

MARC 62436

11  
V494p.  
2012

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SEMINARIO DE TÍTULO

“PERCEPCIÓN DE UN GRUPO DE CLIENTES Y SUS TERAPEUTAS EN  
RELACIÓN A LOS FACTORES QUE INFLUYERON EN EL CAMBIO DURANTE  
SU PROCESO DE PSICOTERAPIA”  
(ESTUDIO DE CASOS)

POR:  
CAROLINA VERGARA

PROFESORA GUÍA:  
SILVIA REYES SALAZAR

VALPARAÍSO, MARZO 2012



## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>2</b>
	1. Pregunta de Investigación	2
	2. Objetivo General	2
	3. Objetivos Específicos	2
	4. Relevancia social	2
	5. Relevancia práctica	3
	6. Relevancia teórica	3
	7. Relevancia metodológica	4
<b>III.</b>	<b>Marco Teórico</b>	<b>5</b>
	1. La psicoterapia	5
	- Definiciones y características	5
	- Investigación en psicoterapia	10
	- Eficacia de la psicoterapia frente al placebo y al no tratamiento	10
	- Efectividad diferencial en psicoterapia y factores comunes	11
	- Investigaciones recientes	12
	2. Los factores Comunes en Psicoterapia	13
	- El modelo de Jerome Fank	15
	- El terapeuta	15
	- Variables del terapeuta	17
	- Investigaciones acerca del terapeuta y su contribución a la relación terapéutica	20
	- El cliente	21
	- Variables del cliente	23
	- Investigaciones acerca del cliente y su contribución a la relación terapéutica	25

-	La relación terapéutica .....	27
-	Contextualización histórica .....	27
-	Definiciones y características .....	27
-	Medidas de alianza terapéutica .....	29
-	El modelo de alianza de Bordin .....	30
-	El cliente como variable influyente en la alianza .....	30
-	Investigación en torno a la relación terapéutica .....	32
3.	El Cambio en Psicoterapia .....	34
-	Dinámica del cambio .....	35
-	Modelo motivacional del cambio .....	36
IV.	Metodología .....	39
1.	Justificación de la metodología .....	39
2.	Descripción del diseño de investigación .....	40
3.	Selección de participantes .....	41
4.	Reclutamiento y tratamiento de los participantes .....	42
5.	Procedimiento de recogida de datos .....	43
6.	Tratamiento de la información .....	44
V.	Presentación y análisis de resultados .....	46
VI.	Apreciaciones conclusivas .....	130
VII.	Limitaciones del estudio .....	138
VIII.	Lineamientos futuros de investigación .....	139
IX.	Bibliografía .....	141

## AGRADECIMIENTOS:

*A Humberto, por su infinita paciencia y su constante apoyo durante todo este proceso*

*A los profesores Domingo Asún y Liliana Contreras por su invaluable colaboración y confianza depositada en mi persona*

*A Silvia Reyes y Roberto Chiang por haber sido, más que profesores, Auténticos Maestros.*

## INTRODUCCIÓN

Ha sido el objetivo de muchos investigadores y ha significado sus esfuerzos durante muchas décadas el demostrar que, dentro de la psicología clínica, la psicoterapia sí resulta efectiva - en un porcentaje significativamente superior al placebo y al no tratamiento- al momento de aliviar la sintomatología y el dolor emocional de las personas que consultan (Feixas y Miró, 1993; Lambert, 1986).

De igual manera lo fue, posteriormente, investigar acerca de la eficacia diferenciada que podrían tener los distintos enfoques psicoterapéuticos, con la salvedad que esta área de la investigación en psicoterapia no arrojó los resultados esperados. Por el contrario: se encontró que en psicoterapia ningún enfoque es superior a otro en cuanto a efectividad. A esto se le llamó “Paradoja de la equivalencia” (Meyer, 1990). Por esta razón, se llegó a concluir –desde las distintas líneas teóricas- que el cambio en el proceso psicoterapéutico es, más bien, atribuible a factores comunes que son compartidos por los diversos enfoques. Estos factores comunes son definidos como los aspectos del cliente, del terapeuta y de la relación que actúan como telón de fondo para los distintos modelos.

Respecto a la participación del cliente en el proceso de psicoterapia y a su centralidad en él, Lambert en 1994 concluye de sus estudios que la mayor participación y responsabilidad del cambio psicoterapéutico no la tiene el terapeuta, sino el cliente. En cifras de Lambert, el cliente aporta, por lo menos, un 70% a la consecución del cambio mediante sus características preexistentes, sus expectativas y su contribución a la relación terapéutica. Ahora, en cuanto al aporte del terapeuta, las investigaciones de Duncan, Hubble y Miller concluyen que las cualidades personales del terapeuta tales como la empatía, la calidez, la flexibilidad y la aceptación tienen mayor efecto terapéutico que la técnica por sí sola.

El presente estudio pretende conocer y comparar, mediante la aplicación de una entrevista en profundidad, las percepciones que tienen un grupo de clientes de la quinta región y sus terapeutas en relación a los factores que influyeron en el cambio durante su proceso de psicoterapia

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Qué semejanza o diferencia existe entre paciente y terapeuta sobre la percepción del cambio durante el proceso psicoterapéutico?

#### **2- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuáles son y de qué manera son coincidentes o difieren las percepciones que tienen un grupo de clientes y sus terapeutas respecto de los factores que influyeron en el cambio durante su proceso de psicoterapia?

#### **3- OBJETIVO GENERAL:**

Conocer las percepciones de un grupo de clientes (del sector público de salud) de la quinta región y sus terapeutas en relación a los factores que influyeron en el cambio durante su proceso de psicoterapia

#### **4- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 3.1 Describir la percepción de un grupo de clientes y sus terapeutas en relación a los factores que han influido en el cambio durante su proceso psicoterapéutico.
- 3.2 Analizar las percepciones que cada uno de los participantes tiene respecto a los factores que han influido en el cambio psicoterapéutico.
- 3.3 Relacionar las percepciones de los clientes y sus respectivos terapeutas acerca de los factores que han influido en el cambio psicoterapéutico.

## **5- RELEVANCIA:**

### **4.1 Social:**

La presente investigación pretende entregar información acerca de aquellos factores que facilitan el proceso y el cambio psicoterapéutico, abordando tanto la perspectiva del terapeuta como la del cliente. Pretende además, entregar aportes para la formación del psicólogo clínico en general y del psicoterapeuta en particular. Entendiendo lo que es considerado central en una psicoterapia por los mismos terapeutas, puede convertirse en material que refuerce la formación de terapeutas profesionales. Así también es beneficioso para los clientes, usuarios de la psicoterapia, ya que al conocer los aspectos de la psicoterapia que son más valorados por ellos, es posible recoger su percepción del cambio, integrándola de manera más sólida a la formación profesional y dando luces a futuras intervenciones en el ámbito de la salud mental, entregándoles un servicio de ayuda que considere dichas características, fomentando los aspectos claves para el cambio y evitando aquellos que pudieran perjudicar el desarrollo del proceso.

### **4.2 Práctica:**

La información obtenida en esta investigación podría aportar en la solución a algunos problemas prácticos referentes a la optimización de las sesiones de un determinado tratamiento psicoterapéutico, puesto que, como se sabe, la psicoterapia está al servicio del cliente. El contar con terapeutas que conozcan y valoren al momento de planificar y negociar el tratamiento a seguir, las ideas y percepciones que los clientes tienen del proceso y a qué factores de éste atribuyen principalmente el cambio, se estaría en una favorable disposición para optimizar dicho proceso, centrándose más en el cliente (puesto que éste concentra el 70% de la varianza del resultado) que en las premisas y epistemologías del terapeuta. Lo anterior posee relevancia en el contexto de la salud pública, sistema que exige un número acotado de sesiones, por lo cual la optimización del recurso tiempo es relevante. Así también, los terapeutas estarían más familiarizados con las variables del cliente que afectan los resultados y podrían desarrollar las habilidades necesarias al momento de evaluar la idoneidad de un cliente determinado para la intervención que se le ofrece.

### **4.3 Teórica:**

Esta investigación aportará información sobre un tema poco abordado e investigado en Chile. Por una parte, se aportarán datos concretos acerca de la contribución que efectivamente hace el terapeuta a la relación terapéutica (tema sobre el que hay escasez de investigaciones). Por otra parte, se busca reafirmar la postura que afirma que la negociación entre las subjetividades del cliente y terapeuta es el núcleo del mecanismo del cambio en psicoterapia, más que la resolución de problemas. Poner en relieve, también, lo fundamental de que el terapeuta sea capaz de acomodarse al marco de referencia que el cliente trae y que opere técnicamente respetando la teoría del cambio de éste.

### **4.4 Metodológica:**

La relevancia metodológica de este estudio se relaciona con destacar la importancia de las percepciones que los involucrados (terapeuta/cliente) tienen en torno al proceso que experimentan juntos (la psicoterapia), resaltar el valor y el peso que poseen las atribuciones que ellos hacen del resultado terapéutico (del cambio terapéutico específicamente), es decir, al preguntarse y responderse “A qué factores del proceso se atribuye el cambio”, se podría conseguir información que ayude a diseñar nuevos instrumentos que recojan, de un modo más fino y preciso, las percepciones y valoraciones del proceso terapéutico por parte de sus protagonistas y así investigar, posteriormente, cómo estas percepciones y valoraciones influyen en la forma en que un terapeuta aborda su trabajo y cómo influyen también en la disposición que tiene el cliente hacia la psicoterapia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. LA PSICOTERAPIA:

##### 1.1) **Definiciones y características:**

Toda psicoterapia fundamentalmente consiste en la existencia de una relación de ayuda entre personas que están formalmente capacitadas para ofrecerla y personas que la necesitan, la solicitan y se benefician de ella. “Una relación de ayuda es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos” (Rogers, 1961 p. 46).

La psicoterapia se conoce como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. (Feixas y Miró, 1993 en Arredondo y Salinas 2005).

De acuerdo con J. Frank, muchas de las personas que acuden a terapia lo hacen desde un estado de desmoralización, el que se puede resumir como un sentimiento de incompetencia subjetiva, sumado a un malestar (1982). Comúnmente, las personas acuden a psicoterapia sólo después de haber fracasado con otras formas de ayuda, es decir, cuando los intentos por enfrentarse uno mismo al problema, o mediante la ayuda de un familiar o amigo hayan resultado inefectivos.

Según Strotzka la psicoterapia es un proceso interpersonal, consciente y planificado, que tiene por objetivo la modificación de estados de sufrimiento psíquico o trastornos conductuales (Andrade, 2008) y no es posible concebirla al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. (Botella y Corbella, Diciembre 2003).

Esta relación interpersonal, a su vez, tiene ciertas particularidades que la distinguen de una relación informal o de amistad, ya que “está guiada por esquemas conceptuales que prescriben rituales específicos” (Frank, 1982 p. 75).

Kleinke (1998) propone algunas diferencias concretas entre una psicoterapia y una relación de amistad:

- Las relaciones terapéuticas son unilaterales, pues se centran en el cliente. Los problemas y cuestiones del terapeuta no se discuten.
- La relación terapéutica es formal, es decir, confinada a tiempo y lugares concretos y el terapeuta sólo tiene los roles y responsabilidades que se han definido en el contrato terapéutico.
- La relación está limitada en el tiempo, pues termina cuando se han alcanzado los objetivos inicialmente acordados.
- Ofrece la oportunidad, a los clientes, de asumir riesgos y generalizar en el mundo exterior lo que han aprendido en la terapia.
- Se caracterizan por enfocar la atención fundamentalmente sobre el proceso más que en el contenido.

La psicoterapia también es considerada un proceso de “reeducación emocional” que facilita la adaptación del individuo a la realidad. La relación proporciona una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002 en Andrade, 2008) y, como toda relación, no está exenta de frustraciones, fracasos, soledad, aburrimiento; así como también de logros y éxitos terapéuticos, emotividad y comunicación (Boetsch, 1994 en Andrade, 2008)

Un supuesto básico de todas las psicoterapias es que los humanos reaccionan a la interpretación de los hechos y esta interpretación puede no corresponder a cómo son los hechos en realidad. Por tanto, todas las psicoterapias intentan cambiar favorablemente el punto de vista de los pacientes sobre ellos mismos, sus relaciones con los otros y su sistema de valores (Frank, 1982). En este sentido, la psicoterapia presenta analogías con la religión, la retórica y otras artes: ciertamente, el psicoterapeuta debe dominar información científica

y técnica, pero no es este dominio el que contribuye mayormente al éxito terapéutico (Beutler, 1985 en Andrade, 2008; Frank, 1982). Ahora bien, lo que distingue a la psicoterapia profesional de la que no lo es, es precisamente la técnica aplicada por el experto (Andrade, 2008; Strotzka, S. en Moncada, Costas y Olivos, 1999 en Arredondo y Salinas, 2005).

Por otra parte, es importante señalar que el psicoterapeuta, para ejercer en su rol de ayuda, cuenta con credenciales, que se las da la sociedad, generalmente bajo la forma de un título y/o certificados, que le adjudican dicho rol. En tal sentido, el terapeuta ha ganado este reconocimiento por haber recibido un entrenamiento especial que le otorga el prestigio de un grado académico

Rogers señala que la terapia es una experiencia altamente personal y subjetiva y que lo importante son las actitudes y sentimientos del terapeuta y no su orientación teórica. También señala que, para el cliente, la diferencia reside en la manera en que las actitudes y procedimientos del terapeuta son percibidos y que esta percepción es fundamental para determinar el resultado de la psicoterapia. Este resultado se ve reforzado cuando terapeuta y cliente comparten valores, filosofías y formas de ver el mundo (Beutler et al., 1991 en Kleinke, 1998)

Fiedler (1953 en Rogers, 1961) descubrió que los terapeutas expertos, aun cuando pertenecieran a orientaciones distintas, establecerían relaciones muy similares con sus clientes. Estas relaciones cuentan con algunos elementos como la capacidad de comprender los significados y sentimientos del cliente, la sensibilidad hacia sus actitudes y un interés cálido pero exento de un compromiso emocional exagerado.

Frank (1982) señala que la mayor cantidad de éxitos terapéuticos se basan más en las cualidades personales y en la interacción entre paciente y terapeuta que en el método particular de terapia utilizado, pues claro está que ningún método funciona en ausencia de esta relación.

En cuanto a la relación cliente-terapeuta, ésta debe negociarse: el cliente desea asegurarse de que se le toma en serio, que se le respeta y que no se le presionará a hacer lo que no está preparado para hacer. El terapeuta, por su parte, busca una relación con la cual le sea posible ejercer una influencia positiva sobre el cliente (Kleinke, 1998). Para ello:

- El cliente debe ser informado sobre las directrices éticas que el terapeuta se compromete a respetar.
- El terapeuta debe estar dispuesto a tratar temas diferentes propuestos por el cliente, aunque, en su opinión, no sean un aporte al proceso. Así podrá, luego, reencausar la conversación hacia lo que considera importante en la terapia.
- El terapeuta debe evitar empujar al cliente a ir a un paso más rápido de lo que resulta cómodo para él.
- Tanto el terapeuta como el cliente requieren conocer los estilos de comunicación mutuos, lo que cobra especial importancia cuando ambos provienen de culturas distintas. El terapeuta debe aprender y emplear el lenguaje del cliente.

De acuerdo con Frank, los terapeutas suelen atribuir sus éxitos a las características conceptuales y de procedimiento que distinguen sus teorías y no a las características que todos ellos comparten. De ahí que formulara la siguiente definición de psicoterapia que resulta lo suficientemente amplia y que incluye todo lo que entra dentro del término:

“Una interacción planificada, cargada emocionalmente y de confianza entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. El que cura, busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal”. (Frank, 1982, p. 74)

Frank (1982) propone también, algunos componentes terapéuticos compartidos por todas las formas de psicoterapia.

- Una relación emocional, de confianza con una persona que ayuda.
- Un ambiente de cura: por un lado, el prestigio y entrenamiento del terapeuta y por otro, la expectativa del paciente ante la ayuda que va a recibir.
- Un esquema racional, conceptual, es decir, una explicación plausible para los síntomas del paciente además de un procedimiento para resolverlos.
- Un ritual que requiere la participación activa de ambos y la creencia de que ése es el medio adecuado para restaurar la salud del paciente.

Allen Ivey (1986 en Calderón, 1999) contempla la psicoterapia como una forma de asistir a los clientes en su proceso de maduración. La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor conciencia sobre de dónde vienen y a dónde van.

Si bien, las metas específicas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente, existen también algunas metas relevantes para casi todas las relaciones psicoterapéuticas. (Calderón, 1999)

- 1- Ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza.
- 2- Potenciar la sensación de dominio y auto-eficacia del cliente.
- 3- Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- 4- Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- 5- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
- 6- Ayudar a los clientes a adquirir insight.

## **1.2) Investigación en psicoterapia:**

### **1.2.1 Eficacia de la Psicoterapia frente al placebo y al No tratamiento:**

La revisión clásica de Eysenck en 1952 dice que la psicoterapia no muestra mejores resultados que el placebo o la remisión espontánea, sin embargo, los estudios llevados a cabo en las décadas de los 70 y 80, dieron como resultado que la psicoterapia es más eficaz que la remisión espontánea (Feixas y Miró, 1993; Lambert, 1986 en Bados y García, 2008). También se encontró que los pacientes que reciben cualquier forma de psicoterapia mejoran más que los controles. (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980 en Frank, 1982)

Ahora, aunque diversos autores parezcan aceptar, con mayor o menor convicción, que la terapia psicológica es más eficaz que el placebo o los tratamientos mínimos (Botella y Feixas, 1994; Feixas y Miró, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Pérez, 1996 en Bados y García, 2008), el tema sigue resultando bastante controvertido. Por otra parte, el constructo placebo tiene varios significados en psicología y ha sido operacionalizado de distintas formas por los autores de las distintas modalidades terapéuticas.

Existen, además, muy pocos estudios que hayan comparado la terapia psicológica con el placebo farmacológico y la mayoría de estas investigaciones utilizan terapias cognitivo conductuales y no enfoques centrados en el cliente ni psicodinámicos. Y, por último, el uso de tratamientos placebo en la investigación psicoterapéutica cuenta actualmente con pocos partidarios dados los problemas metodológicos y éticos que conlleva (Kazdin, 1986).

Según diversas revisiones (Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Feixas y Miró, 1993; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; Giles, Neims y Prial, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Matt y Navarro, 1997; Pérez, 1996 en Bados y García, 2008), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento. Los estudios avalan la efectividad de la psicoterapia en comparación con los tratamientos placebo y con la ausencia de tratamiento (con datos de pacientes y terapeutas de diversas procedencias nacionales). Las revisiones más importantes sobre este tema fueron realizadas por la Asociación Psiquiátrica Americana

(1982), La Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (1980) y la del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983). Algunas de estas revisiones (por ejemplo la de Smith, Glass, y Miller, 1980) se basan en estudios meta-analíticos que incluyen a más de 25,000 sujetos.

Lambert (1986) llega a la conclusión de que la persona que sigue una psicoterapia mejora más que el 80% de la muestra no tratada. Cabe señalar, además, que cuando dos terapias alcanzan diferencias en resultados al acabar el tratamiento, con pocas excepciones, esas diferencias desaparecen con el tiempo y el cierre de esta brecha depende más de los pacientes. (Gelder, Marks y Wolf, 1967; Liberman, 1978b en Frank 1982). Del mismo modo, se ha demostrado que los resultados de la psicoterapia exitosa son considerablemente estables, incluso en aquellos pacientes que sufren problemas recurrentes desde bastante tiempo antes del inicio de la terapia (Hubble, Duncan y Miller, 1999), aunque tampoco puede considerarse una vacuna contra el sufrimiento emocional.

Finalmente se ha encontrado que los tratamientos psicológicos sí son superiores a la recuperación espontánea, dándose ésta entre 30% y 40% de los casos durante los tres primeros años para los casos menos graves. (Bados y García, 2008)

### **1.2.2) Efectividad diferencial en psicoterapia y factores comunes**

Los diversos resultados de las investigaciones pusieron en evidencia la carencia de diferenciación entre distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad (Krause et al, Agosto, 2006). A ello se le denominó, la “paradoja de la equivalencia” (Meyer, 1990) y dio origen a tres líneas de investigación:

- a) Estudios acerca de los episodios relevantes del cambio terapéutico.
- b) Factores de cambio inespecíficos: (Bozok& Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, 2005; Meyer, 1990), actualmente llamados “comunes” (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Pretenden descubrir qué factores transversales a las distintas intervenciones resultan ser responsable del cambio.

- c) Los estudios que relacionan tratamientos y problemas, algunos señalan que dichas listas sólo hacen referencia a una reducción de síntomas y omiten cambios que pueden ser más trascendentes en psicoterapia (Henry, 1998),

En tal sentido, Lambert (1992) propuso 4 elementos o factores comunes que dan cuenta de la mejoría en todas las formas de psicoterapia: 1) factores extra-terapéuticos; 2) factores de la relación cliente/terapeuta; 3) expectativas o placebo; 4) Modelos y técnicas. Según sus planteamientos, la varianza del resultado de la psicoterapia es atribuible en un 40% al Cliente, los llamados Factores Extra-terapéuticos, tales como la fuerza del yo, el apoyo social, entre otros. Un 30% a la Relación Terapéutica, (grado de empatía, calidez y el fomento de la asunción de riesgos); Un 15% a la Esperanza de los efectos y el Placebo y finalmente, un 15% a los Modelos y Técnicas de las terapias específicas.

### **1.2.3) Investigaciones recientes**

Los estudios de Whipple, Lambert, Vermeersch, Smart, Nielsen, y Hawkins, 2003 (en Arratia, 2007), enfocados en el paciente, muestran que pacientes con retroalimentación, sumada al uso de herramientas de soporte clínico, provocan un aumento significativo en los resultados de la psicoterapia. La retroalimentación aumentó los resultados positivos y disminuyó el número de sesiones en pacientes de respuesta positiva y aumentó en pacientes con fracaso pronosticado. (Lambert et al 2001 en Arratia, 2007).

La retroalimentación tanto a terapeuta como a paciente conlleva mayor progreso que la terapia habitual o con retroalimentación sólo al terapeuta (Arratia, 2007).

## **2. FACTORES DE CAMBIO INESPECIFICOS O FACTORES COMUNES:**

Es a partir de las dificultades que hubo para la determinación empírica de los factores de cambio específicos, que estos comienzan a llamarse factores inespecíficos. En un comienzo se consideraban estos factores sólo como producto de métodos de investigación inadecuados, pero luego se les otorgó un estatus propio (Bozok& Bühler, 1988; Meyer, 1990; Strupp, 1995), denominándoseles actualmente “factores comunes” (Hubble et al., 1999, Maione&Chenail, 1999 en Krause et al, agosto 2006). Estudios comparativos entre profesionales y legos llegaron al resultado de que no había diferencia entre estos grupos respecto a la efectividad terapéutica (Durlak, 1979; Nietzel& Fisher, 1981; Strupp&Binder, 1984 en Krause et al, agosto 2006) aunque estos estudios se realizaron en personas con problemas psicológicos menos graves.

En las últimas décadas, autores de distintas líneas teóricas han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico es atribuible a factores comunes compartidos por los diversos enfoques. Estos factores son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independiente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001 en Arredondo y Salinas, 2005).

Para Millon y Davis (1999 en Opazo, 2001 en Andrade 2008) estos factores corresponden a un mínimo común denominador de lo que debe ser una psicoterapia efectiva; las similitudes que aparecen en los distintos modelos; la identificación de factores que operan en el cambio psicológico en las distintas psicoterapias.

