitudes demostrados por los participantes en psicoterapia, serían el aspecto central de lo que llamamos alianza terapéutica.

La relación terapéutica, se basa necesariamente en la confianza entre las partes y el compromiso de un trabajo en equipo. Según Lambert (1992) la relación terapéutica explica en un 30 % el cambio de los consultantes. Por lo tanto, las percepciones que tengan los pacientes respecto a la relación con el terapeuta influyen fuertemente en sus motivaciones y en el curso mismo de la terapia. Por otra parte, Rogers (1964) afirmaba que el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación. Por lo tanto, es congruente pensar que las condiciones pre existentes de los consultantes serán quienes posean un mayor grado de incidencia en los cambios que pueden producirse en psicoterapia y claro está, en las formas posteriores de resolver los conflictos. De ahí la importancia del grado de involucramiento de los consultantes.

Dentro de las responsabilidades del terapeuta se encuentra el entregar las herramientas y facilidades para la creación de un vínculo favorable entre terapeuta y consultante. Krause (2006) plantea que la ausencia de un ajuste emocional, entendido como un sentimiento de simpatía y confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. Este nivel de involucramiento o ausencia de él, se hace evidente en fases tempranas de la relación, siendo los clientes quienes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva con su terapeuta (Krause, 2006)

Variables del terapeuta.

Si bien el tema central de la investigación es la relación terapéutica, las dimensiones del consultante y del terapeuta resultan indisolubles y fundamentales para comprender dicha relación terapéutica.

Para poder desempeñar el papel de psicoterapeuta, se necesita por una parte, poseer ciertos conocimientos teóricos, así como también el desarrollo de ciertos elementos personales, los

cuales se vuelven deseables para una intervención de carácter eficaz. De esta forma, se entiende que el rol del terapeuta tiene dos dimensiones, la dimensión personal (por ejemplo personalidad y experiencia de vida) y la dimensión profesional, es decir, su formación académica como terapeuta. Las variables propias de cada terapeuta interactúan de distinta forma con las de su consultante, es por esto que resulta difícil establecer una separación de ellas y por medio de dicha distinción determinar quién y de qué forma ha influido en el proceso terapéutico.

Para describir las variables de los terapeutas se trabajará con la clasificación de las variables del terapeuta elaborada por Winkler y cols. (Citado en Santibáñez, 2009) los cuales consideran importantes la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional que posee el especialista.

- Actitud: Según Strupp (citado en Santibáñez y Cols, 2009) el terapeuta debe tener una actitud que permita un clima terapéutico facilitador del cambio que incentive la autoexploración de los consultantes. Debe además ser una persona respetuosa, con capacidad de aceptación y cálido al trato, además de ser un profesional que se esfuerce por no criticar, juzgar, ni reaccionar emocionalmente frente a las posibles provocaciones.

Gran parte de los estudios en relación con la actitud del terapeuta son estudios realizados por la escuela rogeriana, la cual destaca que las condiciones necesarias y suficientes para promover el cambio son “la calidez, aceptación incondicional, autenticidad y congruencia, pero por sobre todo la empatía” (Rogers, citado en Santibáñez y Cols, 2009).

- Habilidades: Ruiz y Cano (1999) mencionan que las habilidades de un terapeuta son un conjunto de aptitudes y actitudes que éste debe tener para dedicarse a la práctica clínica. Dichas habilidades tienen la característica de estar centrada en su persona, además de ser independiente de la postura teórica a la que adhiera el terapeuta.

Los autores distinguen una serie de requisitos previos para llevar a cabo esta práctica, estos

serían: tener un interés genuino por las personas y su bienestar; poseer un elevado nivel de autoconocimiento; poseer un compromiso ético y potenciar y fomentar las actitudes que favorecen la relación terapéutica mencionadas por la escuela rogeriana.

- **Personalidad.** Poseer una personalidad saludable permite obtener mejores resultados en las intervenciones, siendo ésta una característica deseable tanto por parte del paciente, como del terapeuta. Poseer una personalidad considerada como madura y tener satisfechas las necesidades básicas también son elementos fundamentales para obtener logros en psicoterapia.
- **Nivel de Experiencia:** A mayor edad y experiencias de los terapeutas suelen ser más empáticos y exploratorios, por el contrario, aquellos terapeutas inexpertos adoptan sólo de manera esporádica actitudes confrontacionales e interpretativas. Los terapeutas con mayor experticia presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes (Feixas y Miró, 1993). Sin embargo, los estudios no son concluyentes respecto a este punto, lo que ha llevado a pensar que la efectividad de algunos factores es independiente de la formación y la experiencia (Winkler & Cols, citados en Santibáñez, 2009).
- **Bienestar Emocional:** El estar más consciente de las propias limitaciones y del estado emocional que el terapeuta demuestra hacia los consultantes, puede ayudar a que los terapeutas sean más sensitivos y capaces de responder eficazmente a los problemas emocionales del paciente.

Son varias las características destacadas que debería poseer el terapeuta y que ayudarían a una intervención eficaz. Se pueden agregar a las antes mencionadas: la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir sólo por citar algunas.

Sin embargo, el nivel de involucramiento del paciente y su percepción de las habilidades del terapeuta son los aspectos de mayor incidencia a la hora de obtener logros en la intervención. Esto según Brammer (citado en Santibáñez, 2009).

Variables del consultante.

Las Variables del paciente son variables pre-existentes, consideradas las mejores predictoras del resultado en psicoterapia en especial del cambio sintomático y global (Luborsky, Mintz y Christoph, 1979). Krause (citado en Santibáñez y cols, 2009) identificó cinco condiciones del paciente, que en su opinión, resultan relevantes para que se produzca el cambio, además de ser anteriores al inicio de psicoterapia. Estas condiciones serían:

- Experiencia de los propios límites.
- Aceptación de la necesidad de ayuda.
- Cuestionamiento de los modelos explicativos personales.
- Transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, así como del desarrollo de metas para la terapia.
- Expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (setting) de la relación de ayuda.

Las características individuales de los consultantes serían factores que condicionan los resultados en terapia (Luborsky, Mintz y Christoph, 1979; Bergin y Lambert, citado en Santibáñez, 2009). Los esfuerzos por establecer una buena relación terapéutica pueden frenar las complicaciones que se tienen producto de las discrepancias entre terapeuta y paciente (Orne y Wender, 1968; Terest-man, Miller y Weber, 1974, citado en Santibáñez, 2009). De las variables propias del consultante o paciente, las que más se destacan con relación a los resultados obtenidos en psicoterapia se encuentran: las variables demográficas, el diagnóstico clínico, las expectativas y la disposición personal (Winkler y cols, 1989, citado en Santibáñez, 2009).

Variables demográficas.

Estas corresponden a género, edad y nivel socioeconómico. Respecto del género podemos decir que no existen estudios concluyentes respecto al grado de influencia de este factor en los resultados terapéuticos, sin embargo, en determinadas circunstancias es mejor considerar

la participación de determinado género, por sobre otro. Por ejemplo, en casos de mujeres víctimas de abuso sexual, probablemente prefieran ser asistidas por terapeutas de su mismo sexo. Con relación a la edad de los consultantes, se considera que consultantes más jóvenes son más flexibles y con menos costumbres arraigadas, sin embargo, los estudios respecto a este punto no tendrían un apoyo empírico considerado (Smith, 1980 y Garfield, 1994, citado en Santibáñez, 2009). Con respecto al nivel educacional y socioeconómico de los consultantes, se ha postulado que a mayor escolaridad y nivel socioeconómico, mayor será la permanencia en el tratamiento (Mac Nair & Corazzini, 1994, citado en Santibáñez, 2009). Por otra parte, Fisher y Cohen (1972) señalan que las actitudes positivas hacia la ayuda profesional tienden a aumentar en la medida que el consultante pertenezca a un nivel educacional superior; sin embargo, se debe señalar que estos resultados han sido controvertidos.

El diagnóstico clínico.

Incluye características de la personalidad y estilo de funcionamiento; el tipo de perturbación y el nivel de complejidad de los síntomas (Santibáñez y Cols, 2009)

Características de la personalidad y estilos de funcionamiento.

Algunos autores indican que los consultantes que se construyen así mismos de una forma negativa al inicio de la terapia, tienen una mayor mejoría (Feixas y Miro, 1993). Por otra parte, la inteligencia, la flexibilidad, la variedad en intereses, la profundidad de los sentimientos, la habilidad para producir asociaciones, el nivel de energía, la fuerza del yo y el grado de integración del mismo, el nivel de estrés, la productividad verbal, todos ellos estarían relacionados con el éxito en la terapia (Garfield, 1978, citado en Santibáñez y Cols, 2009); se señala además que los consultantes con locus de control interno tienden a estar mejor con tratamientos que les permiten un grado mayor de control, por lo que se beneficiarían más con terapias no directivas, ya que la atribución que realizan los consultantes de los resultados en terapia los atribuyen a su propio esfuerzo; por el contrario, aquellos consultantes con locus de control externo se beneficiarían con tratamientos

directivos, en los que los determinantes externos de la conducta son el foco del tratamiento. Aquellos consultantes con estilo defensivo externalizador, se benefician más de terapias conductuales. En cambio, consultantes con estilo defensivo interno y alta reactancia, se benefician más de terapias que favorecen el insight (Santibáñez y Cols, 2009).

Tipo de perturbación.

Se le considera que es la variable más consistente en relación con los resultados del tratamiento (Bergin & Lambert, 1978; citado en Santibáñez y Cols, 2009). De esta forma, los consultantes con perturbaciones leves tanto afectivas como conductuales mostrarían mayor mejoría. Por el contrario, aquellos consultantes con resultados en MMPI que indican paranoia y esquizofrenia presentarían escasos índices de mejoría. Podemos señalar que en general aquellas personas que poseen un alto grado de desorganización mental obtienen resultados menos satisfactorios de la psicoterapia.

Complejidad de los síntomas.

Beutler (citado en Santibáñez y Cols, 2009) concluyó que aquellos consultantes que presentaban un tipo de síntoma específico o también llamado paciente mono sintomático, respondían de mejor forma a los tratamientos con orientaciones conductuales. Al contrario aquellos pacientes con una gran variedad de síntomas se beneficiaban más de terapias de insight.

Creencias y expectativas de los consultantes.

Las creencias y expectativas que los pacientes poseen respecto a la terapia pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo y éxito de la misma (Frank, 1982). Autores como Lorion (citado en Santibáñez y Cols 2009) señalan que las expectativas afectan una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre ellos la duración de tratamiento, resultados y deserción del mismo. No se debe pensar que las expectativas se refieren sólo a elementos de la terapia propiamente tal, sino también a aspectos propios del terapeuta, como por ejemplo, las creencias en relación con el logro (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986; Navarro, Schindler &

Silva, 1987; Zalaquett & cols. Citado en Santibáñez, 2009).

Cuando un consultante prevé que el tratamiento excede sus expectativas, éste abandona las intervenciones entre la primera y quinta sesión. Zalaquett y Cols (citado en Santibáñez y Cols, 2009). Estos mismos autores indican que los consultantes en general presentan una gran cantidad de información y expectativas erradas en relación con lo que ocurre en psicoterapia, su proceso y objetivos, si bien esto es independiente del nivel socioeconómico del consultante, estas expectativas erradas son un poco más agudas en aquellas personas de estratos bajos, ya que muestran una reacción de vergüenza ante la necesidad de tratamiento.

Disposición personal.

Tener una disposición negativa a la intervención y a la ayuda que puede ser entregada por un profesional, entorpece el trabajo de este y a su vez hace que el consultante no aproveche dicha intervención. (Santibáñez, 2009).

El cambio terapéutico

Efectividad en psicoterapia

A raíz de los cuestionamientos de Eysenck sobre la efectividad de la psicoterapia, es que se comienza a investigar con detenimiento el tema. Dichos resultados pusieron en evidencia la carencia de diferenciación entre distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad, lo que se tradujo en un desconocimiento respecto de qué tipo de intervenciones produce determinados efectos. A esto se le denominó, la “paradoja de la equivalencia” interpretándose en algunos casos como problema metodológico, impulsando nuevos estudios. Lo anterior dio origen a tres tipos de estudio:

1. Los vinculados con el proceso terapéutico, estos se centran en la interacción y el proceso estudiando los episodios relevantes de cambio terapéutico.
2. Estudios de los factores de cambio inespecíficos, los cuales pretenden descubrir qué factores transversales a las distintas intervenciones resultan ser responsable del cambio.
3. Los estudios que relacionan tratamientos y problemas, se preocupan de elaborar listas donde relacionan ciertos tratamientos con determinado tipo de problemas.

(Ávila, Caro, Orlinsky, Coscolia, Rodríguez y Alonso 2000, citado en Andrade, 2005)

Al intentar determinar la efectividad de la terapia por medio de pruebas que corroboraran la existencia de determinados factores específicos, como por ejemplo técnicas o experticia, se llegó a la conclusión que dicha efectividad tiene relación con factores inespecíficos, además de otros como por ejemplo: compromiso, comprensión, aspectos independientes de la formación profesional y experiencia. (Santibáñez, 2009) Lo anterior no significa que se deba olvidar o renunciar a los factores específicos.

Elliot (citado en Krause y Cols, 2006) identifica una serie de episodios de cambios, entre los que se mencionan: los momentos de resolución de problemas; episodios de conciencia (“awareness”); episodios de apoyo; momentos de insight. Así como momentos en los que se tratan temas personales; en los que se exploran y describen sentimientos y momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento (Hill, citado en Krause y Cols, 2006). De

acuerdo con lo señalado por Frank (1982), un primer cambio es disminuir el sentimiento de desmoralización con el que llegan los consultantes a terapia. Este planteamiento es apoyado por otras investigaciones entre las que se cuentan: Elliott; Joyce & Piper; Snyder, Michael, & Cheavens (citados en Krause y Cols, 2006). Mahrer y Nadler (citado en Krause, 2006) compilaron una lista de momentos en los que los clientes muestran avances terapéuticos. Entre los momentos positivos señalan: la exploración de sentimientos, la a floración de material reprimido, los insights, la expresión de sentimientos profundos hacia el terapeuta y la implementación de nuevas formas de comportamiento.

Un estudio de Connolly y Strupp (citado en Krause, 2006) basado en la percepción de los consultantes, mostró la existencia de cuatro conglomerados de cambio: mejoría sintomatológica, mejoría en la autocomprensión, mejoría en la autoconfianza y mayor autodefinición.

El proceso de cambio comienza antes de la terapia y no finaliza una vez terminado este proceso, sino al contrario continúa a lo largo de la vida del consultante, ya que los elementos que permitieron el cambio, provienen tanto de la esfera intra como extra terapéutica. El proceso de cambio se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación va incrementando progresivamente.

Las etapas del cambio.

Si bien las investigaciones de Eysenck, nos llevan a pensar que no es la orientación del terapeuta la que genera el cambio. Si es posible pensar en algunos elementos comunes que lo hagan posible.

Según Prochaska el “gran nexos” a través de los tratamientos sugiere que hay vías comunes para el cambio, independientemente de cómo las personas sean tratadas en la terapia. (Prochaska, 1999). Esto llevó a que el autor pasara de una indagación comparativa de los

sistemas principales de psicoterapia, a realizar una búsqueda transteórica para diferenciar los procesos comunes de cambio a través de esos. El autor logró identificar diez procesos que supuso estaban entre los acercamientos más poderosos para producir cambio. Luego de la revisión de este hallazgo, Prochaska y DiClemente (1982) consideran que son seis las principales etapas del cambio las que en un principio fueron aplicadas a pacientes con algún tipo de problema de consumo de sustancia, sin embargo, el modelo es perfectamente aplicable a las distintas etapas por las cuales atraviesa una persona que se enfrenta a un problema de otra índole en su vida. Gracias a estas investigaciones es posible hoy en día predecir, con cierto grado de certeza: quién ingresa a terapia, acaba la terapia y la lleva a un buen término.

El cambio es un proceso que se desarrolla a través del tiempo, en una progresión de seis fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización.

Precontemplación.

En esta etapa los consultantes no tienen conciencia de la existencia de un problema en sus vidas y por lo tanto no hay una intención de cambiar la situación en la que viven. Según Prochaska la persona puede estar en esta fase por desinformación respecto a las consecuencias de sus comportamientos, en varios momentos pueden haber intentado cambiar, pero se han desmoralizado y no continúan con el cambio, otras veces niegan el problema y se vuelven más defensivos. Al no existir una motivación inherente, la persona puede permanecer años en esta fase. Sin embargo, el autor identifica dos fuentes de motivación importantes, uno referido a los eventos del desarrollo y otro referido a algunos eventos naturales (Prochaska, 1999). Debido a la falta de conciencia del problema, resulta difícil trabajar en psicoterapia con este tipo de clientes por lo que es recomendable que sea el terapeuta quien dé el primer paso, es decir, mostrarse abierto a la escucha y ser cortés (Miller et al., citado en Reyes, 2005). El trabajo del terapeuta consistirá en generar un clima propicio para explorar y apreciar los beneficios del cambio.

Contemplación.

Las personas intentan cambiar dentro de los próximos seis meses. A pesar de que las personas

en esta etapa están muy conscientes de los pro del cambio, también están conscientes de los contra, por lo tanto, se duda respecto a los beneficios reales del cambio. En resumen, los consultantes que se encuentran en esta etapa están ambivalentes respecto de si el cambio será peor que los esfuerzos y la energía que implica dicho cambio (Miller, citado en Reyes, 2002). Trabajar con clientes en esta fase requiere de mucha paciencia dado el grado de duda respecto de si dar o no el próximo paso, por esta razón se vuelve fundamental crear un ambiente de contención en el cual el paciente pueda considerar cambiar sin sentirse presionado (Duncan, citado en Reyes, 2005)

Preparación.

Las personas en esta etapa intentan tomar acción frente al problema. La forma en que los terapeutas pueden ayudar a los clientes, es intentando seleccionar los objetivos que estos desean alcanzar. El terapeuta puede asumir en este punto un rol más activo, mostrándole al cliente opciones de tratamiento o estrategias de cambio, sin embargo, el cliente también debe poseer esa cuota de motivación e iniciativa, ya que es un proceso que necesita la colaboración de ambas partes (Prochaska, 1999)

Acción.

En esta etapa las personas han hecho alguna modificación observable en su estilo de vida. El cliente manifiesta el compromiso de cambiar como un plan para el futuro, por lo tanto, el rol del terapeuta es ofrecer soporte y contención emocional (Prochaska, 1999)

Mantención.

En esta etapa el cambio se mantiene. Sin embargo, el cliente se ve sometido a gran estrés por la necesidad de mantener dichos cambios en su vida por lo que los terapeutas en esta etapa pueden ayudar a los clientes anticipándose a los desafíos de una posible recaída o retroceso en su proceso de cambio. La elaboración de planes preventivos ayudará a entregar un sostén para enfrentar dichas situaciones de la mejor forma integrándolas como parte de este proceso y no cómo un suceso extraño y ajeno. (Miller, citado en Reyes, 2005)

Terminación.

En esta fase se espera un 100 % de autoeficacia independiente de su estado de ánimo o las cosas que le ocurran, se espera que no vuelvan a estados anteriores. En esta etapa el cambio continúa e implica la ausencia de tentación respecto a volver a una conducta anterior (Prochaska 1999)

Se vuelve importante identificar en qué fase o etapa se encuentra cada persona, para que de esta forma se le pueda ayudar de la manera más efectiva posible

El cambio visto desde la perspectiva del consultante.

Las investigaciones en psicoterapia rescatan la visión de los consultantes respecto al éxito en su proceso, señalando que para ellos no es la técnica utilizada lo que necesariamente los ayudó en su recuperación, o muy por el contrario tampoco tenían que ver con el qué definían los terapeutas como importante. Phillipis (citado en Reyes, 2005) demostró en una investigación que para los clientes el factor de mayor ayuda fue el disponer de un lugar y tiempo para focalizarse en ellos mismos. Elliot y Jamesen (citados en Reyes, 2005) sostienen que los factores que fueron de vital importancia para los consultantes, tienen relación con aspectos del entendimiento personal, la estimulación gradual hacia la práctica, el descargar el estrés, y la facilitación entregada por las características particulares del terapeuta. En el estudio propuesto por Sloane (citado en Reyes, 2005) en donde se hacía una comparación entre psicoanálisis y la terapia conductual concluyó que los ítems considerados como más importantes por los consultantes fueron: La personalidad del terapeuta; la ayuda para entender su problema; estimulación gradual para enfrentar el problema en la práctica; el ser escuchado y comprendido por una persona; y la ayuda para comprenderse a sí mismo.

Todo lo anterior independiente de la línea de trabajo (psicoanalítica o conductual en este caso). En conclusión los aspectos que resaltan los consultantes como aquellos que le son más eficaces a la hora de enfrentar, comenzar, continuar o explicar el cambio, tienen que ver con

los llamados factores inespecíficos o factores comunes en psicoterapia

En 1972 Later y Torrey (citados en Reyes, 2005) afirmaban que el compartir creencias similares (terapeuta-clientes) sobre causas y tratamientos de los problemas psicológicos son un pre-requisito para el éxito de la psicoterapia. Una idea similar es la que rescata Wile (citado en Reyes, 2005) quien considera que los clientes también poseen sus propias visiones y teorías respecto de sus problemas, de cómo surgieron y cómo podrían resolverse.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta que pretende encontrar respuesta a lo largo de esta investigación es:

¿Cómo es la experiencia de un consultante de la Unidad de atención psicológica de la Universidad Técnica Federico Santa María respecto a la Relación terapéutica con su psicoterapeuta?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general

Es describir por medio del relato la experiencia de un consultante a psicoterapia y de esta forma conocer cuál es su percepción respecto a la relación terapéutica sostenida durante su proceso terapéutico.

Los objetivos específicos

Que guían la investigación son:

- Conocer y describir a través del relato de un consultante, los componentes que desde su percepción constituían la relación terapéutica.

- Conocer y describir a través del relato de un consultante, los factores que desde su percepción intervinieron en la conformación de la relación terapéutica.

Conceptualización.

Es importante conocer cuál será la definición que se tomará en consideración para el concepto de percepción esto con el fin de delimitar la comprensión de dicho concepto y justificar la elección de las herramientas seleccionadas tanto para la medición como para su posterior análisis.

Desde la psicología se encuentran diversas definiciones del concepto percepción se define la percepción “como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Vargas, 1994:48). El acto de percibir no es un proceso lineal, por el contrario, su dinámica implica interacciones constantes entre lo individual y lo social, nutriéndose de las valoraciones y normas sociales. Es así como desde la perspectiva antropológica se considera que: la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno, mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos, construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (Vargas, 1994).

Las percepciones son tan reales como las realidades. Es evidente que las personas y grupos prácticamente se comportan de acuerdo a cómo perciben la realidad y no en función de una realidad puramente externa, objetiva o de datos estadísticos que pretenden dar cuenta de tal realidad (Cortés, 2001).

Entonces, se entiende la percepción como el proceso de aprehensión en donde se interpreta la realidad observada a partir de los referentes culturales e ideológicos propios, determinando en buena medida la conducta de las personas.

En el caso particular de la percepción de la relación terapéutica, se considerará la

interpretación de la experiencia y que lleva a la construcción de juicios asociados con los niveles de satisfacción y expectativas en relación al rol del terapeuta, sus habilidades, capacidades y características generales, así como de las características constitutivas de la terapia y el paciente.

Si bien se ha entregado una revisión teórica de lo que se entiende por relación terapéutica, lo que resulta trascendental en esta investigación es el valor fenomenológico y subjetivo de la experiencia misma del consultante. Mariane Krause (2011) señala que la relación terapéutica así como la alianza terapéutica constituyen un vocabulario técnico profesional y que los clientes no usan dichos términos de la misma manera, sin embargo esto no significa que no piensen en la relación establecida con su terapeuta en términos de una alianza. El interés es conocer cómo un paciente experimenta la relación establecida con su terapeuta y de esta forma fomentar la elaboración por parte del paciente de sus propias concepciones respecto a la alianza. Para medir la construcción de ésta relación se consideran las interpretaciones subjetivas que se realizan de la experiencia en psicoterapia específicamente de la relación terapéutica y la Alianza.