El cambio psicológico que se produce durante el encuentro entre un profesional y el cliente de carácter complejo y claro está, que influyen en él una serie de factores. (Santibáñez et al, Julio 2008). Es así como Safran en 1994 realizó un estudio en el que concluyó que sólo el 15% del cambio psicológico es atribuible a los denominados factores específicos, mientras que un 45% correspondía a factores de la relación terapéutica, sobre todo de la alianza.

Asay y Lambert (1999 en Krause et al, agosto 2006) dividen los factores comunes de cambio terapéutico en cuatro áreas generales, a las cuales asignan un porcentaje en función de su contribución a la mejoría de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra-terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%). En otras palabras, la mayor parte de la mejora del paciente se puede atribuir a factores no específicos o factores comunes a todos los enfoques. (Duncan, Hubble y Miller, 1995).

Lo anterior sugiere que la contribución de las técnicas al cambio es limitada cuando es comparada con la influencia personal del paciente y del terapeuta (Lambert y Bergin, 1994 en Andrade 2008), aunque autores como Duncan, Hubble y Miller señalan que “las técnicas específicas, cuando se ofrecen dentro de la seguridad de la relación terapéutica, favorecen el encuentro terapéutico” (1995, p. 49).

Feixas y Miró (1995 en Andrade 2008) en “Una introducción a los tratamientos psicológicos” describen 4 elementos esenciales en toda psicoterapia:

- 1) el cliente: experimenta una dificultad o trastorno que provoca un deseo consciente de cambio (que no puede realizar por sí mismo)
- 2) el/ la psicoterapeuta: posee una formación profesional y ciertas características personales
- 3) la relación terapéutica: relación de carácter profesional. El terapeuta se interesa genuinamente por el paciente, sin formar parte de sus relaciones interpersonales cotidianas
- 4) el proceso terapéutico: procesos psicosociales que se dan desde el principio hasta el fin de la terapia (según el modelo adoptado).

Por otra parte, nadie cuestiona la importancia de las condiciones básicas del enfoque Centrado en la Persona, propuesto y fundamentado por Rogers, como son la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad. Sin embargo, las percepciones del cliente respecto de la relación, correlacionan más con los resultados: es decir, cómo los clientes experimentan lo ofrecido por el terapeuta es más importante que lo que el terapeuta “objetivamente” le ofrece. (Duncan, Hubble y Miller, 1995; 1997)

## **2.1) El Modelo de Jerome Frank**

El modelo de las variables inespecífica en psicoterapia fue originalmente planteado por Jerome Frank (1942). Este modelo ha sido planteado como telón de fondo que asegura una potenciación de los resultados terapéuticos en términos de efectividad. Todos los autores señalan que estas variables son necesarias pero no suficientes para asegurar un proceso terapéutico exitoso desde la mejoría del paciente (Andrade 2008; Calderón 1999).

El modelo se conforma de tres macro-variables inespecíficas que conjuntamente y en interacción, la investigación ha demostrado que afectan el desarrollo y resultado de la psicoterapia.

### **2.1.1) EL TERAPEUTA**

“Un terapeuta es una persona que, además de un bagaje idiosincrásico producto de su formación y sus experiencias, es experto en manejar un modelo. La maestría en un enfoque la alcanza a través del entrenamiento en las técnicas, de la reflexión profunda sobre los supuestos teóricos y la supervisión por un terapeuta experimentado de los procesos de toma de decisión del terapeuta en formación al menos durante un periodo al inicio de su carrera” (Rodríguez, abril 2004. p.46)

“Los terapeutas deben estar familiarizados con las variables del cliente que se ha demostrado que afectan los resultados y desarrollar las habilidades para evaluar la idoneidad de un cliente determinado para la intervención que se le ofrece” (Duncan, Hubble y Miller, 1995, p. 43)

Las condiciones propuestas por Rogers (1957) son consideradas relevantes por los investigadores, pero no suficientes para establecer una buena alianza terapéutica. La exploración y valoración del terapeuta serían facilitadoras de la alianza (Henry y Strupp, 1994 en Botella y Corbella, diciembre 2006).

En cuanto a la apertura personal del terapeuta, en general, los estudios indican que los terapeutas que realizan una apertura personal son evaluados de una manera más favorable que los que no realizan este tipo de revelaciones. Además se ha constatado que la apertura personal del terapeuta potencia la apertura del cliente y les anima a implicarse en una autoexploración más profunda (Doster y Nesbitt, 1979 en Kleinke 1998).

Los terapeutas con elevada flexibilidad para la apertura a los demás saben cómo identificar claves sociales sutiles que permiten determinar cuánta apertura personal es adecuada. Los estudios realizados han confirmado que aquellos terapeutas que acomodan su apertura personal a la situación reciben una evaluación más favorable que los que no lo hacen (Neimeyer, Banikiotes y Winum, 1979; Neimeyer y Fong, 1983 en Kleinke 1998).

Los terapeutas que comparten sentimientos positivos son mejor percibidos que los que comparten sentimientos negativos en las sesiones de terapia. Según Rogers(1962) para que los terapeutas respeten el proceso en la relación terapéutica, es necesario que los sentimientos negativos sean a veces revelados. Sin embargo, estas revelaciones deben hacerse de forma selectiva; comunicar lo que es más relevante y persistente o lo que interfiere en la relación; lo que se comunica debe estar al servicio de fortalecer la autenticidad de la relación terapéutica y finalmente, evitar que la revelación sea recibida como una crítica a la persona del cliente.

Safran y Muran (2000) consideran que la relación entre paciente y terapeuta *esbipersonal*, lo que significa que el paciente es considerado co-participante y no como un observador que se sitúa fuera del campo interpersonal. El terapeuta debe revisar su contribución a la interacción en el aquí y ahora de la relación terapéutica y nunca debe dar por sentado que la interacción que se da en la terapia es un reflejo de la que tiene el paciente en su vida diaria. También consideran que el terapeuta debe ayudar al paciente a dejar de luchar contra su deseo de ser diferente, ya que el cambio se produce cuando se abandonan los intentos por ser alguien que no se es. Así los pacientes pueden sentirse lo suficientemente respetados por los terapeutas para empezar a reconocer partes inaceptables de ellos mismos y comenzar a cambiar.

### 2.1.1.1) Variables del Terapeuta:

No todas las variables que afectan los resultados se encuentran en manos del terapeuta; la centralidad es, más bien, del cliente. Sin embargo, depende de la habilidad del terapeuta el valorar e integrar todas las variables del cliente relevantes que inciden en su propio cambio y ayudar a movilizar los recursos preexistentes en él mismo. “Ayudar a que el paciente se ayude a sí mismo” pone en juego la importancia de las competencias del terapeuta en el proceso (Andrade 2008).

Harcum (1987, en Opazo, 2001) señala que la clave de cualquier psicoterapia parece estar en ciertas características personales del terapeuta. A su vez Luborsky (1985 en Andrade 2008) refiere: “el mayor agente de una psicoterapia efectiva es la personalidad del terapeuta, particularmente su habilidad para construir una relación cálida y apoyadora” (p.609).

Winkler y cols (1989 en Santibáñez et al, Julio 2008) elaboraron una clasificación de las variables del terapeuta: la actitud; la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional:

- Actitud: (Strupp, 1978) Esta actitud debe favorecer un clima terapéutico, ser facilitador del cambio, basado en el respeto, aceptación, comprensión, calidez, y ayuda, sin juzgar ni criticar al cliente. Según Brammer (1979 en Andrade 2008) el terapeuta, con su actitud, es un catalizador de los procesos de cambio del paciente.

Rogers (1957) señala que para el éxito de la psicoterapia es fundamental que esta relación esté basada en la calidez, la aceptación incondicional, la autenticidad, la congruencia y la empatía.

El éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente (Jiménez, 2004).

En estudios orientados a conocer las variables que se asocian a la deserción de los consultantes se ha señalado que las razones más comunes se refieren a la percepción de actitudes negativas del terapeuta y de la terapia como no beneficiosa (Acosta, 1980; Baekeland&Lundwall, 1975)

- Habilidades del terapeuta: Se entienden como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica. Estas habilidades están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica (Lucero, Caqueo & Galera, 2003).

Ruiz (1998) distingue, además, requisitos previos necesarios para llevar a cabo esta práctica: (a) el interés genuino por las personas y su bienestar; (b) el conocimiento de uno mismo o auto-conocimiento; (c) el compromiso ético y (d) las actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional.

Según Brammer (1979), algunas de estas habilidades corresponden a la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

Las percepciones negativas del terapeuta, ya sea como menos confiable, menos experto, menos atractivo y menos hábil estarían asociadas a mayores índices de deserción (Koko-tovic & Tracey, 1987; Me Neill & Lee, 1987; Epperson & Bushway, 1983).

- La personalidad: Bleuer, Crago y Arrizmendi (1986; en Vargas & Villablanca, 1999) mostraron que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio y que los psicoterapeutas que poseen una personalidad sana obtienen mejores resultados terapéuticos.

Bergin (1964) señala que la salud del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico (los pacientes de terapeutas benignos funcionan a un alto nivel después de 6 meses de tratamiento, lo que no ocurre con pacientes de terapeutas patogénicos). El estilo dañino estimula la agresividad por medio de la confrontación, es impaciente y autoritario, insiste en la auto-exposición inmediata y exige actitudes de cambio del paciente.

Para Lerner (1974 en Andrade 2008) el éxito terapéutico reposa más en las cualidades personales del terapeuta que en su formación científica, estas cualidades

se relacionan con su capacidad para establecer una relación terapéutica: objetividad, honestidad, capacidad para establecer vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia, perceptividad, empatía, creatividad e imaginación.

En síntesis: poseer una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento y tener satisfechas las necesidades básicas, son claves para lograr resultados terapéuticos positivos (Strupp, 1978).

- Experticia: En una comparación de los resultados obtenidos por terapeutas profesionales y aquellos que no lo son, se concluye que no existe ninguna diferencia en cuanto a efectividad terapéutica entre ellos y se ha llegado a determinar la existencia de ciertos factores más bien, inespecíficos en el cambio. Lo anterior, ha llevado a concluir que la efectividad de algunos factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, es independiente de la formación y la experiencia profesional (Winkler & cols., 1993).
- Bienestar emocional: Howard, Orlinsky y Trattner (1970) plantean que aquellos terapeutas que son más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente.

Jiménez (2004) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, así, un terapeuta perturbado puede impedir el crecimiento de su paciente, como también inducir cambios negativos en él.

A pesar de esto, un cierto grado de conflicto psicológico en el terapeuta resultaría positivo para el desarrollo de la terapia, dado que sería un impulso hacia su superación personal.

### **2.1.1.2) Investigaciones acerca del Terapeuta y su contribución a la relación terapéutica.**

Según Rogers, la confianza del terapeuta hacia su cliente refuerza las 3 condiciones facilitadoras y éstas, a su vez, refuerzan la confianza del cliente en su terapeuta.

Algunos estudios sobre la opinión del cliente respecto a las variables de influencia social del terapeuta, como ser experto, creíble y atractivo, sugieren que podría existir una relación entre estas variables y la mejoría del paciente (LaCrosse, 1980; Strong, 1968) aunque estudios posteriores encontraron poca relación. (Greenberg y Adler 1989).

Beutler (1985 en Andrade 2008) señala que el atractivo personal (facilitado por similitudes con el paciente) del terapeuta tiene su mayor impacto durante las etapas iniciales y sirve como catalizador de la confianza y compromiso en el proceso. Mientras que la credibilidad y la pericia, tienen efectos más a largo plazo (es la percepción del terapeuta como un individuo inteligente, educado y con entrenamiento).

Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik, (2001, en Botella y Corbella, diciembre 2003) encontraron que el entrenamiento y la formación de los terapeutas se relacionaban positivamente con la alianza terapéutica, cuando ésta era evaluada por los terapeutas, pero no por los pacientes.

Lambert y Bergin, (1994 en Andrade 2008) afirman que ciertos terapeutas son regularmente más eficaces que otros y que las características de los terapeutas están más relacionadas con los resultados positivos que los enfoques a los que adscriben (Hanna y Ottens, 1995, en Opazo, 2001). La falta de eficacia diferencial de las psicoterapias se basa en la tendencia de los buenos terapeutas a distribuirse de un modo equitativo entre los diferentes enfoques.

Por su parte, Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen y Bachrach (1971) concluyen que la salud del terapeuta es lo que contribuye más consistentemente a un resultado positivo. (en Beutler 1985).

El estudio cuantitativo de Sandell en 1998, concluyó que la variable básica de la experiencia es la edad, es decir, que los terapeutas mayores poseen más experiencia y tienden a aprovecharla mejor, siendo ellos, los menos directivos y confrontacionales con sus terapias. También este estudio concluyó que los terapeutas que trabajan en sistemas públicos son más beneficiados en experiencia que los que trabajan en el sistema privado.

Un estudio cualitativo realizado por Jennings y Shovhott en 1999, identificó diez características de algunos terapeutas considerados maestros, las cuales son: ser lectores voraces, tienen gran cantidad de experiencias acumuladas, valoran la complejidad y ambigüedad cognitiva, son emocionalmente receptivos, mentalmente sanos y maduros, atienden y cuidan su estar bien, están conscientes de cómo su salud emocional impacta su trabajo, poseen fuertes destrezas de relación y creen en la alianza de trabajo.

### **2.1.2) EL CLIENTE**

La visión del papel de los clientes en la psicoterapia depende mucho de los enfoques terapéuticos. Para algunos son una más entre las variables inespecíficas, para otros son el centro, los verdaderos protagonistas del proceso (Rodríguez, abril 2004). Sin embargo, para todos los enfoques, dentro de todos los modelos y mediante cualquier técnica empleada, el cliente es la persona que se beneficia de la psicoterapia y, desde luego, hace importantes contribuciones a este proceso, tanto con sus aportes a la relación terapéutica, como con sus rasgos y características pre-existentes en él.

Se ha encontrado que las percepciones del cliente sobre la formación y resolución del problema tienen implicaciones importantes en el proceso y resultado del tratamiento, lo que suele ser pasado por alto en la literatura sobre la terapia. El interés acerca de esto surge, más bien, de la curiosidad del terapeuta por las percepciones del paciente acerca de su problema, las causas y las potenciales soluciones (Arratia 2007). Duncan, Hubble y Miller (1997) llaman a lo anterior, “teoría del cambio del cliente”. Esta teoría del cambio incluye

“sus percepciones y experiencia de la demanda que presenta, sus causas y cómo la terapia puede dirigirse de la mejor manera posible para conseguir su objetivo” (p. 45)

Estudios en los que se usó intencionalmente las preferencias del paciente en la selección e integración de enfoques en el tratamiento, aumentó su participación y mejoró los resultados (Duncan y Miller 2000 en Arratia 2007). Lo anterior significa que “honrar la teoría de cambio del paciente” (que lo que se diga y haga sea aceptable para él) serviría para abrir la puerta y explorar otros medios para lograr el mismo fin.

Duncan, Hubble y Miller, (1999, p.91) afirman: “la capacidad del cliente para la auto-sanación es el factor común más potente en la psicoterapia. Es el “motor” que hace funcionar la terapia... la terapia facilita la curación natural de aspectos de la vida de los clientes. El terapeuta funciona como un sistema de apoyo y proveedor de recursos”.

Teniendo en cuenta que los efectos placebo son factores del cliente (curación a través de la esperanza y la creencia de que el tratamiento ayudara a resolver el problema o que le hará estar y sentirse mejor) y que el cliente contribuye a la relación terapéutica, por lo menos tanto como lo hace el terapeuta, en cifras de Lambert significa que el cliente es responsable del 70% o más de los resultados de la varianza.

De esta manera, son los mismos clientes quienes utilizan y adaptan –desde su teoría del cambio- lo que cada enfoque puede ofrecerles para hacer frente a sus problemas. Aun, si las diferentes técnicas utilizadas tienen diferentes efectos específicos, lo central en el proceso es lograr acomodarse al marco de referencia que trae el cliente y, desde ahí, proponer objetivos y planificar actividades (Duncan, Hubble y Miller, 1997; 1999)

Algunas generalizaciones respecto de qué clientes presentan mayores posibilidades de obtener éxitos en una psicoterapia (Strupp y Binder, 1984; Weiner, 1975 en Kleinke 1998) es la siguiente:

- Cuando sienten una angustia lo suficientemente grave como para motivarles (cuando no hay un trastorno de personalidad que los incapacite hacia el cambio).

- Cuando tienen una actitud positiva hacia la terapia y tienen la esperanza de que ésta les puede ayudar.
- Si cuentan con competencias sociales mínimas, si son capaces de expresarse y de confiar en los demás.
- Si están dispuestos a examinar y comunicar sus sentimientos.
- Si están dispuestos a asumir la responsabilidad de sus comportamientos y de considerar los efectos de sus acciones con otros.
- Si aceptan el hecho de que la terapia les va a exigir sacrificios.

#### **2.1.2.1) Variables del Cliente.**

Estas variables son entendidas como características preexistentes y serían los mejores predictores de resultado en psicoterapia (Luborsky, Mintz y Chistoph 1978 en Santibáñez et al, julio 2008).

Krause (1992) identificó cinco condiciones del consultante, que son previas a la psicoterapia y que resultarían relevantes al momento del cambio:

- a) Experiencia de los propios límites.
- b) Aceptación de la necesidad de ayuda.
- c) Cuestionamiento de los modelos explicativos personales.
- d) Transformación de la conceptualización de los propios problemas personales y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia.
- e) Expectativas del consultante respecto del rol del terapeuta, respecto del propio rol y la estructura o setting.

Dentro de las variables más estudiadas y que tendrían algún grado de relación con los resultados en psicoterapia, se encuentran: la variable demográfica, de diagnóstico clínico; expectativas y disposición personal (Winkler y cols 1989 en Santibáñez et al, diciembre 2003)

- Variables Demográficas: se consideran como demográficas características como el género; edad y nivel socioeconómico, entre otras.

Respecto al género del cliente, no hay investigaciones que sean concluyentes en relación al resultado en psicoterapia (Garfield, 1994; en Trull y Jerry, 2003). Sin embargo los mismos autores, Trull y Jerry (2003) señalan que en ciertas situaciones, es probable que sea importante considerar el género del terapeuta para tratar temas de abuso sexual, ya que las víctimas pueden sentirse más cómodas hablando con psicoterapeutas mujeres.

En cuanto a la edad, los clientes más jóvenes han sido considerados como mejores candidatos para psicoterapia, ya que, se supone, serían más flexibles. Sin embargo la evidencia empírica que apoya esta afirmación es escasa (Smifh 1980 y Garfield, 1994, en Trull y Jerry, 2003).

En relación al nivel socioeconómico: se postula que a mayores años de educación y nivel socioeconómico del cliente, mayor sería la permanencia en el tratamiento (Mac, NairyCorazzini, 1994). En tal sentido, Fisher y Cohen (1972) señalan que las actitudes hacia la ayuda profesional son mejores en clientes que tiene un nivel educacional y socioeconómico superior.

En cuanto a la raza y/o etnia, Banks (1972) sugiere que puede darse mayor empatía y autoexploración cuando el terapeuta y el cliente comparten dichas características.

- Diagnostico clínico: incluye características de la personalidad, estilo de funcionamiento, tipo de perturbación y complejidad del síntoma.

Características de la personalidad y estilo de funcionamiento: en general se señala que los clientes que experimentan una mayor mejoría se construyen a sí mismo de manera más negativa al inicio de la terapia.

Los clientes con locus de control interno tienden a estar mejor con terapias no directivas y, por el contrario, clientes con un locus de control externo, tienen a estar mejor con tratamientos más directivos (Craig y Andrews, 1985 en Santibáñez et al, diciembre 2003).

Clientes con estilo defensivo externalizador, se benefician mas de terapias conductuales y por el contrario clientes del tipo defensivo interno se benefician mas de terapia que favorecen el insight (Beutler, 1983 en Santibáñez et al, diciembre 2003).

Tipo de perturbación: esta variable es la más consistente con la relación del resultado de la terapia, ya que el nivel inicial de perturbación psicológica sería un buen predictor del tipo de resultado (Bergin y Lambert, 1978; Beutler, 1983).

Respecto al tipo de diagnóstico, los resultados parecen ser contradictorios, sin embargo, las investigaciones parecen encontrar consistencia en que individuos con perturbaciones más graves tiene peores resultados (Garfield 1994, en Trull y Jerry, 2003 en Santibáñez et al, diciembre 2003).

- Creencias y expectativas: estas características pueden influir en los resultados, por lo tanto, en la mejoría percibida por los clientes (Auld y Murray 1955; Frank 1959). Sin importar la clase social del cliente, afectan una serie de aspectos del proceso, tales como la duración, resultados y deserción del paciente del tratamiento. En cuanto a las expectativas hacia el terapeuta, es necesario que éste conozca las expectativas que el cliente tiene de él, desde las primeras sesiones (Andrade 2008).
- Disposición personal: si es negativa, se encontrarán relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obteniendo resultados pobres (Frances y otros 1985 en Andrade 2008).  
La motivación, las expectativas y las necesidades del consultante son variables relevantes para el logro del proceso terapéutico y motor de cambio. Cuando la persona es obligada a asistir a psicoterapia rara vez se beneficia de la experiencia (Ábalos y Villegas, 1995 en Santibáñez et al, diciembre 2003).

#### **2.1.2.2) Investigaciones acerca del cliente y su contribución a la relación terapéutica.**

Beutler y Clarkin (1990 en Botella y Corbella, diciembre 2003) proponen la Selección Sistemática de Tratamientos (SST) a raíz de la importancia de estudiar la relación entre las intervenciones del terapeuta y las variables del cliente. Dos de las dimensiones que configuran la SST son: a) la directividad del terapeuta, relacionada con la resistencia del cliente y b) la tendencia del terapeuta a dirigir la atención a la acción o al insight del

paciente, relacionada con el estilo de afrontamiento del paciente. *Por ejemplo: un paciente resistente y con estilo internalizador, se beneficiaría más de un terapeuta poco directivo y dirigido al insight.* Los clientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica pueden beneficiarse más de técnicas específicas, mientras que los que sí la establecen, pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias (Gaston y Ring, 1992; Mariziali, 1984).

Se han realizado estudios de la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza con el terapeuta en la fase inicial de la psicoterapia (Eames y Roth, 2000). En tal sentido, pacientes con apego ansioso puntuaban una menor alianza, mientras que pacientes con apego confiado/seguro, se asociaron con puntuaciones altas en la alianza. Este estudio coincide con el de Mallinckrodt, Coble y Gantt (1995), obteniéndose una relación negativa entre la vinculación ansiosa y la alianza. Mientras que Satterfied y Lyddon (1998) encontraron una relación significativa entre el patrón de vinculación dependiente y la alianza terapéutica.

El perfeccionismo del paciente se ha relacionado con resultados negativos en la terapia. La autocrítica está vinculada con el perfeccionismo y ha sido asociada a esquemas relacionales negativos y con estilos evitativos. Por su parte, los pacientes con un estilo interpersonal más hostil, necesitarían más sesiones para establecer una buena alianza terapéutica. Sin embargo, ninguna variable interpersonal del paciente está relacionada significativamente con el resultado de la terapia (Blatt, Quintlan, Pilkonis y Shea, 1995 en Botella y Corbella, diciembre 2003).

Según Hersoug, Monsen, Havik y Hoglend (2002 en Botella y Corbella, diciembre 2003) el diagnóstico del paciente no predice la calidad de la alianza terapéutica, aunque el estudio de Eaton, Abeles y Gutfreund (1998) encontró que la sintomatología del paciente contribuía negativamente a la alianza. De la misma postura son Beutler y Clarkin (1990 en Kleinke 1998) al exponer que los clientes con problemas muy graves pueden no estar preparados para embarcarse en el trabajo de la psicoterapia.

A pesar de que las investigaciones cualitativas de los factores del cliente son escasas, existe cierta evidencia de la influencia activa del cliente en el proceso terapéutico (Reyes, 2005).

### **3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **3.1) Breve contextualización histórica**

Freud, en su trabajo de 1912 "The dynamics of transference" fue el primero en hacer referencia a este concepto al señalar la importancia de que el analista mostrara interés y actitud comprensiva hacia el paciente para establecer una relación positiva con él. De esta manera, el afecto del paciente al terapeuta era una forma beneficiosa de transferencia.

Fue Zetzel (1956) quien hizo la distinción entre transferencia y alianza, siendo esta última la parte no neurótica de la relación, la que posibilita el insight. Así, desde el psicoanálisis, la transferencia facilitaría o dificultaría el trabajo de la alianza.

#### **3.2) Definiciones y características.**

El concepto de alianza terapéutica, en términos generales, ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y cliente durante el proceso psicoterapéutico (Hartley, 1985). Además, es el componente cuya importancia recibe más consenso en cuanto a la formación de la relación terapéutica y el que acapara mayor interés por parte de los investigadores (Botella y Corbella, diciembre 2003).

Se entiende que "la alianza terapéutica es exactamente lo que su nombre implica: el terapeuta y el cliente trabajan juntos en armonía", esto es diferente de la sola existencia de una relación cliente-terapeuta (Zetzel, 1956). De hecho, la relación terapéutica es uno de los factores que explica un mayor porcentaje de cambio en los clientes. Según Lambert (1992) esta alcanzaría a un 30%.

Luborsky (1976) en su concepto de alianza, es más cercano a la visión psicodinámica original, es decir, la considera una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las

demandas en las diferentes fases de la terapia. Describe la *Alianza Tipo 1*: se da en el inicio de la terapia y corresponde a la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor. La *Alianza Tipo 2*: aparecen fases posteriores del proceso y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación del malestar del paciente.

Strupp, (1978, en Roth y Fonagy, 2005) la define 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” (p.3).

Gaston (1990 en Duncan, Hubble y Miller 1997) resume la alianza en cuatro componentes: 1) la relación afectiva del cliente con el terapeuta, 2) la capacidad del cliente para trabajar de forma constructiva en la terapia, 3) la comprensión e implicación empática del terapeuta y 4) el acuerdo cliente-terapeuta sobre los objetivos y tareas de la terapia. Mientras el primero y el tercer componente rescatan la importancia de las variables de relación, el segundo y el cuarto ponen énfasis en la congruencia que debe existir entre las creencias del cliente y el terapeuta sobre cómo cambia la gente en la terapia.

En muchos casos los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda, han sido utilizados como sinónimos o para señalar aspectos específicos de la alianza (Horvath&Luborsky, 1993).

Para todos los enfoques la alianza terapéutica es un elemento esencial en el proceso de psicoterapia y está altamente relacionado con los resultados (Arredondo y Salinas 2005). La Alianza es una cualidad intrínseca de la relación, que contribuye al éxito de la terapia, por lo cual no depende de los éxitos terapéuticos alcanzados en el momento (cuando la terapia le está resultando útil al cliente); en tal sentido, la alianza no es un reflejo de los resultados beneficiosos. (Lambert y Bergin, 1994)

La importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentada en una considerable cantidad de estudios empíricos (Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Orlinsky y Howard, 1986; Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984 en Kleinke 1998).

La relación terapéutica tiene mayor influencia en el éxito de la terapia que el enfoque/modelo (Arratia, 2007), sin embargo es insuficiente para explicar el cambio terapéutico, sino un recurso que facilita y apoya los esfuerzos de auto-sanación del cliente (Duncan, Hubble y Miller, 1999).

### **3.3) Medidas de alianza terapéutica.**

Las medidas de alianza más destacables son: la *California Psychotherapy Alliance Scales*(CALPAS/CALTRAS; Gaston y Ring, 1992; Marmar, Weiss y Gaston, 1989); la *PennHelpingAlliance Scales*(Penn/HAQ/HAcS/Har; Alexander y Luborsky, 1986, 1987); el *HelpingAlliance Questionnaire II* (HAQ-II; Luborskyetal., 1996); la *Therapeutic AllianceScale*(TAS; Marziali, 1984); la *VanderbiltTherapeutic AllianceScale*(VPPS/VTAS; Hartley y Strupp, 1983); el *Working Alliance Inventory*(WAI; Horvath, 1981, 1982); y la *IntegrativePsychotherapeutic Alliance* (IPAS, EAPI; Pinosof y Catherall, 1986).

La mayoría de estos instrumentos han sido adaptados para ser contestados por el cliente, el terapeuta y por observadores externos. La colaboración y el acogimiento son los aspectos nucleares comunes en todos los instrumentos. Safran y Wallner (1991) compararon las versiones para clientes del WAI y del CALPAS y encontraron una varianza global compartida que llegaba al 76%.

Luborsky (1994) encontró que no había evidencia de que algún tipo de medida de alianza terapéutica fuera mejor predictor del resultado del tratamiento que otro.

### 3.4) El modelo de Alianza de Bordin.

Bordin (1975) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico. En 1976 presentó a la comunidad científica una definición transteórica del concepto, la cual trasciende a las particularidades otorgadas por las distintas escuelas psicoterapéuticas e incluye características comunes de diferentes escuelas psicoterapéuticas. Así, planteó la existencia de tres componentes constitutivos de la Alianza, que son: vínculo, tareas y metas, componentes que se influyen mutua y recíprocamente.

- Vínculo: Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta, que incluyen la mutua confianza y la aceptación (Horvath y Luborsky, 1993). “La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico” (Feixas y Miró 1993 p. 29). El mismo Frank (1982) afirma que “la relación paciente - terapeuta es el fundamento de toda terapia”, haciendo referencia a la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Incluso se ha llegado a plantear que, en psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980 en Kleinke, 1995).

La calidad emocional del vínculo entre paciente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito del proceso terapéutico (Arratia, 2007).

- Tareas: Son las actividades específicas (sean explícitas o implícitas) que se requiere que el paciente realice para beneficiarse del tratamiento (Safran y Seagal, 1994). Se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Son las conductas y cogniciones dentro de la terapia y que forman la sustancia del proceso de psicoterapia. En una relación de buen funcionamiento, ambas personas deberían percibir estas tareas como relevantes y eficaces y aceptar la responsabilidad para realizar estos actos (Horvath y Luborsky, 1993).

- Metas: “Son los objetivos generales hacia los que se dirige la psicoterapia” (Safran y Seagal, 1994 p. 53). Es el grado de acuerdo entre las partes respecto a los objetivos de la intervención. Una fuerte alianza terapéutica estaría caracterizada por un terapeuta y un paciente que mutuamente respaldan y valoran las metas establecidas (Horvath y Luborsky, 1993).

Los planteamientos de Bordin ofrecen una alternativa al concepto dicotómico de los procesos y aspectos técnicos en la terapia al sugerir que ambos son interdependientes y que el desarrollo positivo en cada caso, proporciona una base adecuada y necesaria para el crecimiento en conjunto.

### **3.5) El cliente como variable influyente en la alianza.**

La importancia del cliente y de los factores comunes (en contraposición a la técnica), la superioridad de las percepciones de los clientes para predecir resultados (en contraposición a la del terapeuta) y la equivalencia de resultados entre las diferentes escuelas de psicoterapia, ofrecen argumentos de peso a favor de prestar mayor atención a la experiencia que tiene el cliente del progreso terapéutico. El hecho de entender la experiencia subjetiva del problema que presenta el cliente ofrece a la terapia una confiable vía de acomodación al marco de referencia de éste (Duncan, Hubble y Miller 1997).

“Acomodarse a la visión que el paciente tiene de la alianza terapéutica.”, “acomodarse al nivel de motivación para el cambio que tiene el paciente” como guías para aumentar la contribución de los factores de la relación al éxito en terapia” (Arratia, 2007).

En efecto, los planteamiento de que la contribución que realiza el cliente a la relación es más poderosa que la del terapeuta y que las percepciones de la alianza por parte del cliente arrojan mejores predicciones de los resultados que las de los terapeutas, están respaldadas por numerosos estudios (Marziali, 1981, en Winklery cols., 1989; Gurman, 1977; Horowitz, Marmar, Weiss, De Witt y Rosenbaum, 1984; Lafferty, Beutler y Cargo, 1989; Bachelor, 1991).

Por otra parte, se ha encontrado repetidamente una relación estadísticamente significativa entre la compatibilidad terapeuta-cliente y la alianza terapéutica. Kiesler y Watkins (1989) y Randeau y Wampold (1991) encontraron una relación significativa entre estos dos conceptos. Del mismo modo que la alianza se relaciona con los resultados de la psicoterapia, la compatibilidad terapeuta-cliente muestra una relación positiva significativa con los resultados conseguidos por el cliente al finalizar el tratamiento. En esta misma línea, Lupini en el año 2001 encontró que la similitud entre los valores del terapeuta y del paciente influye significativamente en la alianza terapéutica.

Con respecto a las características del cliente que serían más influyentes en el desarrollo de la alianza, Botella y Corbella (diciembre 2003) encontraron que el índice de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares del cliente, las variables intra-personales, como la calidad de las relaciones, la motivación, expectativas y actitudes, entre otras, tiene efectos significativos en la alianza. Al igual que las expectativas del cliente de establecer una relación igualitaria con el terapeuta, aumentan la probabilidad de una buena alianza terapéutica.

### **3.6) Investigaciones en torno a la alianza terapéutica**

Los estudios de la alianza terapéutica coinciden en destacar la significación de la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. Así, la alianza es un buen predictor de resultados conseguidos por diferentes modalidades terapéuticas. (Botella y Corbella, diciembre 2003).

Según Horvath y Luborsky (1993 en Arredondo y Salinas 2005), las investigaciones actuales llevan a suponer que existirían dos fases importantes de la alianza: la primera corresponde a la formación de ésta que se desarrolla en las primeras cinco sesiones y que alcanzaría su cima en la tercera sesión (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser y Howard, 1976). Durante esta fase, es preciso que se establezcan niveles satisfactorios de colaboración y confianza; el paciente necesita unirse al terapeuta como partícipe del proceso psicoterapéutico, acordar metas y adquirir confianza en los procedimientos que

corresponden a la terapia. La segunda fase crítica ocurre cuando el terapeuta comienza a cuestionar las antiguas pautas conductuales del paciente y éste puede experimentar las intervenciones más activas del terapeuta como una disminución de la empatía y el apoyo. Esto podría reactivar creencias y comportamientos vinculares disfuncionales del paciente, debilitando o rompiendo la alianza terapéutica. Este deterioro debe ser reparado para que la terapia continúe exitosamente (Safran y col. 1992 en Horvath y Luborsky, op. Cit en Arredondo y Salinas 2005).

En esta misma línea, los estudios más confiables sugieren que las expectativas del paciente afectan el desarrollo temprano y la duración de la relación terapéutica (Strupp y Hartley, 1983 en Weinstein, 1997). Se ha señalado que las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993 en Corbella y Botella, 2003).

En general, las investigaciones realizadas permiten constatar que los terapeutas y los clientes perciben de manera distinta la relación terapéutica. En este sentido, se tiende a pensar que las actitudes terapéuticas no son una cualidad intrínseca del terapeuta, sino que el cliente participa también en su activación. (Corbella y Botella, 2003)

El estudio de Botella y Corbella (2011) “Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico” demuestra la importancia que tienen las primeras sesiones para la construcción y consolidación de un vínculo terapéutico seguro y productivo y que el establecimiento de una sólida alianza terapéutica es un factor facilitador del desarrollo del proceso terapéutico y de la consiguiente mejoría sintomática.

Estos mismos autores (2011)) afirman que la alianza ha mostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas, como la psicodinámica, la cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental. Así también en diferentes formatos de terapia, tales como la individual, terapia de grupo y terapia familiar.

Finalmente, se ha encontrado que la duración de la terapia no afecta la relación entre alianza y resultado final. Esta afirmación la avalan estudios en tratamientos que han durado entre cuatro y cincuenta sesiones (Botella y Corbella, 2011)

#### 4. EL CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Lo que antes denominábamos cambio, el objetivo final de los tratamientos, es entendido de manera muy diversa por los distintos enfoques psicoterapéuticos. Puede implicar: desaparición de los síntomas, "curación de la patología", crecimiento personal, corrección de las desviaciones o simplemente la consecución de los objetivos negociados entre cliente y terapeuta. Por ende, las ideas sobre cuáles son los mecanismos que favorecen el cambio variarán de un modelo a otro y por tanto cada enfoque tiene sus propias hipótesis sobre qué cambia con la psicoterapia y cómo se produce tal cambio (O'Donohue y Yater, 2003 en Rodríguez, abril 2004).

De acuerdo con Frank, un primer cambio en cualquier terapia exitosa, es justamente la disminución de la desmoralización inicial, vivenciada a través de la esperanza o las expectativas de ser ayudado (1982)

La evidencia de una variedad de fuentes señala a la experiencia subjetiva del cambio del paciente en las primeras fases del tratamiento como uno de los mejores predictores de resultados positivos (Brown, Dreis, y Nace, 1999 en Hubble, et al., 1999; Garfield, 1994 en Bergin y Garfield, 2005; Howard, Moras, Brill, Mortinovich, y Lutz, 1996; Lebow, 1997 en Hubble et al., 1999 en Arratia 2007).

Rogers (1961) propone 3 condiciones fundamentales que debe ofrecer el terapeuta al cliente para que el proceso de cambio en éste sea posible. En sus propias palabras:

“Se ha descubierto que el cambio personal se ve facilitado cuando el terapeuta es lo que es; cuando en su relación con el cliente es auténtica y no se escuda tras una fachada falsa, y cuando manifiesta abiertamente los sentimientos y actitudes que en ese momento surgen en él. El término “*coherencia*” describe esta condición” (Rogers, 1961, p.64).

“Cuando el terapeuta experimenta una actitud de aceptación positiva, hacia lo que existe en el cliente (...) el terapeuta se preocupa por el cliente de manera no posesiva, lo valora incondicionalmente y no se limita a aceptarlo cuando se comporta según ciertas normas, para luego desaprobalo cuando su conducta obedece a otras (...) todo esto *implica un respeto positivo incondicional*” (Rogers, 1961, p.64).

“La *comprensión empática* se da cuando el terapeuta percibe los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, cuando puede

percibirlos desde “adentro” tal como se le aparecen al cliente y es capaz de comunicar a este último una parte de esa comprensión” (Rogers, 1961, p.64).

“Cuando alguien comprende cómo me siento yo, sin intentar analizarme o juzgarme, me ofrece un clima en el que yo puedo desarrollarme y madurar” (Rogers, 1961, p.64)

Estudios realizados con diversos clientes muestran que cuando el terapeuta cumple las tres condiciones mencionadas por Rogers y el cliente las percibe, se logra el movimiento terapéutico. Esto significa que el cliente comienza a cambiar de forma dolorosa, pero precisa y tanto él como su terapeuta consideran que ha alcanzado un resultado exitoso. Los estudios indican que son estas actitudes y no los conocimientos técnicos, los principales factores determinantes del cambio terapéutico (Rogers 1961)

Los estudios e investigaciones actuales buscan responder la pregunta ¿qué es lo que cambia tras la psicoterapia? La respuesta se ubica tanto en la esfera de los síntomas, las conductas, así como en lo representacional, incluyendo aspectos afectivos y cognitivos. Uno de estos estudios es el efectuado por Connolly y Strupp (1996 en Krause et al., agosto 2006) el cual, basado en la percepción de los consultantes, mostró la existencia de cuatro conglomerados de cambio: mejoría sintomatológica, en la auto-comprensión, en la autoconfianza y mayor autodefinición. Los resultados respecto a los cambios se refieren a una perspectiva subjetiva de los clientes, respecto de sí mismos, sus problemas y síntomas.

### **La dinámica del cambio** (Rogers, 1961)

¿Por qué una persona que busca ayuda se modifica en sentido positivo al participar durante cierto tiempo en una relación terapéutica que contiene estos elementos?

- 1) A medida que descubre que alguien puede escucharlo y atenderlo cuando expresa sus sentimientos, poco a poco se torna capaz de escucharse a sí mismo y saber lo que siente.
- 2) A medida que se abre a lo que sucede en él, adquiere la capacidad de percibir sentimientos que siempre había negado y rechazado.
- 3) A medida que aprende a escucharse también comienza a aceptarse. Al expresar sus aspectos antes ocultos, descubre que el terapeuta manifiesta un respeto positivo e incondicional hacia él y sus sentimientos. Lentamente comienza a asumir la misma

actitud hacia él mismo, aceptándose tal como es y, por consiguiente, se apresta a emprender el proceso de llegar a ser.

- 4) A medida que capta con más precisión sus propios contenidos, se evalúa menos y se acepta más a sí mismo, va logrando mayor coherencia. Al operarse estos cambios, que le permiten profundizar su auto-percepción y su auto-aceptación y volverse menos defensivo y más abierto, descubre que finalmente puede modificarse y madurar en las direcciones inherentes al organismo humano.

Florenzano, McWhirter y Soubllette (noviembre 2002) en sus investigaciones con adultos muestran que cerca del 45% de los pacientes en tratamiento, lo abandonan luego de unas pocas sesiones, generalmente por una falta de motivación, resistencia o por no sentirse listos para afrontar la terapia. Se llegó a la conclusión de que las personas entran a terapia con distintos niveles de disponibilidad para el cambio. Por tanto, estos autores propusieron que el impacto potencial de cualquier intervención terapéutica depende del paciente y sus niveles de disponibilidad para el cambio

A continuación se presenta el modelo motivacional del cambio (Prochaska y Di Clemente, 1992) con sus etapas, las que pueden aplicarse a muchos tipos de comportamientos.

Pre-contemplación: Las personas en esta fase no tienen la intención real de cambiar y generalmente niegan tener algún problema. La mayoría de ellos sólo quiere que las personas a su alrededor cambien. Las ventajas del cambio no superan a los sacrificios que éste implicaría. Si se busca tratamiento, sería por presión del entorno y al dejar de existir tal presión, se abandona el tratamiento y se vuelve a la conducta.

El trabajo del terapeuta consiste en crear un clima en el cual el cliente pueda considerar los beneficios del cambio; para ello, puede otorgarle información acerca de las causas y las consecuencias del problema (Prochaska y DiClemente, 1992 en Reyes 2005)

Contemplación: Las personas en esta etapa reconocen que tienen un problema y comienzan a pensar seriamente en resolverlo. Se caracteriza por la ambivalencia.

En esta etapa, el trabajo terapéutico requiere de bastante paciencia y de la creación de un ambiente de contención en el cual el cliente pueda considerar cambiar sin sentirse presionado a pasar a la acción (Duncan, 1989 en Reyes 2005)

Preparación: La mayoría de las personas en esta etapa están planeando tomar alguna acción determinada en el corto plazo, y hacen ajustes finales antes de comenzar a cambiar su comportamiento. Estos pequeños cambios derivan en un aumento de la ansiedad y esto da la oportunidad al especialista de tratarla cuando está comenzando y es fácilmente manejable

En esta etapa, el terapeuta ayuda al cliente a seleccionar los objetivos y a explorar los posibles caminos que llevarán a obtener los resultados (S. D Miller et al., 1997 en Reyes 2005)

Acción: En este estadio las personas ejecutan las acciones que han preparado, con el fin de superar su problema (dejan de fumar, botan la última cerveza). El peligro para los especialistas trabajando con este tipo de personas es pensar que estas acciones abiertas implican de hecho un cambio real.

En esta etapa el terapeuta ofrece soporte y contención emocional, además de ayudar al cliente a monitorear o modificar su plan de acción

Mantenimiento: Etapa que tiene lugar cuando se estabiliza el cambio y su desafío es prevenir una recaída. Comúnmente ésta es la etapa más ignorada durante el tratamiento. Una tarea para el especialista es reconocer situaciones de peligro para una recaída y proveer al paciente de alternativas. Un ejemplo de estrategia para el buen mantenimiento para un alcohólico es proveer conscientemente distracciones para disminuir su tendencia a tomar alcohol cuando se sienten angustiados.

Terminación: Ya no existe tentación hacia la conducta problemática y hay confianza en que no se volverá a implicar en ella. En esta etapa las personas se establecen y continúan pensando en los posibles retos que implica el cambio y estarán monitoreando sus necesidades para mantener el cambio en su lugar (Reyes 2005)

El modelo así propuesto tuvo una efectividad en la predicción de porqué las personas abandonan la terapia de un 93% (Florenzano, McWhirter y Soubllette, noviembre 2002).

El aporte más práctico del trabajo de Prochaska y DiClemente (en Florenzano, McWhirter y Soubllette, noviembre 2002) es que lograron identificar los enfoques terapéuticos que son más efectivos en cada etapa. Para el estadio pre-contemplación y contemplación, la terapia puede ser psicodinámica, experimental y cognitiva. En cambio para las fases de preparación y acción, sugieren terapia de comportamiento o existencial.

“El paciente no motivado NO existe” (Prochaska, 1997 en Hubble et al 1999)

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 1- Justificación de la metodología utilizada:

En la presente investigación se utilizará una metodología cualitativa, a fin de dar cuenta de las experiencias y percepciones de algunos psicoterapeutas y sus clientes del sector público, en relación a los factores que tuvieron mayor influencia en el cambio durante el proceso de psicoterapia que vivieron.

La metodología cualitativa tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando conceptos que puedan abarcar una parte de la realidad, es decir, no trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento, por lo que generalmente no utiliza registro de cantidades, frecuencia de aparición ni datos reductibles a números. Su objetivo no es la generalización ni la exactitud, sino el obtener un entendimiento lo más profundo posible de una realidad que, más bien, es dinámica y que tiene una amplia variedad de contextos; se trata, en resumidas cuentas, de comprender la experiencia humana. En palabras de Georg Henrick (en Stake, 1999) en su libro *Explanation and Understanding*: “La comprensión como método característico de las humanidades es una forma de empatía o de recreación en la mente del pensador del clima mental, los pensamientos, los sentimientos y las motivaciones de los objetos de su estudio” (P. 6).

Es de esta manera que la presente investigación pretende acercarse más a la fenomenología, a la vivencia de los participantes involucrados, orientándose hacia los procesos más que a los resultados. En otras palabras, lo que aquí interesa es la percepción que los participantes tienen del fenómeno a estudiar. Para ello, el papel del investigador requiere de un trato intensivo con las personas involucradas, para lograr entenderlas y obtener datos “ricos y profundos”, por lo que éste no ciñe sus procedimientos a un esquema de acción previamente determinado, es decir, no se da tanto énfasis en presentar propuestas formales y bien estructuradas, hipótesis, muestras perfectamente delimitadas ni estrategias de recogida y análisis de datos predeterminadas (García, Gil y Rodríguez, 1999) Por lo general, el estudio de tipo cualitativo es de mayor ambigüedad e implica un camino de descubrimiento progresivo del fenómeno que se aborda (Lenzin y Lincoln, 1994 en García, Gil y Rodríguez, 1999).

## 2- Descripción del Diseño de Investigación: Estudio de Casos

El estudio de casos es definido por Denny como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo” (1978. P. 370). Todas sus definiciones coinciden en que implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (García Jiménez, 1991 en García, Gil y Rodríguez, 1999).

Para Stake (1999) el estudio de casos, como forma de investigación, se define por el interés en los casos individuales y sus características esenciales son las siguientes: particularista, descriptivo, heurístico e inductivo.