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de metodología y su justificación.

El tipo de metodología utilizada en este estudio es la cualitativa, ya que permite conocer y comprender de manera particular el fenómeno con toda su riqueza y subjetividad. Según Stake (1998) la diferencia fundamental entre un estudio cuantitativo y cualitativo está en el tipo de conocimiento que se pretende, no en el tipo o la cantidad de datos recopilados, sino en lo que se busca de ellos. Así los investigadores cuantitativos, buscan la explicación y el control, mientras que los investigadores cualitativos buscan la comprensión de las complejas relaciones entre los fenómenos. La razón por la cual se elige esta metodología es justamente, porque el objetivo central de esta investigación es comprender de la mejor forma la complejidad fenomenológica del fenómeno estudiado. Son por lo tanto comprensiones

contingentes y no causales las que se buscan en esta investigación. Las que pueden obtenerse utilizando la metodología cualitativa. Uno de los elementos fundamentales que utiliza esta metodología es una interpretación con mayor participación de la mirada de los investigadores sobre los datos recogidos, si bien en la investigación cuantitativa también es posible la interpretación, esta se hace de manera más limitada y restringe la mirada del observador, privilegiando la mirada estadística (Stake, 1998), la cual carece de sentido en esta investigación, ya que se busca una comprensión particular que no pretende una generalización estadística.

Diseño de la Investigación.

La presente investigación tiene el carácter de estudio exploratorio descriptivo no experimental y transversal. El método de investigación, por otra parte, será por medio del estudio de caso y la recolección de los datos, por medio de una entrevista semi estructurada (realizada en dos momentos, para mayor profundización de ciertos hechos). La entrevista surge de la revisión teórica y de otros instrumentos de evaluación, los que proporcionaron los lineamientos para poder crear las dimensiones a investigar, así como las preguntas que guían la entrevista. Entre los instrumentos encontramos el cuestionario de seguimiento del proceso terapéutico (CSPT), el Inventario de la alianza terapéutica (IAT) versión paciente, de Horvath y Greenberg, (1989), Tracey, Glindden y Koktovic, (1988), adaptada a Chile por Santibáñez (2001), el cuestionario de evaluación de la sesión (CES) de Stiles y Snow, (1984) y el formulario sobre las reacciones del paciente de Hill, Helm, Spiegel y Tichnor, (1988) Estos últimos extraídos del texto compilatorio: Psicoterapia: programa de formación (Beitman y Yue, 2004).

Otra característica de la presente investigación es su calidad de investigación exploratoria descriptiva, ya que se propone describir la realidad percibida, desde la mirada particular de la muestra seleccionada para el estudio. La investigación exploratoria descriptiva tiene como objetivo examinar un tema poco estudiado o que no ha sido abordado de la forma que

pretende el investigador. El componente descriptivo por su parte busca conocer cómo es y se manifiesta determinado fenómeno (Sampieri, 1997)

Una tercera característica de esta investigación es el hecho de ser una investigación no experimental y transversal, puesto que las variables en estudio no son manipuladas, se observan tal cual se presentan en un momento dado sin ningún tipo de intervención

Además es una investigación cuyo método es el estudio de caso, el cual se centra en el estudio particular de un caso y su complejidad. Del estudio de caso se espera abarque la complejidad de un caso particular y conocer el detalle de su interacción con su contexto. La muestra del estudio de caso puede ser un individuo o una colectividad, en este estudio se revisará la particularidad de un sólo individuo, por lo tanto se busca describir un caso y no busca conocimiento universalmente válido o estadístico. Sin embargo es siempre posible que algunos resultados de un estudio de caso puedan también posteriormente ser aplicables a otros casos que no se han estudiado.

Justificación del método.

Si bien en un comienzo el estudio es de carácter exploratorio con una mirada holística respecto al objeto, se pretendió reunir la mayor cantidad de información para tener un panorama general por lo que el caso seleccionado responde a la extensión de la teoría existente a través de un análisis fenomenológico que permite una comprensión profunda rescatando la esencia, que si bien como se ha mencionado, no tendría valor para una generalización estadística si puede tener una generalización analítica, esto significa utilizar el estudio de caso único para ilustrar, representar o generalizar a una teoría (Martínez. P, 2006). Esto en la práctica facilitaría el comienzo de un nuevo estudio, sumaría datos a la comprensión del fenómeno del cambio. El objetivo del acercamiento fenomenológico, desarrollado por Edmund Husserl durante los años 1906-1936, es adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de estos fenómenos sobre la base de ejemplos mentales proporcionados por la experiencia o la imaginación y por una variación sistemática de estos ejemplos en la imaginación. Una ventaja de este método también dice ser, evitar las

presuposiciones conceptuales hechas por investigadores anteriores que puedan estar erróneos. (Stake 1998)

Confiabilidad y validez del estudio de caso.

La calidad y objetividad de una investigación científica se mide mediante los criterios de validez y confiabilidad de sus resultados. De esta manera, la validez es el grado en que un instrumento de medida mide lo que realmente pretende o quiere medir; es decir, lo que en ocasiones se denomina exactitud. Por lo tanto, la validez es el criterio para valorar si el resultado obtenido en un estudio es el adecuado. Por su parte, la confiabilidad se refiere a la consistencia interna de la medida; es decir que la confiabilidad de una medida analiza si ésta se halla libre de errores aleatorios y, en consecuencia, proporciona resultados estables y consistentes. (Martínez, 2006). El estudio de caso requiere protocolizar las tareas, instrumentos y procedimientos que se van a ejecutar, y el protocolo de estudio de caso se convierte en el documento en el que se materializa el diseño de la investigación y las reglas generales y específicas que se deben seguir, lo cual redundará en el aumento de la calidad de la investigación. (Martínez, 2006)

Pruebas para evaluar la calidad y objetividad de un estudio de caso

Prueba	Táctica de estudio de caso	Fase de investigación en que se aplica
Validez de la construcción: establece las variables que deben ser estudiadas y las medidas operacionales correctas para los conceptos que se eligieron para ser estudiados	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de múltiples fuentes de evidencia (triangulación) • Establecimiento de la cadena de evidencia • Revisión del reporte preliminar del estudio de caso por informantes clave 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtención de datos • Obtención de datos • Composición
Validez interna: establece las relaciones causales bajo ciertas condiciones y sus variaciones ante otras condiciones, para distinguir relaciones espurias	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de patrones de comportamiento • Construcción de la explicación del fenómeno • Realización del análisis de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de datos • Análisis de datos • Análisis de datos
Validez externa: establece el dominio en el cual los resultados del estudio pueden ser generalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la replicación en los estudios 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de la investigación
Fiabilidad: demuestra en que medida las operaciones del estudio, como los procedimientos de obtención de datos pueden ser repetidos con los mismos resultados por parte de otros investigadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de protocolos de estudio de casos. • Desarrollo de bases de datos de los casos del estudio 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtención de datos • Obtención de datos

Fuente: Yin (1989).

(Citado en Martínez, 2006)

Las pruebas que se considerarán para darle un nivel de confiabilidad y validez a la investigación, serán: la triangulación por medio de múltiples fuentes de evidencias. Dichas fuentes son la revisión del marco teórico, supervisión de la investigación por parte de una psicóloga de la Universidad Técnica Federico Santa María, la cual posee conocimientos competentes en el tema tanto a nivel metodológico como del objeto mismo de la investigación, así como la colaboración de la profesional que atendió el caso. Por último se utilizará los datos recopilados en las entrevistas para completar la triangulación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos serán a analizados utilizando la teoría fundamentada. Glaser y Strauss desarrollan la Teoría Fundamentada en 1967 como método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica (Kendall, citado en De la Torre y Cols, 2004). La definición que nos entrega Sandoval (1997, citado en De la Torre y Cols, 2004) señala que “Es una Metodología General para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar acerca de los datos y poderlos conceptualizar. Aun cuando son muchos los puntos de afinidad en los que la teoría fundamentada se identifica con otras aproximaciones de investigación cualitativa, se diferencia de aquellas por su énfasis en la construcción de teoría. Además del interés por la construcción de teoría, los procedimientos que se emplean para llevar a la práctica el método de comparación constante propia de esta alternativa de investigación, constituye un rasgo distintivo importante. Este método, se basa en cuatro estrategias:

1. Un interrogatorio sistemático a través de preguntas generativas, que buscan relacionar conceptos.
2. El muestreo teórico
3. Los procedimientos de categorización (codificación) sistemáticos, y
4. El seguimiento de algunos principios dirigidos a conseguir un desarrollo conceptual sólido (no solamente descriptivo).

Los investigadores utilizan esta teoría con el objetivo de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en los datos. Su interés radica en que hace explícitos los procedimientos de análisis cualitativo y ayuda a los investigadores a desarrollar conceptualizaciones útiles a partir de los datos. El planteamiento central es, entonces, que la teoría surge de la interacción con los datos aportados por el trabajo de terreno. En este contexto, el análisis cualitativo de los datos es el proceso no matemático de interpretación, llevado a cabo con el propósito de descubrir conceptos y relaciones y de organizarlos en esquemas teóricos explicativos. Lo anterior no sucede en otros

procedimientos analíticos tales como: la construcción o aplicación de sistemas descriptivos, la sugerencia de relaciones entre variables, factores o procesos, formulaciones matriciales, análisis cualitativo en apoyo de la teoría y enfoque semiótico estructural de textos y discursos, cuyos objetivos principales apuntan a la búsqueda de descripciones, explicaciones y /o significados, pero no a la generación de teoría (Valles, citado en De la Torre y Cols 2004)

Por tanto, el objetivo central es fundamentar los conceptos en los datos de la Teoría Fundamentada y para ello se requiere como ingrediente fundamental la creatividad y el pensamiento crítico de los investigadores. Por ello, se recomienda estar abierto a múltiples posibilidades, explorar varias de ellas antes de optar por una, no usar maneras lineales de pensar. De esta manera, tener la posibilidad de volver atrás y dar vueltas alrededor de un tema y a la vez, tener diferentes perspectivas, mantenerse fiel al proceso, no tomar atajos sino, más bien, poner toda la propia energía y esfuerzo en el trabajo y en el disfrute de la investigación” (De la Torre y Cols, 2004).

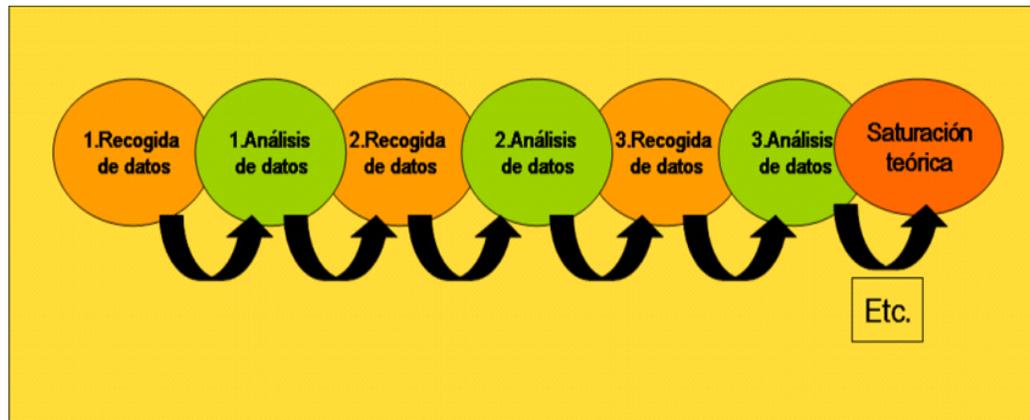
Al analizar los datos, lo que el investigador hace es codificar y analizar los datos de manera simultáneamente con el fin de desarrollar conceptos. “Al comparar continuamente los incidentes específicos de los datos, el investigador refina estos conceptos, identifica sus propiedades, explora las relaciones de unos con otros y los integra en una teoría coherente”. (De la Torre y Cols, 2004)

Elementos constituyentes de la teoría fundamentada.

El muestreo teórico.

El muestreo teórico consiste en la recolección, análisis y categorización de datos empíricos realizado por el investigador y dirigido por la teoría que emerge. Este proceso de recolección y análisis se repite hasta la saturación teórica, es decir, cuando ya se han encontrado los datos suficientes para desarrollar la teoría. Este tipo de muestreo permite al investigador encontrar categorías (de personas o de sucesos) en la que poder profundizar, para luego orientar el proceso hacia la selección de aquellas unidades y dimensiones que permiten una mayor cantidad y calidad de la información, a través de la saturación y riqueza

de los datos. En el siguiente esquema se muestra cómo opera el muestreo teórico



Fuente: Bisquerra 2004 (citado De la Torre y Cols 2004)

Este proceso no sigue un desarrollo lineal. El investigador no conoce el número de observaciones a realizar, además no sabe tampoco que muestrear, y donde hacerlo. Aquí se necesita profundizar en el uso adecuado de esta estrategia analítica y destacar que, a través del descubrimiento de incidentes y de su posterior saturación comienzan a inferirse códigos y propiedades.

Los incidentes.

Los Incidentes se definen como cada parte de la unidad de muestreo que pueda ser considerada como analizable. Son fragmentos de texto, citas, oraciones que al investigador le parezcan importantes de analizar.

Método comparativo constante.

El Método comparativo constante es un elemento que integra los resultados del muestreo teórico y de la saturación teórica para la generación de teoría. Parte de la combinación del procedimiento de codificación propio del análisis de contenido y de la generación de teoría propia de la inspección. Es decir el M.C.C no es una prueba de hipótesis, sino que tiene como objetivo generar categorías conceptuales y propiedades. (De la Torre y Cols, 2004)

Se distinguen hasta cuatro etapas o estadios, que son los principales momentos del análisis

cualitativo: Comparación de incidentes y su categorización, integración de categorías y propiedades, conceptualización teórica y reducción de la teoría y Escritura de teoría.

Categorías y códigos.

Las categorías corresponden a los códigos adscritos a un incidente, mientras que el código es una combinación de elementos que tiene un determinado valor en un determinado sistema de categorías. Existen ciertas categorías que por su centralidad representan códigos teóricos que explican la mayor variabilidad de los datos. Glaser y Strauss (1967) denominaron a la misma como categoría central. Así mismo existen dos tipos de categorías: Los Códigos “in vivo” y los “Constructos Teóricos”. Los códigos “in vivo” se generan directamente del lenguaje sustantivo, es decir de los datos en bruto que corresponden a incidentes. Suelen hacer mención a aquellos comportamientos y/o procesos que explican, o ayudan a entender el objeto de estudio para cada investigación. Los “constructos teóricos” son códigos formulados desde el conocimiento teórico. Las características que definen a cada uno de estos tipos de códigos (“in vivo” y “constructos sociológicos”), encontramos la imaginación y la habilidad analítica. (De la Torre y Cols, 2004)

Categoría central.

Es aquella categoría emergente que por su generalidad explica y da sentido a todos los datos así como a sus relaciones. Puede ser cualquier tipo de código teórico: Un proceso, una condición, dos dimensiones, una consecuencia, etc. Suele ser la base y tema central de la investigación

Codificación y Categorización.

Son aquellos procesos mediante los cuales se realiza la identificación de elementos relevantes y la clasificamos como un conjunto de datos.

Tipos de codificación

Codificación abierta.

Se realiza cuando los datos son agrupados a medida que surgen. Para una comprensión posterior de lo analizado se realizan memos o anotaciones que más tarde darán cuerpo a la teoría generada

Codificación Selectiva.

Es el proceso que guía al investigador en la selección de un código como variable central, y producida dicha identificación cesa el proceso de codificación abierta, con lo que la codificación selectiva se realiza en torno a la categoría central, delimitando la codificación solo a aquellas variables que se relacionan de manera significativa con dicha categoría, permitiendo la reducción del conjunto inicial de categorías a partir del análisis intensivo de las relaciones entre la categoría central y el resto, llegando incluso a obviar aquellas categorías que no tienen especial relevancia

La Codificación Teórica.

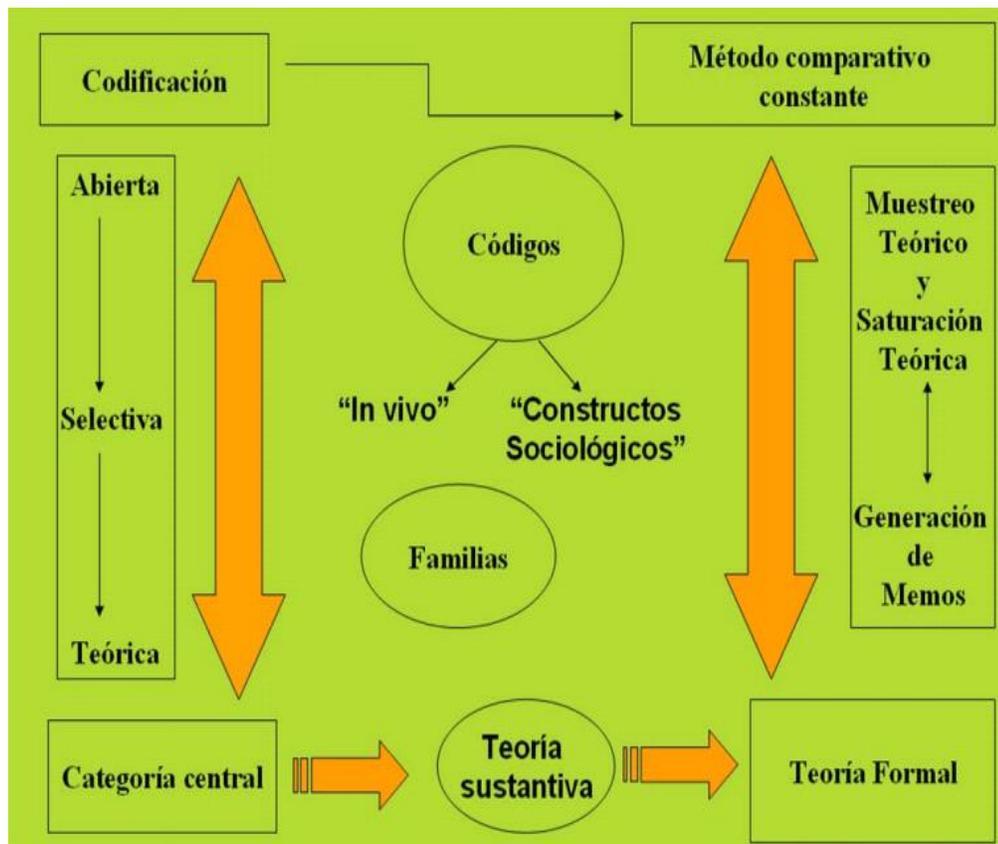
Permite establecer como hipótesis aquellas relaciones y conexiones existentes entre los códigos sustantivos y las propiedades, las cuales serán posteriormente integradas en una explicación teórica.

Teoría sustantiva.

Esta surge de todo el proceso analítico, se llama teoría sustantiva al ser el producto final del análisis y encontrarse sustentada en los datos.

El siguiente esquema extraído del texto de Gemma De la Torre, sintetiza lo que significa la

teoría fundamentada y cómo opera.



Fuente: De la Torre y Cols (2004)

Definición de la muestra.

En un comienzo la muestra fue sugerida como muestreo de conveniencia donde las características de los sujetos son entregadas por el investigador en este caso previa revisión del marco teórico. Por lo tanto podemos definir la muestra como un tipo de muestra de carácter discriminada previa selección

Luego de convocar y buscar una muestra que fuera pertinente a la investigación se logró contactar a una persona que cumplía con los requisitos pre establecidos por el investigador:

- Ser mayor de 18 años.
- De nacionalidad Chilena

- Estar o haber estado recientemente en psicoterapia (aproximadamente unos 6 meses)
- La duración de la psicoterapia excediera las 6 sesiones

Con esto se llegó a un cliente (el caso) que desde el año 2011 se encontraba en terapia y cuya intervención tuvo fin hace cinco meses y de cuyo relato, se desprende la información a analizar. Una vez contactada la persona se le informó respecto a las pretensiones del estudio y ésta manifestó su voluntad de colaborar con información. Una vez iniciado el proceso de recolección de datos se le hizo entrega de una carta de consentimiento informado en donde se garantiza sus derechos y deberes como voluntario en la investigación. Aspectos importantes de dicho consentimiento son: el derecho a la reserva de su identidad, así como la reserva en el uso de la información es decir no será presionada para entregar información que no desee, la recolección de información tiene directa relación con la investigación, respetando su decisión de abandonar el estudio si así lo considerase.

Descripción del Instrumento de medición.

Se realizará una entrevista semi estructurada que en su construcción se consideró la base teórica de este trabajo y de donde surgen una serie de ejes que guían la entrevista. De estos ejes surgen una serie de preguntas que tienen por fin, rescatar y relevar esta información para su posterior análisis interpretativo. Otra de las formas que se utilizó para construir la guía de la entrevista fueron instrumentos que en su origen miden alianza terapéutica:

- El cuestionario de seguimiento del proceso terapéutico (CSPT) Reyes, 2005
- El Inventario de la alianza terapéutica (IAT) versión paciente, de Horvath y Greenberg , 1989, Tracey, Glindden y Koktovic,1988, adaptado a Chile por Santibáñez, 2001
- El cuestionario de evaluación de la sesión(CES) Stiles y Snow, 1984
- Formulario sobre la reacción del paciente Hill Helm Spiegel y Tichenor,

El Cuestionario de seguimiento del proceso terapéutico (CSPT), fue construido especialmente para desarrollar una investigación (Reyes, 2005) Para su confección se usó como base otros cuestionarios utilizados en estudios previos (Navarro Góngora, 1998, Beyebach et als, 1998) y que han sido utilizados con fines investigativos (De Shazer y cols.; de Jong y Hopwood, 1996; Riikonen, 1995 en Beyebach et als, 1998). El CSPT es un instrumento que está constituido por un número total de 26 preguntas, de las cuales 23 corresponden a preguntas cerradas, y 3 a preguntas abiertas.

Inventario de alianza terapéutica (IAT) versión adaptada a Chile, Santibáñez, 2001. Para evaluar alianza terapéutica se utilizó esta prueba que posee 3 subescalas de 12 ítems cada una, con formato de respuesta tipo Likert las cuales apuntan a identificar:

- Vínculo: Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación. La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta e influye en su colaboración en el proceso terapéutico.
- Tareas: Se refiere al nivel de acuerdo entre las partes acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos.
- Metas: Es el grado de acuerdo entre las partes con respecto a los objetivos de la intervención.

Este instrumento posee una versión para pacientes (IAT-P) y otra para su aplicación a terapeutas (IAT-T), siendo la primera la que se utilizó en este estudio. (Santibáñez, 2001).

Cuestionario sobre las reacciones del paciente. Se evalúan las sesiones de psicoterapia como buenas o malas al menos de dos formas distintas al mismo tiempo: profundidad y suavidad, respectivamente. Fue diseñado para medir estas dos dimensiones a través de varias interacciones, utilizando el análisis factorial. El Formulario incluye 21 preguntas en un formato de 7 puntos.

Formulario sobre la reacción del paciente. Busca evaluar aspectos propios del consultante

en relación a la realización de las intervenciones sus autores son Hill Helm Spiegel y Tichenor, 1988

Estructura de la entrevista.

De la revisión de los instrumentos así como el marco teórico se desprenden las siguientes categorías guías al momento de realizar la entrevista.

Categorías de análisis

- Características del terapeuta (5 preguntas)
- Características del consultante (5 preguntas)
- Características de la Alianza terapéutica (6 preguntas)
- Percepción de cambio (9 preguntas)
- Expectativas (5 preguntas)

Las preguntas.