A través del estudio de casos se puede conseguir objetivos como a) hacer una crónica (un registro de los hechos más o menos como ha sucedido); b) representar o describir situaciones o hechos; c) enseñar, otorgando conocimiento o instrucción acerca del fenómeno estudiado y d) comprobar o contrastar los efectos, relaciones y contextos presentes en una situación y/o grupo de individuos analizados (García, Gil y Rodríguez, 1999).

Lo que caracteriza al presente estudio de casos es el buscar descubrir y describir relaciones y conceptos que surjan del acercamiento a la experiencia de un grupo de clientes y sus terapeutas acerca del proceso de cambio en sus psicoterapias y los aspectos considerados como más relevantes e influyentes por ellos. Se busca comprender la importancia y el sentido que para cada uno de los sujetos tuvo el proceso de psicoterapia, comprender cómo vivenciaron el proceso, la forma en que cada uno concibe el cambio alcanzado y a qué aspectos del proceso psicoterapéutico y/o ajenos a él, atribuyen sus cambios.

Para lo anterior, la investigación refiere un estudio de casos colectivo, ya que el interés se centra en la indagación de un fenómeno: la percepción de los aspectos influyentes en el cambio psicoterapéutico del grupo de sujetos estudiados, para lo cual se ha seleccionado un determinado número de casos con el fin de realizar un estudio intensivo de ellos.

Esta investigación contempla un diseño metodológico no experimental, exploratorio descriptivo y analítico relacional.

Es no experimental, pues se realiza sin manipular deliberadamente variables: los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. Es exploratorio debido a que la forma en que terapeutas y clientes conciben y atribuyen el cambio en la psicoterapia ha sido escasamente estudiada en Chile. Según Fernández, Hernández y Baptista (1997), los estudios exploratorios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos que son relativamente desconocidos y dejan la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el contexto particular que se aborda.

Simultáneamente, esta investigación es descriptiva, pues pretende dar cuenta de cuáles son y cómo se manifiestan las concepciones que los distintos sujetos estudiados poseen en relación al cambio en psicoterapia. Para Dankhe (1986 en Fernández, Hernández y Baptista, 1997) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Por último, es analítico relacional, en el sentido de tomar conceptos de las distintas vivencias y opiniones de los entrevistados, encontrar nexos entre ellas e integrarlas en conceptos más amplios (Andrade, 2008)

### **3- Selección de Participantes**

Frente al muestreo probabilístico, la investigación cualitativa propone estrategias de selección de informantes que suponen una selección deliberada e intencional, es decir, las personas no se seleccionan para alcanzar una muestra de tamaño  $n$ , sino que son elegidas una a una según el grado en que se ajustan a los criterios o atributos establecidos por el investigador

Para seleccionar a los participantes de esta investigación, se recurrió a la estrategia de *selección de casos típico-ideal*. Si bien, esta estrategia suele utilizarse en diseños de estudios de caso único, resulta muy útil en la selección de informantes-clave en una investigación. Para utilizar los casos típico-ideal, se requiere del desarrollo de un perfil de atributos esenciales (claramente selectivos y diferenciadores) que deben cumplir los sujetos a elegir (García, Gil y Rodríguez, 1996).

### 3.1 Criterios de selección para reclutar a los terapeutas:

- Sean psicólogos Clínicos
- Pertenezcan a la quinta región
- Tengan un posgrado en psicología clínica
- Trabajen en el sector público de salud
- Su principal actividad como psicólogos sea la psicoterapia
- Tengan similar trayectoria en años

### 3.2 Criterios de selección para reclutar a los clientes:

- Pertenezcan a la quinta región
- Sean Adultos
- Tengan avanzado el proceso psicoterapéutico
- No hayan escogido al terapeuta

### 3.3 Criterios de selección para los casos:

- Sea similar el motivo de consulta (problemáticas menos severas)
- A juicio del terapeuta, el proceso está avanzado, es decir, se ha producido cambio.
- El terapeuta considera que el proceso es exitoso.
- No se considera el número de sesiones realizadas.

## **4- Reclutamiento y Tratamiento de los Participantes**

Tanto terapeutas como clientes serán contactados vía telefónica. Para el caso de los clientes, se contará con un documento autorizado y firmado por sus terapeutas, el cual acredite su participación en la presente investigación y respalde la seriedad de ésta.

En segunda instancia se procederá a acordar (telefónicamente) las fechas y los horarios para las entrevistas. El orden de los entrevistados estará sujeto a la disponibilidad de los participantes y de la investigadora.

El lugar ha sido seleccionado por la investigadora, quedando el lugar en donde el terapeuta atiende y donde el paciente es atendido como sitio para efectuar las entrevistas.

Posteriormente, a cada participante se le hará entrega de un consentimiento informado. Este documento dará cuenta de las características de la investigación; les informará acerca del uso de grabadoras durante las entrevistas, de la necesidad de su uso para los fines que busca la investigación; la investigadora se compromete a brindarles un trato respetuoso en todo momento, sin presionarles ni censurarles durante su participación en la investigación. Finalmente, se procederá a explicarles las consideraciones éticas, según las cuales sus nombres conservarán el anonimato y los datos personales que pudieran entregarse, se guardarán en confidencialidad, es decir, no aparecerán en los registros de la investigación y las grabaciones serán de exclusivo uso de la investigadora para su posterior análisis.

Cada participante tendrá el derecho, en caso de solicitarlo, de informarse acerca de los resultados y conclusiones del estudio en el que han colaborado.

## **5- Procedimiento de recogida de datos: La entrevista en profundidad**

Para García, Gil y Rodríguez (1999), la entrevista permite obtener información sobre problemas, individuos o grupos determinados, supone la existencia de al menos dos personas y la posibilidad de interacción verbal.

En consideración de que el presente estudio pretende abordar la percepción del cambio psicoterapéutico entre un grupo de pacientes y sus terapeutas, se ha efectuado –como técnica de recogida de datos- la entrevista semi-estructurada, formulando un acotado listado de temáticas pertinentes tanto a los objetivos de la investigación, como a la teoría que las sustenta. Dicho grado de estructuración se ha efectuado dada la necesidad de la investigadora de, por una parte, indagar en un fenómeno particular y por otra, de hacerlo con la profundidad y detención que un estudio de caso amerita.

El listado de temas que orientó cada entrevista es el siguiente:

- 1) Fase inicial del proceso terapéutico
- 2) Fase avanzada del proceso terapéutico
- 3) Factores influyentes en el cambio terapéutico (cliente, terapeuta y alianza)
- 4) Otros aspectos importantes
- 5) Lo que no facilitó el cambio

Para el caso de los pacientes, se adicionó una temática considerada fundamental, por guardar relación con factores preexistentes en la persona del paciente y eventos extra-terapéuticos que, según la literatura revisada, son responsables del 40% de la varianza del cambio en psicoterapia (Lambert 1994). La temática adicionada corresponde a “Fase previa al inicio del proceso terapéutico”

En lo que respecta al lenguaje empleado durante las entrevistas, cabe destacar que los terapeutas hicieron referencia a las temáticas abordadas mediante una terminología notablemente más formal y técnica que la utilizada por los pacientes para referirse a las mismas temáticas. Este fenómeno se atribuye a la familiaridad propia con que los terapeutas se desenvuelven en el terreno de la psicoterapia y, por supuesto, a su entrenamiento formal en dicho tema. La investigadora, capacitada para efectuar las entrevistas, adaptó su lenguaje al utilizado por cada participante y desde esa similitud con los entrevistados, se procedió a explorar, compartir y negociar significados.

## **6- Tratamiento de la Información: Análisis de Contenido.**

De la anterior aplicación de entrevistas a cada participante se obtuvieron transcripciones, las cuales serán el objeto de análisis en el presente estudio mediante la técnica de Análisis de Contenido.

El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. (Krippendorff, 1990).

Como técnica de investigación, esta herramienta proporciona conocimientos y una representación de los hechos, por lo que es apropiada para la descripción sistemática y cualitativa del contenido manifiesto o implícito de una fuente de datos como son las entrevistas, las observaciones de campo, los documentos impresos y las grabaciones audiovisuales.

El análisis de contenido se caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, puesto que, según Krippendorff. “los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados” (1990). En otras palabras, el investigador cualitativo que hace uso del análisis de contenido asume la responsabilidad de interpretar lo que se observa, escucha o lee.

De acuerdo a lo anterior cabe destacar que cuando los datos cualitativos son analizados siguiendo procedimientos interpretativos, la estimación de la validez es menos precisa que en la investigación cuantitativa, basándose en juicios sobre la correspondencia entre los hallazgos y la realidad (Gil, 1994)

La validez de los resultados puede incrementarse o calibrarse mediante algunas estrategias. El presente estudio ha utilizado “*El intercambio de opiniones con otros investigadores*” como estrategia de validación, considerando que las preguntas y críticas de expertos pueden ser útiles para llegar a conclusiones válidas (Gil, 1994). La posterior publicación de la presente investigación constituiría otro modo de presentarla a la revisión por parte de otros expertos (Goetz y Lecompte, 1988 en Gil, 1994).



## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a lo planteado en la metodología del presente estudio, a cada participante se le realizó una entrevista en profundidad acerca de los distintos momentos y aspectos importantes del proceso terapéutico que están teniendo. La información obtenida fue sometida a tratamiento mediante la técnica del análisis de contenido: para ello se ha utilizado el software Atlas ti, que ayuda a cumplir dicha función.

A fin de conservar el orden metodológico de la presente investigación, los resultados de ésta serán presentados de acuerdo a cada objetivo planteado.

#### **Objetivo 1:**

Describir la percepción de un grupo de clientes y sus terapeutas en relación a los factores que han influido en el cambio durante su proceso psicoterapéutico.

Para dar cuenta de este primer objetivo, a continuación se presentará el discurso que cada participante elaboró con respecto al proceso terapéutico que vive y a los factores que, a juicio de cada uno, han resultado más influyentes en el cambio psicoterapéutico. Tal presentación será entregada de acuerdo a las temáticas fundamentales abordadas desde la entrevista semi-estructurada que se les realizó y será expuesta por dúo, es decir, Terapeuta 1 y Paciente 1; Terapeuta 2 y Paciente 2.

## TERAPEUTA Nº 1

### **Una vez iniciado el proceso:**

“Ella llega con angustia elevada, muy triste, con una sensación de frustración por no poder lograr o concretar eh... por no poder prolongar, en definitiva, su estado, el estado en que estaba... había un estado, una situación que estaba ocurriendo con ella y sentía que había una decisión que ya no dependía de ella y tenía que hacerlo. Entonces eso para ella era muy triste, porque se cortaba un espacio en donde estuvo durante muuuuucho tiempo, entonces era generar un quiebre y tener que aceptar lo que venía. Para ella era un misterio lo que venía, porque tenía que ver con el proceso de jubilación y eso para ella era muy muy angustioso. Eso fue como el inicio, porque después, en el fondo, pudimos como profundizar bien de qué se trataba este temor a lo que se venía.”

“La expectativa primera tenía que ver con profundizar y comprender lo que le estaba ocurriendo. Facilitarle el proceso de que no sólo yo la entendiera, sino que facilitara el proceso de que lo entendiéramos en conjunto. “a ver qué es lo que está ocurriendo” “¿realmente es que cambiaste de estado?” ¿realmente tiene que ver con la angustia de tener que estar en un proceso que no le era fácil? Tenía que ver mucho con la posibilidad de la comprensión de esa situación personal. Eso por una parte... eh... indudablemente abordar los síntomas, los síntomas anímicos: la ansiedad, los síntomas depresivos... ella estaba con un trastorno depresivo moderado... está todavía, ha ido avanzando... lo importante es también ir bajando la sintomatología, por una parte, pero lo otro es cómo lo bajo... desde la comprensión del problema, desde el tratar de ir realizando cambios y una aceptación de lo que va ocurriendo también en ella misma, en la medida que ella fue comprendiendo que no solamente tenía que ver con un elemento particular, un evento que no era solamente la jubilación, sino que era una serie de eventos, durante toda su historia, que se repetían ciertos patrones... eso también le ayuda a decir “bueno, qué es lo que tengo que hacer ahora”. Apuntar a la comprensión del proceso mayor, no solamente la contención, porque claro, en un momento fue la contención de la situación de jubilación, más los síntomas... que comprendiera eso. Pero después empezamos a indagar y tenía que ver con una pauta repetitiva en su historia.”

“Rescato hartas cosas. Por una parte la actitud como paciente. Creo que eso es muy importante, que ella se ha sentido no como pasiva, es proactiva en su proceso. A pesar de que ella ha tenido momentos de inseguridad en decir “si estoy bien o no” “voy por un buen camino?” “estoy clara en lo que estoy pensando y entendiendo de mí misma?”, pero la verdad es que eso ayuda mucho porque ella está comprometida con lo que está abordando, durante todas las sesiones que han ido sucediendo... ella ha generado –y creo que eso también va en la relación terapéutica- una confianza... eso ha sido como fundamental: el generar una relación terapéutica en base a la confianza, en base a decir “sabes qué, voy a abrir cosas que nunca he hablado y que me da mucha vergüenza poder hablar inclusive... pero sé que esto tiene un sentido” y el sentido es la sanación, la sanación de su propio ser. O sea, en definitiva, se transforma ahí... hubo un cambio en el objetivo terapéutico, porque empezó como “veamos sintomatología, trastorno depresivo, situación actual de jubilación”, pero posteriormente ver las pautas que han ocurrido toda su vida y, Ok, entonces aliviamos el ser que está ahí, el ser profundo. Ha sido como bastante existencial la orientación que hemos tenido y que se ha ido desarrollando y se ha ido desarrollando por esta relación de confianza, la relación de querer comprender, de querer entender, como... como entregarse a, “Ok, pongámoslo en la mesa, este es un espacio de confianza, por lo tanto puedo hablarlo, puedo darme permiso de experimentar el miedo, experimentar la angustia”. Ella ha aprendido a verse por sí misma, a entenderse por sí misma y a aceptar el espacio personal. Ella nunca se había dado el espacio personal de entrar en contacto consigo misma, de hacer cosas que a ella le gustaban... era un misterio estar consigo misma. Ahora ya no es un misterio y se atreve a sentir en este “estar en contacto conmigo”... “sé que conmigo misma puedo sentir miedo y me puede dar mucho miedo, pero también sé que puedo tener satisfacciones” y eso ha ayudado mucho a que ella vaya avanzando en el proceso. Indudablemente –creo- que, como es una terapia centrada en lo existencial, queda un buen rato de terapia (nosotras llevamos como un año, más o menos)... unas 18 sesiones, por eso... en definitiva, uno podría decir quizás a la 8º sesión hubo cambio respecto del proceso de jubilación. Luego –un aproximado- quizás a la 12º sesión hubo un cambio en el poder aceptar este espacio personal, como espacio interno y ahora está sentando las bases de que este espacio personal está bien cómo lo está tomando y “valido todas las emociones que aparecen ahí”, porque el pasado ya no lo puede cambiar, ella lo tiene claro... antes estaba el

cuestionamiento de “por qué a mí me habían pasado muchas de estas cosas”, ahora está el “Ok, no lo puedo cambiar, pero sí puedo construir en el ahora mi propio espacio, estar en contacto y continuar”, entregándole ahora una aceptación, un respeto, una sensación de respeto y amor a su pasado, que antes lo rechazaba y no lo quería ver... pasado que, por mucho tiempo, ni si quiera estaba en su consciente... no estaba, estaba súper tapado, estaba absolutamente en el fondo... en lo más profundo que ya no veía nada, porque no lo quería recordar, había una negación o no lo podía recordar. Hubo un desbloqueo absoluto ahí.”

### **La persona del terapeuta:**

“Las características mías como terapeuta, a ver...todo terapeuta tiene un estilo distinto, porque, por una parte, yo te podría decir: la generación de un espacio de confianza, un respeto hacia el otro, un validar –también- las emociones, un tratar de abrir un espacio para que aparezcan las emociones... yo creo que... que eso puede estar en muchos terapeutas. Eh... ¿cuál es mi estilo de terapia? Es también permitirle... a ver, tomarse las cosas con calma. Esto tiene mucho que ver con observar cuáles son las características del paciente. Si tú estás en un proceso y quieres apurar el proceso... hay personas que... que enganchan muy bien en esa dinámica del apurar o del presionar. Algunos dicen “necesito a alguien que me presione para yo avanzar”. En este caso, yo creo que el poder tener esa capacidad de observar... eh... con \*\*\*\* hubiese sido muy distinto si se hubiese apurado el proceso. Ella necesitaba un espacio y un tiempo; algo mucho más pausado para, por una parte, entender qué es lo que ocurría y desde ese plano, pasarse a lo fenomenológico, como una herramienta, yo creo que ahí, lo que tú dices, cuál es la preparación que uno tiene no a nivel solamente de síntomas, sino de lo que aparece realmente, cuál es el fenómeno que aparece, tratar de comprender cuál es el fondo que aparece. No solamente “ok, tiene depresión, tratemos la depresión”, sino que... aquí se abrió... se abrieron un montón de temas que, si nos hubiésemos enfocado sólo en... en la parte de síntomas, no.... No se hubiese generado esta terapia existencial, porque eso, desde el plano fenomenológico, creo que es esencial estar ahí, la capacidad de estar en el aquí y el ahora también, captar el pulso del paciente en ese aspecto... tomarle el ritmo y... en el fondo, el proceso terapéutico, tener una formación en un proceso terapéutico es... creo que... es súper importante... es súper importante, porque te va explicando todo este tipo de cosas, vas comprendiendo también, eh... tú

trabajas tus propios temas personales también... el tema de hacerse terapia, eh... de terapiarse, tiene que ver con comprender qué es lo que me pasa y qué es lo que también va a permitir no engancharme, no bloquearme con el paciente y abrirme también con él. No llegar y contarle mis cosas, no tiene que ver con eso, sino que con la posibilidad de... de estar completamente ahí, de entender cuáles pueden ser, quizás, emociones que puedo... que quizás pueden estar reflejadas en el paciente y validarles esas emociones, pero eso tiene que ver con un proceso, con tener una formación terapéutica, creo que eso es súper importante. No significa que no... sin esa formación terapéutica no se pueda lograr... sí, pero ayuda mucho. Yo creo que la formación de terapeuta te permite eso, darte cuenta de que tú no solamente eres aplicación de técnicas o eres identificación de síntomas, sino que también eres un ser humano que también siente, que también piensa y... y genera cambios... que, quizás ha tenido alguna de esas experiencias, pero quizás... te hace más humano. Yo creo que eso también es importante, como que te baja la... la... el priorizar... el priorizar por lo técnico. Creo que... a ver, yo no estoy subestimando lo técnico, creo que es muy importante tener lo técnico, súper importante. Pero también está lo otro que es lo otro: "cómo lo comprendo", porque yo puedo aplicar todo, puedo saberme todo y hay veces que yo no me acuerdo de algunos síntomas de algunos trastornos, pero eso se puede perfeccionar, porque la memoria es frágil, pero no... eso no va a cambiar lo que está ocurriendo realmente con el paciente... lo que está ocurriendo ahí es lo importante. Porque te va a hablar de una parte de síntomas, pero también hay un motivo que está ahí, latente, que, en el fondo es decirte "sabes qué... sí, existen estos síntomas, pero... la verdad esto es lo que me pasa, este es el trasfondo". Si yo trabajo sólo a nivel de síntomas, me voy quedando quizás en un nivel más superficial. Si yo hago el trabajo de empezar a terapiar al paciente, a generarle un cuestionamiento, facilitar el proceso. Ni si quiera es como "yo, salvador o salvadora, como terapeuta, voy a solucionararte esto. Yo creo que eso también es súper importante, lo que tú decías, la humildad. En el caso de la sra\*\*\* o cualquier otra persona... hay varios pacientes que me dicen "ah, es que por usted, yo..." a ver... ¿por mí o porque también tú te has comprometido? Si esto es parte de la relación que tenemos. Obviamente eso también te da como... te refuerza la terapia y te va generando mayor seguridad, pero lo central es no perder el foco en la terapia y qué es lo importante: ¿quedar bien yo como terapeuta? O, en el fondo, es yo al servicio del paciente, del proceso que se

está viviendo y que cada proceso es distinto. Los temas pueden ser similares, hay situaciones similares, pero cada persona es distinta y eso hace que el tema finalmente sea distinto. La experiencia también te permite flexibilizar la técnica, tener más confianza en uno mismo como terapeuta y, por tanto, no estar pensando solamente en lo que hay que hacer, sino que es entender cuál es el mensaje que está ocurriendo en ese minuto. Entonces, desde ahí, yo creo que la experiencia es fundamental, o sea, si yo veo... una profesora tiene 82 años y ella no necesita quizás tantas sesiones para entender cuál es el tema fundamental de la persona, porque ya va desarrollando una capacidad intuitiva de empezar a leer cosas que no se dicen, pero que te llaman la atención. Hay cosas que no se dicen y espacios que se dejan y que eso, cuando uno está recién empezando en esto, pasan desapercibidos, pero después de un tiempo hay tonos que no pasan desapercibidos, hay un lenguaje gestual y no verbal que es importante porque, en el fondo, ya hay una experiencia previa de “a ver, con el paciente, algo me pasó, algo similar” o vas desarrollando esa capacidad como de mayor comprensión. Yo digo, se te va abriendo un poco más la cabeza o se va ampliando la capacidad de ir entendiendo los fenómenos humanos, de no dejar pasar cosas obviamente. Si tú me preguntas, yo me siento en pañales... o sea, ver a mi profesora que es capísima... me siento en pañales, pero es un proceso. Hace 4 años yo estaba muy enfocada en “tengo que hacerlo bien”, ahora es “ok, confío en el proceso”, cada vez más confío en el proceso. Por qué, por este tema de la fenomenología, que estoy viendo qué fenómenos aparecen. Ahora, no digo que con todos, porque, indudablemente, el espacio que hay acá, atención cada media hora e interrupciones múltiples... no se puede hacer un trabajo terapéutico completo. Además de que el motivo de consulta no siempre apunta a eso, los motivos de consulta son súper distintos, pero cuando hay un motivo de consulta enfocado a procesos terapéuticos y enfocarse en “quiero comprender qué me pasa”. Más allá de la depresión, que se quiere matar, el sin sentido... bueno, busquemos el sin sentido. Más allá del trabajo técnico que se hace, que es muy importante, porque son herramientas que uno va teniendo porque cuando ya no aparece nada, una técnica facilitará lo que podrá aparecer. La técnica al servicio del proceso terapéutico, porque, en el fondo, si haces una técnica y no tienes la menor idea de qué vas a hacer con esa técnica, cuál es el sentido de esa técnica... hasta ahí no más queda el proceso terapéutico.”