Surgieron de la revisión de los instrumentos algunas adaptadas a preguntas del tipo abiertas, ya que muchas de ellas corresponden en su origen a preguntas del tipo sí o no, o de puntuación tipo Likert. Se obtuvo un total de 29 preguntas, las cuales fueron respondidas por el cliente, con una duración de 45 a 60 minutos, previo acuerdo entre las partes (fecha, hora y lugar). Las entrevistas serán grabadas para su posterior análisis. De este primer momento se desprende una segunda entrevista motivada por la búsqueda de mayor información respecto al fenómeno y a la utilización del método de comparación constante. De esta manera aquellos puntos trascendentes para la investigación y que en un primer momento no fueron considerados. Esta segunda entrevista se realizó tres meses luego de la primera.

Las entrevistas.

Primera entrevista Diciembre 22,2011

- ¿Qué expectativas tenía antes de iniciar terapia? (expectativas)
- ¿Qué expectativas tenía de las habilidades de los psicoterapeutas?

(expectativas)

- ¿Sintió tensión en alguna sesión? (alianza terapéutica)
- ¿Se sintió comprendido por el terapeuta? (alianza terapéutica)
- ¿Aprendió nuevas formas de ver el problema? (percepción de cambio)
- ¿Percibió que solucionó el problema? (percepción de cambio)
- ¿Le fue útil la terapia? (percepción de cambio)
- ¿Está satisfecho con su vida? (percepción de cambio)
- ¿Se siente bien consigo mismo? (percepción de cambio)
- ¿Cree que el modo en que se trabajó su problema era el correcto?

(característica del terapeuta)

- ¿Sentía que trabajaban en aspectos importantes para usted?

(características del terapeuta)

• ¿Lo que se hizo en terapia le ayudo a ver nuevas formas de ver sus problemas? (características del terapeuta)

- ¿Tenía confianza en el trabajo de su terapeuta? (alianza terapéutica)
- ¿Cómo se sintió en las sesiones? (alianza terapéutica)
- ¿Se sintió entendido por el terapeuta? (características del terapeuta)
- ¿Sintió alivio? (percepción de cambio)
- ¿Se dio cuenta de sentimientos o pensamientos negativos? (características

del consultante)

- ¿Se dio cuenta de nuevas cosas sobre sí mismo? (características del

consultante)

- ¿Se sintió en algún momento cuestionado? (alianza terapéutica)
- ¿En algún momento se sintió peor? (Alianza terapéutica)
- ¿Qué es lo cree, ayudo a cambiar? (percepción de cambio)
- ¿Cambio algo en usted antes y después de terapia? (percepción de cambio)
- ¿Qué había de distinto entre sus formas y las del terapeuta? (características

del consultante)(características del terapeuta)

• ¿Es distinto en la forma de ser luego de psicoterapia? (percepción de cambio)

- ¿Qué lo llevo a terapia? (expectativas)
- ¿Cuánto tiempo intento por sí mismo? (características del consultante)
- ¿Cómo había intentado solucionar esto con anterioridad? (características del consultante)
- ¿Qué esperaba encontrar en psicoterapia? (expectativas)
- ¿Por qué ese terapeuta y no otro? (Expectativas)

Segunda entrevista Marzo 10, 2012

- Se consideró para esta oportunidad datos personales como: estudios y edad
- ¿Cuándo comienzan las visitas al psicólogo?
- ¿Cuánto tiempo estuvo en la 1era intervención?
- ¿Qué le provocaba rechazo?
- ¿Por qué pensó que una psicóloga lo podía ayudar?
- ¿Cuánto tiempo pasó entre la 1ra intervención y la segunda?
- ¿Qué aspectos suyos le hacían sentir incomodo?
- ¿Cómo era la forma de la terapia?
- ¿Cómo se sentía en el espacio terapéutico?
- ¿Cree usted que el espacio terapéutico es sólo para hablar de problemas?
- ¿Qué me podría decir de la relación terapéutica vivida por usted?
- ¿Qué aspectos, ya sean estos positivos o negativos, destaca de su terapeuta?
- ¿Qué aspectos considera son relevantes en un terapeuta?

Procedimiento de Aplicación.

Como se ha mencionado la idea inicial era tomar la entrevista en dos momentos para dar tiempo espacio a las respuestas que son de carácter abiertas, se dispone de 60 minutos por sesión con un total de dos momentos. La entrevista se realizó de forma personal y presencial fue grabada para su posterior análisis.

Al ser esta una guía y no una entrevista cerrada se desarrollaron más preguntas las cuales

están descritas en los anexos

Una vez realizada la primera entrevista se hizo el análisis pertinente, considerando que era necesario concretar un segundo encuentro. Esto dio origen a la segunda entrevista cuya duración es de 1:40 minutos aproximadamente.

Cronograma de actividades.

Si bien el cronograma está sujeto a la calendarización académica. Se puede identificar una serie de momentos importantes

- Revisión del marco teórico
- Establecimiento de instrumentos de medición
- Búsqueda de la muestra
- Selección de la muestra
- Contacto inicial con la muestra
- Entrega de información y carta de consentimiento informado
- Entrevista n°1, 60 minutos de conversación en donde el participante da su percepción
- Análisis de la 1ra entrevista y elaboración de la segunda entrevista
- Segunda entrevista
- Análisis del material global
- Revisión y modificación general del trabajo desarrollado hasta el momento
- Análisis por medio de la teoría fundamentada de los datos obtenidos
- Obtención de resultados y conclusiones
- Revisión final del trabajo

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Una vez identificados aquellos elementos considerados como importantes para la

investigación, se procedió a su posterior codificación por medio de conceptos emergentes desde los mismos datos. Es así como se obtiene un total de 43 códigos los que se consideran más representativos. De ellos, se desprenden una serie de elementos que permiten construir una categoría que se asocia a un grupo de estos códigos por la representatividad de las características propias de los códigos y por resumir conceptualmente lo que dichos códigos intentan reflejar. El significado de los códigos, es entregado por el consultante y reflejado por el investigador quien al poner el código pretende mostrar lo que el consultante expresa. En los anexos se adjunta el glosario que permite comprender los códigos.

De esta forma los códigos son agrupados bajo el criterio de semejanza obteniendo siete categorías nominales las cuales se describen a continuación.

Expectativas.

Del análisis se desprende que la búsqueda de ayuda surge del sentimiento de desmoralización, de incapacidad de actuar por parte del consultante quien comienza a manejar otras alternativas que le restituyan el equilibrio emocional, llegando así a la representación social que se maneja en su círculo más cercano respecto a lo que se entiende por psicoterapia. De aquí surgen sus expectativas en cuanto a la labor y el rol del terapeuta. Un ejemplo de ello lo encontramos en la siguiente frase: “yo creo que como lo que toda la gente pensaría que es solucionar el problema”

El conocimiento que el consultante manejaba antes de asistir a la intervención era casi nulo. De esta manera, ésta condición aumenta la importancia que el consultante le atribuye a ciertos rasgos o elementos de la psicoterapia y la terapeuta, lo que predispone a la atención y al tipo de intervención.

Construcción del problema

En esta categoría encontramos todos aquellos elementos que hacen referencia a la forma de: evaluar, describir y concebir el problema. Con esto, en definitiva se nos hace posible una

aproximación a los detalles de la problemática central que trae al consultante a psicoterapia o también conocido motivo de consulta. Dicho motivo es el motor de partida de este proceso. Sin sus existencia y características, no tendría sentido la concurrencia al terapeuta. De los elementos que componen esta categoría podemos decir que el sentimiento de impotencia frente a la nula capacidad de resolución del problema es el sentimiento más fuerte e importante dentro de lo que significa la construcción del problema.

“bueno, tenía un problema, me sentía mal por eso y yo no podía como darle una solución al problema, me sentía estancado...”

Aquí el consultante resalta la conciencia que tiene sobre su estado y que esto constituye un problema factible de solución. Sin embargo dicha solución no la encuentra por sí solo.

Estrategias de afrontamiento

El conflicto patente en la vida del consultante ha puesto en marcha los mecanismos que generalmente utiliza y le han dado resultado en otras ocasiones con distintos problemas. Sin embargo dada la naturaleza del problema actual, la sintomatología se agudiza sumiendo al consultante en un estado depresivo difícil de tratar para cualquiera sin ayuda del entorno. Podemos percatarnos de las dificultades de las problemáticas del consultante a través de los siguientes ejemplos

“yo llegue, era mechón, estaba en Santiago y estaba pololeando, la cosa es que mi polola se suicidó, fue justo a finales de año... y ahí vino todo el shock...”

“la cosa es que, claro, empecé a desarrollar una...un poco de una leve depresión y empecé a tener crisis de pánico, ansiedad y bueno adema` porque la u de por si es estresante...”

Frente a los conflictos, el consultante intenta razonar y generar un plan de acción frente a ellos elaborando un análisis detallado sobre el curso de acción, las consecuencias y factibilidades de realizar lo pensado. Ejemplo de este mecanismo lo encontramos en el siguiente extracto donde se le ha consultado por las estrategias puntuales que realizaba con

mayor frecuencia antes de la intervención:

“una rama de posibilidades de acción que yo podía tomar para poder lidiar mejor con el problema y ver a priori cual iban a ser las consecuencias, por ejemplo cuál era el curso de acción que yo podía tomar para y que podía pasar en caso de que yo hiciera eso y de esas opciones como predecir la mejor y luego intentar poner en práctica, por ejemplo esto va a hacer muy complicado entonces no lo hacía pero el trabajo era claro cómo imaginarse la consecuencia de acción y luego elegir la mejor”

Una vez que se inicia la intervención, las herramientas con las que cuenta el consultante son más diversas y de una cualidad distinta, ya que no apelan a un curso de acción sino más bien a la reflexión y principalmente a la exploración de la problemática, situándola principalmente desde el interior del consultante es decir un problema abordable desde su subjetividad sus necesidades emocionalidades y vivencias. Distintas por lo tanto a un esquema rígido de acción-reacción o de carácter lineal causal. Un ejemplo claro del tipo de intervención es lo que el consultante menciona sobre ella.

“porque le decía M (refiriéndose al terapeuta) “tengo este problema, me siento mal.” así entonces ella decía “esto es lo que te pasa y tu teni este tipo de problema”, entonces hacíamos la sesión “dado que tienes este problema, así entonces cuéntame sobre esto”. Casi siempre me preguntaba por puntos débiles por lo menos ella ya sabe qué problema tengo entonces te sentís como aliviado, además que es como la profesional como que teni mas esperanza en que quizás el problema se va a solucionar”

Reacciones del consultante

Dentro de esta categoría encontramos todos aquellos indicios de reacciones frente a la intervención. Mayoritariamente encontramos reacciones del tipo defensiva o negativa, caracterizadas por sentimientos de desconfianza, rechazo, temor, a algunas prácticas y principalmente incredulidad de la efectividad de la intervención. Esta disposición marca la forma de interacción y hasta cierto punto la efectividad de uno de los procesos. Dado que la

poca colaboración y sentido que le atribuye al cambio al interior de la terapia según sus propias palabras estancaban lo que podía lograr

“como te digo tuve una fase inicial de mucho rechazo (refiriéndose a la primera intervención) y fue más que nada un poco gracioso, porque el hecho de que haya un poco fallao, después me di cuenta eso decanto que si igual estuvo bien”

Respecto a la segunda intervención en consultante declara “: claro yo ya no tenía rechazo porque ahí me di cuenta que a pesar que igual hay ciertas cosas que me incomodan más que nada por mi personalidad me di cuenta que igual hacen bien de hecho el hecho de que yo no las practicara truncaba, entonces estaba mucho más sumiso la segunda vez...”

De esta forma y a través del ejemplo se puede apreciar claramente cómo la re significación del trabajo cambia de manera positiva asumiendo además, una responsabilidad interna respecto a las labores desempeñadas en terapia.

Otro de los aspectos relevantes dentro de esta categoría es la que tiene relación con aquellos elementos como el sentirse apoyado, escuchado entendido. Llama la atención la mezcla de expectativa, al señalar que busca una atención “objetiva” entendida esto como desprovista de afectividad entre las partes con una necesidad de ser entendido. Sin embargo cuando el consultante se encuentra en otra instancia médica, mas estructurada y también vinculada a la salud mental y su problema considera que no es lo que necesita.

“fría, la psiquiatra era súper fría y cuadrá, por ejemplo no me preguntaba como estay, o sea me preguntaba, pero era casi retórico o sea no es como el comentario de M que es “hola, ¿cómo estás?” se nota que tiene respeto por los pacientes.

“cuando yo describía mis sensaciones sobre algunos problemas y ella decía una frase resumiendo lo que yo sentía entonces decía “ah me entiende por qué ella puede decir con otras palabras lo que a mí me costó decir y explicar en 20 párrafos...entonces sentía que además que ella comprendía cómo me sentía comprendía como la situación en la que estaba ahí”

Avances terapéuticos

Si bien los elementos que son constituyentes de esta categoría podrían estar al interior de las

reacciones que surgieron desde el terapeuta, ésta se diferencia en aquellos aspectos más directos de la intervención y que facilitaron un cambio de perspectiva desde el consultante. El elemento desconfianza casi transversal en el análisis de lo expresado por el consultante no está ausente en esta categoría, en donde podemos apreciar como los logros personales son atribuidos más bien al trabajo y experticia de la terapeuta, claramente hablamos de un proceso en construcción, en cuanto a la auto imagen y el reconocimiento por parte del consultante de aspectos positivos propios que colaboraron en su intervención.

“todavía lo veo como trabajo muy de M y no mío es como se llama una actividad guiada, a pesar de que si bien hay cosas que yo incorporo en las cosas que yo haría, me parece que hacerla de forma sola sin tener la experticia en psicología y en psicoterapia podía mal aplicarla y quizás empeorar”.

Nos referimos a esto como un proceso, ya que a lo largo de su historia de intervención se pueden apreciar claramente momentos en los que comienza poco a poco a incorporar las herramientas y los logros obtenidos, como propios

“pero por ejemplo me pasaba que me decía “piensa tal cosa...” no sé y eso yo lo hacía en la ducha así que formalmente no lo hacía con lápiz y papel digamos y centrándome en eso igual había un trabajo mío que se desarrollaba ese pequeño trabajo igual ayudaba porque después yo llegaba acá (a la consulta) igual comunicaba las conclusiones que yo había obtenido sobre las actividades a pesar que quizás no las hacía formalmente”

De esta forma en el ejemplo anterior, podemos ver que el nivel de compromiso cambia entre la primera y segunda intervención. El consultante en la segunda intervención experimenta como una contribución propia y se reconoce como un agente activo en su proceso.

Características pre existentes

Dentro de esta categoría incluimos aquellos elementos que hacen relación a atributos personales o pre existentes del consultante como por ejemplo: su mala memoria a la hora de recordar las tareas encomendadas por el terapeuta y el reconocimiento de la falta de compromiso característico de él y los proyectos que inicia. Claramente esto también puede pertenecer a la categoría de avances dado que no tenemos la certeza de que el consultante pudiera haber hecho tal nivel de reflexión respecto a sí mismo y sus debilidades sin quizás la

intervención terapéutica, sin embargo como carecemos de dicha certeza se agrupa en esta categoría.

“yo soy medio dejao. Entonces es muy común que empiece algo y no lo termine y lo otro es que soy bien he me gusta sacar la vuelta sea no es que me guste (ríe) pero inconscientemente lo hago mucho por ejemplo a veces uno dice voy hacer tal actividad y la empezai a hacer y te day cuenta de “ah sí igual la hago después”

Llama la atención que el consultante haga referencias en su gran mayoría a atributos o características que han entorpecido su proceso. Sin embargo se pueden encontrar elementos positivos

“mi memoria es re mala y es como súper natural en mi haber pasado algo y hacer una lista resumen”

Con lo expresado anteriormente nos demuestra que es capaz de sintetizar y rescatar los elementos importantes aprendidos o trabajados en terapia.

Visión del terapeuta

La imagen que se ha construido de la terapeuta tiene mucho de la representación social repetidas veces deja entre ver rasgos deseables del terapeuta. En su experiencia particular la vivenció como una persona culta, conocedora, con experiencia, que entrega este servicio. Lo que más se destaca del análisis de esta categoría es el valor por la instrucción conocimientos o nivel de experticia del terapeuta. Visto esto como característica fundamental, de la misma manera los elementos de comprensión y empatía.

“es súper importante de que el terapeuta esté como ligado al escenario, al diario vivir del paciente de cómo uno vive e interactúa porque me parece que eso da como una especie de cómo se llama esta... la sensación de “yo sé por lo que estás pasando”... na que ver con como por ejemplo el presidente que va a ver a la gente que no tiene casa y no piensa, oye con qué cara”

Surgimiento de la categoría central. La Disposición negativa a la intervención como teoría sustantiva

Del análisis de las categorías surge un eje central o categoría central. En este caso se denomina disposición al trabajo terapéutico. Las categorías antes descritas apuntan en mayor o menor medida a un fenómeno particular que resulta ser la disposición que tenga el consultante a la hora de iniciar o mantenerse en terapia. En el caso estudiado es el discurso de la representación social lo que en primera instancia nutre al consultante con conocimientos en relación a la disculpa y de la misma forma lo pre dispone a recibir cierto tipo de atención se realiza una comparación y evaluación subjetiva respecto a las necesidades internas en busca de algo o alguien que le proporcione alivio y le re establezca el equilibrio emocional. No es extraño dado las características del consultante que lo que “busca” está lleno de elementos de las ciencias duras, como la objetividad y la experticia. El mundo donde el consultante se mueve tiene estrecha relación con la conformación de aspectos científicos. Al ser un estudiante de ingeniería y hasta antes de este episodio dramático (fallecimiento de la polola) no haber experimentado la necesidad de ayuda psicológica. Lo que busca en definitiva, es lo que conoce y con lo cual está relacionado. Una vez que los recursos y estrategias del consultante se agotan y los resultados no contribuyen a un grado de alivio, se hace urgente la búsqueda de ayuda externa de un profesional. De esta forma la opinión de “la experta” será el eje central de las expectativas del consultante. De esta forma deposita en la figura de la terapeuta atributos como: una figura objetiva entendiendo por objetiva a una bajo nivel de involucramiento afectivo solo el necesario para lograr comprensión del contexto y la problemática. Aquellos que mantiene un vínculo afectivo profundo con él se encuentran sesgados para poder entregarle una visión que le resulte novedosa y valiosa del conflicto.

La incertidumbre de no saber con certeza qué es lo que se realizará ni cómo debe hacerlo lo lleva a tomarse con cautela la intervención y las actividades propuestas. En general las formas que presenta es de auto asistencia por periodos prolongados (3 a 4 meses) lo que nos habla de por un lado la posibilidad de pocas alternativas herramientas o manejo que el consultante tiene antes de asistir a terapia o por otro lado la gravedad del problema en cuestión que impide alivio. Desde el punto de vista del consultante, sus recursos ya estaban agotados. Por lo tanto,

no tenía nada que perder asistiendo a una instancia que en principio lo ayudaría con el problema. La incertidumbre de no saber con certeza qué esperar de terapia lo lleva a no solo actuar con cautela sino muchas veces con incredulidad descalificando el trabajo terapéutico, no asumiendo las responsabilidades compartidas del proceso. La pre concepción del terapeuta como alguien que “da soluciones” no permite en una primera instancia, un desarrollo profundo de la relación terapéutica.

Mientras avanza el proceso y accede a realizar las tareas se descubre la efectividad parcial de alguna de las intervenciones. Poco a poco se va construyendo la alianza de trabajo entre el consultante y la terapeuta.

Una estrategia común dentro de la psicoterapia es la derivación o consulta externa a otro profesional relacionado con el problema. En este caso, un psiquiatra quien presenta otras formas de operar mucho más apegado a las ciencias duras, entrega la “solución” como fármaco lo que en principio alivia al consultante de sus malestares, sin embargo, la frialdad en el trato genera rechazo en el consultante. Se abandona el trabajo psiquiátrico, así como el terapéutico, ya que se vivencia como una de “traición” a los secretos y problemas contados. La primera aproximación no es del todo positiva, si bien se había logrado un nivel de involucramiento y compromiso básico con la terapia la intervención de otro profesional provocó el quiebre de la relación terapéutica. Sin embargo un aprendizaje fundamental rescató al consultante: la forma de actuar de la psicoterapia, de todas formas puede ayudarlo a solucionar sus problemas y en el corto plazo le proporciona un espacio distinto donde desahogarse.

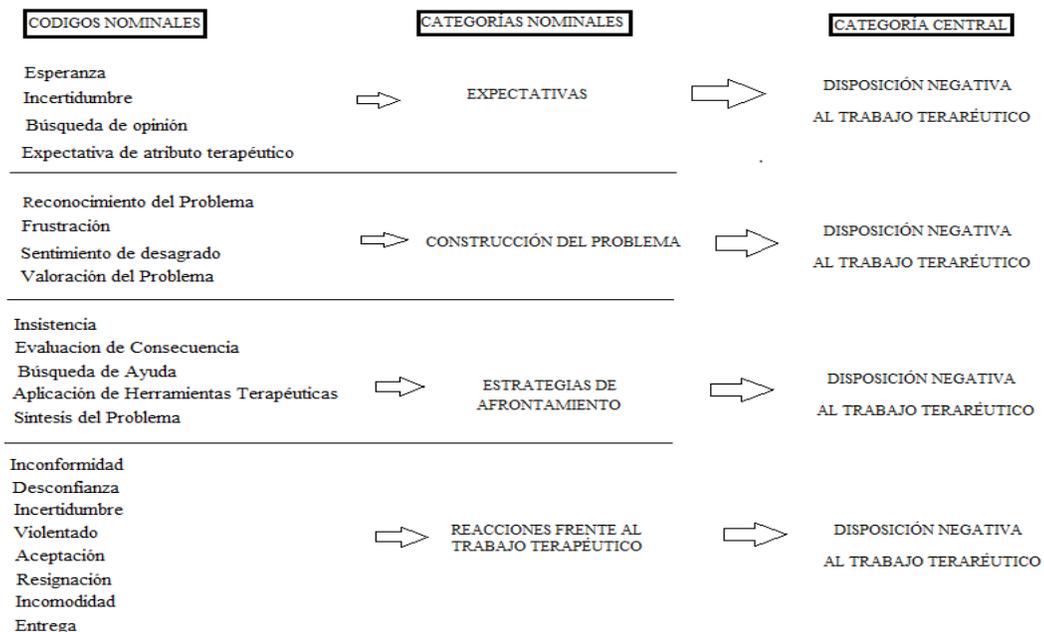
Hasta que se presente nuevamente un conflicto que demande todo el tiempo y atención el consultante volverá a la consulta terapéutica. Esto puede pasar en el corto plazo o sencillamente después de la vivencia de quiebre en la alianza, puede no existir otra instancia de acercamiento entre consultante y terapeuta. En este caso ocurrió, muchos años después de la primera intervención a pesar del quiebre en la relación el consultante decide acercarse nuevamente a solucionar esta vez otro problema y con la misma terapeuta. Las razones: la

cercanía. La experiencia y el conocerse de antes fueron fundamentales. De vuelta en el proceso comenzó a desarrollar un juicio evaluador y reflexivo que el permite darse cuenta de su papel al interior de la psicoterapia lentamente deja el sitio de un actor pasivo y se vuelve principal constructor de su alivio. En el desarrollo de las intervenciones surge la responsabilidad por lo que se construye en terapia. Hay un reconocimiento de una falta de interés y participación que imposibilitaban o detenían el avance terapéutico, este reconocimiento genera el cambio de actitud facilitadora del proceso, es decir su actitud más receptiva, reflexiva y colaboradora del proceso, definida por él como sumisa. Existe entonces un cuestionamiento de las pautas de funcionamiento interno que entre otras cosas lo llevan a atribuir como aspectos personales los que impedían el trabajo terapéutico efectivo, no solo se piensa en la posibilidad de que pueden ser las actividades las incorrectas, sino en cómo repercuten en la persona y las características propias se ponen en juego. A la vez con dichas actividades, se vuelve por lo tanto consciente de su participación en el proceso como una persona íntegra con virtudes y defectos. Esto proporciona los sentimientos de la colaboración, al sentirse parte del proceso, participa activamente en él. Las actitudes defensivas poco a poco se dejan atrás aunque en ocasiones al sentirse amenazado teme el rechazo y prefiere ocultar información que puede ser vista como muestra de que está muy enfermo o grave y esto provoque nuevamente la intervención de la psiquiatra. Claramente esto no favorece el trabajo terapéutico ya que si bien hay momentos en que la terapeuta logra identificar sin que se le haga referencia de los datos, se desconoce el real alcance de esta forma de protección, es decir cuánto del problema en realidad tiene esas características y qué elementos relevantes para su resolución pueden estar siendo ocultados o modificados. Esto tiene consecuencias trascendentales en terapia distintos problemas tiene distintos “orígenes” a la vez que distintas formas de abordarlo.