“Le mostraba comprensión e interés con la actitud de estar ahí, concretamente, con escucharla, con indagar más en ella, con el respeto también cuando uno le hace las preguntas y... poder manifestarle eso, porque hay temas súper fuertes en el caso de ella, que también es súper importante que ella comprenda, porque yo se lo puedo decir verbalmente, pero va acompañado por algo no verbal, de decir “la verdad es que yo quiero indagar en esto, porque me interesa entender qué es lo que pasa y yo se lo muestro también: “a ver si esto tendrá relación con este tema del estar sola”, por ejemplo. Y bueno... todos los temas que van apareciendo. Se lo voy mostrando, se lo digo... la actitud corporal también es súper importante... ella también necesita acogida, pero no es una acogida de “te abrazo”, es que “estoy acá y me abro para comprenderte a ti”, en escuchar, en recibir todo lo que me está diciendo: esta escucha activa y ella sabe, lo entiende súper bien, por eso es una paciente proactiva, que está comprometida con esto, entonces ella también va captando esos mensajes que van ocurriendo y el tener el hilo durante toda la sesión, eso también es fundamental. No es como “a ver, qué me habías dicho, de qué cosa”, esto te puede dar a entender que no te están escuchando, sino el poder decirle “sabes qué, me dijiste tal cosa, pero me gustaría que me lo explicaras un poco más, porque no lo entendí”, también tiene que ver con eso, con la humildad de decir que quiero entenderlo realmente, porque ella es la que sabe y lo que yo puedo hacer es ayudarla a que lo exprese de una manera distinta, que lo aclare más... al principio yo le hacía mayores devoluciones, pero me acuerdo de la última sesión... no fue necesario hacerle una devolución, cuando dijo “sabe qué, me di cuenta de tal cosa y lo hemos conversado tanto todas estas sesiones” ella ha aprendido a hacerse cargo de ella, a hablar de ella misma sin que se le pregunte y yo creo que ahí la confianza es fundamental, porque yo no me voy a abrir con alguien que no me da confianza, yo no voy a plantear mis cosas y eso me ayuda a entender, desde mi propia experiencia, que si la otra persona está a la defensiva, no me va a confiar nada. Desde la comunicación, ha ocurrido una sintonía, pero esa sintonía no pasa por algo mágico, sino que se va construyendo y que indudablemente tiene que tener el paciente o el estilo del paciente y el estilo del terapeuta, puede ser que mi estilo a otra persona o a otro paciente no le venga, no se sienta cómodo con mi estilo y ahí también está la humildad de decir “sabes qué, quizás no vamos a avanzar lo suficiente”, ver en qué medida me puedo ajustar y en qué no y también la humildad de decir “pero mira, hay otra persona, otro psicólogo que te

puede ser más de ayuda”, porque uno también tiene que estar enfocado en eso y no sentirse mal porque “ah, fui yo el que lo hizo todo mal2, lo que pasa es que, a veces, no hay conexión”

“A ver, indudablemente, durante las sesiones, las sesiones en general pueden ser muy distintas entre sí, por los temas que se abordan, por el contenido emocional que hay. Eso hay que tenerlo súper claro con qué tiene que ver, porque hay ciertas situaciones que me relataba y que indudablemente generan un efecto en mí, que... en el fondo, yo también conmoverme con situaciones que ocurren den la vida... quizás a mí no me ha ocurrido algo así, pero... de conmoverme, porque eres humano y te pasan cosas y eso también, tener uno claro, como terapeuta, con qué tiene que ver, con qué me conmuevo, por cómo le está afectando emocionalmente a la paciente o porque tiene que ver conmigo. Pero principalmente, en este caso, la mayor parte de eso tiene que ver con lo que... es como reflejar y conmoverme con que ella está sufriendo. Eso lo he tenido claro y creo que sido sólo un par de veces que me he acordado de cosas que tienen que ver conmigo, pero lo he logrado identificar. Por eso es tan importante lo que decía antes: el proceso como terapeuta significa revisar la historia personal, porque te piden terapia, entonces eso es importante. Pero sí, indudablemente hay contenidos que te van a afectar y creo que eso también es muy natural, muy humano de decir “esto me llega” y plantearse también... porque eso también es mostrarle como un espejo para que pueda entender que sí es válido lo que ha sucedido... de validar experiencias muy fuertes y muy traumáticas”

“Hay veces en que no estoy de acuerdo con ella y le planteo el no estar de acuerdo y llegamos a alguna conclusión al respecto. No solamente recibo y valido, sino que también tiene que ver con que “a ver, a mí no me parece” o “con qué puede estar teniendo que ver lo que me está ocurriendo”, pero eso no ha cambiado, porque a mí me pasa que voy sintiendo también afecto por el paciente, porque es una relación que uno tiene, es una relación que cada cierto tiempo nos estamos viendo... es abrir temas personales y... hay un afecto y creo que, por una parte, está la valoración como paciente, con el respeto, pero también se van generando lazos afectivos que van ocurriendo. Indudablemente va a haber un término y está bien, hay relaciones que tienen que terminar para dar paso a otras, pero creo que en la relación terapéutica no hay que dejar de lado el factor humano”

**La persona del cliente:**

“El que ella sea receptiva, el ser receptiva y... tener fortaleza personal, como de no quedarse en una situación y querer generar un cambio y creo que eso ayuda mucho. Es como “he pasado por muchas cosas y si ahora estoy pasando por más cosas, es por algo”, pero la capacidad de afrontar y decir “vamos para adelante”, la capacidad de querer superarse, eso yo creo que ha sido importante, habla de su compromiso... yo creo que fueron necesarias como 3 sesiones para decir “ya, vamos”, porque ella llegó por motivos físicos, síntomas físicos: dolores intensos de estómago, colon irritable... una somatización, entonces fueron necesarias como 3 sesiones para decir “ya, vamos a trabajar hacia allá”

“Su grado de malestar elevado fue su motivación para asistir, algo que fomentó la decisión de decir “ok, parece que voy a revisar algo”, como motivación, por una parte. Por otra, también, la capacidad de ser más consciente de lo que te estaba pasando, eso es como “ok, me di cuenta de que necesitaba ir”, pero a partir de estos síntomas que se mantuvieron por mucho tiempo, sí se fue dando cuenta de qué le pasaba cada vez que le venía este colon irritable, por ejemplo. Cuando tenía crisis prolongadas de colon irritable... no era “me duele un poco”, eran crisis fuertes de colon irritable. Y fue la capacidad de darse cuenta, de empezar a mirar y la capacidad de autorregularse, porque ahora –si bien todavía siguen ocurriendo crisis menores, en comparación con antes- no son tan seguidas y cuando vienen, a veces las puede adelantar, o sea, puede prevenirlas, porque se empieza a dar cuenta... es ella la que se adelanta a la crisis: ella puede adelantarse a “qué es lo que me está ocurriendo” y cuando empieza de nuevo a tener cierto malestar, es capaz de hacer cambios... “sé que estoy cayendo de nuevo en algo que... en una forma, en una actitud, en una situación que no me está gustando, que no he sido capaz de decir que no frente a esta situación, por ejemplo... Ah, ya sé, entonces tengo que revisar esta situación en la que no fui capaz de decir que no y empezar a hacer cambios” y la verdad es que ha resultado... el darse cuenta de sus propios límites, “cuándo puedo estar con ciertas personas que, si bien, son cercanas a mí, pero darme cuenta de cuál es la cercanía, el grado de cercanía o distancia que puedo tener también... hasta dónde me hace bien, por más cercano que sea, pero si me hace bien ver a esa persona una vez a la semana, perfecto. Si me hace mal porque... por situaciones también externas, no solamente por la relación”. Esa capacidad, esa fortaleza personal que tiene, esa capacidad de superarse...todo. Porque ella en un principio lo definía

como un orgullo, de no decaer, de estar siempre en una misma postura, pero esa capacidad de superarse, ha ido cambiando de orgullo a fortaleza personal, a decir “ok, esto es para yo estar bien” y no por un orgullo... por una creación de ego, sino para pensar en mi bienestar, darme cuenta de cuál es mi propio self, de mi verdadero self y eso... no tantos egos, no tanto yo enmascarado”

“En el comienzo de la terapia: inseguridad, temor, angustia y oscuridad. Ahora, apertura, yo la veo desde ahí... mayor confianza y apertura, apertura a muchos aspectos: está yendo a talleres... está yendo a taller, compartiendo con otras personas. Como traspasar obstáculos también, la capacidad de superar esos obstáculos. Yo creo que es eso en pocas palabras”

### **La alianza terapéutica:**

“Indudablemente... hace más de un año... qué tan significativa, yo creo que uno se sensibiliza más... eh... te ayuda a desarrollar esa mayor capacidad de estar ahí y de que muchas veces, o hay sesiones en que el estar ahí es lo sanador. Es esa compañía, lo sanador. Entonces creo que, desde la pregunta qué tan significativo es, creo que es como apoyar el trabajo terapéutico... desde ese plano, porque, como decía, hay una relación afectiva, hay un cariño de por medio. Esto me reafirma que el comprometerse con un proceso, por más difícil que pueda ser... el afrontar todos los temas y trabajar todos los temas, te reafirma que el compromiso es lo central y tu actitud también, como terapeuta, tu forma de estar ahí, pareciera ser que es la indicada, porque indudablemente esta relación en algún momento va a terminar y también es, de alguna manera, decir “ok, todo este proceso de crecimiento, también ahora es momento de abrir la puerta para que siga desarrollando esos recursos que realizó” y posterior... como que uno es parte importante en un proceso, pero después, hay otros aspectos también importantes. Es eso... es poder, en la relación terapéutica, generar una relación profunda, pero también la capacidad –y de cuestionarse- la capacidad de desapego que tú puedes tener. O sea, acompañar, pero dejar en un momento que siga solo... darte cuenta de tus límites, no solamente de lo que va a suceder posteriormente, sino que en ese mismo momento “ok, esto es un capítulo y es el capítulo de ella, pero después vendrá otro paciente y también tendrá otro mundo y ahí habrá que ver cuál es ese mundo”, entonces tiene que ver con cuál es la capacidad de desapego en ese minuto... puede haber una relación súper afectiva e importante... por el factor humano, pero también es el

crecimiento de dejar ir hasta la próxima vez que nos veamos. De asumir que mi labor aquí está hecha... obviamente quizás le seguiré dando vueltas para ver a dónde vamos, para analizar la situación”

“En cuanto a los objetivos y metas... a ver... ha sido de 2 modos. Ha surgido en la misma relación y yo se lo plateo o le digo “qué le parece que vayamos por esta línea, porque... no sé... por lo que hemos conversado, me di cuenta o... o lo que sea” y por otra parte, desde su propio planteamiento “sabes qué, me pasa esto, me interesa abordar tal aspecto” yo creo que es como una negociación de lo que se puede ir realizando, tampoco... nunca ha sido impuesto. De hecho, esas primeras 3 sesiones que te decía, obviamente tiene mucho que ver con indagar cuál es el objetivo, para dónde vamos, porque yo no me voy a quedar tan tranquila con decir “bueno, el objetivo es síntomas físicos... bueno, démonos un tiempo para evaluar si hay otras cosas ahí” y después, si ella decide que sean los síntomas físicos... bueno, tendremos que ver qué es lo que podemos hacer y si yo puedo solucionar eso... si yo no lo puedo, si no puedo ayudar a solucionarlo, también está la posibilidad de decir “no”, pero en el caso de ella, se lo he planteado o ella me lo ha planteado y hemos llegado a un acuerdo... y se va replanteando, o sea, yo creo que ha habido momentos, 3 hitos importantes y esos 3 hitos han sido de “ok, para dónde vamos ahora, qué es lo que vamos a continuar haciendo”

“Las sesiones en general han sido más dirigidas por mí. A ver, la primera gran etapa ha sido más dirigida por mí, o sea, de ir indagando, pero indudablemente ahora último ella también ha estado planteando, está tomando... está dirigiendo más el tema, hacia dónde irse, qué es lo que le ha pasado. No significa que antes no estuviera este lado proactivo, sino que ahora “ahora yo quiero contar qué cambios he hecho y qué cosas no me han resultado también y con qué tiene que ver todo esto”. Entonces va planteando todas estas situaciones y empezar a asociar, a generar relaciones de un tema con otro”

“En este proceso, ella se ha hecho cargo de sus síntomas físicos, de manejar su sintomatología, se ha hecho cargo de conocer su espacio personal, se ha hecho cargo de sus límites, del tipo de relación distancia-cercanía que puede tener con otro. Se ha hecho cargo de su pasado también, de asumir su historia, de lo que no puede cambiar”

“Mi compromiso ha sido el de estar con ella, de acompañarla en este proceso de sanación. Yo lo veo como un proceso de sanación integral, que partió con sus síntomas físicos, síntomas emocionales y se han descubierto muchas cosas en el camino”

**Lo que no facilitó el cambio:**

“A ver... si yo parto por lo que no ha favorecido el proceso, quizás fue al principio... por la distancia de las sesiones. Ahora ya no porque está el vínculo hecho, ella sigue trabajando... indudablemente podrían ser más largas las sesiones, como en el aspecto más formal, en lo que es duración de la sesión e intervalo entre sesiones... creo que eso, en un principio, no ha favorecido. Indudablemente, si fuera quizás más seguido... estaríamos finalizados, porque así hay un trabajo más permanente, pero bueno... dentro de lo que se ha podido, sí”

**Otros aspectos importantes:**

“Otra cosa importante es el concepto holístico, la comprensión holística de las situaciones y las personas que están. En qué sentido... de ver al ser humano desde un plano más integral. Desde mi paradigma de base, para mí es fundamental comprender y poder abordar y validar todas las áreas del ser humano, como todas las dimensiones del ser humano. O sea, ahí... hasta aspectos energéticos hemos podido trabajar con ella y ha estado dispuesta a hacerlo. Y... poder ir usando más herramientas si se necesita... porque entender que, en el fondo, una herramienta no pertenece a un enfoque ni a otro, sino preguntarse qué sentido tiene... el para qué en realidad. El cómo y el para qué... eso es lo que tiene que ver con los enfoques. Las herramientas tú las puedes ocupar, pero al servicio de qué las estás ocupando, cuál es el sentido, de qué manera se está prestando”

## PACIENTE N° 1

### **Antes de iniciar el proceso:**

“Lo que pasa es que antes de llegar acá, yo ya había sido atendida por terapeuta. Por que la verdad es que... eh, yo a esta altura de mi vida, tengo claro que arrastro... arrastro un problema que me causo un gran estrés, yo diría que a los 4 a 5 años y esto yo lo tengo claro... fue muy curioso, es importante que yo le tenga que explicar más o menos... lo que pasa es que yo tenía, yo como a los 40 y tantos años, tras un problema también de estrés, se me abrió como un mundo, un espejo así y me di cuenta; vi claramente de esa edad en adelante. Entonces yo llegué a terapeuta como a esa edad, como a los 40 y tantos años. Luego ahí vine con tratamiento y llegué aquí a donde la psicóloga porque se me presentó un tremendo problema con respecto a mi decisión de jubilar, y ahí yo colapse y solicite ayuda y llegué donde ella.”

“Fue la primera vez que me atendí con psicólogo claro... Yo vi que no podía con todo eso ya, habían muchas pérdidas, anterior a eso, habían muchas pérdidas en mi vida, entonces decidí que tenía que manejar eso de alguna manera porque, es una decisión, pero... es terrible, terrible, terrible, terrible... es un cambio pero radical.”

“Claro, claro... sí porque son muchas cosas o sea, no es una cosa que me ha sucedido, son muchas pérdidas, entonces... además como yo era ansiosa, soy ansiosa, es una ansiedad que no puedo manejar, obviamente que tenía que pedir ayuda...”

“Yo creo que lo que me ayudó a soportar fue la juventud, los hijos... yo diría que la juventud fue más... o sea toda mi vida ha sido mala, no ha sido buena, mi calidad de vida ha sido espantosamente mala, siempre cargada de ansiedad, de problemas sin resolver, de heridas sin resolver o sea, sin poder cerrar completamente, a pesar de los momentos felices que he podido tener así que ha sido mala. Lo que pasa es que como ha sido tan mala y habían momentos en que caía en depresión terrible, tenía que pedir ayuda, o sea no me quedaba otra porque, tenía que llevar un trabajo, llevar un hogar, criar hijos... entonces no me quedaba más alternativa que pedir ayuda porque de repente colapsaba...”

“No, con psicólogo no había ido... bueno me imaginaba que era parecido al médico, porque con el médico conversaba que se yo... pero ya no quería, o sea me daba cuenta que el médico iba por otro rumbo aunque parecido, pero el médico le da remedios... y yo ya los

remedios ya no los resisto y no los quiero... tomo los precisos, lo que me dan, pero más allá de llenarme de remedios, ya no quiero. Aunque el mismo médico también me había dicho, lo que pasa es que es que es bien paradójal lo que pasa conmigo, yo sufro de una ansiedad que es bastante espantosa que no creo que nadie la pueda resistir, y me siento... y siento que el futuro no sé como va a hacer, y me siento desvalida, pienso que en este país le dan cabida a mucha gente, le dan cabida... no quiero discriminar... pero le dan cabida a todo, a quien tiene SIDA, a quien tiene una diferencia sexual diferente, o sea tienen una cabida, un corazón enorme para ellos, pero al depresivo, al ansioso lo estigmatizan... de una manera feroz y triste, así nadie casi se preocupan de él... entonces en realidad yo llegué aquí y encontré un consuelo, o sea para que le voy a mentir, o sea para mí ha sido en ese sentido a lo mejor no me he mejorado, no me he mejorado y nunca me voy a mejorar pero es la mano que me ayuda, es la mano que me aclara, que me da camino, que me consuela.”

“Terrible, para mí el jubilar fue un duelo que no quiero que...y sabe que tengo tanto estigma porque cuando usted llega a la edad de jubilar, nadie le exige que se vaya, porque la ley no la exige, pero la empuja el medio, la empuja y aunque usted se sienta, porque yo sentía que estaba en un máximo de capacidad como trabajadora, o sea yo, puede sonar así como, así como, como le dijera, como de mucha soberbia, pero yo me miraba y me comparaba con jóvenes y decía, “pero por dios como atienden, como atienden a la gente, como no tienen vocación de servicio, o sea era un frialdad para atender a la gente, eran máquinas”. Yo me daba cuenta que era al revés, yo me ponía en el lugar de ellos y hacía algo integral, o sea no los atendía como a un paquete, cómo a un objeto sino que me preocupaba de la persona, entonces yo estaba profesionalmente al máximo de mi capacidad y llena de conocimiento y todavía ávida de aprender, pero pesaba más la edad y me tenía que ir, pero pesaban muchas cosas, tenía que tomar esa decisión y fue para mí terrible porque y ha sido todavía terrible porque yo todavía estoy viviendo un duelo, a parte de otros duelo que he vivido, todavía estoy viviendo un duelo.”

“Ahora tengo 63 años... Hace un año que estoy en terapia con la señorita \*\*\*

Trabajaba de administrativa, trabajaba en el hospital... del servicio público...”

“Eh... que conocía... haber... eh, voy a ser honesta con usted, pero muy honesta. Como yo trabajaba en un servicio donde daba hora y alternaba con psicólogos y todo el cuento, yo tenía muy malas referencias de los psicólogos, de los mismos pacientes, lo veían todo pero

tenían muy malas referencias, pero yo pensé positivamente, y me dije yo o me hundo sola aquí o pido ayuda.”

“Que... que...eh... estigmatizados también los psicólogos... en el sentido que eran más locos que los pacientes, que no les funcionaba nada... he y bueno, cosas más fuerte que no les puedo nombrar, de las cuales fui, de las cuales fui testigo... o sea cosas muy fuertes...”

“No por eso yo no iba, no por eso no iba, mi problema es que yo soy terriblemente depresiva, eso yo lo tengo claro, soy terriblemente depresiva, soy ansiosa, ya es una cosa que no puedo mejorar, pero hay algo que me hace tirar para arriba, y me obligo y me esfuerzo por tirar para arriba...”

### **Una vez iniciado el proceso:**

“Sí necesitaba, y sabía que me iban a ayudar o sea, no... pensé que no iba lograr que me ayudara alguien, me entiende, pensé que no iba a ser posible pero, no sé porque me vi enfrentada a una cosa como que no había una ayuda para uno pero después dije, pero no puede ser porque necesito tomar esta decisión y que me ayuden, y afortunadamente, afortunadamente caí en unas manos, o sea confiaba, a pesar de eso confiaba o sea a pesar de lo que yo viví, confiaba porque para mí el servicio público en salud es un mundo tan basto, tan basto que usted encuentra de todo, entonces confiaba, plenamente.”

“Algo tan simple, tan simple y tan, tan del alma... consuelo, consuelo... me emociono... esperaba que me escucharan, que me ayudaran, porque no sabía cómo enfrentar esto, y no quería incluso, no quería, pero sabía, lo que si tenía claro que más tarde que temprano tenía que tomar la decisión. Entonces es por eso que acudí, entonces dilatarlo, eso sí, me cuesta tomar decisiones, me cuesta, pero sabía que quitarle el bulto al problema iba a ser una lesera... ya no era capaz, me costaba levantarme, las exigencias, el ambiente, que es un ambiente pero terrible, en realidad ya tengo 63 y más temprano que tarde tengo que tomar esta decisión... mejor que la toma ahora...”

“Es que ha sido mi asidero, o sea yo me he aferrado a ella. No creo que vaya a ser tan fácil para mí que me diga, sabe que ya está de alta, no creo, no creo. No creo que vaya a ser fácil, porque cada día me asaltan más, no se poh' es como una tristeza”.

“Lo que pasa es que cambié un estrés por otro, cambié el estrés del trabajo por el estrés de la casa. Mi madre todavía está viva, tiene 92 años entonces, me da pena porque ella no se ha ido y no se ha muerto porque tiene a 2... porque tengo otra hermana que es parecida a mí, por los problemas que yo le hablaba...”

“Claro... peor... mi hermana es peor, y verla con ese problema y más me deprimó, y yo, yo en lo que a mí más me preocupaba y más me preocupa es que soy mala para generar nueva... es que el trabajo para mí era una obligación que me llenaba la vida, me llenaba la mente... y me mantenía ocupada y ahora no hay nada que me mantenga ocupada... y nada me obliga, como sufro de ansiedad para mí algunos días son terrible...”

“Sí... aunque le voy a decir que de verdad me han ofrecido trabajar, pero no me siento capaz...”

“No, no tengo... una que la jornada es muy larga, y ya no es para uno, yo creo que lo ideal sería que uno fuese dejando el trabajo de a poco, por ejemplo sería ideal, una utopía puede ser pero la idea sería que uno trabajara 4 horas, y se fuere aburriendo sola...”

“O menos días... pero así no dejarlo de golpe, es casi un crimen, le digo sinceramente, es casi un crimen...”

“A mí me gustaba eso, a mí me encanta eso de poner al servicio, en todo caso en todo este proceso mío hay tristeza, no así amargura ni resentimiento, sino tristeza...”

“Claro, tristeza... no es eso... de todo lo que ha pasado no hay resentimiento... entonces a mí me gustaba por ejemplo resolver los problemas de la gente... cuando me decían “me han mandado para acá, me han mandado para allá”... pero me gustaba esa cosa como de servicio, eso me llenaba... entonces ahora no hay nada, ahora lo único que sí busco, busco que soy mala para salir, soy mala para establecer... estoy siendo bien honesta con usted, soy mala para adquirir nuevas responsabilidades... por lo mismo como, sufro de ansiedad no quiero nada... nada que me depare, que me estrese...”

“Sí... concretamente sí, independientemente de que yo aún sienta ansiedad, para mí ha sido elemental, elemental porque yo no pude tomar la decisión, mientras yo no vine a hablar con ella...”

“He aprendido la resignación... resignarme y empezar a organizarme de nuevo. A ver otras cosas. A mirar diferente o sea, eso ya pasó, una etapa que se quemó y tengo que empezar a caminar de otra manera, no sé...”

“A mirar diferente, a buscar otros caminos para encontrarle un sentido a la vida... porqué cuando yo decidí jubilarme... sentí que, como yo me quedaba parada aquí, y toda la demás gente pasaba... cuando yo llegué a hablar con ella, esas fueran mis primeras palabras... yo me puse a llorar y le conté que yo siento que me voy a quedar aquí y el resto del mundo pasó...”