Una habilidad propia del terapeuta y que juega a su favor es la cercanía, la capacidad de sentir con el otro, no solo haciendo sentir que comprende el problema, sino también el contexto y por lo tanto integra problema, contexto y persona. De esta forma los mecanismos de defensa disminuyen en el consultante haciéndolo cada vez más protagonista de sus avances. La conjugación de la imagen social del terapeuta unido a los quiebres en la relación terapéutica llevan al consultante a cuestionar constantemente el trabajo terapéutico no deja de sentir

insatisfacción con la labor hecha. Es consciente de que el tipo de intervención (disponibilidad horaria y sobre demanda de pacientes) afecta esta percepción ya que no puede estar el tiempo que según su necesidad serían las adecuadas (entre 30 a 60 minutos) ni tampoco acudir con la frecuencia requerida (cada vez que se presente algo nuevo al problema). Sobre este último punto es interesante reflexionar: ¿será algo nuevo o será que no podemos manejar fuera de terapia adecuadamente el problema? En este caso, hay un reconocimiento de la incapacidad para lograr generalizar las herramientas y habilidades entregadas en terapia a otros contextos. La idea o percepción de que es un trabajo terapéutico como quien sabe “trucos de magia” impide el total empoderamiento de estas nuevas destrezas por parte del consultante. Lo que lo lleva a sentir esta insatisfacción por consultas una vez cada 15 días considerado como un plazo muy extenso por él.

En el siguiente esquema podemos apreciar la conformación de los distintos códigos, categorías y la conformación de la categoría central.



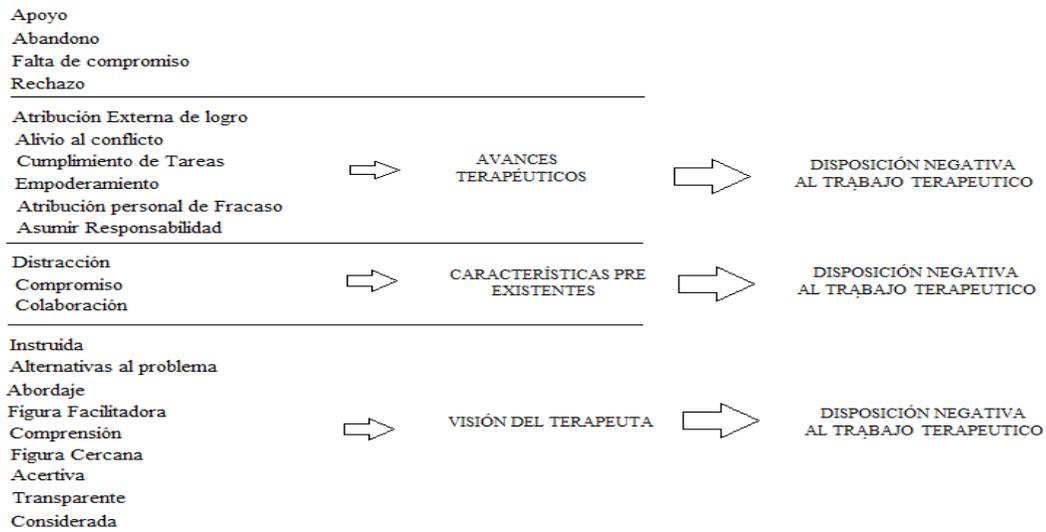


Diagrama resumen de códigos categorías y categoría central.

Visión del terapeuta aportada por el terapeuta.

Si bien el foco de la investigación es la persona que ha consultado a terapia, de todas formas se consideró la opinión respecto al proceso de acompañamiento que sostuvo la terapeuta. A grandes rasgos comparte la visión de que la fortaleza de la alianza terapéutica radicaba en la confianza, sobre todo en la contención inicial; del sentirse acogido, escuchado; aceptado, respetado, tal cual es y tal cual no es. Respecto a esto la terapeuta señala: “existía una aceptación de él, por parte de ella “sin esperar nada de él ni de la situación, a la vez, reflejando lo que a mí me fuese pasando dentro del proceso psicoterapéutico, desde la honestidad y ver si esto a él le hacía algún sentido”. Sobre la forma de abordar los problemas la terapeuta señala que “dentro de esto, para mí también es fundamental la concepción holística del ser humano, en que la integración de cuerpo-mente-afectos-trascendencia, está presente en toda momento de la vida”

Se rescata del comentario los elementos compartidos entre ambos, por un lado la aceptación que el consultante percibió a pesar de ocultar información, la transparencia a la hora de mostrar lo que ocurría en terapia, son elementos evaluados por ambas partes como relevantes

a la hora de referirse a la alianza de terapéutica y a su relación terapéutica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Como terapeutas la información y profundidad que entreguen los consultantes es lo que posibilita la ayuda esta información es lo que pone en marcha las habilidades y estrategias del terapeuta. Cuando los consultantes no entregan la información suficiente ya sea porque temen ser rechazados o ellos mismo no son capaces de asumir esos eventos, se corre el riesgo de realizar intervenciones que no logren un resultado favorable, ya que la forma de abordar los problemas e inquietudes que trae el consultante a terapia, puede provocar una extensión innecesaria del malestar o del problema en el tiempo y con esto complicarlo aún más. Aun en conocimiento de esto tanto consultantes como terapeutas confían en que lo primordial es la ayuda y que participar activamente del proceso terapéutica puede mitigar esta falta de información respecto al caso. Quizás con el tiempo logremos que tanto consultantes como terapeutas sean transparente en tanto a sus emociones vivencias y reacciones que puedan afectar de una u otra forma la intervención.

La calidad humana en esta ocasión posibilita el desarrollo de una relación terapéutica basada en la transparencia en el reconocimiento de la labor terapéutica y por sobre todo de la aceptación incondicional. Habilidad que se trasmite de terapeuta a terapeuta pero quizás no de la misma forma a los pacientes. Desde el caso estudiado aquellos elementos que en un comienzo de la intervención fracturaron la alianza quedaron persistentemente en la segunda intervención en la forma de incredulidad y desconfianza. Según los datos aportados en la segunda intervención se realizó un cierre que permite decir al consultante encontrarse satisfecho con el trabajo realizado y que la tercera intervención no tuvo mayor desarrollo debido principalmente a la sensación del consultante de estar desfasado entre la solución y el problema, debido a que las horas disponibles tenían varios días entre una y otra atención. Esto no quiere decir que el consultante olvide lo aprendido para él es fundamental el haber reconocido que la solución es darse cuenta de que existe solución. A pesar de que tal vez no pueda aplicar con la misma habilidad distintas herramientas a sus conflictos esta última

lección le entrega la esperanza de poder encontrar la forma y solución a sus problemas alejándolo de la idea de que solo se incrementaran con el tiempo y que no se puede hacer nada al respecto.

ALCANCES Y LIMITACIONES

La investigación llevada a cabo no pretende generalizar la información a un universo mayor. La teoría generada al contrario explica la vivencia de un consultante y posee las características de una teoría de alcance medio la cual trata aspectos delimitados del fenómeno a estudiar. Como se señaló en un comienzo la sumatoria de información y antecedentes respecto a un fenómeno posibilita la generación de nuevas investigaciones sobre todo del campo de la psicología y la relación terapéutica. Al ser un estudio con características descriptivas permite la generación de datos desde lo desconocido o fenómenos poco estudiados, desde este punto de vista es un aporte generar estudio centrados en la particularidad, los cuales se detienen a analizar el proceso así como los resultados, investigaciones que no se preocupan por la cantidad de información a recoger sino la utilidad de esta, se preocupan por rescatar la cualidad del fenómeno a estudiar por sobre la cantidad de información obtenida. En un primer momento se logra describir algunas características del fenómeno el análisis sobre las categorías emergentes permitió el reconocimiento de relaciones entre los acontecimientos. Por otra parte podemos señalar que al existir un mayor acercamiento al fenómeno enriquece y aporta indiscutiblemente al acervo teórico ya que el estudio de caso en el ámbito clínico es muy atinente a la psicoterapia.

Dentro de las limitaciones podemos señalar que como todo estudio de caso, a pesar de que el investigador se acerque a la subjetividad de lo estudiado, de todas formas intentos por generalizar los hallazgos a partir de una particularidad, puede conducir a errores. Al ser un estudio de caso único la muestra es de tamaño reducido y la representatividad de la misma es puesta en objeción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arratia, M (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. Universidad Central de Chile
- Arredondo, M., Salinas, E. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro psicológico aplicado de la universidad de Chile. Tesis universidad de Chile.
- Beitman, B., Yue, D (2004) Psicoterapia. programa de formación
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practica*
- Botella, L., Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación, de la universidad Ramón Llull, Barcelona , España
- Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
- Calderón, C (2010). El establecimiento del Setting terapéutico. Documento de cátedra
- De la Torre, G y Cols (2004) Teoría Fundamentada. Documento de Cátedra universidad Autónoma de Madrid.
- Feixas, G., Miró, M (1993) Aproximaciones a La Psicoterapia una introducción a los tratamientos psicológicos
- Fisch, R; Weakland, J.H y Segal, L (1984): La táctica del cambio. Editorial Herder, Barcelona.
- Fisher, E. & Cohen, S. (1972). Demographic correlates of attitude toward seeking professional psychological help. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
- Frank, J. (1982). Elementos terapéuticos compartidos por todas las Psicoterapias. En *Cognición y Psicoterapia*. Compilación de Mahoney y Freeman. Ed. Paidós, Cognición y Desarrollo Humano, (1988). Barcelona
- Kendall, Philip C. y Norton-Ford, Julian (1988) “Psicología Clínica”. Noriega Editores. México.

- Kleinke C (1998). Principios Comunes en Psicoterapia. Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología. Bilbao
- Krause, M., De la Parra, G y cols (2006). Indicadores Genéricos De Cambio en el Proceso psicoterapéutico. Universidad Católica de Chile
- Krause, M (2005). Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En: J. Norcross y M. Goldfried (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Mintz, J. & Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable. Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-TR): American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. Ed.). Washington, DC, EE. UU.
- Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (1999). Traducido de The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martínez., P (2006) el método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica.
- Reyes, S. (2005). Factores comunes y procesos de cambio terapéutico en el contexto de intervención del master en psicoterapia de la universidad de Salamanca, España. Tesis universidad de Salamanca, España.
- Rogers, C. (1964). El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós
- Ruiz, J., Cano, J (1999). Manual de psicoterapia cognitiva
- Santibáñez, P., Román, M., Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Red de revistas científicas interdisciplinarias de América Latina, vol. 26, Núm. 2
- Sampieri, C.(1997) Metodología de la investigación
- Stake, R (1998). Investigación con estudio de casos

ANEXOS

Glosario

1. Esperanza se denomina de esta manera al sentimiento de obtener un resultado favorable de la terapia aun cuando no se tenga certeza de ello.

2. Incertidumbre: se refiere a lo descrito como el desconocimiento no las prácticas, modos y resultados de la psicoterapia.

3. Búsqueda de opinión: el código es definido en función de aquellas expresiones que denotan el interés por salir en búsqueda de una opinión ajena, profesional que pudiera entregarle una visión distinta sobre el problema.

4. Expectativa de atributo terapéutico: se refiere a aquellas concepciones pre establecido que tiene el consultante respecto al rol deberes y funciones de la terapia y el terapeuta

5. Reconocimiento del problema: asumir que se encuentra en dificultades y que las formas empleadas hasta entonces para salir del problema no han sido suficientes.

6. Frustración se refiere al sentimiento de impotencia frente a la nula posibilidad de cambio a través de los propios recursos.

7. Sentimiento de desagrado sentimientos que hacen referencia a un malestar subjetivo relacionado con el problema y los síntomas físicos y que permiten la construcción del concepto problema psicológico para el consultante que es en definitiva lo que lo acerca a pedir ayuda.

8. Valoración del problema: valoración subjetiva de las características del problema así como el nivel de complejidad del mismo

9. Insistencia: intentos reiterados en la ejecución de una estrategia de afrontamiento de problemas.

10 Evaluación de consecuencia: evaluación subjetiva respecto a las consecuencias de los actos a desarrollar es en este caso un medio para afrontar los conflictos.

11. Búsqueda de ayuda: primeros intentos por conseguir ayuda así como la preocupación asociada al hecho de empeorar producto de no ser atendido. Se diferencia de la búsqueda de opinión ya que esta última se vincula directamente con una figura que posee un conocimiento objetivo respecto al problema y un juicio experto.

12. Aplicación de herramientas terapéuticas: se refiere a todos los momentos donde se señalen la utilización de herramientas adquiridas durante el proceso terapéutico.

13. Síntesis del problema estrategia usada a modo de resumen donde se destacan los aspectos más importantes de un asunto.

14. Inconformidad sentimiento de no estar conforme con la atención recibida

15. Desconfianza: carecer de confianza frente a la intervención y los modos que esta tiene de actuar

16. Incertidumbre desconocer los resultados que traiga la intervención.

17. Violentado momento identificado y asociado a la rotura que se produce en la alianza de trabajo debido al tipo de actividad y la integración en el trabajo terapéutico de otro profesional de la salud mental (psiquiatra)

18. Aceptación o reevaluación de los mecanismo de acción terapéuticos hay un reconocimiento del trabajo terapéutico y se admite como favorable lo que en un momento de la terapia no fue recibido bien recibido forma

19. Resignación sentimiento asociado a aceptar que existe la posibilidad de que no encuentre alivio con la intervención terapéutica

20 Incomodidad sensación de desagrado frente a alguna actividad o situación de terapia

21 Entrega ponerse a disposición de la terapia

22 Disposición negativa actitud de retroceso frente a las actividades y el proceso terapéutico.

23 Apoyo hace referencia al sentirse escuchado comprendido parte del terapeuta

24 Abandono acción de dejar la terapia

25 Falta de compromiso: no se asumen las responsabilidades y obligaciones por parte del consultante en relación a la terapia

26 Rechazo: la no participación y el desagrado en las actividades producto del quiebre en la alianza

27 Atribución externa de logro- atribuir los cambios favorables a las estrategias puestas en marcha solo por parte del terapeuta

28 Alivio al conflicto: manifestación de solucionar completa parcial duradera o momentánea del problema

29Cumplimiento de tareas se refiere a la realización o abandono de las tareas terapéuticas

30Empoderamiento se refiere al sentimiento de poseer mayores habilidades y encontrarse dotado de nuevas herramientas.

31Atribución personal de fracaso reconocimiento de responsabilidad del consultante respecto a las fallas al interior de la terapia

32Asumir responsabilidades: tomar conciencia de que al interior de la terapia también existen responsabilidades

33Distraído: dificultad para recordar y mantener información referente al proceso y otros sucesos.

34Compromiso nivel de esfuerzo relativamente bajo al momento de realizar un trabajo.

35Colaboración darse cuenta que el trabajo en psicoterapia se realiza entre los dos involucrados consultante y paciente

36Instrucción grado de conocimiento respecto al tema

36Alternativas al problema disponibilidad de soluciones distintas a las del consultante para resolver dificultades

38Abordaje formas en las que se realizó la terapia aspectos como duración número de visitas y formas específicas de atención

39Facilitadora permite que el consultante se enriquezca del proceso

40. Comprensiva que es capaz de comprender lo que ocurre con el consultante

41Figura cercana es capaz de comprender no solo el problema sino también el contexto

42Asertiva las alternativas ofrecidas realmente contribuyeron al proceso del consultante

43Trasparente capaz de mostrar lo que le ocurría a ella como terapeuta con el proceso del consultante

44Considerada respetuosa de los tiempos no presionaba en situaciones difíciles

Entrevista nº1

E: Como te señale en un principio la investigación es una investigación cualitativa, por lo tanto se intenta rescatar los aspectos más subjetivos de lo que tu hayas vivido como proceso psicoterapéutico. No tiene por fin profundizar o indagar cuáles fueron el motivo de consulta, el problema particular, sino más bien conocer, como te mencione, el proceso, es decir lo que tu hayas considerado que te ayudo a tener otra mirada de mundo o del problema o las cosas que a tu juicio perjudicaron este proceso, por lo tanto son aspectos tuyos que tú los consideras es tu opinión y tienen que ver tanto con aspectos tuyos, los que reconozcas o con aspectos del terapeuta que te trató en ese momento. Como te mencioné también es una entrevista semi estructurada, yo me dirijo por una pauta y la carta que te entregué, si bien hay que corregirla como me señalaste tiene que ir firmada para darle un sustento la idea es que tú también la conocieras y manifestaras que no tenías dudas inquietudes y que estabas de acuerdo con. Como te pregunte recién sin estar grabando, ¿tienes alguna consulta alguna inquietud respecto a la entrevista?

F: no

E: la identificación, si tú lo deseas puede ser anónima el nombre real solo lo sé yo y para efectos de la investigación puede utilizarse un pseudónimo o solamente iniciales. Voy a comenzar con la entrevista

E. ¿Qué expectativas tenías antes de iniciar tu proceso?

F: bueno principalmente yo creo que como lo que toda la gente pensaría que es solucionar el problema, yo no iría a un lugar así sino supiera que puede solucionar el problema, Pero eh primordialmente a mí me interesaba conocer la opinión de alguien objetivo sobre el problema que yo tenía uno puede hablar con los compañeros pero como pero al tener un vínculo emocional contigo están sesgados por ciertas cosas, entonces yo como que buscaba una opinión objetiva sobre los problemas que a mí me inquietabas.

E: ¿Cuánto tiempo estuviste en psicoterapia?

F: Eh sería la tercera vez que empezaría a venir pero la segunda fue como la más grave tuve todo este año, sería como de abril hasta agosto

E: ¿Qué fue lo que te llevo a la psicoterapia?

F: yo creo que principalmente el hecho de que, bueno tenía un problema me sentía mal por eso y yo no podía como darle una solución al problema me sentía como estancado malestar me sentía que una mirada externa me podría entregar una perspectiva distinta sobre el problema búsqueda de ayuda .

E: ¿Y tú cuántos intentos personales hiciste por solucionar el problema?

F: eh...yo diría que uno pero fue bien largo

E. ya.

F: generalmente yo pienso las cosas trato de no sé, me cuesta cómo explicarlo este sería un intento, pero yo creo que estuve como todo el verano tratando de darle como una vuelta de tuerca al problema

E: uhum

F: yo diría a próximamente unos tres- cuatro meses

E: ¿antes de hacer la consulta y todo?

F: claro

E: ¿cómo es que tú llegas al terapeuta?

F: bueno a M yo ya la conocía y fue más que nada porque eh, antes ya había tenido un problema y había venido acá

E: ya

F: entonces, pero originalmente yo la conocí porque yo supe que habían psicólogos en la universidad y tuve otro problema después del primero y como que pensé que hablar con ella me podía ayudar. (Por qué te podría haber ayudado)

E: ¿en la primera oportunidad también te había ayudado te había facilitado en tu proceso?

F: si, si, si

E: ¿tú confiabas en el trabajo que estaba haciendo M?

F: al principio no porque yo no, bueno yo no conocía como el mecanismo de trabajo de la psicoterapia y en realidad yo no, era primera vez yo no sabía a qué venía, me sentía mal sentía que necesitaba ayuda malestar pero no tenía como, como expectativas o sea más allá de la expectativa de solucionar el problema, no

sabía nada. En ese sentido no, no esperaba nada y como se llama y así mismo no... al principio claro no me gusto porque sentí que era un poco invasivo después me di cuenta que el trabajo igual hacia bien después lo acepte

E: ¿se podría decir que el trabajo parafraseando un poco lo que me habías dicho anteriormente te ayudo en el proceso?

F: eh si, el primero no tanto porque como te digo tuve una fase inicial de mucho rechazo y fue más que nada un poco gracioso, porque el hecho de que haya un poco fallao después me di cuenta eso decanto que “ah sí igual estuvo bien” hice como el ejercicio en mi casa solo sin haber venido porque la primera deje de venir y ahí se me soluciono el problema. La segunda vez lo seguí como al pie y me fue bien.

E. ¿Cuánto tiempo duro este periodo como de rechazo o de resistencia a la intervención?

F: yo diría que como el 80% del tiempo que la primera vez creo que vine como a cuatro meses tiene que haber sido como tres meses algo así

E: ¿una vez por semana?

F: si una vez por semana

E: son como doce sesiones

F: em si

E: en donde tú estabas más frenado respecto a la intervenciones que se estaba realizando, ¿y la segunda oportunidad ahí este rechazo fue más flexible tu permitiste mayor...?

F: claro yo ya no tenía rechazo porque ahí me di cuenta que a pesar que igual hay ciertas cosas que me incomodan más que anda por mi personalidad me di cuenta que igual hacen bien y de hecho el hecho de que yo no las practicara truncaba, entonces estaba mucho más sumiso la segunda vez

E: ¿cómo te sentiste en las sesiones?

F: las primeras veces me sentí incomodo, más que nada como era la primera vez tenía problemas un poco más graves que el entones fue extraño, tuve un episodio como complicado y me mandaron al psiquiatra

Entonces como que me produjo más rechazo sobre todas las actividades,

la segunda vez estuvo bien ahí no tengo nada malo que decir

E: ¿te sentiste comprendido en las sesiones?

F: si, si bueno no sé si es bueno seguir indagando o intercambiando la primera vez que fui con la segunda, pero en la primera vez un poco pero como que no me agrado el cómo se llama, las actividades que me hacían hacer más que nada como los ejercicios no me gustaban mucho de hecho no los hacía nunca como por ejemplo volvía y mentía Pero la segunda vez si me sentí súper comprendido fue casi como mágico así

E: ¿y en qué momento sentiste la diferencia entre la primera intervención, entendiéndolo que son las mismas personas en el juego de psicoterapia y la segunda oportunidad que tú te sientes más comprendido tu lograrías describirme esto de sentirte comprendido?

Porque la primera vez sigue siendo M y la segunda también lo es.

E: ¿Tú puedes identificar el momento en el cual te sentiste comprendido?

F: si eh yo creo que fue cuando yo describía mis sensaciones sobre algunos problemas y ella decía una frase resumiendo lo que yo sentía entonces decía “ah me entiende por qué ella puede decir con otras palabras lo que a mí me costó decir y explicar en 20 párrafos” y a sí mismo cuando ella me... habían cosas que yo no le contaba COMPROMISO(cosas que tenían que ver con el problema, porque no las contabas?) y ella decía probablemente tengas este problema más adelante, entonces sentía que además que ella comprendía cómo me sentía comprendía como la situación en la que estaba ahí

E: las consecuencias que podía tener

F: claro, claro o como actuaba la situación ella como que entendía todo el problema APOYO

E: ¿te sentiste en alguna de las sesiones como tenso, incomodo a parte de la 1ra oportunidad...en el segundo?

F.: si porque siempre es complicado recordar cosas que te hacen sentir mal. A veces estaba nervioso

E: ¿El recordar cosas el traerlas al presente era lo que a ti te incomodaba?

F: si, bueno yo no soy de la región mi problema estaba como en Santiago

mi estaba acá ya era como un escape entonces venir acá era como tener que volver a lidiar con los problemas de Santiago siendo que no está acá era complicada

E: ¿Alguna vez te sentiste cuestionado? ¿Juzgado?