“Eee... tengo que seguir caminando, como sea tengo que seguir caminando... por último tengo que leer un libro, tejer, conversar con mi mamá cosas que no hablamos antes, ver a mis nietos crecer, entregarles cosas que sean trascendentes para ellos, y en eso empecé a escribir, y sabe que empecé a hacer, como curiosamente uno se asuste, y la vida le pone cosas y en eso he pensado, entonces comencé a escribir, como yo me quedaba con ellos en las tardes, y mi hija no los ven todo el día no los ve porque ella entra a trabajar a las 8 de la mañana y sale a las 7 de la tarde, y está estudiando y llega a las 1 de la mañana, entonces yo me quedo un rato con ellos, y ese rato que ellos me dicen cosas, o yo los veo crecer y se le caen los dientes, yo les escribo a ellos, y toda la gente que lo ha visto lo encuentran maravilloso. Entonces ya llevo como 2 cuadernos con todas esas cosas...”

“Y me lleva tiempo, porque tengo que pensar porque dije yo, tengo que escribir porque también tengo que adquirir destrezas que se yo...”

“Pero, enorme... ella la primera vez que lo hice, porque se me ocurrió tomar un cuaderno y dije ya, “cartas para mi hija”, en forma de humor más que nada, y entonces le cuento cosas increíbles como por ejemplo por decirles que un día, uno de los niños se estaba bañando y se estaba secando, y la niña tomo una tajada de jamón y le dijo “mira Benja que está rico”, y el con su mano y todo lo toma, y se matan de la risa... y ya llevo como 3 cuadernos, entonces es bonito porque va a haber una etapa que yo ya no esté con ellos...”

“Sí, sí... no y es increíble que hasta ahora me llama gente por teléfono, o me ven en la calle o me preguntan cosas y yo le doy las claves, lo que pueden hacer y como lo pueden hacer...”

### **La persona del paciente:**

“Bueno yo, cuando yo... le voy a explicar más o menos que me pasaba frente a todas estas cosas que yo he vivido. Ehh que características más es la soberbia pero en el buen sentido de la palabra, porque la soberbia es re fea la palabra... tal vez es como la perseverancia, tal

vez yo lo confundo eso es que eso, de tener que levantarme de lo más profundo del suelo, y tener que levantarme y entonces esa soberbia me ayuda a sobreponerme y sacar fuerzas de flaqueza y tener que vivir, si al final hay que tener que vivir... Es lo que ella me dice, que es lo que tengo que hacer, cómo enfrentarlo, cómo mirar las cosas malas, con qué prisma mirarlo y lo más importante es lo que ella me reafirmo, porque el problema cuando uno es depresiva, uno es de baja autoestima, lo bueno es que uno necesita que le digan no, porque uno dice, pero que penca porque uno tiene una enfermedad, porque es una enfermedad, pero nadie me ayuda, nadie me comprende y por último me estigmatizas y me dicen que soy psiquiátrica, es lo primero que dicen. Pero lo más importante para mí es que me ha dicho que no, que efectivamente lo que yo he vivido realmente es fuerte, es para hacer flaquear y levantarme el autoestima que a pesar de lo que yo pasé yo trabajé, tuve hijos, los crie y que vista desde afuera, y cualquier persona que me ve, me ve como una persona agradable, que ha sabido luchar con eso... mi autoestima me la ha reafirmado... de hecho me siento privilegiada que me haya elegido para estar con usted..."

"Lo que pasa que ella, la encuentro para mi gusto muy ponderada... entonces, ehh no es como otros psicólogos, ella entonces es tan tranquila y tan atinada y ha tenido tanta paciencia que para mí eso ha sido para mí elemental, y que tiene harta vocación y ha estado llana siempre a atenderme y ayudarme, o sea ella se la ha jugado por mí..."

"Ehh, todo este proceso ha sido con altos y bajos... con la idea que tengo que superarme eso... no puedo quedarme..."

"Sí, la primera que se me vienen las técnicas del taller, y las conversaciones con ella obvio... ehh las clases que nos hace de respiración... de relajación... y que me ha invitado pero soy re-mala para ir a esas cosas porque soy floja... pero... soy pesimista pero eso me ha ayudado porque por último me contacto con otras personas..."

"Al principio lo único que yo lo único que quería era irme a la casa a acostarme a dormir y ver tele, y después me di cuenta que tenía que contactarme con otras personas, y de a poco como fuera y hablar en la calle, con el almacenero, que se yo y por lo tanto y es increíble porque puede resultar anodino, porque uno dice, mal de mucho consuelo de tontos, pero es verdad que uno que tiene que juntarse con alguien, por eso yo le decía que lamento tanto que no haya un lugar y que no haya una preocupación por la gente depresiva, angustiada porque la estigmatizan peor que cualquier cosa, tienen menos ayuda que nadie desde todo

punto de vista, entonces uno se encuentra con gente, con un par, que en realidad uno dice que le da vergüenza y no, porque en realidad hay gente que es menos honesta y asume menos y tal vez le cuesta más, y encontrarme con gente así me ayuda, con gente que tiene lo mismo que yo, y me contacto porque veo que tienen lo mismo que yo y entonces digo, no soy yo nomás y tengo que superarlo... no es tampoco que sea un consuelo, sino es una forma de decir, que no soy la única y tengo que poder hacerlo y tengo todo para poder hacerlo y lo pongo en la balanza, tengo todo tengo esto aquí y allá, ahora lo que si soy una persona que sufre de ansiedad y siempre tengo miedo de lo que viene mañana, y esas cosas me ha enseñado la señorita Karen... de vivir más pausado de vivir ahora..."

### **La persona del terapeuta y alianza terapéutica:**

"Es que ella, lo que pasa es que ella va al ritmo mío, lo que pasa es que si voy bien ella me suelta, si me ve más angustiada me toma más rápido... o sea me cita de forma más seguida... eso lo valoro mucho, se preocupa mucho por mí..."

"No, hay temas que de modo en que los voy presentando, ella los profundiza...Yo... yo marco el ritmo..."

"Bueno porque ella me escucha atentamente, me dedica el tiempo... eso es re-importante, no hace otras cosas, me dedica el tiempo, y segundo porque me da las herramientas para superar el problema que me está aquejando, y eso principalmente porque me escucha y yo le hablo y le hablo, y me atiende y me presta atención... y me analiza el problema que le planteo y me da las herramientas para que yo pueda superar eso..."

"Es bien profesional en ese sentido, y yo le he hecho comentarios y le he pedido por favor y se lo he hecho y le digo que esto lo quiero olvidar, y le digo esto para que sepa porque yo soy así, y si mi reacción a lo que yo viví es normal o anormal y es pasiva, es respetuosa... no es una persona que chacote... he visto a unas personas que hasta que chacotean con lo de uno... entonces por ejemplo, una vez tuve que ver un profesional y le comente un hecho de mi vida y el vino y se lo comentó a mi hijo... yo esperé que un día mi hijo me lo preguntaba y yo se lo iba a comentar... porque es tan fuerte, como dijimos que aquí no íbamos a hablar de nombres y nada pero como aquí estoy hablando con una futura profesional, el tema que hablaba era sobre un suicidio... entonces a mí me molesto que él se lo comentara y menos que lo hiciera sentir culpable porque yo tuve que ir a verlo porque

mi hijo tenía un déficit atencional y me mandaron a verlo... por eso le comentaba que yo conozco mucho de eso, y como estaba separada, sola y estaba bajoneada... y en un momento yo le hice un comentario y se lo comento a mi hijo y me molesto... y no me gusto eso... me entiende o no... tenía que haberme preguntado a mi primero... fue una indiscreción pero con ella no, y a veces me digo que yo no quiero decirle tanta cosa, para no llenarla con tanta cosa, porque encuentro que es un trabajo de una dedicación y vocación pero increíble, pero igual hay cosas que yo las he guardado porque son cosas tan fuertes que prefiero no decirlas..."

"Pero hay cosas que he guardado, pero son cosas que no he dicho porque también son cosas de sanación personal..."

"Por eso hacía la comparación, y ella respeta mi ritmo... y ella es expresiva conmigo. No es indolente a lo que ha sentido, se involucra..."

"Constantemente, en este caso sí, ella me valora mucho, como persona."

"Me parece atinada, me parece muy acertada y comprometida, porque a veces yo soy como que no quiero hacer las cosas, como que no quiero hacer nada... y ella me indica y siempre me está dando otras alternativas además de las de ellas..."

"Ella me dice que porque no probar, ver otras cosas, voy a hacer otra cosa que ella me sugirió..."

"Buena, es una excelente relación, yo diría que excelente..."

"Pensar que ya el trabajo quedó atrás... e iniciar nuevas cosas por ejemplo yo creo que a la larga voy a terminar escribiendo un libro... si claro, eso era y uno no puede dejarse recordar... porque ya, y a lo mejor volver a trabajar algún día... porque me sedujeron bastante pero son 8 horas diarias, es mucho entonces no, no corresponde, entonces no, a lo mejor va a surgir algo, siempre hay algo que va a surgir y hay que tener la esperanza... y he buscado otras cosas, por ejemplo jamás había tejido, y que me gusta leer, leo bastante ahora..."

#### **Lo que no favoreció el proceso:**

"No porque no me ha afectado en nada... de aquí de este consultorio... no nada, todo ha sido bueno..."

## TERAPEUTA N° 2

### **Una vez iniciado el proceso:**

“Generalmente se deriva a través del médico y ahí hay que sacar la hora, si es que el médico pesquiza que hay una necesidad o si el paciente es el que viene ya con una necesidad creada... son distintas las 2 entradas, porque eso muchas veces va a marcar cómo el proceso terapéutico va a ser. En este específico caso, ella llegó... porque cuando son derivados externamente y no hay una necesidad consciente, es como que llegan y dicen “el médico me derivó” y no saben muy bien qué es lo que los trae a consultar. En este caso ella llegó porque ella necesitaba... sentí que necesitaba un apoyo terapéutico... ella llegó con varia sintomatología, con mucha tristeza, mucha rabia, angustia, ansiedad. Entonces claramente ahí sí había un reconocimiento de que algo le estaba pasando y de que ella necesitaba una ayuda.”

“Primero, estabilizar un poco la sintomatología y después, quizás trabajar otras cosas que tenían que ver con un dolor no resuelto de una separación de esa persona. Ahí también en la primera sesión yo pregunto a ella qué expectativas tiene... sí, y ella también tenía la expectativa de no sentirse tan desmotivada, desganada.”

“Entre lo más rescatable... yo creo que ella, bueno, ella pudiera mejorar su estado emocional y que ella elaborara algunas cosas en relación al mismo duelo que te comenté anteriormente- el ver que ella pudiera reconocer sus emociones, darse cuenta de que todavía estaba atrapada en cosas y... que le permitiera como cerrar el ciclo que seguía ella teniendo... en relación a su historia de pareja.”

“Hartos cambios...hartos cambios... por ejemplo, en su esfera emocional hubo varios cambios: estabilizar el ánimo, de que ella se sintiera mejor por lo que estaba viviendo y... también cambios, por ejemplo en la relación que ella establecía con su hija, con su familia, en la relación que establecía con su ex pareja. O sea, no fueron menores los cambios que ella logró generar. Además, por ejemplo, cambio en la cantidad de actividades que ella desarrollaba... ahora ya está súper metida en el gimnasio, haciendo cosas, aprendiendo cursos... mucho más activa en su propio proyecto de vida.”

“Básicamente a través de las cosas que ella va verbalizando y que yo le voy quizás comentando, consultando y ahí ella va poniendo fuera cosas que, en realidad, si uno no las

habla, es muy difícil elaborar. Ella ha ido articulando un discurso que no tenía tan armado antes, lo que a ella misma le va permitiendo ver cosas que antes no había visto, entonces, además, también... yo le voy mostrando unas conductas que ella va teniendo, por ejemplo, me acuerdo específicamente de un caso, en relación a su historia de pareja, donde ella logra, a partir de lo que yo le reflejo, que es lo mismo que ella me está mostrando... darse cuenta de que sí tenía rabia, de que había cosas no resueltas y... hasta, en sesión se va dando cuenta de algunos temas. Yo igual... en algunos casos y en algunas sesiones les voy dando pequeñas instrucciones o tareas y ella, también al hacer las tareas, yo creo que... para mí, el proceso terapéutico no termina cuando se van de la sesión, al contrario, sigue funcionando la cabeza y va pensando y le van dando vueltas algunas ideas que permite que a la próxima sesión lleguen con más trabajo hecho.”

“Si fuera buscar una solución, sería súper difícil hacer terapia, porque llegan muchas personas con problemas que no tienen solución, entonces el psicólogo no es mago. Uno tiene que tratar, o por lo menos, yo creo que uno trata que la persona, con lo que tiene logre verlo de otra manera... yo tengo una corriente sistémica súper marcada... el tema de la narrativa, o sea, articular una narrativa que les permita ser más libres, más felices... no es ir a mover la historia fea que tuvieron... no es ir a darles más lucas ni resolver concretamente quizás algunas cosas. Además, no es que en poco tiempo o en pocas sesiones una paciente vaya a tener un repunte tan grande. En este caso ella... tenía que ver con que ella tenía muchos recursos que no había visto y como estaba atrapada en esto de estar muy enrabada con su ex pareja. Siendo que, emocionalmente en lo de afecto ella tampoco estaba tan atada, sino que era rabia, cosas pendientes, dolores que habían quedado como ahí... guardados y que yo creo que al momento que ella logró trabajarlo se pudo movilizar rápidamente a otra posición... y reconocer que quizás hay cosas que no va a poder cambiar ella tampoco, que no dependen de ella... porque incluso ella logró hacer cambios en relación a su hija, a cómo ella se manejaba con su hija, a que haya más independencia entre ellas dos, porque había ahí como un discurso de “nos quedamos las dos solas”, así como el tema de la indiferenciación, pegoteadas las dos... incluso la niña estaba durmiendo con ella y también ella logró hacer algunas modificaciones ahí... sí, tomar más distancia y a la niña, como verla un poco más independiente. Eso ha mejorado las cosas entre ellas, cómo se maneja como dupla parental con la niña, cómo se coordina con su ex pareja.”

**La persona del terapeuta:**

“Yo creo que, un poco... yo siento que intento generar un espacio que sea relativamente horizontal en este.... Donde el terapeuta no sea el que tiene como... la barita mágica, el poder y eso... yo creo que la puede haber hecho sentir cómoda. El lenguaje que se usa... no sólo el lenguaje verbalmente, sino cómo uno se despide, cómo uno recibe a la persona... también yo creo que eso le puede haber ayudado, esto es, ser, por ejemplo, más cálida en los momentos en que tengo que serlo porque yo también, a veces soy como bien distante si siento que ese paciente lo necesita y ella, también... ella es como bien distante, entonces, acercarse a una persona que tiene esas características es como... no es tan fácil. Yo creo que se trabaja un poco el que ella se sienta cómoda, de que se sienta agradada y de que, a medida de que nos fuimos conociendo un poco más, yo me permití también ser más afectiva con ella, que ella sintiera que efectivamente a mí me importaba lo que le pasaba... eso también yo siento que es clave en un proceso terapéutico y que no con todas las personas se logra dar porque tampoco puede ser algo que sea como falseado.”

“En el lenguaje directamente verbal, también ser clara y hablar con... de una manera que ella también pueda entender y no tratar de... no sé... de usar palabras de diagnóstico y cosas como más elaboradas.”

“Bueno, de lo que es formal... lo que decías tú... yo soy terapeuta familiar, entonces eso igual a mí me abre un mundo que te permite mirar otras cosas también. En este proceso eso me ha ayudado a mirar, por ejemplo, la dependencia que ella tiene con su hija y con su propia madre, porque ella viene de una familia como bien aglutinada... entonces, también ahí había factores que claramente me podrían dar datos para abajo y para arriba... mirándolo desde la hija o mirando a la abuela. Eh... también, por ejemplo el tema de las historias familiares de hombres que abandonan... sí, hombres que dejan, que abandonan... entonces también, esa es una pauta que se repite hacia arriba, en relación a la historia de sus hermanas y cosas así... entonces, te va abriendo como un mapa que, si uno no se mete, te pierdes toda esa información que es súper rica. Esa es la parte eh... teórica, como de orientación, pero que tampoco, no se aleja tanto como de lo que yo soy, porque yo no me saco mi cabeza para funcionar en mi vida personal. También esto de ser cálida, de usarme yo como aparato emocional... esto también es mío, porque eso yo no lo dejo o lo apago y lo prendo en un espacio o en otro... como de tratar de ser cálida con ella, yo pienso que eso

también es una característica de mi persona... de reflejarle y de mostrarle que me pasan cosas también con ella. O sea... hay terapeutas que son como más... se protegen un poco más de mostrar lo que les pasa y yo creo que con ella he sido como bien honesta en decirle “mira, esto me parece bien” o “te enojo por esto, te felicito por esto” o sea, demostrar también que yo la estoy... que estoy preocupada por ella. Y no es por buscar así... intencionalmente la alianza terapéutica, yo creo que es algo que... por eso te decía... yo creo que no con todos los pacientes tampoco uno tiene el mismo vínculo, porque... hay gente que te llega más y creo que eso también es algo humano. Que la persona sienta que tú estás ahí no sólo para llenar un papel y poner una cosa en la estadística, sino que también te importa un poco más allá... por ejemplo, muchas veces partir la entrevista consultando “cómo vienes, cómo has estado” no sólo remitirme específicamente a lo “ya, vamos, en qué quedamos la semana anterior” o “en qué está la tarea”... yo voy ajustando la sesión que yo tengo quizás pensada en tratar el tema tanto o ver la tarea... a preguntar cómo viene esa persona, voy adecuándome y flexibilizando un poco a partir de lo que ella trae. Y también, por ejemplo, yo creo que eso lo deben de notar, porque yo, a veces les pregunto cosas que no tienen que ver así específicamente con el ámbito terapéutico.”

“Bueno... igual los temas de ella no soy mucho mis temas... a ver, que yo me haya dado cuenta...quizás, lo único que recuerdo que me puede haber molestado, pero no fue algo de ella, fue cuando me contó que el marido había forzado a la niña a comer, por ejemplo... y la había forzado así, de mala manera, pero... ella sentía lo mismo, o sea a ella también le había molestado esa situación... en este caso no fue tanto, pero otras veces sí me ha pasado que me da rabia algo y ahí entonces... trato de frenar esa respuesta. Pero las temáticas de ella no son cosas que me gatillarían una rabia o un rechazo.”

“Las sesiones han sido miti mota. O sea, yo creo, por lo menos, la segunda sesión yo siempre las parto así como “cómo se sintieron en la sesión anterior”, porque igual, la primera sesión es como súper difícil para un paciente y uno como paciente lo sabe, entonces... partir desde lo que ella trae... y a veces si los noto como más calladitos, así como... “paciente compuestito”, eh... ahí pregunto más, así como... propongo el liderazgo más yo que ellos. Entre nosotras es súper compartido.”

### **La persona del cliente:**

“Primero, la constancia yo creo... o sea, un paciente... hay un estudio que dice que el 50% de los pacientes que van a atenderse... no vuelven la segunda sesión y ella no sólo volvió, sino que fue súper responsable en cuanto a su proceso terapéutico... me parece que vino prácticamente a todas las sesiones... eso yo creo que es súper importante y que es algo que hay que reconocerle a ella... la constancia. Segundo, yo creo que también ella siempre estuvo abierta a escuchar lo que yo le quería decir, abierta a mirar las cosas de otra manera, o sea de no quedarse... muchos pacientes, como que les cuesta mucho cambiar su narrativa y cambiar la mirada y mirar otra cosa...creo que ella fue bien generosa en ese sentido y se permitió mirar algo distinto... y algo distinto que hasta a veces podía no convenirle mirar, sí... así que por eso usé la palabra “generosa”, porque creo que igual es difícil sacarse los lentes y... mirar desde otro lado que puede que no te convenga mucho... yo creo que esto tiene que ver con lo que dije al principio de cuando el paciente llega y uno le dice “a qué viene”... “no, vengo porque me mandó el médico” o “porque realmente yo siento que me está pasando algo que no me gusta y quiero que eso cambie”

“Yo creo que como entre medio de las dos cosas que dijiste: vino... más o menos comprometida, yo creo que no lo estaba pasando bien y no lo estaba pasando bien hace un buen rato y veía también, yo creo... yo creo que ella también se daba cuenta de que eso le estaba afectando en su relación con su hija. Entonces ahí también hay un factor que hace que la gente pueda apurarse más en venir. A veces a la gente le cuesta hacerse cargo de que le duele algo, entonces, cuando le duele a otro, ahí sí que vienen... como que la gente, no sé si se hace cargo de los dolores que tienen y los llevan... pero cuando es tu hijo el que la está pasando mal, ahí, como que se activa mucho más.”

“Ella estaba con un cuadro depresivo cuando ingresó, que fue evaluado con la pauta CIE 10, todo con puntaje y yo voy reevaluando cada cierto tiempo, si es que veo cambios.”

“El compromiso que ella ha tenido en la terapia ha sido súper bueno... hizo cambios, muchos cambios... ahora ya está yendo a taller, se está haciendo cargo de sí misma, ha podido hacer modificaciones en la crianza de su hija... se metió al gimnasio, se metió a hacer manualidades, porque quiere aprender un oficio, o sea uno ve como que ella se subió al riel de su propia vida y ahora está ella manejando para dónde quiere que vaya el tema, de

orientar su vida para el lado que ella quiere llevarla, hacerse cargo y tomar herramientas prácticas... o sea, aprender un oficio... no es menor.”

“Yo creo que ella llegó con ganas, dolida herida, sintiéndose como... un poco maltratada... por la vida, por las cosas que le había tocado hacer... que llegó como sin sentir que tenía muchas herramientas y se fue... empoderada, conociéndose más... bueno, todavía no se ha ido, pero estamos como a una sesión de darla de alta. Eh... conociéndose más y creyendo que ella puede hacer más cosas de las que creía.... Sí, poner límites con su hija, con su ex pareja con su familia y... anímicamente estable, equilibrada, motivada... eso yo creo.”

### **La alianza terapéutica:**

“Yo creo que para ella es lo que debió haber sido... no ultra afectiva ni “me cambió la vida”... realista, como el psicólogo que la ayudó... no creo que sea como más que eso. Eh... porque ayudó que ella tenía como hartas ganas de hacer cosas.”

“Y para mí yo creo que es una paciente que me es agradable atender, que... por el tema de que sea como responsable, porque creo que quizás ella tendría un discurso como no tan lejano de la vida o de cómo ella se mueve.”

“Lo que me llama la atención es que ella generara como tantos cambios y que su ánimo se estabilizara en tan poco tiempo. Pienso que no fueron tantas intervenciones y que la mejoría que ella tuvo para sí misma fue muy importante. Bueno, porque... para empezar, porque ella no tenía nada de base, no había ningún trastorno de personalidad, ninguna cosas de esas que entorpece y que hace que el proceso sea más difícil. Segundo, que yo creo que ella tenía una honesta motivación de generar esos cambios y que estuvo ella con la apertura de mente de atreverse a mirar distinto, atreverse a ser más crítica con ella misma y a cerrar algunos ciclos.”

“Mi experiencia... ahora la seguridad es distinta, porque uno se siente como más tranquilo... y además que yo antes trabajé en atención secundaria y me vine a APS intencionalmente pensando en buscar trabajar en temáticas que no fueran tan dolorosas y tan desgastadoras, como todo el día estar viendo violencia, maltrato, abuso...”

“En el sentido, con esta paciente, por ejemplo, qué me ayudó de mi... de mi manejo... el tema de cómo tratar de llegar un poco más allá, de no quedarme sólo pegada en los síntomas y ver así como “ya... el médico le dio la pastilla??”, sino que tratar de mirar un

poco más y ver qué es lo que está gatillando esto... tener una comprensión de la situación, meter su familia, de meter su ex pareja, de buscar un poco más allá y ver qué había gatillado esto. Ella llegó con muchas inseguridades también en torno a su estabilidad económica, porque después de una separación se generan a veces muchos cambios... ella logró ver también que quizás su ex pareja no pensaba sacarla de la casa. Las cosas fueron como justas, porque ella vino a terapia y las cosas se fueron estabilizando también en su vida... que eso también tiene que haber ayudado al proceso terapéutico.”

“Bueno y también yo creo que el equilibrio entre poder acercarme y tomar un poco más de distancia, porque por las características de ella yo creo que si yo hubiera sido muy cálida en un comienzo, ella no habría enganchado mucho, porque ella es así como más parca, así como que... más distante. Hay pacientes que uno tiene más ganas de verlos... más ganas de conocerlos... yo creo que si están las condiciones para tener mayor apertura y ser más contenedora, yo creo que tiendo a ser así. Yo creo que con el tiempo me he ido soltando un poco... porque al principio yo creo que debí haber sido más como de libros, más formal, más estudiosa. Hoy día igual, con algunos pacientes me permito una broma, una ironía, dependiendo del paciente, porque uno no se va a tirar a hacer algo que dañe o cuestione la relación terapéutica, pero sí ya uno va como... soltándose un poco, ser más auténtica y no tan empaquetada. Ahora me siento más cómoda como terapeuta... al principio no me hubiera reído o no me hubiera atrevido a hacer un comentario más ácido o a ser más confrontacional también, por temor a que la persona se sintiera agredida y no volviera.”

“Me parece que le he dado algunas instrucciones porque era un tema mucho más conductual, por ejemplo tomar más distancia con la niña en el tema de dormirse y acostarse... ahí fui como más directiva. Pero en general soy más flexible... a veces le digo “mira, te tinca más esto o te tinca más esto otro” o a veces los mismos pacientes te ofrecen “mira, yo podría hacer esto otro”, por ejemplo el tema del curso o esto de hacer la gimnasia. Yo le propongo que haga algo, pero esto fue una decisión de ella... ella busca, dentro de la instrucción que yo le doy, cómo se acomoda más a su vida, hasta a su presupuesto, a sus gustos, a todo. Ella ha entendido el sentido de las cosas y ha tratado de hacerlo lo mejor posible... lo de la niña lo ha hecho súper bien y entendió los riesgos de seguir como pegoteada con la niña.”

“Bueno, yo me he hecho cargo un poco de apañarla cuando ella ha necesitado y de ser un poco más confrontacional cuando... a veces mostrarle cosas que ella no quería ver. Sí, porque muchas veces los pacientes vienen por esto y a uno como terapeuta le puede preocupar más esto otro y lo encuentra más grave... entonces ahí uno tiene que estar como equilibrando, no problematizar algo que no está problematizado, pero algo que, si es un riesgo real, tienes que mostrarlo también. Sí... yo creo que me hice cargo de eso y también, por ejemplo, del tema que te comentaba antes.”

“Ella se hizo cargo de muchas cosas, por ejemplo, en este tema de querer generar un cambio en la relación con su hija, se hizo cargo completamente de que trabajáramos el tema de la relación de pareja previa... generó cambios en la manera en cómo ella se manejaba con esta persona, se hizo cargo de la rabia que tenía... de las emociones que tenía ahí truncadas y que fueron bajando en forma muy significativa y que le permitieron a ella estar más tranquila. Se hizo cargo de su propio proceso terapéutico en el sentido de venir, de hacer las tareas, de generar los cambios... yo creo que más responsabilidad se llevó ella que yo. Ella, por ejemplo, comentaba en la sesión, porque yo les digo “quédate con esta idea, dale vueltas” porque la terapia no sólo se hace aquí y ese discurso se los digo porque si no es como “ah, vengo 40 minutos a atenderme, cada dos semanas, cada tres semanas... “ y se ve algo como muy parcializado y para mí no es así... y ella cuando volvía me decía “sí, me he dado cuenta de que tengo menos rabia” “me he dado cuenta de que me he sentido así con esta persona”... ella seguía pensando de sí misma fuera de sesión, haciendo las reflexiones importantes fuera de sesión.”

“Yo he tenido dos procesos terapéuticos largos, no como de un par de sesiones, porque creo que es importante el autocuidado, porque uno se desgasta y la idea no es distanciarse o desenchufarse emocionalmente de uno. La idea es que no te cueste tanto esta parte de tu trabajo.”

“Yo creo que en este proceso terapéutico fue especial que yo sintiera que ella tiene algunas cosas como de un discurso similar al mío y que no pasa siempre en todos los procesos terapéuticos... una afinidad en la manera de pensar, maneras de vivir similares a las mías que yo creo que hicieron que me sintiera más cómoda con ella.”

**Lo que no favoreció el proceso:**

“Bueno igual el tema de que se metieron hartas temáticas entre medio... de sacar a la niña de su pieza, los problemas con su ex pareja, entre medio aparecieron cosas y se fueron bifurcando.”

“A veces pasa mucho tiempo entre una sesión y otra,, a veces puede pasar un mes entre sesión y otra... si las sesiones hubiesen sido más seguidas habríamos podido profundizar más, porque el tema de la familia no lo profundizamos mucho.”

## PACIENTE N° 2

### **Antes de iniciar el proceso:**

“Mira, yo llegué con ella, más que nada por mi hija, porque yo fui a control con ella el año pasado, en diciembre y le empecé a preguntar a la enfermera... porque mi hija es chiquitita, tenía 4 años. Entonces le pregunté... como ella es agrandada para su edad, entonces, de repente me hacía preguntas que a mí me dejaban así como para dentro y yo no sabía qué responder... entonces le pregunté a la enfermera primero qué hacer en esos casos, cómo le hablaba... porque mi ex pareja me empezó a decir que tenía que llevar a mi hija al psicólogo, que ella necesitaba atención, entonces ella me dijo “no, aquí la que tiene que tener terapia eres tú... tú necesitas estar bien, sacar todo esto, estar tranquila... y tú necesitas la terapia para poder atender a tu hija” entonces ahí me dio el papelito y me dijo “toma, pide hora con ella”

“Lo que pasa es que nosotros, con mi marido, nos habíamos separado ya una vez... que fue cuando mi hija estaba chiquitita, tenía como 6 meses y ahí nos separamos porque él me engañó... y ahí estuve viviendo como 6 meses con él... peleando, rogándole que no me dejara... y yo me vine a vivir con mi mamá después y él se quedó en el sur... y después me empezó a hinchar que volviéramos y como yo estaba muy enamorada todavía lo acepté, lo perdoné y volvimos y ahí me acuerdo que esa vez él dijo que fuéramos a terapia... fuimos una vez y como que quedó ahí porque no había muchas horas, estábamos como en lista de espera y nunca nos llamaron y la vez que llamaron no pudimos ir y ... lo dejamos todo abandonado”

“La Antonia es súper agrandada... te pregunta cada cosa que te deja así como “de dónde sacó esto”. Yo igual había pensado hacer terapia, porque ya era la segunda vez separada... lo que sí tenía decidido es que no iba a volver con él... entonces igual lo había tomado como “Sí... voy a hacer terapia para estar bien”, por la Antonia, en todo caso, siempre pensando en ella y no lo hacía así como iniciativa propia por el tema de que como estábamos separados pero yo era carga de él y bueno... como las separaciones, al principio las relaciones no son muy buenas, yo tenía que poco menos pedirle permiso a él para ir al hospital y atados... “que por qué vas a ir, si ya no somos pareja”... tuve hartos atados al

principio, entonces, de iniciativa propia, no lo hice por eso. Mientras trataba de estar tranquila, de verlo poco, de hablarle poco.”

“Tenía así como una idea general no más... más que nada... hablarlo todo... yo sabía que me iban a preguntar todo porque aquí hay que contarle todo y no mentir. Entonces más que nada eso, tener que contarle mi vida y todo el proceso de lo que había pasado antes, de lo que había vuelto a pasar y las sensaciones y todo eso.”

“En cómo iba a ser la psicóloga... no, no había pensado en eso.”

### **Una vez iniciado el proceso:**

“Sí, la primera vez que hablé con ella... como que me dejó bien claros los puntos, las cosas que íbamos a tratar, lo que era necesario... ahí como que yo me enfoqué, porque igual, soy como cuadrada para mis cosas. Entonces como que me enfoqué al tiro “ya, esta terapia la vamos a hacer completa aunque cueste, aunque me salgan peleas con el papá de la Antonia”... seguirla completa”

“Mira... lo que quería de principio yo, era sacarme la rabia que tenía, de sentirme mal por la rabia... no sé, de hecho, yo pensaba en él y me daba rabia, me descomponía, porque, aparte, como tuve hartos atados y él siempre me echaba la culpa... yo creo que hasta el día de hoy me echa la culpa a mí de todo... entonces eso a mí me tenía mal... me tenía pésimo... eso lo hablamos muchas veces con la macarena. Y eso, a medida que fueron pasando las terapias, yo me di cuenta de que era como si tuviera un nudo y como si se fuera a soltar, se iba soltando y me iba sintiendo cada vez más aliviada. Incluso, cada vez que salía de su consulta, salía contenta”

“Bueno... realmente sirven, son necesarias, porque... para qué estamos con cosas, yo creo que la mayoría dice “ah, vas a ir al psicólogo... vas a ir a que te hablen y...” no sé... lo que uno ve en la misma tele a veces de los psicólogos, que son locos, que no sirven, que vas a gastar plata y la cuestión, pero, ahora que uno está en el proceso se da cuenta de que sirve. Me ha servido para hablar, porque yo soy mala para hablar, aunque tú no lo creas... yo soy, como que me guardo mucho, me guardo muchas cosas y de repente exploto, pero exploto conmigo misma, ni si quiera con otras personas. Me es difícil expresarme, entonces, no sé... el hecho tal vez de que ella no sea conocida o que te hable de cosas que te van al hueso y que tú seas capaz de expresar lo que sientes... eh...eso me gusta, creo que es eso lo

que me hace sentir bien. Ella misma me decía que eso era malo y que tenía que cambiarlo porque en el fondo me hacía mal a mí no más”

“Sí... sobretodo en el aspecto del “blabla”, por ejemplo ahora que estoy hablado contigo, yo creo que en otras circunstancias no lo habría hecho, porque no te conozco, entonces pero eso sí ha cambiado... me he colocado como buena para echar las cosas para fuera. Me ha ayudado más que todo en el ámbito personal... en las cosas que me molestan, por ejemplo... de las demás personas “si esto me molesta” antes era pero... callada total y ahora yo opino, si algo me molesta lo digo, con mi amigas igual, yo era... yo tengo una sola mejor amiga, que es a la que le cuento todo, típico. Ahora no, tenemos un grupo y ahora no... yo hablo con todas, me expreso... si me dicen algo que me molesta lo digo.... Claro, como que me siento bien de haberlo dicho, que está bien en el fondo, no está mal expresarse”

“Sí, ha sido exitoso, súper... porque incluso, el papá de la Antonia no está aquí, está en el sur... él vino como dos veces y me acuerdo que la primera vez que vino, yo estaba recién con la Macarena y ahí como que todavía teníamos atados, estábamos como tirantes en la relación y yo le decía a la Macarena y ella me decía incluso “pero es que a lo mejor tú todavía estás enamorada” y yo le decía “es que no es eso” y ahí yo trataba de explicarle que era el asunto de la rabia lo que me tenía mal... no era que yo quisiera volver con él, no... entonces, ahora, la última vez que vino y que estuvo una semana acá, estuvimos como súper relajados, no peleamos nada, veía lo justo con la Antonia, él y la Antonia. Entonces ahí como que ya me pude enfocar de que ya estaba bien... entonces ya no lo busco para pelear, lo busco para cosas solamente de la Antonia, porque él es el papá de ella y no... para lo que es necesario solamente”

### **La persona del cliente:**

“Mira yo creo que... pensándolo así... como de... de ser sensible, porque ahora... bueno, a lo mejor todas las mujeres son sensibles, pero yo soy súper llorona en algunas cosas. Entonces las primeras veces que iba con Macarena, a mí se me llenaban los ojos de lágrimas cuando ella me empezaba a preguntar cosas, incluso, me acuerdo de que la primera vez me puse a llorar... entonces eso igual como que sirve para desahogarse... sí,

yo considero eso, ser sensible, porque si hubiese sido más fría incluso, quizás no hubiese tomado en cuenta la opción de ir donde la \*\*\*... o terminar la terapia.”

“Cuando acudí a ella no me sentía tan mal... yo creo que eso igual influyó, el no sentirme tan mal, porque... y aparte, yo creo que no me sentí tan mal porque ya era la segunda separación. O sea, a lo mejor si hubiera hecho esto la primera vez, yo creo que no... que hubiese estado destrozada, hubiese estado pésimo, pero... como que ya estaba un poco asumida de esto. Más que nada, yo seguí todo esto para sentirme bien conmigo misma y como te decía ya... para sacarme la rabia y a la final no... no desquitarme siempre con él, porque eso siempre va a hacer mal, siempre vamos a chocar en eso”

“Sí, me he comprometido, igual lo he cumplido todo... por ser, las últimas veces, con la Maca no nos habíamos visto en más de un mes porque ella tuvo un accidente y ahí me cambiaron la hora y me dieron hora como en un mes y tanto más. Entonces se supone que en esa última sesión, ella me iba a dar el alta, porque ya me encontraba muy bien... entonces como me cambiaron la hora y ahora la vi... le expliqué todo, que todo estaba muy bien, que el papá de la Antonia llega a vivir acá ahora, que no se va a ir... que estaba como tranquila con eso... y me dijo “ya... no te voy a dar el alta, porque como no nos vimos en tanto tiempo, vamos a ver qué pasa”... pide hora para después de que él llegue incluso y me dieron hora para la primera semana de enero... entonces ahí ya voy a haber convivido una semana... y vamos a ver cómo están las cosas, los humores, la tensión.”

“Aunque ella me hubiese dicho ‘mira, ya te voy a dar el alta’ yo igual le hubiese dicho “no me lo des... o sea dame otra hora más para ver qué pasa...qué pasa cuando llegue”... los cambios y todo... pero ella lo dijo primero.”

“Aparte de que ella es muy cariñosa... no sé... como que uno le toma aprecio, como muy tierna. Mira... yo lo noto con las preguntas que hace y de repente como que nos miramos y conversando nos reímos. No sé... a veces incluso, cuando nos despedimos, como que me dan ganas de abrazarla, así como... como tierno, no sé. Como que ella tiene esa personalidad, como que te llama... así. No es fría... no es como “ah, ya... voy al doctor” no es como “ah, voy a tener que ir para allá, a conversar un rato y me voy”, no. Claro... uno entra con ganas y te vas sabiendo que tienes que volver. Entonces ahora igual me da lata que cuando vaya, ya no la voy a ver, si va a ser la última vez... si Dios quiere...yo creo que igual voy a pensar “ah, no me va a tocar este mes” porque igual era como una vez al

mes. Entonces “ah, me habría tocado hoy con la Macarena” a lo mejor voy a pensar. Yo creo que las primeras veces sí la voy a echar de menos. Incluso ahora, como el papá de la Antonia se viene a vivir acá, espero no tener mayores problemas, pero creo que ahí me voy a acordar hartito de ella. Yo quiero pensar que ya no la voy a necesitar, porque la idea es que yo siga con esto sola, que me pueda valer por mí misma... que si me doy cuenta de algo, lo pueda solucionar... esa es la idea, pero no tengo la seguridad 100% de que va a ser así. Ojalá que me dijera, por último “ya, ven a verme en dos meses para ver cómo sigue todo esto”

“Ahora que he andado enferma estos días... esas cosas son anexas, porque son cosas físicas digamos, pero así... mentales... yo... no... me he sentido bien. Incluso pensar que el papá de la Antonia llega mañana... eso antes me tendría como un poco intranquila... estresada total... que “va a llegar... y qué va a hacer” y ahora no... estoy como relajada, como “ah, llega mañana”... ah, qué bueno, llega mañana”

“Ha habido hartito cambio y eso me gusta porque me hace estar bien conmigo misma, porque en otra ocasión, esto no lo hubiese podido hacer porque habría estado histérica, yo creo...”

### **La persona del terapeuta:**

“Mira. Es que ella es como muy... no es que ella sea mayor, pero... pero es como maternal, porque ni si quiera te podría decir que la siento como una hermana que encontré, sino que es como maternal, que... como no sé, incluso como en el momento que uno entra tú te sientes bien... el ambiente te relaja y ella te empieza a hablar... es como si fuera un poco como hipnótica, pero... es raro, pero así yo la siento... como tú misma lo dijiste, protectora, así como maternal... por eso te digo, como que dan ganas de abrazarla. Yo creo que esa es la mayor cualidad de ella. Y el hablar porque... bueno, ella habla bonito, pero te... te expresa las cosas... te pregunta, no sé... eso es lo que más le rescato”

“Yo la siento, porque las veces que le decía que estaba mal o que tenía miedo por algunas cosas, ella me decía “pero piensa esto, pero velo de esta manera” o “pero piensa positivo o cambia la perspectiva...” a veces cosas de la Antonia que le preguntaba y siempre me buscaba la manera, por ejemplo, con las preguntas que yo le hacía, me las trataba de responder, me las solucionaba. Eh... bueno, ella habla mucho con las manos también... se

expresa... las cosas que escribía y me hacía, la manera de mirar, así como tierna... te mira se sonríe... como es bonita, no sé como tierna... como que se mezcla todo. Entonces como que te dan ganas de hablarle... y la miras y te sigues soltando o le sigues preguntando entonces eso es rico... se siente rico.”

“Mira... bueno, la primera vez... así como... ella me ha descrito así como... como cerrada, porque la primera vez yo hablé súper poco... ella me preguntaba todo y como que yo le respondía así... súper poco, como lo puntual no más, no era así como una conversación... claro, así como cerrada total y así como bajón, porque la primera vez que fui... me puse a llorar y triste, bajón, así como medio depre y... ahora no porque ahora nos saludamos... yo la saludo así como cariñosa, nos sentamos, empezamos a conversar “cómo estas, bien... cómo te has sentido” y es como... como más fluido. Entonces yo creo que también ella nota ese cambio. Ahora... como te digo, ahora estoy súper buena para hablar, incluso si ella no me preguntara, creo que igual le diría muchas cosas... porque ahora hay harta más confianza”

“No, el trato no ha variado... lo único que te podría decir es que al principio, cuando recién no conocimos ella era como... más distante y como que ella trataba así como de... sacarme la cáscara y yo no me dejaba, pero no... el trato de ella no... después cuando me fui soltando fue siempre igual.”

“Mira... yo creo que igual, por su personalidad, es como así... la hace ser buena, porque, por ejemplo, no me imagino... si me hubiese tocado otra persona que fuera más fría, como te digo, así la relación como más distante... es como fome, debe ser como fome, porque... por ejemplo: si hubiese sido otra persona capaz que no hubiese terminado la terapia, capaz que la hubiese dejado ahí, porque si... como en estas cosas hay que conversar hartito y si uno no llega como a un buen vínculo o no tiene una buena conexión, es como fome terminar la terapia, como que no dan ganas de hablar, ni de seguir... entonces yo creo que la personalidad de ella la hace ser buena en esto. Yo nunca pensé “ya, estoy aburrida, no voy a ir más” o “ya me toca ir con la Macarena... quizás qué me va a preguntar”, nunca pensé eso, nunca.”

“Eh... no... ha dirigido más ella... es que tampoco es “ya, hoy día vamos a hablar de esto”, sino como que siempre lo primero que pregunta es... me pregunta “cómo estás, cómo te has sentido, te ha pasado algo...” y ahí empezamos a hablar y ella se empieza como a enfocar.

“ah, ya, entonces vamos a hablar de esto”, pero así llegar con un librito y decir “ah, ya.... Hoy nos toca hablar de esto”, no.”

“Ella está pendiente, siempre está pendiente de todo, por si yo tengo dudas, me pasa el papelito y me dice ‘ya, tienes que pedir hora de nuevo’” o a veces, cuando yo llego y me saluda, me dice “ah, pero es que la vez pasada hablamos de esto”... ella se acuerda incluso de lo que le he dicho más de una sesión atrás... entonces ahí uno nota el interés y eso también es rico porque no es sólo una relación de paciente y que tiene que llenar la ficha. Yo noto que a ella le gusta lo que hace.”

### **La alianza terapéutica:**

“La relación es importante... la encuentro muy importante porque, bueno... todo lo que me ha ayudado, todo lo que me ha hecho cambiar... de cómo llegué allá, de cómo voy a salir, cómo vamos a terminar esto. Todo el cambio, este proceso... es importante. Yo creo que siempre me voy a acordar de ella y no es así como un cliché... es que me ayudó mucho y como te digo, a lo mejor después la voy a echar de menos, me voy a acordar y todo... y eso.”

“Bueno, las tareas, las cosas se han negociado... porque ella a veces me plantea cosas, me pregunta y yo “sí, sí, tienes razón, lo voy a hacer” ahora en caso de que yo no estuviera... bueno, nunca no he estado de acuerdo, pero sí, igual pregunta, no es que te imponga”

“Yo lo veo como más importante y yo creo que mi mayor compromiso era el asunto de sacarme el sentirme mal, la rabia que sentía dentro... esa, eso que me hacía ponerme mal con el papá de la Antonia eso de que... lo que... yo lo veía a él y me acordaba de todo lo malo y volvía atrás. Entonces yo creo que, ese compromiso de “esto se cerró, este es un capítulo cerrado, aparte” ahora yo me enfoco en yo, porque antes yo decía; “yo: la Antonia y sólo la Antonia” entonces ahora no: la Antonia y yo, las dos, porque igual también, las primeras veces... y se lo comenté a Macarena, me sentía pésimo y... no era tanto físicamente, pero mi... mi autoestima estaba pero... por el suelo y ahora no... digan lo que me digan, siempre allá arriba, porque al final es eso lo que me lleva a estar bien, a sentirme bien.”

**Lo que no favoreció el cambio:**

“Mira, no sé si en contra, pero algo que no ayudó... yo creo que la distancia entre las sesiones, que tengan que ser las terapias tan distantes... a lo mejor... una vez a la semana. Cuando yo hablo con la Maca yo no siento la media hora ni los 40 minutos, a mí se me pasa así... incluso a veces digo “chuta, ya me tengo que ir”, como que hablamos poco, como que a veces te quedan ganas.”

**Objetivo 2:**

Analizar las percepciones que cada uno de los participantes tiene respecto a los factores que han influido en el cambio psicoterapéutico.

Cumpliendo con el segundo objetivo, a continuación se presenta un análisis del contenido del discurso que cada participante de la investigación elaboró sobre su actual proceso de psicoterapia. Este análisis considera los aspectos centrales que cada entrevistado rescata del proceso del cual participa y cómo estos aspectos han tenido una fuerte influencia en el cambio psicoterapéutico.

Los análisis serán presentados de forma individual y en el siguiente orden: Terapeuta 1; Paciente 1; Terapeuta 2; Paciente 2:

## TERAPEUTA N° 1

La entrevista a la terapeuta 1 fue efectuada en el centro donde realiza sus atenciones y tuvo una duración de 57.4 minutos. Se realizó sin interrupciones, habiendo completa disposición y colaboración con la entrevistadora.