F: no, no

E: ¿tú crees que la forma en que se abordó tu problema y se abordó tu problema era la adecuada?

F: sí a pesar de que tengo una visión muy particular que el problema se puede tratar de mil maneras

E: ¿Pero Tu considerabas que era adecuado para ti te hacía sentido a ti?

F: Sí, yo creo que era para bien, pero las cosas siempre se pueden hacer mejor, pero no fue lo óptimo quizás, pero si el problema se solucionó fue como bueno todo el trabajo no sé si óptimo pero si súper bueno

E: tú me habías mencionado que M te encomendaba tareas y actividades por realizar y que tú no las realizabas en la primera fase por decirlo así o en la primera consulta en la segunda tú me mencionaste que esa disposición había cambiado

F: sí

E: ¿lograste realizar todos los compromisos que...?

F: sí algunas, otras de hecho se me olvidaban, porque yo soy súper olvidadizo habían cosas que se me olvidaban, pero por ejemplo me pasaba que me decía “piensa tal cosa...” no sé y eso yo lo hacía en la ducha así que formalmente no lo hacía con lápiz y papel digamos y centrándome en eso igual había un trabajo mío que se desarrollaba ese pequeño trabajo igual ayudaba. Porque después yo llegaba acá (a la consulta) igual comunicaba las conclusiones que yo había obtenido sobre la actividades a pesar que quizás no las hacía formalmente

E: de manera más concreta respecto a tus formas de tratar de solucionar el problema antes de acercarte al psicólogo ¿Cuáles habían sido estas estrategias? Las tuyas las propias

F: eh bueno con el segundo problema, que es un poco más específico era eh quizás como una rama de posibilidades de acción que yo podía tomar para poder lidiar mejor con el problema y ver a priori cual iban a ser las consecuencias, por

ejemplo cuál era el curso de acción que yo podía tomar para y que podía pasar en caso de que yo hiciera eso y de esas opciones como predecir la mejor y luego intentar poner en práctica, por ejemplo esto va a hacer muy complicado entonces no lo hacía pero el trabajo era claro cómo imaginarse la consecuencia de acción y luego elegir la mejor

E: ¿y eso era lo que no te había dado resultado? Por lo menos con este aspecto de tu vida o conflicto

F: si si, si, si

E: ¿Porque en otras situaciones esas te ha dado o te había dado resultado?

F: si si eh bueno la calidad de los problemas no son los mismos, pero si en general es lo que yo hago siempre y específicamente con problemas más psicológicos más relacional es claro como lo que yo hice claro

E: ¿lo continúas realizando?

F: si, si, si

E: te da buenos resultados pero en otros aspectos

F: si bueno a veces, no voy a decir que siempre pero...

E: y esta herramienta que te entrego M tu ¿también las vuelves a utilizar ahora en otras situaciones?

F: eh no yo diría que no, todavía lo veo como trabajo muy de M y no mío es como se llama una actividad guiada a pesar de que si bien hay cosas que yo incorporo en las cosas que yo haría, me parece que hacerla de forma sola sin tener la experticia en psicología y en psicoterapia podía mal aplicarla y quizás empeorar

E: ¿tú lograste darte cuenta de cosas nuevas a través de la psicoterapia, cosas tuyas?

F: si principalmente porque como te digo ella no me conoce solo personalmente a mí... eh ella tiene una opinión como objetiva más fundada en los estudios la experiencia y bueno y eso (qué cosas?)

E: ¿te ayudo a ver o a explorar nuevas formas de solucionar tus problemas?

F: si pero como te digo siempre como con guiado a mí todavía me cuesta porque siendo yo parte del problema me cuesta un poco tomar esa distancia y objetividad sobre las aristas del problema

E: tú mencionabas esto de la profesión en sí y del profesionalismo ¿tú encuentras alguna diferencia entre las formas que tú estabas teniendo de abordar el problema y las formas en que abordo efectivamente M?

F: Eh si, si, porque debido a que ella tiene más experiencia (experiencia en qué) el tipo de problema que yo tenía ya lo había visto ella había encontrado una solución que a alguien le había servido y quizás ella podía tener algún dato sobre que a mí me podía haber servido también entonces en ese sentido, claro pa mi es complicado todavía solucionar ese tipo de problemas

E: ¿te fue útil la terapia?

F: si si,

E: ¿sentiste por lo tanto algún grado de alivio?

F: si si, fue casi como inmediato quizás yo pude inconscientemente eh sabía que lo que necesitaba del problema era escuchar una voz profesional objetiva, que no tiene los compañeros amigos

E: tu alivio fue me mencionaste casi inmediato, ¿tú lo podrías reconocer en algún punto de la psicoterapia? por decir en la mitad en la tercera última

F: yo diría que fue entre la primera y segunda más que nada porqué le decía M “tengo este problema, me siento mal.” así entonces ella decía “esto es lo que te pasa y tu teni este tipo de problema”, entonces hacíamos la sesión “dado que tienes este problema, así entonces cuéntame sobre esto. Ella casi siempre me preguntaba por puntos débiles por lo menos ella ya sabe qué problema tengo entonces te sentís como aliviado, además que es como la profesional como que teni mas esperanza en que quizás el problema se va a solucionar

E: ¿tu sentiste un cambio entre la persona que eras anterior a la psicoterapia y luego de salir del proceso?

F: Yo creo que siendo objetivo sí, pero en un plano más subjetivo yo siento que soy la misma persona pero tengo más herramientas como para lidiar con esos problemas si bien el problema no se ha solucionado te da como cierta visión sobre, cómo lidiar con esos problemas te hace como en ese sentido que te afecten menos o que no te afecten o en mi caso que este afecten menos.

E: no sé si quieres agregar algún otro elemento que desees compartir

F: mm no a ver ahora después de todo este proceso se me ha ocurrido que quizás esto sería como una buena visión de un trabajo psicoterapéutico y quizás sería también bueno con otra persona porque de hecho ahora justamente volví a venir ahora porque tengo otro problema relacionado con el anterior eso sí y me di cuenta de que esta entrevista por ultimo me refresco la memoria de todo lo que había pasado de hecho me siento un poco mejor entonces me parece que no se si esto importara pero sería como un buena visión a lo que ya es el proceso terapéutico

E: Es como una meta psicoterapia la primera tiene que ver con el problema mismo y la segunda tiene que ver netamente con el proceso psicoterapéutico como entregar una visión ms general de lo que estoy viviendo en esto

E: En esta intervención que si tuvo algunos logros ¿tú encontraste algunos aspectos negativos tuyos o del terapeuta que te complicaran el trabajo?

F: siendo racional yo diría que si todo tienen algo malo, pero puntualmente yo diría que quizás las frecuencias a mí en lo personal, creo se podrían mejorar porque yo a M la veía no todas las semanas y de repente a veces me pasaba que tenía me deprimía un poco sobre lo mismo y yo no tenía como la inmediatez como decirle “oye me paso esto...Qué hago” tenía que esperar diez días dos semanas entonces en ese sentido pero yo creo que me parece que por la carga que debe tener tanto alumno y tan poco psicólogo debe ser complicado y lo otro yo creo a veces sentir que las sesiones eran un poco cortas, pero también respetando digamos la cantidad de alumnos y el tiempo ose ame tenía que conformar con eso

E: Tú me decías que la veías cada dos semanas como cada 15 días eso ¿siempre fue así o en un comienzo las sesiones era más...?

F: no sé si al comenzó pero había periodos en los que yo la veía no sé, creo que hubo como 3 semanas donde la veía cada diez días igual paso todo esto del paro entonces fue como súper excepcional y a veces claro había dos semanas o generalmente cuando vengo a pedir una a hora me da para una semana y media más (qué haces con el problema en ese tiempo?) bueno, respondiendo a la pregunta fue como súper repartido no sabría decirte si fe al principio al medio, creo que fue al principio las cosas estaban bien y ... y al final al final también la vi creo la vi

más semanal

E: ¿para ti cuál habría sido el tiempo prudente o ideal? olvidémonos del resto de los alumnos para ti cual habría sido lo más cómodo cada cuando tiempo te habría gustado venir

F: no sé si en un tiempo fijo, pero quizás cada vez que uno sentía que agregaba algo nuevo al problema o se sentía mal pero me promedio yo diría que un par de veces por semana como bien separado así lunes y viernes algo así

E: y la duración me habías dicho que algunas sesiones había sido a tu parecer más reducidas en tiempo que otras eso tu lograste medirlo así como “hoy estuvimos solo cuarenta minutos y hoy estuvimos solo media hora” cuánto fue el tiempo mínimo que estuviste

F: bueno de la más corta creo que fue como 20 minutos, pero ahí igual paso algo excepcional porque igual estaba como mejor y yo igual sentís que como que igual había hablado todo de hecho me pregunto “¿oye te parece que lo dejemos acá? “Y yo bueno ya pero manteniendo quizás el respeto al tiempo me habría gustado que las sesiones duraran entre media hora y una hora. De hecho a veces como que igual llego y como que se acabó que lata (¿por qué es una lata que acaben?) como que te quedan cosas en el tintero y eso añadido a la frecuencia un poco extendida a veces te quedas con cosas que de hecho a la sigue sesión como yo tengo mala memoria se me olvidaban y me acordaban a media semana y pucha me sentía mal y no podía hablar con ella

E: para ti ¿cómo habría sido de la frecuencia y el tiempo de duración como había sido una terapia más efectiva? ahora que ya conoces como es el proceso...

F: ¿tú dices en término de tiempo?

E: No, como un todo. Ya hablamos que una terapia ideal para tu sería dos veces por semana de 50 minutos app a eso que elementos le sumaria para que siguiera enriqueciéndose

F: em no se es que como que como yo no he estudiado el tema, quizás hacer como alguna actividad que no se espere con una persona que tiene el nivel de confianza con el terapeuta por ejemplo si...No sé ...como leasar con una pelota algo que te bueno que también te rompe el hielo y que te quiebre como la cotidianidad

que tiene una relación entre dos personas que no se conocen tanto, por lo menos a mí no se toda la gente cuando hay cosas que rompen lo establecido socialmente y en la cotidianidad como que te da... te cierra al tiro ese escenario y te pone en otras situaciones entonces a priori me parece que tener una actividad extraña, que no sé qué podría ser, te podría ayudar a como quizás romper como la sanción que uno tiene antes de llegar que general es como pucha me siento como bajoneado por tal problema y quiero hablar me parece como algo extraño una buena forma de quizás aislar la pre sensación que uno tiene que igual sesga un poco la dedicación

E: esa actividad que tu mencionas a ti te gustaría que fuera en qué momento de la sesión cuando es la primera sesión de entrevista o un poco más avanzado

F: yo creo debiese ser como avanzado porque pa tener un mínimo de confianza con la otra persona asumiendo que es la primera vez que va y que no conoce al psicoterapeuta además que pensó que también supongo que la psicoterapeuta tiene que reconocer el problema y eso supongo creo que debiese ser como en la mitad o quizás hacia el final que se haya hecho un poco de trabajo no se

E: Por ejemplo un aspecto que no hemos explorado son los aspectos más generales más físicos por ejemplo a ti qué aspectos físicos te han generado como mayor confianza o al contrario estoy hablando del inmobiliario de cosas físicas.

F: yo soy súper poco fijón, pero a mí lo que generalmente me gusta es como el ambiente de la sala de espera que es como lo que ocurre en los hospitales tu llegay y es como te contamina un poco esa...De hecho a mí me ha pasado llegaba y veía gente llorando a fuera igual como que a la gente eso...No sé yo creo que puede a otra persona sentir "chuta" un poco de rechazo y especialmente acá que la sala de espera muy cómoda a veces la otra persona se tiene que sentar en el suelo o estar parado. Los perros que de seguro salen la grabación. Pero, por ejemplo de los aspectos que me gustan es que ella pone música y a veces, a veces es buena como música relajante a veces uno viene tan bajoneao que esa misma música relajante como que no te llega eso principalmente en cuanto al inmobiliario

E: Respecto a lo mismo que me mencionas de la sala de espera me viene a la cabeza la idea de que ¿te gustaría por ejemplo que las personas no se toparan?

F: no, o sea es que yo creo que es bueno igual ver a otra gente quizás yo en lo personal nunca lo he hecho pero la gente se pondrá a conversar afuera pero es que me parece que serio como muy frio quizás apoco inhumano separar a la gente. Quizás poco robótico hacerlo como exprés como la comida rápida algo así

E: ¿un poco complicado pero necesario?

F: eh reformulando yo creo que si se pudiera lograr esa sensación, pero haciendo otra cosa no dejando de ver a otra persona seria súper bueno. Ahora, cómo no se me ocurre, pero yo creo que sería interesante como comprobar la reacción de otras personas yo creo que la gente está muy mal quizás sería bueno para ellos no ver a nadie por ejemplo una persona que está a mitad de trabajo...No se me imagino tener una actividad como no sé, más gente el hecho que esa persona le meta conversa a esa persona que puede estar mal quizás en ese sentido no sería bueno eh privar a la gente de ese contacto

E: o sea ¿tú crees que tiene que existir la diferencia natural de cada persona?

F: eh claro no, como vivimos en sociedad igual no cierto quedaría como un poco maquina separar a la gente pa que no se tope, pero claro me imagino que si quizás sería bueno privarlas de que se relaciona con otro y que y le afecte cosas quizás sería por ejemplo tener como salas diferenciadas personas que estén más mal quizás estar un poco más aisladas o si el psicoterapeuta lo considera o un poquito mejor no se

E: depende de la comodidad de cada persona

F: si, si, si, si

E: aparte de lo mal que se pueden sentir un poco observado por que les cuesta un poco contener o están llorando o lo único que quieren es entrar luego al psicólogo

F: si si si a parte ahora me acordé que en esta consulta especialmente un poco quizás eh...Un poco penca de repente que hay arriba no sé qué hay ¿dentista?

E: si dentistas

F: y de repente viendo el matinal, muertos de la risa como en otro escenario es como penca en el otro lado también hay psicólogos y de repente tiran tallas es como penca

Er: ¿tú crees que sería necesario consultar estos aspectos en terapia con cada paciente a ti te gustaría que te diera hora separado de otros pacientes?

F: Yo creo que si te daría otras perspectivas de cómo son las personas

E: ¿pero para ti es un factor interviniente?

F: no la segunda vez no bueno ahora pese todo el proceso más maduro todo antes lo pase mal están en otro lado la consulta estaba súper yo me sentía como en el patio de atrás de algo...el ruido de las maquinas del dentista un poco de ambiente más considerado con la persona

E: ¿en algún momento notaste cambio?

F: si pero lo noté, fue al final yo no suelo verme a mí mismo como en tercera persona pero M me decía que era evidente pero como uno se ve todos los días no ve eso . Venía a las actividades “Si yo no tengo nada que decirte es que has cambiado”, me decía “te ha cambiado la cara y todo”. Y ahí me di cuenta

E: ¿Te costó asumir que habías cambiado?

F: de hecho aún no lo asumo, porque yo tengo como un rollo con el cambio creo que he ganado como formas de actuar no quiero aceptar que es cambio. Pero siendo objetivo yo creo que si he cambiado

Entrevista n°2

Se hizo una revisión de la primera entrevista y quedaron algunas consultas o ideas pendientes en esta segunda entrevista se harán consultas sobre la relación terapéutica, el vínculo que hayas tenido con M y hacer memoria respecto a eso.

Había algunos puntos que no se consultó en un principio por ejemplo ¿qué estudias?

F: acabo de egresar de ingeniería civil telemática y haciendo un post grado en ingeniería civil electrónica.

E: ¿en la misma universidad?

F: si

E: ¿cuántos años tienes?

F: 25

E: ¿a qué edad entraste a la universidad?

F: a los 18

E: ¿cuándo comienzan las visitas al psicólogo?

F: yo llegue, era mechón estaba en Santiago y estaba pololeando la cosa es que mi polola se suicidó y fue justo a finales de año y ahí vino todo el shock a parte que complicado, eh decidí un día no quiero estar más acá, además que ella vivía a la vuelta de mi casa así que me vine a Valparaíso tuve problemas más que nada porque me sentía solo porque llegaba acá a segundo año los que eran mechones ya se conocían y yo como que no conocía el ambiente además que era la primera vez que me iba de la casa solo

E: o sea tú estabas estudiando en Santiago

F: si

E ¿y qué estudiabas allá?

F: ingeniería en plan común

E: ¿en qué universidad?

F: en la misma campus Santiago entonces de hecho fue súper brusco, me vine como a la mala por decirlo así...eh porque postulé al campus fuera de plazo igual yo hable con el encargado de relación estudiantil entonces ahí me dejaron venirme pa acá porque también tenían que hacer el traspaso interno. La cosa es que claro, empecé a desarrollar una poco una leve depresión y empecé a tener crisis de pánico ansiedad y bueno además porque la u de por si es estresante y bueno la cosa es que acabe yendo con M porque estaba conversando con unos compañeros y me hicieron darme cuenta que había atención psicológica gratuita.

E: y eso ¿a cuánto tiempo fue de lo ocurrido con tu polola?

F: no se no recuerdo muy bien tengo la impresión de que fue el 1er semestre debe haber sido como en abril fue un poquito antes de que empezaran las clases y la cosa es que fui y nunca había tenido experiencia con psicólogos la cosa es que fui bueno a parte de mi polola que estudiaba psicología y tenía contacto con psicólogos algunos libros que leí en el colegio y nada decidí probar si ya no tenía nada que perder así que empecé yendo con M y tuve un problema eh que me vino

parece una crisis de pánico muy fuerte y parece que tenía como pensamientos suicidas y ella me dijo que era sano que empezara a ir al Psiquiatra entonces me recomendó una psiquiatra que ella había dicho que muchos niños de la santa María iban y digamos tenía convenio o facilidades de pago una cosa así, entonces empecé a ir y empecé a tomar fármacos ansiolíticos, antidepresivos calmantes y paso el tiempo y empecé a mejorar y me vino una cuestión así de repente rechazo con los fármacos porque igual como un cambio de ánimo súper brusco entonces ahí me vino como la cuestión entonces dije “ya no voy más” de hecho en ese entonces deje de ver a M o la veía muy poco

E: ¿cuánto tiempo estuviste en la 1ra intervención?

F: con M como unas 4 a 5 sesiones

E: en la 1era vez hablamos que tuviste mucho rechazo además de la derivación

F: si, si si

E: habíamos hablado de que como un 80% del tiempo estabas con ese rechazo quiero saber ¿qué te producía ese rechazo? Me dijiste en un comienzo que eran las actividades pero ¿había algo más?

F: no, yo diría que fueron solo las actividades es que a ver, cómo lo explico, es que igual en ese entonces yo estaba súper deprimido bajoneado a parte solo, entonces de repente la M me decía no sé po "escribe en un papel lo que sientes sobre tu padre" como que yo no tenía ganas a priori decía “quizás esta cuestión no me sirve” o me da lata porque no puedo estudiar o quiero dormir no sé entonces en el fondo era como una mezcla entre desgano y escepticismo y desconfianza también, porque yo no...como era primera vez que empezaba el tratamiento además que fui un poco como en pelota así porque yo no fui con la intención de “ah después de esto voy a estar mejor” sino que yo iba nomas porque en el micro tiempo me sentía como mejor

E: ¿en el tiempo que estabas ahí?

F: si más que nada porque era como desahogo o como estaba solo no tenía como con quién hablar esos temas o si los tenía no me sentía como en confianza cachay entonces en ese sentido me atrajo la primera parte pero después como vino

todo de golpe la cuestión del psiquiatra como que dije chao y ...

E: me decías que las actividades ¿qué tenían las actividades que no te gustaban?

F: es como difícil de explicar pero en sentido coloquial es como que las encuentra como medias tontas, como inútiles a priori por decirlo así que de hecho cuando empecé a ir a tratamiento la segunda vez y empecé a hacer algunas me di cuenta que era bueno

E: y ¿cuál fue la más ridícula? O con que tenía que ver

F: no sé si la más ridícula pero la que más me quedo fue escribir en un papel lo que uno quisiera decir hablando porque yo tenía problemas con mi papá entonces me decía que era bueno desahogar eso y como no podía hablar con él o no quería no se me dijo escribe esa fue la que más me quedo no sé si fue la más tonta

E: ¿por qué crees tú que fue la que más te quedó?

F: no sé, a ver siendo bien objetivo es porque esos problemas no los resolví con el sino que como que quedo ahí nomás por eso yo creo que es la que más recuerdo

E: ¿por qué pensaste que una psicóloga te podía ayudar?

F: yo creo que fue porque yo me di cuenta que si no hacía nada quizás me iba a... mi estado de salud podría haber decaído mucho de hecho yo igual, o sea tampoco estaba solo, solo, pero por ejemplo habían compañeros que hacían ramos conmigo y los veía de vista ellos igual me vieron mal entonces de hecho salir con ellos me ayudo a ir al psicólogo me decían “teni que estar bien” entonces por eso me empecé a atender independiente de que sintiera... de que pensara de que no me iba a hacer bien

E: ¿qué te hizo darte cuenta que te hacía bien?

F: la primera vez no fue tanto porque como te digo que corte todo de golpe

E: fuiste a 4

F: esas son antes del psiquiatra después fui mas pero ni me acuerdo eso peso le tomaba, en ese entonces yo igual sentí que la terapia me sirvió como te decía para desahogarme, pero después se metió el asunto del psiquiatra como que

bloquee un poco ese recuerdo, pero cuando fui la segunda vez fue más que nada porque no se es que mágicamente o sea como que las actividades igual te sirven o yo lo sentí así por lo menos

E: te sentías mejor

F: si de hecho era como sacarse un peso de encima como aparte es como tonto pero de repente escuchar cosa con una opinión objetiva de alguien que no necesariamente tenga un vínculo de amistad o no se familiar que tuvo o tiene más potencia

E: y cuánto tiempo pasó entre la 1ra visita y la segunda vez que te acercas a M

F: hartos unos 3 a 4 años

E: ¿y cómo te recibió ella en ambas oportunidades?

F: bueno como en la 1ra ella no me conocía fue súper formal, fue como un poco fría, pero la segunda fue como extraño me recibió súper cariñosa como que casi hubiese terminado la terapia de una buena manera de hecho, es extraño yo la vi un par de veces en la universidad y el rechazo que tenía con todo el escenario del tratamiento me hacía como por ejemplo esconderme cosas así (ríe) de repente ver que ella era como todo lo contrario conmigo fue bueno, me hizo bien

E: ¿qué eran esos aspectos de tu personalidad que hacían sentir como incómodas las actividades?

F: debe ser porque yo soy medio dejao. entonces es muy común que empiece algo y no lo termine y lo otro es que soy bien he me gusta sacar la vuelta o sea no es que me guste (ríe) pero inconscientemente lo hago mucho por ejemplo a veces uno dice voy hacer tal actividad y la empezai a hacer y te day cuenta de “ah sí igual la hago después” en ese sentido son cosas que tal vez chocan con esa forma de terapia, yo soy más de la conversa de cosas guiadas, pero si me dejan solo soy bien flojo

E: ¿y cómo era la forma de terapia?

F: me refiero a actividades pa la casa, como más libres porque ella como que te las deja y quedan ahí, entonces la primera vez que yo a la sesión ella merecía “lo hiciste?” no le decía y yo tampoco ahondaba como si la había hecho entonces

eso exacerbaba esa característica mía

E: también me señalaste que las primeras veces te sentiste incomodo ¿qué lo provocaba?

F: es que bueno en ese entonces la consulta no está donde está ahora estaba, como por portales en unas bodegas que están al fondo de hecho lo que más recuerdo y creo que lo mencione en la entrevista fue que sentía olor a hospital ese olor a goma del dentista y además llegaba y estaban todos los niños como bajoneados. Era muy clásico que yo llegaba y había gente llorando y de hecho también pasa ahora entonces en ese sentido el ambiente como que a mí me choco

E: de los momentos que te sentiste comprendido era cuando ella sintetizaba todo el problema en una frase así y todo habían cosas que le ocultabas y ella era capaz de todas formas ir más allá y conocer las consecuencias de saberlas casi adivinando ¿qué hacía en ti que ocultaras este tipo de información?

F: eh oh, esto es un poco complicado. de partida yo soy súper reactivo, mi personalidad es bien como al vuelo...me pasa que por ejemplo cuando oculto ese tipo de cosas, es porque en ese momento siento que quizás no es pertinente o no sé, puede ser vergüenza de hecho es casi instantáneo, si lo pensara yo creo que no reaccionaria así, pero como te digo como yo soy así, entonces de repente sentía como “no mejor no le digo esto, para que piense que estoy muy enfermo o quizás no es bueno que le diga esto, porque me puede mandar al psiquiatra de nuevo”, no me ha pasado pero es como tan en el momento que de hecho tengo tanta mala memoria a corto plazo que generalmente olvido por qué oculto las cosas

E: ¿pero esto te pasa en general o quedo desde que te derivaron?

F: no, no en general

E: como te sentías cuando omitías y ella de todas formas averiguaba lo que estaba pasando

F: al principio me daba como miedo, porque si lo piensas uno se oculta para protegerse de algo, entonces si lo descubren esconderse no sirvió de na, es como esa expresión “te sacaron la película” como el lenguaje corporal cenestésico, entonces muchas veces cuando ella hablaba de eso, como que no me miraba y como que yo sentía que con todo ese lenguaje no verbal, me estaba diciendo “no,

si yo te cacho y te entiendo, tú sigues cierto patrón y sé lo que pasa” y en ese sentido te sentís como entendido y especialmente con cosas que pueden ser muy distintas a otras personas y eso puede ser una sensación como de pertenecer

E: y en general ¿cómo te sentías en la 2da oportunidad en el espacio terapéutico?

F: ¿a grandes rasgos? Cómodo es como la sensación que teni cuando no sé po por ejemplo cuando chico anda en bicicleta y después vuelves entonces te da una sensación que es como familiar y lo otro que a la vez distinto, porque cambió el escenario o sea el ambiente porque cambió la consulta. Era una cosa como rara, nostálgica pero mejor acompañado todo esto del rechazo al psiquiatra entonces...

E: la segunda vez que acudiste ¿con qué tenía que ver el problema? a grandes rasgos.

F: es como raro porque en general me volví a sentir deprimido y un poco solo y tenía... estaba enojado con una amiga, aún estamos enojados, y fue un día y me bajoneo cuando me va mal en los ramos y claro como que todo eso choco y creo que dije “es hora de ir de nuevo con M”

E: estuviste todo el verano

F: y tenía problemas familiares se me junto todo.

E: tu considerabas que era para ti la forma de abordar y dices que siempre las cosas se pueden hacer mejor que no fue lo óptimo ¿por qué crees que no lo fue hubo elementos que faltaron?

F: si lo que pasa es que no se si te lo mencioné, pero uno de los problemas que te mencioné era que creo, que específicamente el tipo de consulta en la universidad que uno...bueno a mí me pasaba que como que siempre iba con los problemas medios atrasados porque yo además la veía cada una semana y media porque a veces me sentía mal y físicamente sentía “necesito hablar con M ahora, mañana o luego” y el problema es que pasa el tiempo y se te olvida el problema y llegay con un desfase creo que es lo que puede fallar en este tipo de terapia.

E: ¿y qué hacías con el problema en ese tiempo?

F: bueno de todo, me hacia el leso, le daba vueltas, depende del problema también, a veces tomaba cosas que ella me había enseñado una vez me enseñó a

respirar y todas esas cosas las trataba de aplicar.

E: yo te consulte sobre las herramientas y me decías que las sentías propias de ella ¿qué herramientas te enseñó?

F: a respirar y me dijo que me lo mejor era tomar las cosas con calma y darle una vuelta, como pensar fuera de la caja y ver las cosas desde fuera y me dejó cosas como escribir hacer una lista. Siempre me recuerdo ese tipo de cosas por ejemplo, no van con mi personalidad pero me las enseñó

E: te referías mucho a la experticia y profesionalismo ¿a qué te refieres con eso, qué concepción tienes del trabajo terapéutico?

F: esto de pensar las cosas de otra forma se me ocurre que, como yo llego a una conclusión sombría o triste, ella llega a otra y me dice “no, no lo pienses así”. Y fuera de terapia como que no hay nadie que te diga “hacelo así”, puedo pensar mal o enfermarme más o pensar algo erróneo si lo hago solo

E: tú mencionabas que ella tenía más experiencia ¿en qué?

F: tratando pacientes, por ejemplo si quisiera hablar con mi papá ella me podría decir no, no hables todavía con él porque te veo con rabia, con pena etc. Pero yo solo puedo decir “ya es hora que le hable” en ese sentido ella puede ser más cautelosa

E: sentiste por lo tanto alivio y dijiste que sí, que necesitabas escuchar una voz profesional y objetiva. ¿Qué es lo que te hace pensar que inconscientemente te faltaba eso?

F: en ese entonces yo tenía problemas familiares y a ver si, si lo puedo decir, lo que pasa es que mi mamá tenía problemas con mi papá porque tenía problema de sueldo, entonces yo decía, digamos quizás como al reacción natural de que “ya es hora de que deje de estudiar y me ponga a trabajar, tienes 24 y estas como zángano” entonces quizás es hora y lo pensé incluso hablé con mi mamá, pero en el fondo sabía que no era la solución quizás la solución era que se pelearan a pesar de que yo no quería que pasara eso. Por eso ella fue como “cabrito las cosas no son así”, los roles y no sé qué cuestión y “lamentablemente si se pelean es cosa de ellos” y tú no podías hacer nada, ella como que me ayudó a chantarme y darme cuenta de los roles al interior de la familia y que no podía hacer nada

E: también decías que ella apuntaba siempre a los puntos más débiles ¿a qué te refieres con eso?

F: yo creo que lo más difícil de hablar, lo más difícil de aceptar en ese sentido...

E: disculpa ¿tú crees que ella sabía qué era lo más difícil de tratar?

F: si porque ella sabía se lo mencioné antes quizás o se dio cuenta. Por ejemplo el aporte de la familia, yo sentía que era mi deber yo me y ella pensaba que era importante y que podía mejorar hablando de eso

E: sobre la pregunta: si has notado cambio, tu respuesta fue “yo creo que siendo objetivo sí, pero en un plano más subjetivo siento que soy la misma persona con más herramientas noma”. ¿Cómo diferencias lo subjetivo de lo objetivo en ti?

F: es que de chico siempre he tenido como un miedo al cambio me da temor saber que eh cambiado a pesar de que sé que lo he hecho. Si lo veo como la forma cruda o más básica soy el mismo tipo pero...por eso hago la distinción como una especie de royo. Es un tecnicismo porque en el fondo reconozco que he cambiado.

E: hacer la revisión del trabajo terapéutico mencionaste que te había ayudado, ¿por qué piensas que te ayudo?

F: bueno en mi caso mi memoria es re mala y es como súper natural en mi haber pasado algo y hacer una lista resumen. Con esta entrevista me di cuenta de lo que ha pasado es como un cuadro resumen que te refresca qué paso, por eso era bueno para mi

E: ¿tú crees que el espacio terapéutico es para hablar solo de problemas?

F: no, pero ha sido mi caso. No podría darte otros ejemplos o sea yo no creo que sea solo para eso, pero no se...

E: ¿Has intentado hablar de otra cosa?

F: ahora que lo dices M siempre empieza hablando

E: ¿de otras cosas?

F: no de lo que me ha pasado, no me imagino hablando de otra cosa

E: también mencionaste que te daba “lata” que se acabaran las sesiones ¿por qué?

F: yo creo que es como esa sensación de ser entendido. Es un poco raro, es

un espacio a parte. No lo considero parte de la vida cotidiana de hecho siempre he tenido la sensación como de expectante ante las sesiones, así como de tranquilidad de “qué bueno que llega” y cuando se va da lata que se vaya.

E: decías que no habías estudiado el tema ¿qué consideras tu necesita un terapeuta?

F: me parece que eso es importante, es súper importante de que el terapeuta esté como ligado al escenario, al diario vivir del paciente de cómo uno vive e interactúa porque me parece que eso da como una especie de cómo se llama esta... la sensación de “yo sé por lo que estás pasando”... na que ver con como por ejemplo el presidente que va a ver a la gente que no tiene casa y no piensa oye con qué cara

E: sobre las actividades, hablabas de que ayudaría a no sesgar la decisión, ¿decisión de asistir?

F: si

E: y en tu caso ¿cuál era ese pre sensación?

F: es que uno antes de ir al psicólogo sabe que va porque tiene problemas y porque los quiere solucionar ...desahogarse lo que sea entonces tú vas con esa predisposición de que te van a tratar de que te harán un procedimiento, de que te harán algo medio científico por la forma en que nosotros nos relacionamos o sea en el fondo uno va con muchas ideas pre concebidas ... sería bueno como transparencia en que uno sea atendido sin darse cuenta, sin darse cuenta de que está siendo atendido es como cuando uno ocupa el computador y no sabe de qué está hecho y lo ocupa igual, como que igual uno vea resultados pero no sintiendo que está siendo que esta maquinado

E: cuando te refieres a lograr la misma sensación sin separar a la personas ¿a qué sensación te refieres?

F: lo que pasa es eso se contagia (en referencia a los otros pacientes de la sala de espera que se encuentran emocionalmente mal) es que los problemas como que se contagian de hecho a mí me ha pasado, cuando la segunda vez que fui había mucha gente bajonea a fuera entonces te sentí mal o te da vergüenza por sentirte bien, entonces eso igual afecta las sensaciones que uno tiene cuando va a la consulta

E: hablaste del inmobiliario y que esas cosas ya no te afectaban tanto que estabas más maduro ¿en qué notas esa madurez?

F: eh como que yo creo no sé si...a ver lo que pasa es que yo antes como estaba mal cachay, claro de repente como que me olvidaba del problema no se, haci tu vida que se yo, pero después te acorday que teni el mismo problema, no ha habido ningún cambio, no se soluciona, vuelves al mismo estado. En ese sentido yo creo que he madurado porque me he dado cuenta que los problemas tienen solución. Como paradójicamente la solución es darme cuenta que los problemas tienen solución...si ya está, no podía hacer nada. En ese sentido aprendí a lidiar con esa sensación, si ves a alguien bajoneado como que yo pienso “no, no tenis razones pa bajonearte, tranquilo” igual lata por la otra persona...Pero más que eso no podis hacer

E: me decías que la segunda vez que fuiste al psicólogo fue casi 3 años después de la 1ra ¿cuánto tiempo duro eta segunda intervención?

F: esto fue el año pasado a principios de... deben haber sido como 10 sesiones... de mitad de marzo hasta octubre más menos.

E: me decías que estabas en tu 3er proceso ¿qué pasó con eso?

F: debería seguir en proceso pero no he ido buscar más horas. Lo que pasa es que los problemas que tenia se transformaron en otras cuestiones y quedaron en cualquier tontera, entonces... y también he tratado de utilizar las herramientas de M para abordar esos nuevos problemas, pero me estoy dando cuenta, que si bien ayuda mucho el ir a terapia, el problema de que va atrasada... me doy cuenta de cómo estoy ahora no sé si me vaya ayudar mucho

E: ¿cuánto tiempo alcanzaste a ir en esta oportunidad?

F: como 3 veces

E: ¿Y cuándo te acercaste?

F: Noviembre me dio hora como fines de noviembre y otra en diciembre

E: y en relación a la relación terapéutica ¿qué me podrías decir?

F: ¿cualquier cosa?

E: si

F: he bueno o sea lo que yo percibo de ella, es que es buena persona

quedamos con una relación súper liviana. La primera vez quedé como enojado con ella ahora es distinto no sé cómo son las relaciones médico pacientes, no voy mucho al doctor, ni soy de relacionarme muchos con ellos a un nivel más personal, pero por ejemplo yo la veo como si... un poquito menos que colega como de la familia de la universidad, claro y en ese sentido una especie de Tía una cosa así como medio fraternal, pero a la vez súper formal y bueno como te dije es súper profesional y como te digo si yo la sentí fría, yo creo que simplemente es porqué tiene experiencia y sabe cómo trabajar

E: ¿en qué notabas que tenía experiencia y que sabía trabajar?

F: yo creo en que la forma en que se desenvolvía no la sentía vacilante o titubeante me sentí seguro con ella. Cada psicólogo le puede costar encontrar su forma, me imagino que cada psicólogo tiene una forma de abordar la terapia, en ese sentido a ella se le notaba que tenía un plan de trabajo y por eso la sentí segura y por ende con experiencia...yo también podría razonar que no traerían a la universidad a personas con poca experiencia no sé se me ocurre. Es complicado hablar de ella, porque no conozco más terapeutas yo diría que era profesional y respetosa

E: ¿en qué notabas que era respetuosa?

F: en el lenguaje, uno está acostumbrado a hablar con amigos con un lenguaje más coloquial ella habla...por ejemplo los profesores hablan súper formales como que cuesta acercarse en cambio M es como súper formal pero la sientes cercana pero no sé qué... ojalá no se moleste, pero es como abuelita, como que te da... a pesar de que es mayor como que está súper conectada con los jóvenes con las cosas que piensan y pasan y es súper respetuosa porque podría ser más fría la psiquiatra era súper fría y cuadrá, por ejemplo no me preguntaba como estoy, o sea me preguntaba pero era casi retórico o sea no es como el comentario de M que es “hola, ¿cómo estás?” se nota que tiene respeto por los pacientes

E: ¿y qué otras características tiene?

F: yo diría que es como paciente o sea que sabe esperar, nunca me sentí como que ahondara mucho quizás se tomaba el tiempo de en varias sesiones...no presionaba

E: ¿cómo eran las formas que tenía ella de relacionarse contigo?

F: si de hecho cuando partí a la sesión ella me saluda súper cariñosa cercana y como que se sentaba y era como que apretaba el botón y se notaba como que tomaba otra actitud eh y eso me llamo hartito la atención y ahora me estoy dando cuenta

E: ¿y eso que te provoca?

F: bueno complementando con lo anterior es como que parte la sesión siendo una persona pero cuando empieza la sesión en si por ejemplo también ponía música o jugaba con algo, no me acuerdo bien es como que ella sabe cuándo empieza el trabajo y cuando termina

E: ¿esto era una forma de actuar constante como un rito?

F: si se podría decir que si no sé si lo tenía planeado se veía más bien como la reacción natural de una persona.

E: cómo se construyó la relación

F: bueno en un principio era distante bueno comparado con lo de ahora si era distinta a parte no me conocía. Además yo creo que la primera consulta debo haber parecido un zombi... entonces ahora uno llega más tranquilo y sabe cómo es la cosa. Yo tengo la tendencia a mirar todo lo del principio como mal por todo lo que pasó como que me cuesta no rechazarlo en ese sentido como que la M de las primera sesiones no es M es como un paso accidentado...pero yo reconozco que la 2da vez y por eso fui la segunda vez, tenía problemas de horario y podía ir con un señor que hay ahí, pero yo quería estar con ella, porque me conocía y sabía mis problemas me había atendido a pesar de que reconocía que había fallado el tratamiento y bueno fue... la relación se fue dando de a poco me cuesta ver un cambio brusco... fue de a poquito, de hecho ella me saluda en el espacio entre la 1ra y 2da vez. Me pilló medio a mansalva y me saluda igual, a pesar de que yo deje de ir y me podría haber dicho "no fuiste más" y no lo hizo y eso me hizo bien

¿Cómo evaluarías las sesiones?

F: como te dije yo creo que todo se puede mejorar, a mí me sirvió no sé si quizás a otra gente le sirva, no sé si M con otro tipo de persona hará la sesión de otra forma

E: ¿a qué te refieres?

F: es que yo creo que a otras personas hablando puede que no se le solucione el problema, de hecho a mí lo que más me sirvió fue eso... como que las tareas quizás a otra persona no le ayude...por ejemplo a una persona que le cuesta hablar...quizás ella debería tomar algún resguardo sobre eso no sé si hace la sesión de otra forma. Pero por otro lado aun siento que las sesiones son muy cortas y siempre queda la sensación de que es corta es porque es corta y eso de que vas desfasado con la vida normal en ese sentido es como lo malo pero al final la evaluó bien. No sé por qué me queda la sensación de que deberían tener algo raro las sesiones, que te desconécete con el estado en el que estas. Cuando estas por el hoyo como que es difícil salir. No sé jugar como con una pelota... te desconecta te hace sentir como que la terapia es un lugar especial.

E: ¿algo más que te gustaría agregar?

F: de las cosas que podría tener siento que ella me hubiera gustado me aplicarla algo de terapia fuera de la terapia no sé tener problemas en el verano y recibir un correo de ella “hola como estay “algo así sería bueno quizás me habría gustado que fuera más activa en todo lo que era la consulta tampoco me controlaba las actividades entonces fuera de la consulta me sentía como medio en pelota como que me daba esa sensación de que tenía que ir allá para aplicar la terapia si hiciera algo para complementenla la terapia será lo genial.

Entrevistas analizadas

A continuación podemos apreciar cómo fueron destacas en cursiva, las frases, citas o trozos de textos considerados como relevantes para el investigador, luego en mayúsculas podemos ver el código designado y entre paréntesis los alcances que luego se transformarían en el material de la segunda entrevista. Los memos serán agregados en otro anexo ya que fueron escritos de forma manual y no mecanografiados.

Entrevista n°1 Felipe

E: Como te señale en un principio la investigación es una investigación

cualitativa, por lo tanto se intenta rescatar los aspectos más subjetivos de lo que tu hayas vivido como proceso psicoterapéutico. No tiene por fin profundizar o indagar cuáles fueron el motivo de consulta, el problema particular, sino más bien conocer, como te mencione, el proceso, es decir lo que tu hayas considerado que te ayudo a tener otra mirada de mundo o del problema o las cosas que a tu juicio perjudicaron este proceso, por lo tanto son aspectos tuyos que tú los consideras es tu opinión y tienen que ver tanto con aspectos tuyos, los que reconozcas o con aspectos del terapeuta que te trató en ese momento. Como te mencioné también es una entrevista semi estructurada, yo me dirijo por una pauta y la carta que te entregué, si bien hay que corregirla como me señalaste tiene que ir firmada para darle un sustento la idea es que tú también la conocieras y manifestaras que no tenías dudas inquietudes y que estabas de acuerdo con. Como te pregunte recién sin estar grabando, ¿tienes alguna consulta alguna inquietud respecto a la entrevista?

F: no

E: la identificación, si tú lo deseas puede ser anónima el nombre real solo lo sé yo y para efectos de la investigación puede utilizarse un pseudónimo o solamente iniciales. Voy a comenzar con la entrevista

E. ¿Qué expectativas tenías antes de iniciar tu proceso?

F: bueno principalmente yo creo que *como lo que toda la gente pensaría que es solucionar el problema, ESPERANZA yo no iría a un lugar así sino supiera que puede solucionar el problema, ESPERANZA Pero eh primordialmente a mí me interesaba conocer la opinión BÚSQUEDA DE OPINIÓN de alguien objetivo EXPECTATIVA DE ATRIBUTO sobre el problema que yo tenía uno puede hablar con los compañeros pero como pero al tener un vínculo emocional contigo están sesgados EXPECTATIVA DE ATRIBUTO por ciertas cosas, entonces yo como que buscaba una opinión objetiva sobre los problemas que a mí me inquietabas EXPECTATIVA DE ATRIBUTO*

E: ¿Cuánto tiempo estuviste en psicoterapia?

F: Eh sería la tercera vez que empezaría a venir pero la segunda fue como la más grave tuve todo este año, sería como de abril hasta agosto

E: ¿Qué fue lo que te llevo a la psicoterapia?

F: yo creo que principalmente el hecho de que, bueno *tenía un problema RECONOCIMIENTO me sentía mal por eso SENTIMIENTO DE DESAGRADO y yo no podía como darle una solución al problema me sentía como estancado FRUSTRACIÓN me sentía que una mirada externa me podría entregar una perspectiva distinta sobre el problema BÚSQUEDA DE OPINIÓN. .*

E: ¿Y tú cuántos intentos personales hiciste por solucionar el problema?

F: eh...yo diría que *uno pero fue bien largo INSISTENCIA*

E. ya.

F: generalmente yo pienso las cosas trato de no sé, me cuesta cómo explicarlo este sería un intento, pero *yo creo que estuve como todo el verano tratando de darle como una vuelta INSISTENCIA*

E: uhum

F: yo diría *a próximamente unos tres- cuatro meses INSISTENCIA*

E: ¿antes de hacer la consulta y todo?

F: claro

E: ¿cómo es que tú llegas al terapeuta?

F: bueno a M yo ya la conocía y fue más que nada porque eh, antes ya había tenido un problema y había venido acá

E: ya

F: entonces, pero originalmente yo la conocí porque yo supe que habían psicólogos en la universidad y tuve otro problema después del primero y como *que pensé que hablar con ella me podía ayudar. ESPERANZA* (porque te podría haber ayudado)

E: ¿en la primera oportunidad también te había ayudado te había facilitado en tu proceso?

F: si, si, si

E: ¿tú confiabas en el trabajo que estaba haciendo M?

F: *al principio no porque yo no, INCRÉDULO bueno yo no conocía como el mecanismo de trabajo de la psicoterapia INCERTIDUMBRE y en realidad yo*

no, era primera vez yo no sabía a qué venía, INCERTIDUMBRE me sentía mal sentía que necesitaba ayuda malestar pero no tenía como, como expectativas o sea más allá de la expectativa de solucionar el problema, no sabía nada. INCERTIDUMBRE En ese sentido no, no esperaba nada y como se llama y así mismo no... al principio claro no me gusto porque sentí que era un poco invasivo VIOLENTADO después me di cuenta que el trabajo igual hacia bien después lo acepte ACEPTACIÓN (¿cómo te diste cuenta que te hacia bien?)

E: ¿se podría decir que el trabajo parafraseando un poco lo que me habías dicho anteriormente te ayudo en el proceso?

F: *eh si, el primero no tanto porque como te digo tuve una fase inicial de mucho rechazo INCOMODO y fue más que nada un poco gracioso, porque el hecho de que haya un poco fallao después me di cuenta eso decanto que “ah sí igual estuvo bien RECONSIDERACIÓN-ACEPTACIÓN hice como el ejercicio en mi casa solo ACEPTAR sin haber venido porque la primera deje de venir y ahí se me soluciono el problema. ALIVIO DEL CONFLICTO La segunda vez lo seguí como al pie y me fue bien. CUMPLIMIENTO DE TAREAS*

E: ¿Cuánto tiempo duro este periodo como de rechazo o de resistencia a la intervención?

F: *yo diría que como el 80% del tiempo INCOMODO que la primera vez creo que vine como a cuatro meses tiene que haber sido como tres meses algo así*

E: ¿una vez por semana?

F: si una vez por semana

E: son como doce sesiones

F: em si

E: en donde tú estabas más frenado respecto a la intervenciones que se estaba realizando, ¿y la segunda oportunidad ahí este rechazo fue más flexible tu permitiste mayor...?

F: *claro yo ya no tenía rechazo RECONSIDERACIÓN-ACEPTACIÓN porque ahí me di cuenta que a pesar que igual hay ciertas cosas que me incomodan más que anda por mi personalidad (¿cómo es tu personalidad?) me di cuenta que igual hacen bien RECONSIDERACIÓN de hecho, el hecho de que yo no las*

practicara truncaba RESPONSABILIDAD DEL FRACASO, entonces estaba mucho más sumiso la segunda vez ENTREGA

E: ¿cómo te sentiste en las sesiones?

F: las primeras veces me sentí incomodo incómodo (¿qué te provocaba esa incomodidad?) más que nada como era la primera vez tenía problemas un poco más graves que el segundo VALORACIÓN DEL PROBLEMA entonces fue extraño, tuve un episodio como complicado y me mandaron al psiquiatra entonces como que me produjo más rechazo sobre todas las actividades, DISPOSICIÓN NEGATIVA la segunda vez estuvo bien ahí no tengo nada malo que decir

E: ¿te sentiste comprendido en las sesiones?

F: si, si bueno no sé si es bueno seguir indagando o intercambiando la primera vez que fui con la segunda, pero en la primera vez un poco pero como que no me agrado el cómo se llama, las actividades INCOMODO (¿porque no te gustaban esos ejercicios?) que me hacían hacer más que nada como los ejercicios no me gustaban mucho de hecho no los hacía nunca como por ejemplo volvía y mentía FALTA COMPROMISO (¿porque no los hacías?)(¿Por qué mentías?). Pero la segunda vez si me sentí súper comprendido fue casi como mágico APOYADO así

E: ¿y en qué momento sentiste la diferencia entre la primera intervención, entendiendo que son las mismas personas en el juego de psicoterapia y la segunda oportunidad que tú te sientes más comprendido tu lograrías describirme esto de sentirte comprendido?

Porque la primera vez sigue siendo M y la segunda también lo es.

E: ¿Tú puedes identificar el momento en el cual te sentiste comprendido?

F: si eh yo creo que fue cuando yo describía mis sensaciones sobre algunos problemas y ella decía una frase resumiendo lo que yo sentía entonces decía “ah me entiende por qué ella puede decir con otras palabras lo que a mí me costó decir y explicar en 20 párrafos” APOYO y a sí mismo cuando ella me... habían cosas que yo no le contaba DESCONFIANZA (cosas que tenían que ver con el problema, porque no las contabas?) y ella decía probablemente tengas este problema más adelante, entonces sentía que además que ella comprendía cómo me sentía

comprendía como la situación en la que estaba ahí APOYO

E: las consecuencias que podía tener

F: claro, claro o como actuaba la situación ella como que entendía todo el problema APOYO

E: ¿te sentiste en alguna de las sesiones como tenso, incomodo a parte de la 1ra oportunidad...en el segundo?

F.: si porque siempre es complicado recordar cosas que te hacen sentir mal. A veces estaba nervioso INCOMODIDAD

E: ¿El recordar cosas el traerlas al presente era lo que a ti te incomodaba?

F: si, bueno yo no soy de la región mi problema estaba como en Santiago mi estadía acá ya era como un escape entonces venir acá era como tener que volver a lidiar con los problemas de Santiago siendo que no está acá era complicada (¿cómo sentías el espacio terapéutico?)

E: ¿Alguna vez te sentiste cuestionado? ¿Juzgado?

F: no, no

E: ¿tú crees que la forma en que se abordó tu problema y se abordó tu problema era la adecuada?

F: si a pesar de que tengo una visión muy particular que el problema se puede tratar de mil maneras INCONFORMIDAD

E: ¿Pero Tu considerabas que era adecuado para ti te hacia sentido a ti?

F: Sí, yo creo que era para bien, pero las cosas siempre se pueden hacer mejor, pero no fue lo óptimo quizás, INCONFORMIDAD (¿porque crees que no fue lo óptimo? ¿Qué elementos faltaban?) Pero si el problema se solucionó fue como bueno todo el trabajo no sé si óptimo pero si súper bueno

E: tú me habías mencionado que M te encomendaba tareas y actividades por realizar y que tú no las realizabas en la primera fase por decirlo así o en la primera consulta en la segunda tú me mencionaste que esa disposición había cambiado

F: si

E: ¿lograste realizar todos los compromisos que...?

F: si algunas, otras de hecho se me olvidaban, (¿qué características

tenían estas actividades?) porque yo soy súper olvidadizo habían cosas que se me olvidaban CONCENTRACIÓN BAJA pero por ejemplo me pasaba que me decía “piensa tal cosa..” no sé y eso yo lo hacía en la ducha así que formalmente no lo hacía con lápiz y papel digamos y centrándome en eso igual había un trabajo mío que se desarrollaba ese pequeño trabajo igual ayudaba COMPROMISO porque después yo llegaba acá (a la consulta) igual comunicaba las conclusiones que yo había obtenido sobre la actividades a pesar que quizás no las hacía formalmente COLABORACIÓN

E: de manera más concreta respecto a tus formas de tratar de solucionar el problema antes de acercarte al psicólogo ¿Cuáles habían sido estas estrategias? Las tuyas las propias

F: eh bueno con el segundo problema, que es un poco más específico era eh quizás como *una rama de posibilidades de acción que yo podía tomar para poder lidiar mejor con el problema y ver a priori cual iban a ser las consecuencias, por ejemplo cuál era el curso de acción que yo podía tomar para y que podía pasar en caso de que yo hiciera eso y de esas opciones como predecir la mejor y luego intentar poner en práctica, por ejemplo esto va a hacer muy complicado entonces no lo hacía pero el trabajo era claro cómo imaginarse la consecuencia de acción y luego elegir la mejor EVALUACIÓN DE CONSECUENCIAS*

E: ¿y eso era lo que no te había dado resultado? Por lo menos con este aspecto de tú vida o conflicto

F: si si, si, si

E: ¿Porque en otras situaciones ésas te ha dado o te había dado resultado?

F: si si eh bueno *la calidad de los problemas no son los mismos, VALORACIÓN DEL PROBLEMA pero si en general es lo que yo hago siempre y específicamente con problemas más psicológicos más relacional EVALUACIÓN DE CONSECUENCIA* es claro como lo que yo hice claro

E: ¿lo continúas realizando?

F: si, si, si

E: te da buenos resultados pero en otros aspectos

F: si bueno a veces, no voy a decir que siempre pero...

E: y esta herramienta que te entrego M tu ¿también las vuelves a utilizar ahora en otras situaciones?

F: *eh no yo diría que no, todavía lo veo como trabajo muy de M ATRIBUCIÓN DE LOGRO EXTERNO (qué herramientas te dejó ¿?) Y no mío es como se llama una actividad guiada a pesar de que si bien hay cosas que yo incorporo en la cosas que yo haría, me parece que hacerla de forma sola sin tener la experticia en psicología y en psicoterapia podía mal aplicarla y quizás empeorar (¿qué experticia te refieres?) ATRIBUCIÓN DE LOGRO EXTERNO*

E: ¿tú lograste darte cuenta de cosas nuevas a través de la psicoterapia, cosa tuyas?

F: *si principalmente porque como te digo ella no me conoce solo personalmente a mí... eh ella tiene una opinión como objetiva más fundada en los estudios la experiencia ALTO NIVEL DE INSTRUCCIÓN y bueno y eso (¿qué cosas?)*

E: ¿te ayudo a ver o a explorar nuevas formas de solucionar tus problemas?

F: *si pero como te digo siempre como con guiado a mí todavía me cuesta porque siendo yo parte del problema me cuesta un poco tomar esa distancia y objetividad sobre las aristas del problema ATRIBUCIÓN DE LOGRO EXTERNA*

E: tú mencionabas esto de la profesión en sí y del profesionalismo ¿tú encuentras alguna diferencia entre las formas que tú estabas teniendo de abordar el problema y las formas en que abordo efectivamente M?

F: *Eh sí, sí, porque debido a que ella tiene más experiencia (experiencia en qué) el tipo de problema que yo tenía ya lo había visto ella había encontrado una solución que a alguien le había servido y quizás ella podía tener algún dato MANEJA ALTERNATIVAS AL PROBLEMA sobre que a mí me podía haber servido también entonces en ese sentido, claro pa mi es complicado todavía solucionar ese tipo de problemas ATRIBUCIÓN DE LOGRO EXTERNO*

E: ¿te fue útil la terapia?

F: *si si,*

E: ¿sentiste por lo tanto algún grado de alivio?

F: *si si, fue casi como inmediato ALIVIO quizás yo pude*

inconscientemente eh sabía que lo que necesitaba del problema era escuchar una voz profesional objetiva, EVALUACIÓN DEL PROBLEMA (¿qué te hace pensar eso?) Que no tiene los compañeros amigos

E: tu alivio fue me mencionaste casi inmediato, ¿tú lo podrías reconocer en algún punto de la psicoterapia? por decir en la mitad en la tercera última

F: *yo diría que fue entre la primera y segunda más que nada porque le decía M “tengo este problema, me siento mal.” así entonces ella decía “esto es lo que te pasa y tu teni este tipo de problema”, entonces hacíamos la sesión “dado que tienes este problema, así entonces cuéntame sobre esto”. ABORDAJE casi siempre me preguntaba por puntos débiles por lo (¿a qué te refieres con puntos débiles?) menos ella ya sabe qué problema tengo entonces te sentís como aliviado, APOYO además que es como la profesional como que teni mas esperanza en que quizás el problema se va a solucionar ESPERANZA*

E: ¿tu sentiste un cambio entre la persona que eras anterior a la psicoterapia y luego de salir del proceso?

F: *Yo creo que siendo objetivo sí, pero en un plano más subjetivo yo siento que soy la misma persona pero tengo más herramientas como para lidiar con esos problemas EMPODERADO (como diferencias la objetividad de la subjetividad en ti?)Si bien el problema no se ha solucionado te da como cierta visión sobre, cómo lidiar con esos problemas te hace como en ese sentido que te afecten menos o que no te afecten o en mi caso que este afecten menos. ALIVIO*

E: no sé si quieres agregar algún otro elemento que desees compartir

F: *mm no a ver ahora después de todo este proceso se me ha ocurrido que quizás esto sería como una buena visión de un trabajo psicoterapéutico (¿por qué crees que hacer esta reflexión sería importante?)* Y quizás sería también bueno con otra persona porque de hecho ahora justamente volví a venir ahora porque tengo otro problema relacionado con el anterior eso sí y me di cuenta de que esta entrevista por ultimo me refresco la memoria de todo lo que había pasado de hecho me siento un poco mejor ALIVIO entonces me parece que no se si esto importara pero sería como un buena visión a lo que ya es el proceso terapéutico

E: Es como una meta psicoterapia la primera tiene que ver con el problema mismo y la segunda tiene que ver netamente con el proceso psicoterapéutico como entregar una visión ms general de lo que estoy viviendo en esto

E: En esta intervención que si tuvo algunos logros ¿tú encontraste algunos aspectos negativos tuyos o del terapeuta que te complicaran el trabajo?

F: siendo racional yo diría que si todo tienen algo malo, pero puntualmente *yo diría que quizás las frecuencias INCONFORMIDAD a mí en lo personal, creo se podrían mejorar porque yo a M la veía no todas las semanas y de repente a veces me pasaba que tenía me deprimía un poco sobre lo mismo y yo no tenía como la inmediatez como decirle “oye me paso esto...Qué hago”* ABORDAJE tenía que esperar diez días dos semanas entonces en ese sentido pero yo creo que me parece que por la carga que *debe tener tanto alumno y tan poco psicólogo debe ser complicado y lo otro yo creo a veces sentir que las sesiones eran un poco cortas, INCONFORMIDAD* pero también respetando digamos la cantidad de alumnos y el tiempo ose ame tenía que conformar con eso

E: Tú me decías que la veías cada dos semanas como cada 15 días eso ¿siempre fue así o en un comienzo las sesiones era más...?

F: *no sé si al comenzó pero había periodos en los que yo la veía no sé, creo que hubo como 3 semanas donde la veía cada diez días igual paso todo esto del paro entonces fue como súper excepcional ABORDAJE y a veces claro había dos semanas o generalmente cuando vengo a pedir una a hora me da para una semana y media más (¿qué haces con el problema en ese tiempo?)* ABORDAJE bueno, respondiendo a la pregunta fue como súper repartido no sabría decirte si fe al principio al medio, creo que fue al principio las cosas estaban bien y... y al final al final también la vi creo la vi más semanal

E: ¿para ti cuál habría sido el tiempo prudente o ideal? olvidémonos del resto de los alumnos para ti cual habría sido lo más cómodo cada cuando tiempo te habría gustado venir

F: *no sé si en un tiempo fijo, pero quizás cada vez que uno sentía que agregaba algo nuevo al problema INCONFORMIDAD* o se sentía mal pero me promedio yo diría que un par de veces por semana como bien separado así lunes

y viernes algo así INCONFORMIDAD

E: y la duración me habías dicho que algunas sesiones había sido a tu parecer más reducidas en tiempo que otras eso tu lograste medirlo así como “hoy estuvimos solo cuarenta minutos y hoy estuvimos solo media hora” cuánto fue el tiempo mínimo que estuviste

F: bueno de *la más corta creo que fue como 20 minutos, pero ahí igual paso algo excepcional porque igual estaba como mejor INCONFORMIDAD* y yo igual sentís que como que igual había hablado todo (tu consideras que el espacio terapéutico es solo para hablar del problema?) De hecho me pregunto “¿oye te parece que lo dejemos acá? “Y yo bueno ya pero manteniendo quizás el respeto al tiempo me habría gustado que las sesiones duraran entre media hora y una hora. De hecho a veces como que igual llego y como que se acabó que lata (¿por qué es una lata que acaben?) como que te quedan cosas en el tintero y eso añadido a la frecuencia un poco extendida a veces te quedas con cosas que de hecho a la sigue sesión como yo tengo mala memoria se me olvidaban y me acordaban a media semana y pucha me sentía mal y no podía hablar con ella INCONFORMIDAD

E: para ti ¿cómo habría sido de la frecuencia y el tiempo de duración como había sido una terapia más efectiva? ahora que ya conoces como es el proceso...

F: ¿tú dices en término de tiempo?

E: No, como un todo. Ya hablamos que una terapia ideal para tu sería dos veces por semana de 50 minutos App a eso que elementos le sumaria para que siguiera enriqueciéndose

F: em no se es que como que como yo no he estudiado el tema *EXPECTATIVA DE ATRIBUTO* (¿qué tema? ¿Qué consideras tu que necesita un terapeuta?) quizás hacer como alguna actividad que no se espere con una persona que tiene el nivel de confianza con el terapeuta ejemplo si...No sé ...como le sear con una pelota algo que te bueno que también te rompe el hielo y que te quiebre como la cotidianidad *INCOMODIDAD* que tiene una relación entre dos personas que no se conocen tanto, por lo menos a mí no se toda la gente cuando hay cosas que rompen lo establecido socialmente y en la cotidianidad como que te da... te cierra al tiro ese escenario y te pone en otras situaciones entonces a priori

me parece que tener una actividad extraña, que no sé qué podría ser, *te podría ayudar a como quizás romper como la sanción que uno tiene antes de llegar que general es como pucha me siento como bajoneado por tal problema y quiero hablar INCOMODIDAD me parece como algo extraño una buena forma de quizás aislar la pre sensación que uno tiene que igual sesga un poco la dedición INCOMODIDAD(a qué te refieres con eso de sesgar la decisión?)*

E: esa actividad que tu mencionas a ti te gustaría que fuera en qué momento de la sesión cuando es la primera sesión de entrevista o un poco más avanzado

F: *yo creo debiese ser como avanzado porque pa tener un mínimo de confianza ATRIBUCIÓN CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICA con la otra persona asumiendo que es la primera vez que va y que no conoce al psicoterapeuta además que pensó que también supongo que la psicoterapeuta tiene que reconocer el problema y eso supongo creo que debiese ser como en la mitad o quizás hacia el final que se haya hecho un poco de trabajo no se ATRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS*

E: Por ejemplo un aspecto que no hemos explorado son los aspectos más generales más físicos por ejemplo a ti qué aspectos físicos te han generado como mayor confianza o al contrario estoy hablando del inmobiliario de cosas físicas.

F: *yo soy súper poco fijón, ATRIBUTOS PERSONALES pero a mí lo que generalmente me gusta es como el ambiente de la sala de espera que es como lo que ocurre en los hospitales tu llegay y es como te contamina un poco esa INCONFORMIDAD ...De hecho a mí me ha pasado llegaba y veía gente llorando a fuera igual como que a la gente eso...No sé yo creo que puede a otra persona sentir “chuta” un poco de rechazo y especialmente acá que la sala de espera INCONFORMIDAD no es muy cómoda a veces la otra persona se tiene que sentar en el suelo o estar parado. Los perros que de seguro salen la grabación. Pero INCONFORMIDAD por ejemplo de los aspectos que me gustan es que ella pone música y a veces, a veces es buena como música relajante a veces uno viene tan bajoneado que esa misma música relajante como que no te llega ABORDAJE eso principalmente en cuanto al inmobiliario*

E: Respecto a lo mismo que me mencionas de la sala de espera me viene a la cabeza la idea de que ¿te gustaría por ejemplo que las personas no se toparan?

F: no, o sea es que yo creo que es bueno igual ver a otra gente quizás yo en lo personal nunca lo he hecho pero la gente se pondrá a conversar afuera pero es que me parece que serio como muy frio quizás apoco inhumano separar a la gente. Quizás poco robótico hacerlo como exprés como la comida rápida algo así

E: ¿un poco complicado pero necesario?

F: ehhh reformulando *yo creo que si se pudiera lograr esa sensación, pero haciendo otra cosa no dejando de ver a otra persona seria súper bueno. (¿A qué sensación te refieres?) INCONFORMIDAD* Ahora cómo, no se me ocurre, pero yo creo que sería interesante como comprobar la reacción de otras personas yo creo que la gente está muy mal quizás sería bueno para ellos no ver a nadie por ejemplo una persona que está a mitad de trabajo...No sé me imagino tener una actividad como no sé, más gente el hecho que esa persona le meta conversa a esa persona que puede estar mal quizás en ese sentido no sería bueno eh privar a la gente de ese contacto

E: o sea ¿tú crees que tiene que existir la diferencia natural de cada persona?

F: eh claro no, como vivimos en sociedad igual no cierto quedaría como un poco maquina separar a la gente pa que no se tope, pero claro me imagino que si quizás sería bueno privarlas de que se relaciona con otro y que y le afecte cosas quizás sería por ejemplo tener como salas diferenciadas personas que estén más mal quizás estar un poco más aisladas o si el psicoterapeuta lo considera o un poquito mejor no se

E: depende de la comodidad de cada persona

F: si, si, si, si

E: aparte de lo mal que se pueden sentir un poco observado por que les cuesta un poco contener o están llorando o lo único que quieren es entrar luego al psicólogo

F: si si si a parte ahora me acordé que en esta consulta especialmente un poco quizás eh...*Un poco penca de repente que hay arriba no sé qué hay ¿dentista? INCONFORMIDAD*

E: si dentistas

F: y de repente viendo el matinal, muertos de la risa como en otro escenario es como penca en el otro lado también hay psicólogos y de repente tiran tallas es como penca INCONFORMIDAD

Er: ¿tú crees que sería necesario consultar estos aspectos en terapia con cada paciente a ti te gustaría que te diera hora separado de otros pacientes?

F: Yo creo que si te daría otras perspectivas de cómo son las personas

E: ¿pero para ti es un factor interviniente?

F: no la segunda vez no bueno ahora pese todo el proceso más maduro (como o en qué notas esa madurez) y todo antes lo pase mal están en otro lado la consulta estaba súper yo me sentía como en el patio de atrás de algo...el ruido de las maquinas del dentista un poco de ambiente más considerado con la persona INCONFORMIDAD / SATISFACCIÓN

E: ¿en algún momento notaste cambio?

F: si pero lo noté, fue al final yo no suelo verme a mí mismo como en tercera persona pero M me decía que era evidente pero como uno se ve todos los días no ve eso . Venía a las actividades “Si yo no tengo nada que decirte es que has cambiado”, me decía “te ha cambiado la cara y todo”. Y ahí me di cuenta ACEPTACIÓN

E: ¿Te costó asumir que habías cambiado?

F: de hecho aún no lo asumo, porque yo tengo como un rollo con el cambio creo que he ganado como formas de actuar no quiero aceptar que es cambio. Pero siendo objetivo yo creo que si he cambiado (¿cuál es el problema con asumir el cambio?) EMPODERADO

Segunda entrevista

Se hizo una revisión de la primera entrevista y quedaron algunas consultas o ideas pendientes en esta segunda entrevista se harán consultas sobre la relación terapéutica, el vínculo que hayas tenido con M y hacer memoria respecto a eso.

Había algunos puntos que no se consultó en un principio por ejemplo ¿qué estudias?

F: acabo de egresar de ingeniería civil telemática y haciendo un post grado

en ingeniería civil electrónica.

E: ¿en la misma universidad?

F: si

E: ¿cuántos años tienes?

F: 25

E: ¿a qué edad entraste a la universidad?

F: a los 18

E: ¿cuándo comienzan las visitas al psicólogo?

F: yo llegue, era mechón estaba en Santiago y estaba pololeando la cosa es que mi polola se suicidó y fue justo a finales de año y ahí vino todo el shock a parte que complicado, eh decidí un día no quiero estar más acá, además que ella vivía a la vuelta de mi casa así que me vine a Valparaíso tuve problemas más que nada porque me sentía solo porque llegaba acá a segundo año los que eran mechones ya se conocían y yo como que no conocía el ambiente además que era la primera vez que me iba de la casa solo

E: o sea tú estabas estudiando en Santiago

F: si

E ¿y qué estudiabas allá?

F: ingeniería en plan común

E: ¿en qué universidad?

F: en la misma campus Santiago entonces de hecho fue súper brusco, me vine como a la mala por decirlo así...eh porque postulé al campus fuera de plazo igual yo hable con el encargado de relación estudiantil entonces ahí me dejaron venirme pa acá porque también tenían que hacer el traspaso interno. La cosa es que claro, *empecé a desarrollar una poco una leve depresión y empecé a tener crisis de pánico ansiedad y bueno además porque la u de por si es estresante* EVALUACIÓN DEL PROBLEMA y bueno la cosa es que acabe yendo con M porque estaba conversando con unos compañeros y me hicieron darme cuenta que había atención psicológica gratuita. BÚSQUEDA DE AYUDA

E: y eso ¿a cuánto tiempo fue de lo ocurrido con tu polola?

F: no se no recuerdo muy bien tengo la impresión de que fue el 1er semestre debe haber sido como en abril fue un poquito antes de que empezaran las clases y la cosa es que

fui y nunca había tenido experiencia con psicólogos la cosa es que fui bueno a parte de mi polola que estudiaba psicología y tenía contacto con psicólogos algunos libros que leí en el colegio y nada decidí probar *si ya no tenía nada que perder RESIGNACIÓN* así que empecé yendo con M y tuve un problema eh que me vino parece una crisis de pánico muy fuerte y parece que tenía como pensamientos suicidas y ella me dijo que era sano que empezara a ir al Psiquiatra entonces me recomendó una psiquiatra que ella había dicho que muchos niños de la santa María iban y digamos tenía convenio o facilidades de pago una cosa así, entonces empecé a ir y empecé a tomar fármacos ansiolíticos, antidepresivos calmantes y paso el tiempo y empecé a mejorar y *me vino una cuestión así de repente rechazo con los fármacos porque igual como un cambio de ánimo súper brusco RECHAZO* entonces ahí me vino como la cuestión entonces dije “ya no voy más “*ABANDONO de hecho en ese entonces deje de ver a M ABANDONO o la veía muy poco*

E: ¿cuánto tiempo estuviste en la 1ra intervención?

F: con M como unas 4 a 5 sesiones

E: en la 1era vez hablamos que tuviste mucho rechazo además de la derivación

F: si, si si

E: habíamos hablado de que como un 80% del tiempo estabas con ese rechazo quiero saber ¿qué te producía ese rechazo? Me dijiste en un comienzo que eran las actividades pero ¿había algo más?

F: no, yo diría que fueron solo las actividades es que a ver, cómo lo explico, es que igual *en ese entonces yo estaba súper deprimido bajoneado a parte solo* , entonces de repente la M me decía *no sé po "escribe en un papel lo que sientes sobre tu padre" como que yo no tenía ganas a priori decía "quizás esta cuestión no me sirve" o me da lata porque no puedo estudiar o quiero dormir no sé entonces en el fondo era como una mezcla entre desgano y escepticismo y desconfianza también, INCREULIDAD* porque yo no... como era primera vez que empezaba el tratamiento además que fui un poco como en pelota así porque *yo no fui con la intención de "ah después de esto voy a estar mejor" INCREULIDAD* sino que yo iba nomas *porque en el micro tiempo me sentía como mejor ALIVIO*

E: ¿en el tiempo que estabas ahí?

F: si más que nada *porque era como desahogo o como estaba solo no tenía como con quién hablar esos temas o si los tenía no me sentía como en confianza cachay entonces en*

ese sentido me atrajo ALIVIO la primera parte pero después como vino todo de golpe la cuestión del psiquiatra como que dije chao ABANDONO y ...

E: me decías que las actividades ¿qué tenían las actividades que no te gustaban?

F: es como difícil de explicar pero *en sentido coloquial es como que las encuentra como medias tontas, como inútiles a priori por decirlo INCREDULIDAD así que de hecho cuando empecé a ir a tratamiento la segunda vez y empecé a hacer algunas me di cuenta que era bueno ALIVIO*

E: y ¿cuál fue la más ridícula? O con que tenía que ver

F: no sé si la más ridícula pero la que más me quedo fue escribir en un papel lo que uno quisiera decir hablando porque yo tenía problemas con mi papá entonces me decía que era bueno desahogar eso y como no podía hablar con él o no quería no se me dijo escribe esa fue la que más me quedo no sé si fue la más tonta

E: ¿por qué crees tú que fue la que más te quedó?

F: no sé, a ver siendo bien objetivo es porque esos problemas no los resolví con el sino que como que quedo ahí nomás por eso yo creo que es la que más recuerdo

E: ¿por qué pensaste que una psicóloga te podía ayudar?

F: yo creo que fue porque yo *me di cuenta que si no hacía nada quizás me iba a... mi estado de salud podría haber decaído mucho BÚSQUEDA DE AYUDA* de hecho yo igual, o sea tampoco estaba solo, solo, pero por ejemplo habían compañeros que hacían ramos conmigo y los veía de vista ellos igual me vieron mal entonces de hecho salir con ellos me ayudo a ir al psicólogo me decían “teni que estar bien” entonces por eso me empecé a atender independiente de que sintiera... de que *pensara de que no me iba a hacer bien INCREDULIDAD*

E: ¿qué te hizo darte cuenta que te hacía bien?

F: la primera vez no fue tanto porque como te digo que corte todo de golpe

E: fuiste a 4

F: esas son *antes del psiquiatra después fui mas pero ni me acuerdo eso peso le tomaba ABANDONO, en ese entonces yo igual sentí que la terapia me sirvió como te decía para desahogarme ALIVIO, pero después se metió el asunto del psiquiatra como que bloquee un poco ese recuerdo, RECHAZO pero cuando fui la segunda vez fue más que nada porque no se es que mágicamente o sea como que las actividades igual te sirven o yo lo sentí así por*

lo menos ALIVIO

E: te sentías mejor

F: si de hecho era como *sacarse un peso de encima ALIVIO como aparte es como tonto pero de repente escuchar cosa con una opinión objetiva de alguien que no necesariamente tenga un vínculo de amistad o no se familiar BÚSQUEDA DE OPINIÓN que tuvo o tiene más potencia*

E: y cuánto tiempo pasó entre la 1ra visita y la segunda vez que te acercas a M

F: harto unos 3 a 4 años

E: ¿y cómo te recibió ella en ambas oportunidades?

F: *bueno como en la 1ra ella no me conocía fue súper formal, fue como un poco fría, ABORDAJE pero la segunda fue como extraño me recibió súper cariñosa como que casi hubiese terminado la terapia de una buena manera ABORDAJE de hecho, es extraño yo la vi un par de veces en la universidad y el rechazo que tenía con todo el escenario del tratamiento me hacía como por ejemplo esconderme cosas así INCOMODIDAD(ríe) de repente ver que ella era como todo lo contrario conmigo fue bueno, me hizo bien ALIVIO*

E: ¿qué eran esos aspectos de tu personalidad que hacían sentir como incomodas las actividades?

F: *debe ser porque yo soy medio dejao. entonces es muy común que empiece algo y no lo termine BAJO COMPROMISO y lo otro es que soy bien he me gusta sacar la vuelta sea no es que me guste (ríe) pero inconscientemente lo hago mucho por ejemplo a veces uno dice voy hacer tal actividad y la empezai a hacer y te day cuenta de “ ah sí igual la hago después” en ese sentido son cosas que tal vez chocan con esa forma de terapia, VISIÓN DEL CONFLICTO yo soy más de la conversa de cosas guiadas, pero si me dejan solo soy bien flojo BAJO COMPROMISO*

E: ¿y cómo era la forma de terapia?

F: *me refiero a actividades pa la casa, como más libres porque ella como que te las deja y quedan ahí, entonces la primera vez que yo a la sesión ella merecía “lo hiciste?” no le decía y yo tampoco ahondaba ABORDAJE como si la había hecho entonces eso exacerbaba esa característica mía*

E: también me señalaste que las primeras veces te sentiste incomodo ¿qué lo provocaba?

F: es que bueno en ese entonces la consulta no está donde está ahora estaba, como por portales en unas bodegas que están al fondo de hecho lo que más recuerdo y creo que lo mencione en la entrevista fue que sentía olor a hospital ese olor a goma del dentista y además llegaba y estaban todos los niños como bajoneados. *Era muy clásico que yo llegaba y había gente llorando y de hecho también pasa ahora entonces en ese sentido el ambiente como que a mí me choco INCOMODO*

E: de los momentos que te sentiste comprendido era cuando ella sintetizaba todo el problema en una frase así y todo habían cosas que le ocultabas y ella era capaz de todas formas ir más allá y conocer las consecuencias de saberlas casi adivinando ¿qué hacía en ti que ocultaras este tipo de información?

F: eh oh, esto es un poco complicado. *de partida yo soy súper reactivo, mi personalidad es bien como al vuelo DISPERSO me pasa que por ejemplo cuando oculto ese tipo de cosas, es porque en ese momento siento que quizás no es pertinente o no sé, puede ser vergüenza de hecho es casi instantáneo, VALORACIÓN DEL PROBLEMA si lo pensara yo creo que no reaccionaría así, pero como te digo como yo soy así, entonces de repente sentía como “no mejor no le digo esto, para que piense que estoy muy enfermo o quizás no es bueno que le diga esto, porque me puede mandar al psiquiatra de nuevo” VALORACIÓN DEL PROBLEMA, no me ha pasado pero es como tan en el momento que de hecho tengo tanta mala memoria a corto plazo que generalmente olvido por qué oculto las cosas DISTRAÍDO-BAJA CONCENTRACIÓN---*

E: ¿pero esto te pasa en general o quedo desde que te derivaron?

F: no, no en general

E: como te sentías cuando omitías y ella de todas formas averiguaba lo que estaba pasando

F: *al principio me daba como miedo, porque si lo piensas uno se oculta para protegerse de algo, DESCONFIANZA entonces si lo descubren esconderse no sirvió de na, es como esa expresión “te sacaron la película” DESCONFIANZA como el lenguaje corporal cenestésico, entonces muchas veces cuando ella hablaba de eso, como que no me miraba y como que yo sentía que con todo ese lenguaje no verbal, me estaba diciendo “no, si yo te cacho y te entiendo, tú sigues cierto patrón y sé lo que pasa” DESCONFIANZA y en ese sentido te sentís como entendido y especialmente con cosas que pueden ser muy distintas a*

otras personas y eso puede ser una sensación como de pertenecer ACEPTACIÓN

E: y en general ¿cómo te sentías en la 2da oportunidad en el espacio terapéutico?

F: ¿a grandes rasgos? *Cómodo es como la sensación que teni cuando no sé po por ejemplo cuando chico anda en bicicleta y después vuelves entonces te da una sensación que es como familiar ACEPTACIÓN y lo otro que a la vez distinto, porque cambió el escenario o sea el ambiente porque cambió la consulta. Era una cosa como rara, nostálgica pero mejor acompañado todo esto del rechazo al psiquiatra entonces... DESCONFIANZA*

E: la segunda vez que acudiste ¿con qué tenía que ver el problema? a grandes rasgos.

F: es como raro porque en general *me volví a sentir deprimido y un poco solo y tenía... DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA estaba enojado con una amiga, aún estamos enojados, y fue un día y me bajoneo cuando me va mal en los ramos y claro como que todo eso choco DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA y creo que dije “es hora de ir de nuevo con M” APROXIMACIÓN A LA AYUDA*

E: estuviste todo el verano

F: y tenía problemas familiares se me junto todo.

E: tu considerabas que era para ti la forma de abordar y dices que siempre las cosas se pueden hacer mejor que no fue lo óptimo ¿por qué crees que no lo fue hubo elementos que faltaron?

F: si lo que pasa es que no se si te lo mencioné, pero uno de los problemas que te mencioné era que creo, *que específicamente el tipo de consulta en la universidad que uno... bueno a mí me pasaba que como que siempre iba con los problemas medios atrasados INCONFORMIDAD porque yo además la veía cada una semana y media porque a veces me sentía mal y físicamente sentía “necesito hablar con M ahora, mañana o luego” y el problema es que pasa el tiempo y se te olvida el problema y llegay con un desfase creo que es lo que puede fallar en este tipo de terapia. INCONFORMIDAD*

E: ¿y qué hacías con el problema en ese tiempo?

F: *bueno de todo, me hacia el lesa, le daba vueltas, depende del problema también, a veces tomaba cosas que ella me había enseñado una vez me enseñó a respirar y todas esas cosas las trataba de aplicar. APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE TERAPIA*

E: *yo te consulte sobre las herramientas y me decías que las sentías propias de ella ¿qué herramientas te enseñó?*

F: a respirar y me dijo que me lo mejor era tomar las cosas con calma y darle una vuelta, como pensar fuera de la caja y ver las cosas desde fuera y me dejo cosas como escribir hacer una lista. ALIVIO Siempre me recuerdo ese tipo de cosas por ejemplo, no van con mi personalidad pero me las enseño

E: te referías mucho a la experticia y profesionalismo ¿a qué te refieres con eso, qué concepción tienes del trabajo terapéutico?

F: esto de pensar las cosas de otra forma se me ocurre que, como yo llego a una conclusión sombría o triste, ella llega a otra y me dice “no, no lo pienses así”. EXPECTATIVA fuera de terapia como que no hay nadie que te diga “hacelo así”, puedo pensar mal o enfermar más o pensar algo erróneo si lo hago solo ATRIBUCIÓN DE LOGROS EXTERNOS

E: tú mencionabas que ella tenía más experiencia ¿en qué?

F: tratando pacientes, por ejemplo si quisiera hablar con mí papá ella me podría decir no, no hables todavía con el porqué te veo con rabia, con pena etc. Pero yo solo puedo decir “ya es hora que le hable” en ese sentido ella puede ser más cautelosa CUIDADOSA

E: sentiste por lo tanto alivio y dijiste que sí, que necesitabas escuchar una voz profesional y objetiva. ¿Qué es lo que te hace pensar que inconscientemente te faltaba eso?

F: en ese entonces yo tenía problemas familiares y a ver si, si lo puedo decir, lo que pasa es que mi mamá tenía problemas con mi papá porque tenía problema de sueldo, entonces yo decía, digamos quizás como al reacción natural de que “ya es hora de que deje de estudiar y me ponga a trabajar, tienes 24 y estas como zángano” entonces quizás es hora y lo pensé incluso hablé con mi mamá, pero en el fondo sabía que no era la solución quizás la solución era que se pelearan a pesar de que yo no quería que pasara eso. Por eso ella fue como “cabrito las cosas no son así”, los roles y no sé qué cuestión y “lamentablemente si se pelean es cosa de ellos” y tú no podi hacer na, ella como que me ayudo a chantarme FACILITADORA y darme cuenta de los roles al interior de la familia y que no podía hacer na FACILITADORA

E: también decías que ella apuntaba siempre a los puntos más débiles ¿a qué te refieres con eso?

F: yo creo que lo más difícil de hablar, lo más difícil de aceptar en ese sentido... FACILITADORA

E: disculpa ¿tú crees que ella sabía qué era lo más difícil de tratar?

F: si porque ella sabía se lo mencioné antes quizás o se dio cuenta. Por ejemplo el aporte de la familia, yo sentía que era mi deber yo me y ella pensaba que era importante y que podía mejorar hablando de eso

E: sobre la pregunta: si has notado cambio, tu respuesta fue “yo creo que siendo objetivo sí, pero en un plano más subjetivo siento que soy la misma persona con más herramientas noma”. ¿Cómo diferencias lo subjetivo de lo objetivo en ti?

F: es que de chico siempre he tenido como un miedo al cambio me da temor saber que eh cambiado a pesar de que sé que lo he hecho RECONOCER DEFECTOS. Si lo veo como la forma cruda o más básica soy el mismo tipo pero...por eso hago la distinción como una especie de royo. Es un tecnicismo porque en el fondo reconozco que he cambiado. ACEPTACIÓN

E: hacer la revisión del trabajo terapéutico mencionaste que te había ayudado, ¿por qué piensas que te ayudo?

F: bueno en mi caso mi memoria es re mala y es como súper natural en mi haber pasado algo y hacer una lista resumen. SINTETIZAR EL APRENDIZAJE Con esta entrevista me di cuenta de lo que ha pasado es como un cuadro resumen que te refresca qué paso, por eso era bueno para mí ALIVIO

E: ¿tú crees que el espacio terapéutico es para hablar solo de problemas?

F: no, pero ha sido mi caso. No podría darte otros ejemplos o sea yo no creo que sea solo para eso, EXPECTATIVA pero no se...

E: ¿Has intentado hablar de otra cosa?

F: ahora que lo dices M siempre empieza hablando ABORDAJE

E: ¿de otras cosas?

F: no de lo que me ha pasado, no me imagino hablando de otra cosa EXPECTATIVA

E: también mencionaste que te daba “lata” que se acabaran las sesiones ¿por qué?

F: yo creo que es como esa sensación de ser entendido. Es un poco raro, es un espacio a parte. APOYO No lo considero parte de la vida cotidiana de hecho siempre he tenido la sensación como de expectante ante las sesiones, COMPROMISO así como de tranquilidad de “qué bueno que llega” y cuando se va da lata que se vaya. COMPROMISO

E: decías que no habías estudiado el tema ¿qué consideras tu necesita un terapeuta?

*F: me parece que eso es importante, es súper importante de que el terapeuta esté como ligado al escenario, al diario vivir del paciente de cómo uno vive e interactúa porque me parece que eso da como una especie de cómo se llama esta... la sensación de “yo sé por lo que estás pasando”... **COMPRESIÓN** na que ver con como por ejemplo el presidente que va a ver a la gente que no tiene casa y no piensa oye con qué cara*

E: sobre las actividades, hablabas de que ayudaría a no sesgar la decisión, ¿decisión de asistir?

F: si

E: y en tu caso ¿cuál era ese pre sensación?

*F: es que uno antes de ir al psicólogo sabe que va porque tiene problemas y porque los quiere solucionar ...desahogarse Esperanza o que sea entonces tú vas con esa predisposición de que te van a tratar de que te harán un procedimiento, de que te harán algo medio científico por la forma en que nosotros nos relacionamos o sea en el fondo uno va con muchas ideas pre concebidas ... sería bueno como transparencia en que uno sea atendido sin darse cuenta **EXPECTATIVA** , sin darse cuenta de que está siendo atendido es como cuando uno ocupa el computador y no sabe de qué está hecho y lo ocupa igual, como que igual uno vea resultados pero no sintiendo que está siendo que esta maquinado*

E: cuando te refieres a lograr la misma sensación sin separar a la personas ¿a qué sensación te refieres?

*F: lo que pasa es eso se contagia (en referencia a los otros pacientes de la sala de espera que se encuentran emocionalmente mal) es que los problemas como que se contagian **INCOMODIDAD** de hecho a mí me ha pasado, cuando la segunda vez que fui había mucha gente bajonea a fuera entonces te sentí mal o te da vergüenza por sentirte bien, entonces eso igual afecta las sensaciones que uno tiene cuando va a la consulta **INCOMODIDAD***

E: hablaste del inmobiliario y que esas cosas ya no te afectaban tanto que estabas más maduro ¿en qué notas esa madurez?

F: eh como que yo creo no sé si...a ver lo que pasa es que yo antes como estaba mal cachay, claro de repente como que me olvidaba del problema no se, haci tu vida que se yo, pero después te acorday que teni el mismo problema, no ha habido ningún cambio, no se

soluciona, vuelves al mismo estado. En ese sentido yo creo que he madurado porque me he dado cuenta que los problemas tienen solución. Como paradójicamente la solución es darme cuenta que los problemas tienen solución. ALIVIO...si ya está, no podía hacer nada. En ese sentido aprendí a lidiar con esa sensación, ALIVIO si ves a alguien bajoneado como que yo pienso “no, no tenis razones pa bajonearte, tranquilo” igual lata por la otra persona...Pero más que eso no podis hacer

E: me decías que la segunda vez que fuiste al psicólogo fue casi 3 años después de la Ira ¿cuánto tiempo duro eta segunda intervención?

F: esto fue el año pasado a principios de... deben haber sido como 10 sesiones... de mitad de marzo hasta octubre más menos.

E: me decías que estabas en tu 3er proceso ¿qué pasó con eso?

F: debería seguir en proceso pero no he ido buscar más horas. Lo que pasa es que los problemas que tenia se transformaron en otras cuestiones y quedaron en cualquier tontera, INCOMODIDAD entonces... y también he tratado de utilizar las herramientas de M para abordar esos nuevos problemas, EMPODERAMIENTO pero me estoy dando cuenta, que si bien ayuda mucho el ir a terapia, el problema de que va atrasada...INCONFORMIDAD me doy cuenta de cómo estoy ahora no sé si me vaya ayudar mucho

E: ¿cuánto tiempo alcanzaste a ir en esta oportunidad?

F: como 3 veces

E: ¿Y cuándo te acercaste?

F: Noviembre me dio hora como fines de noviembre y otra en diciembre

E: y en relación a la relación terapéutica ¿qué me podrías decir?

F: ¿cualquier cosa?

E: si

F: he bueno o sea lo que yo percibo de ella, es que es buena persona quedamos con una relación súper liviana. ATRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA La primera vez quedé como enojado con ella ahora es distinto no sé cómo son las relaciones médico pacientes, no voy mucho al doctor, ni soy de relacionarme muchos con ellos a un nivel más personal, pero por ejemplo yo la veo como si... un poquito menos que colega como de la familia de la universidad, FIGURA CERCANA claro y en ese sentido una especie de

Tía una cosa así como medio fraternal, pero a la vez súper formal y bueno como te dije es súper profesional FIGURA CERCANA y como te digo si yo la sentí fría, yo creo que simplemente es porqué tiene experiencia y sabe cómo trabajar ABORDAJE

E: ¿en qué notabas que tenía experiencia y que sabía trabajar?

F: yo creo en que la forma en que se desenvolvía no la sentía vacilante o titubeante me sentí seguro con ella ASERTIVA. Cada psicólogo le puede costar encontrar su forma, me imagino que cada psicólogo tiene una forma de abordar la terapia EXPECTATIVA en ese sentido a ella se le notaba que tenía un plan de trabajo y por eso la sentí segura y por ende con experiencia ALTO NIVEL DE INSTRUCCIÓN...yo también podría razonar que no traerían a la universidad a personas con poca experiencia no sé se me ocurre. Es complicado hablar de ella, porque no conozco más terapeutas yo diría que era profesional y respetosa ASERTIVA

E: ¿en qué notabas que era respetuosa?

F: en el lenguaje, uno está acostumbrado a hablar con amigos con un lenguaje más coloquial ella habla...por ejemplo los profesores hablan súper formales como que cuesta acercarse en cambio M es como súper formal pero la sientes cercana pero no sé qué... ojalá no se moleste, pero es como abuelita, FIGURA CERCANA como que te da... a pesar de que es mayor como que está súper conectada con los jóvenes con las cosas que piensan y pasan y es súper respetuosa porque podría ser más fría la psiquiatra era súper fría y cuadrá, por ejemplo no me preguntaba como estay, o sea me preguntaba pero era casi retórico o sea no es como el comentario de M que es “hola, ¿cómo estás?” se nota que tiene respeto por los pacientes CONSIDERACIÓN

E: ¿y qué otras características tiene?

F: yo diría que es como paciente o sea que sabe esperar, nunca me sentí como que ahondara mucho quizás se tomaba el tiempo de en varias sesiones...no presionaba CONSIDERACIÓN

E: ¿cómo eran las formas que tenía ella de relacionarse contigo?

F: si de hecho cuando partí a la sesión ella me saluda súper cariñosa cercana y como que se sentaba y era como que apretaba el botón y se notaba como que tomaba otra actitud ABORDAJE eh y eso me llamo harto la atención y ahora me estoy dando cuenta

E: ¿y eso que te provoca?

F: bueno complementando con lo anterior es como que parte la sesión siendo una persona pero cuando empieza la sesión en si por ejemplo también ponía música o jugaba con algo, ABORDAJE me acuerdo bien es como que ella sabe cuándo empieza el trabajo y cuando termina

E: ¿esto era una forma de actuar constante como un rito?

F: si se podría decir que si no sé si lo tenía planeado se veía más bien como la reacción natural de una persona. TRANSPARENCIA

E: cómo se construyó la relación

F: bueno en un principio era distante bueno comparado con lo de ahora si era distinta a parte no me conocía. Además yo creo que la primera consulta debo haber parecido un zombi... entonces ahora uno llega más tranquilo y sabe cómo es la cosa. Yo tengo la tendencia a mirar todo lo del principio como mal por todo lo que pasó como que me cuesta no rechazarlo en ese sentido como que la M de las primeras sesiones no es M es como un paso accidentado... MALESTAR pero yo reconozco que la 2da vez y por eso fui la segunda vez, tenía problemas de horario y podía ir con un señor que hay ahí, pero yo quería estar con ella, porque me conocía y sabía mis problemas me había atendido a pesar de que reconocía que había fallado el tratamiento y bueno fue RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD ... la relación se fue dando de a poco me cuesta ver un cambio brusco...fue de a poquito, de hecho ella me saludo en el espacio entre la 1ra y 2da vez. Me pilló medio a mansalva y me saludo igual, a pesar de que yo deje de ir y me podría haber dicho “no fuiste más” y no lo hizo y eso me hizo bien FIGURA CERCANA

E: ¿Cómo evaluarías las sesiones?

F: como te dije yo creo que todo se puede mejorar, a mí me sirvió no sé si quizás a otra gente le sirva, no sé si M con otro tipo de persona hará la sesión de otra forma

E: ¿a qué te refieres?

F: es que yo creo que a otras personas hablando puede que no se le solucione el problema, de hecho a mí lo que más me sirvió fue eso... como que las tareas quizás a otra persona no le ayude...por ejemplo a una persona que le cuesta hablar...quizás ella debería tomar algún resguardo sobre eso no sé si hace la sesión de otra forma. Pero por otro lado aun siento que las sesiones son muy cortas y siempre queda la sensación de que es corta es porque es corta INCONFORMIDAD y eso de que vas desfasado con la vida normal en ese

sentido es como lo malo pero al final la evaluó bien. No sé por qué me queda la sensación de que deberían tener algo raro las sesiones, que te desconóciate con el estado en el que estas. Cuando estas por el hoyo como que es difícil salir. No sé jugar como con una pelota... te desconecta te hace sentir como que la terapia es un lugar especial.

E: ¿algo más que te gustaría agregar?

F: de las cosas que podría tener siento que ella me hubiera gustado me aplicarla algo de terapia fuera de la terapia no sé tener problemas en el verano y recibir un correo de ella INCONFORMIDAD “hola como estay “algo así sería bueno quizás me habría gustado que fuera más activa en todo lo que era la consulta tampoco me controlaba las actividades entonces fuera de la consulta me sentía como medio en pelota como que me daba esa sensación de que tenía que ir allá para aplicar la terapia si hiciera algo para complementenla la terapia será lo genial.