La terapeuta 1 tiene una orientación psicoterapéutica gestáltica y desde su discurso se recogen 3 temáticas que ella reconoce como fundamentales para el cambio en un proceso terapéutico en general y en el de este proceso con la paciente 1 en particular. Las temáticas de base en su discurso son:

- a) Los aspectos que la propia terapeuta considera centrales en todo proceso terapéutico, visto desde su formación en psicoterapia.
- b) La formación del terapeuta: su estilo personal, su aporte a la relación terapéutica y su influencia en el proceso de cambio de la paciente 1.
- c) El propio proceso de cambio de la paciente 1: Sus logros y aprendizajes

De acuerdo al primer punto, la terapeuta destaca, desde su paradigma, la centralidad del paciente, esto es tener como foco de toda terapia el facilitar el proceso personal de cambio del paciente, por muy complejo que este sea. También destaca el concepto holístico, el cual tiene que ver con buscar una comprensión profunda e integral del ser humano; una comprensión que trascienda la identificación de la sintomatología y la delimitación del contexto vital del motivo de consulta, es decir, llegar a una comprensión del fenómeno que le ocurre al paciente, lo que hay de fondo, lo que está latente y muchas veces enmascarado. Esta comprensión integral va ligada a validar todos los aspectos y facetas del paciente, como persona y como ser humano integrado, haciendo énfasis en la esfera emocional, donde se aloja el sufrimiento. Para llegar a tal comprensión –que es el eje de su estilo terapéutico fundamentado en la fenomenología- es vital construir con el paciente, a través de las sesiones, un espacio de confianza: Esto la terapeuta lo reconoce como básico en todos los estilos; que el terapeuta tenga la capacidad de generar disposición y apertura en el paciente a fin de que éste pueda abrir y exponer temáticas muy difíciles y dolorosas. Señala también que no con todos los pacientes es posible llevar a cabo un proceso desde la fenomenología, puesto que en el contexto de la APS, los motivos de consulta son muy variados y no pocas veces se trata de derivaciones que se quedan en la sintomatología y no

buscan una comprensión profunda del problema. Esto, sumado a los breves tiempos destinados a la atención y a las interrupciones múltiples durante las sesiones, hace difícil un proceso terapéutico completo, sin embargo, con la paciente 1, se ha logrado tal proceso y ha sido el espacio de confianza construido el que ha sentado las bases para desarrollar la “terapia existencial” que están llevando actualmente y esto la terapeuta lo atribuye al respeto manifestado en todo momento por la emocionalidad de la paciente, además de seguir el ritmo de ella, es decir, darle tiempo, tomarle el pulso y no apurar su proceso de cambio.

En cuanto al segundo punto: cómo ha influido la formación profesional en el proceso con la paciente 1, la terapeuta hace una diferencia entre las herramientas técnicas –las que son propias de cada enfoque- y la formación terapéutica personal –la que va ligada a su propio estilo- , poniendo en relieve este último aspecto, puesto que –desde su visión- esto está directamente relacionado con su lado humano; el hacerse uno mismo –en calidad de terapeuta- psicoterapia, ayuda a validar y aceptar de forma más auténtica al ser humano que hay en la persona del paciente, a comprender y conectarse, desde lo emocional, mucho más profundamente con lo que le ocurre y así contribuir de forma más genuina a su proceso de cambio. En otras palabras, la capacidad de “estar ahí” que la terapeuta ha tenido con la paciente 1 ha sido lo que más la ha beneficiado, permitiéndole apertura y expresión, lo que le ha conducido al cambio, mientras que las herramientas técnicas son y han sido en esta terapia un aporte en momentos puntuales, como bajar la ansiedad o facilitar la expresión modulada de emociones: han estado al servicio del proceso.

Otro aspecto de gran peso con el que ha contribuido la terapeuta al proceso de cambio de su paciente, ha sido la experiencia, la que –desde luego- implica tiempo. Este aspecto le ha aportado a la terapeuta el grado necesario de intuición para poder ver y comprender a su paciente más allá de lo expresado en forma verbal, optimizando su capacidad de observación y además permitiendo flexibilizar los aspectos técnicos, privilegiando siempre el sentido que la técnica le da al proceso más que el objetivo de la técnica en sí.

Finalmente, con respecto al tercer punto que trata sobre el propio proceso de cambio del paciente, cabe mencionar que la percepción inicial que la terapeuta tuvo de su paciente, contrasta bastante con la percepción actual, es decir, pasar de un estado de inseguridad y oscuridad a otro de confianza y apertura, siendo capaz de abordar y relacionar de forma

más proactiva los contenidos que van surgiendo en cada sesión. La terapeuta ha ido adoptando una postura más humilde en la medida que la paciente se empodera y asume su rol de experta sobre sí misma. Desde ahí la paciente es definida como receptiva a las propuestas y visiones de la terapeuta y a la vez como proactiva en su proceso, esto es, desde el malestar elevado con el que comienza la terapia, ella ahora es autoconsciente de lo que le ocurre bajo su sintomatología, por tanto, ha aprendido a conocer sus propios límites y a autorregularse cuando lo requiere. Desde la terapeuta, lo más clave del proceso de esta paciente ha sido el lograr mirar sus problemas de acuerdo a pautas que se han repetido durante su vida, otorgándole mayor entendimiento y ayudándole a comprender y aceptar su espacio íntimo: el estar con sí misma. En este proceso la paciente ha evolucionado desde un alivio sintomático hasta una sanación profunda, desde su self.

### PACIENTE N° 1

La entrevista a la paciente 1 fue efectuada en un box del consultorio donde es atendida por su terapeuta, tuvo una duración de 45.46 minutos y se desarrolló sin interrupciones, habiendo total disposición y colaboración con la investigadora.

Dentro de la visión que la paciente 1 tiene del proceso terapéutico que está llevando, es posible destacar ciertos aspectos del mismo a los que ella hace mayor referencia en su discurso y que de diferentes formas han contribuido a su cambio. Tales aspectos son:

- a) La situación y el tipo de malestar que la lleva a consultar con su terapeuta.
- b) Un elevado nivel de disconformidad con cómo el sistema de salud público. aborda los diagnósticos de ansiedad y depresión.
- c) El reconocimiento de su cambio terapéutico: sus aprendizajes y logros.
- d) La terapeuta, cuyo proceder durante la terapia ha sentado las condiciones que han posibilitado el cambio.

Cabe mencionar que la paciente 1 había acudido anteriormente a psicólogo debido a una problemática distinta. Actualmente, con 63 años, ella acude de acuerdo a un elevado malestar psicológico con respecto a su decisión de jubilar, manifestando un considerable grado de angustia y ansiedad, sintiéndose estancada en la vida, temiendo “quedarse en nada”.

La paciente se atribuye como rasgos propios el ser ansiosa y depresiva, además de catalogar de “muy mala” su calidad de vida. Esto junto con el colapso a nivel anímico que le ha significado el jubilar, la ha dejado en una situación de extrema sobrecarga, haciéndola sentir incapaz de sobrellevar sus responsabilidades. Es de esta forma que la paciente 1 decide involucrarse en un proceso terapéutico que pueda ayudarle a enfrentar su situación vital actual.

Aunque la paciente dice estar sumamente disconforme con la escasa y nula ayuda que recibe la población ansiosa y depresiva en el país, considerando que son simplemente estigmatizados y que no tienen mayor cabida y aun con malas experiencias previas con psicólogos, ella rescata y valora como sobresaliente el proceso terapéutico que está teniendo con su terapeuta y que ésta, con su actitud durante las sesiones, ha facilitado en

ella la apertura suficiente, la confianza y la motivación para generar los logros y aprendizajes que la han conducido a cambiar su forma de vivir el presente y concebir el futuro, en esta etapa de su ciclo vital.

Inicialmente, la paciente buscaba consuelo y resignación y ha encontrado, en su terapeuta, el respaldo y la invitación a tener nuevas visiones a intentar soluciones. Concretamente le ha ayudado a disminuir la visión pesimista de sí misma, ha contribuido a mejorar su autoestima. La paciente ve en su terapeuta a una profesional altamente comprometida y con vocación, quien, como factor elemental, le ha tenido paciencia, ha sabido esperarla, ha ido a su ritmo y ha estado dispuesta a profundizar las temáticas que la paciente va mostrando en las sesiones. En resumen, la terapeuta ha sido muy dedicada en cuanto a la atención y al tiempo otorgado.

Desde la visión de la paciente, se comprende que gracias a la actitud de la terapeuta descrita anteriormente, ella obtiene el consuelo, el apoyo y el respaldo que le permiten ya no sentirse sola, adquirir una visión más esperanzadora de su futuro, en la que ella desarrollaría actividades, se dispondría a aprender cosas nuevas y estaría más abierta a relacionarse con personas de su entorno cercano. Junto con esto, permitirse conocerse más a sí misma y aceptarse. En estos momentos del proceso, la paciente evalúa que ha perseverado y que se ha levantado; que actualmente sabe regularse, aunque todavía hay temáticas que no ha expuesto en terapia, sin embargo, lo entiende como parte de un largo proceso de sanación personal.

Finalmente cabe destacar que, para la paciente, la relación con su terapeuta tiene un alto nivel de excelencia y que aún no se siente apta para continuar sola su proceso.

## TERAPEUTA N° 2

La entrevista a la terapeuta 2 fue efectuada en la oficina del consultorio donde ella atiende, tuvo una duración de 41.36 minutos y se realizó sin interrupciones, con completa disposición y colaboración hacia la investigadora.

La terapeuta 2 cuenta con una formación psicoterapéutica sistémica y desde su visión del proceso terapéutico que lleva con su paciente destaca 3 aspectos como fundamentales en dicho proceso. Tales aspectos destacados en el discurso de la terapeuta 2 son:

- a) Los elementos que ella considera, desde su enfoque, importantes en todo proceso terapéutico y que, en el caso de la paciente 2, han sido de considerable ayuda para facilitar su cambio.
- b) Las habilidades y los abordajes terapéuticos concretos que la terapeuta ha tenido para con su paciente durante el proceso que mantienen juntas.
- c) La apreciación de la evolución del proceso de su paciente: desde su estado inicial hasta sus logros, aprendizajes y cambio terapéutico.

Desde los elementos terapéuticos que han facilitado el cambio, cabe destacar que, para la terapeuta 2, una terapia no consiste en buscar soluciones concretas a problemáticas puntuales del paciente, sino, más bien en buscar junto con el paciente una narrativa de la situación que haga a este último más libre y más feliz. En el caso de la paciente 2, se ha logrado con éxito que ella articule un discurso de sí misma más realista, más autocrítico, pero también más reconecedor de sus propias herramientas personales con las que, de hecho, ha afrontado sus problemas. También resalta que, dada su marcada corriente sistémica, es fundamental que la terapia no ocurra exclusivamente en las sesiones, sino que el paciente “adelante trabajo” entre sesiones. En el caso de su paciente, fue un importante catalizador de cambio el que ella realizara las tareas acordadas y que hiciera un trabajo de constante reflexión que ahora la ha hecho más autoconsciente de sus propios estados. También, derivado de su enfoque, está el interés de la terapeuta por obtener y dar uso a la información proveniente de la familia y sus dinámicas relacionales y esto le ha servido con su paciente, dado que la familia vive junta y la situación de la paciente ha repercutido en sus relaciones cercanas, por tanto, que el grado de vinculación que hay entre los familiares

sea de conocimiento de la terapeuta, le permite a ella aprovechar dicha información de forma terapéutica, junto con otorgarle un entendimiento más amplio.

El factor experiencia es un aspecto que no resulta menor para la terapeuta 2, puesto que le ha permitido flexibilizarse como terapeuta, es decir, hallar su estilo dentro de su enfoque y permitirse adecuar el ritmo y la intensidad de sus intervenciones según el paciente que tiene en frente. En este caso su experiencia le ha facilitado el ser más contenedora y confrontacional según ha visto que su paciente lo ha necesitado.

Finalmente, como factor transversal a todo proceso, a todo terapeuta y a todo paciente, la terapeuta enfatiza de modo tajante que sea el propio paciente quien sienta que al terapeuta le importa lo que a éste le ocurre y que el terapeuta sea capaz de comunicar emociones y transmitir afecto; y en este proceso en particular, la terapeuta siente que así ha sido y que ha formado la base para que la paciente se haya motivado con el trabajo terapéutico y haya sido constante.

Entre los abordajes terapéuticos que ha tenido la terapeuta con la paciente 2 y que la condujeron prontamente a generar cambios, se encuentra, primeramente el buscar bajar la sintomatología a fin de que la paciente se pudiera sentir más cómoda para llevar a cabo una terapia que implicaría varias sesiones de conversación sobre temas difíciles para ella. Junto con esto, se trabajó para que la paciente lograra elaborar algunas situaciones conflictivas y pudiese cerrar ciclos, mejorando así su emocionalidad que, por su puesto, se encuentra más allá de los síntomas. Para conseguir estos objetivos, la terapeuta ofrece en todo momento a su paciente un espacio horizontal que promueva la participación activa de ésta en las sesiones, además de equilibrar los niveles de cercanía y distancia, de acuerdo al momento de la terapia y a al tema tratado: este equilibrio es considerado como una herramienta clave por la terapeuta, pues le ha permitido, con la paciente 2, generar una mayor afinidad de estilos desde la comunicación, pues la paciente es descrita por su terapeuta más bien como distante. Desde la comunicación verbal, usando un lenguaje apto para la paciente y no cargado de tecnicismos ni diagnósticos.

Si bien, el otorgarle tareas a la paciente ha sido una actividad recurrente en esta terapia, la terapeuta reconoce y hace énfasis en que, mucho más importante que eso, es lo que la propia paciente pueda traer a la sesión, por tanto son esos los contenidos que primero se

revisan y los que siempre tienen prioridad sobre la revisión de una tarea o el cierre de un tema pendiente: a partir de lo que la paciente trae, la terapeuta se flexibiliza.

Para finalizar, con respecto a la evolución del proceso de la paciente: desde su estado inicial, la terapeuta observa en ella un cuadro depresivo-ansioso a raíz de su situación de separación, lo cual comenzaba a generarle inseguridades y emociones sin expresar y comenzaba a repercutir en la relación con su hija. Pese a todo esto la paciente ha sido percibida con una honesta motivación hacia el cambio, dispuesta a llevar el trabajo terapéutico y a comprometerse –de hecho, asistió a todas las sesiones, rescata la terapeuta con el proceso, aunque sintiéndose con menos recursos personales de los que la terapeuta veía en ella. Conforme avanzaba el proceso, la terapeuta observó en su paciente un importante cambio desde lo emocional, logrando desentramarse de la rabia acumulada y percibiéndola con un estable mejor ánimo. Sin embargo, el cambio que más rescata la terapeuta es el que la paciente haya conseguido poner límites a sus relaciones de mayor cercanía; primero con su ex pareja y su madre y luego con su hija, saliendo del estado de indiferenciación con ella. También consigue emprender nuevas actividades: la paciente arma su proyecto de vida y comienza a trabajar por él.

Desde la visión de la terapeuta, la paciente ha articulado un discurso sobre sí misma en el que reconoce sus capacidades y admite aquellos aspectos que ya no puede cambiar. Ahora se reconoce abierta a tener otra visión y a ser más autocrítica.

Lo que más ha llamado la atención a la terapeuta de este proceso ha sido la rapidez con que la paciente ha generado tantos cambios y en tan pocas sesiones. Junto con el esfuerzo y compromiso de la paciente, la facilitación de la propia terapeuta, ésta atribuye esta rapidez de cambio a una afinidad de estilos personales entre ambas: una afinidad en visiones de mundo y formas de pensar.

## PACIENTE N° 2

La entrevista a la paciente 2 fue efectuada en su domicilio, a petición de la misma participante por encontrarse convaleciente, tuvo una duración de 41.09 minutos y se realizó sin interrupciones, habiendo completa disposición y colaboración con la investigadora.

De acuerdo a la visión que la paciente 2 tiene de su proceso terapéutico, emergen como centrales en éste, 3 temáticas, las cuales son:

- a) La actitud de la terapeuta durante las sesiones y su influencia en el cambio.
- b) La valoración del proceso de cambio de la propia paciente: sus logros.
- c) La apreciación que la paciente hace del vínculo terapéutico y su aporte al proceso.

La paciente 2, ya teniendo una experiencia previa con terapeuta, decide iniciar esta terapia, desde un contexto de separación con su esposo y padre de su hija. Psicológicamente no se encontraba demasiado perturbada y ella lo atribuye a que ya estaba acostumbrada a la separación, sin embargo, admitía tener un alto monto de rabia hacia su ex pareja, que no estaba canalizando adecuadamente. Por tanto, lo que la paciente buscaba conseguir a través de este proceso era liberarse de esa rabia y conseguir sentirse bien con sí misma. Ella destaca que desde el inicio del proceso tenía claro que necesitaba una ayuda y que para ello tendría que abrirse con la terapeuta, lo cual no hubiese sido posible de encontrarse ella desbordada emocionalmente.

Al comenzar el proceso, la paciente percibe en su terapeuta una actitud cariñosa y protectora, lo que inicialmente le facilitó la apertura y sentó la confianza. Describe a su terapeuta como muy expresiva en lo no verbal y muy directa en lo verbal; considera que así la ha ayudado a entender y expresar su rabia y, en general, a manifestarse cuando algo no es de su agrado, es decir, a no guardarse la molestia. Considera también que su terapeuta la ha invitado constantemente a cambiar la perspectiva de las situaciones que le han ocurrido y que le ocurren, también en el ámbito de sus relaciones. La paciente reconoce en su terapeuta una constante preocupación por sus necesidades, observa que siempre recuerda las los temas tratados en sesión y que en todo momento está atenta a lo que le ocurre. Aunque al comienzo notaba en su terapeuta una actitud más distante y cuidadosa, esto ha

cambiado bastante desde que la paciente se ha “soltado” y ahora observa en su terapeuta una actitud mucho más cercana incluso desde lo físico.

Con respecto a la valoración que la paciente 2 hace de su propio cambio, se rescata que ella se movilizara de un estado caracterizado por guardarse todo para estallar contra sí misma en un momento de colapso, a ser capaz de marcar límites y no permitir en sus relaciones cosas que le molestan: ha perdido el temor a expresarse.

La paciente semana que, pese a que le han dicho que asistir a terapia es pérdida de dinero y de tiempo, este proceso sí le ha servido sobre todo para “tomar con más calma” la relación que debe tener con su ex marido, como padre de su hija. Ella, en ese sentido, ha conocido el nivel de cercanía que necesita tener con el padre de su hija y lo ha delimitado específicamente a los asuntos que se relacionen con la niña. Por esta razón, para ella ya no es un estresor el que su ex esposo llegue a la casa, ya que, en el plano personal, ella ha conseguido cerrar el capítulo de él y enfocarse más en su propia persona.

En lo que respecta a la hija, también hubo un cambio importante, el cual consistió en pensar ella misma y en su hija de forma separada, es decir, a no dejar de lado su propio bienestar. Ha aprendido, en este sentido, a tomar distancia.

Finalmente, en cuanto a cómo la paciente 2 concibe el vínculo con su terapeuta, ella expresa que ha sido lo más importante de la relación, en otras palabras, lo que la ha sacado adelante y gracias a lo cual siempre conservó la motivación por asistir a terapia. Señala que el ambiente que se ha creado con su terapeuta le ha hecho muy bien, al punto de lamentar la idea de finalizar el proceso, aunque sabe que ya está en condiciones de hacerlo. Plantea que la cercanía y calidez de su terapeuta han promovido que esta relación sea tan cercana y de tanta conexión.

El cambio que la paciente ha tenido, también hizo cambiar la relación con la terapeuta: ahora se genera más conversación espontánea y más contacto físico, todo de manera más fluida, sintiendo -al finalizar cada sesión- que el tiempo ha sido poco y deseando volver prontamente. La paciente afirma que jamás olvidará a su terapeuta ni la ayuda que le ha brindado en este proceso.

**Objetivo 3:**

Relacionar las percepciones de los clientes y sus respectivos terapeutas acerca de los factores que han influido en el cambio psicoterapéutico

A fin de cumplir con este tercer objetivo, se procedió a organizar por temas la información entregada por cada participante en sus entrevistas y para su adecuado tratamiento, fue necesario segmentarla en unidades de análisis. En este caso, se recurrió a la segmentación por unidades referenciales, dado que; al dar cuenta de juicios, opiniones, preferencias, actitudes y descripciones, se consideró el tipo de unidad más acorde a la naturaleza del tema del presente estudio: el cambio terapéutico y sus factores influyentes.

A continuación se presentan, en primer lugar, las tablas que contienen las agrupaciones de las unidades de análisis, formando categorías de primer nivel; luego las tablas con las agrupaciones de las categorías de primer nivel, formando categorías de segundo nivel, las cuales serán el objeto del análisis comparativo propuesto en el presente objetivo.

Las tablas contienen la codificación de cada categoría, su significado y la frecuencia de aparición en el discurso. Su presentación se realiza de acuerdo a cada participante y en el siguiente orden: Terapeuta 1; Paciente 1; Terapeuta 2; Paciente 2.

**TERAPEUTA N° 1****Tabla de categorías de primer nivel**

<b>N°</b>	<b>código</b>	<b>N° de unidades</b>	<b>SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA</b>
1	IP	5	Descripción inicial de la problemática de la paciente
2	Ex	7	Expectativas de la terapeuta sobre el proceso terapéutico
3	R	3	Actitud y disposición de la paciente durante el proceso
4	FTPt	11	Características personales en el estilo de la terapeuta
5	FTt	2	Formación profesional de la terapeuta
6	E	3	Importancia atribuida a la experiencia como terapeuta
7	ActT	5	Actitud terapéutica durante las sesiones
8	ATr	4	Aspectos transferenciales en el proceso
9	CIP	2	Cualidades personales de la paciente que aportaron al proceso
10	PAP	13	Proceso y aprendizaje de la paciente
11	ATRI	4	Rol o contribución de la terapeuta en la alianza terapéutica
12	ATt	7	Acuerdo en trabajo terapéutico
13	CP	4	Consideraciones de la terapeuta acerca del cierre del proceso
14	NFP	3	Aspectos que no facilitaron el proceso
15	Lt	6	Logros alcanzados en conjunto durante el proceso terapéutico
16	VtPt	4	Valoración que la terapeuta hace del curso del proceso
17	AciTp	9	Aspectos considerados centrales por la terapeuta en un proceso terapéutico
	<b>Total</b>	<b>92</b>	

**Tabla de categorías de segundo nivel**

<b>Nº</b>	<b>Nombre categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Categorías incluidas</b>	<b>Total unidades</b>
1	La persona del terapeuta y su aporte al proceso	PT	FTPt FTt E ActT	11 2 3 5 <b>21</b>
2	Curso del proceso terapéutico	CrPT	IP Ex CP VtPt	5 7 4 4 <b>20</b>
3	La persona del paciente y su aporte al proceso	PPapP	R CIP PAp	3 2 13 <b>18</b>
4	Alianza terapéutica	AlTr	ATt Lt ATr ATRI	7 6 4 4 <b>21</b>
5	Aspectos que no facilitaron el proceso	NFP	NFP	<b>3</b>
6	Aspectos centrales de un proceso terapéutico	AciTp	AciTp	<b>9</b>

**PACIENTE N° 1****Tabla de categorías de primer nivel**

<b>N°</b>	<b>Código</b>	<b>N°de unidades</b>	<b>SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA</b>
1	EI	7	Malestar que lleva a la paciente a solicitar psicoterapia
2	VNv	4	Valoración negativa de su vida
3	Ex	4	Expectativa de la paciente sobre el proceso terapéutico
4	APsi	4	Descripción de los propios rasgos psicológicos
5	PerSS	6	Disconformidad con el sistema de salud
6	RMC	3	Contexto vital del motivo de consulta
7	PerT	4	Valoración de las cualidades personales de la terapeuta
8	CP	1	Visión del cierre del proceso
9	Sva	3	Descripción de su situación vital actual
10	Mt	4	Metas terapéuticas en curso
11	APP	1	Cualidades personales de la paciente que favorecieron el proceso
12	A/LT	8	Aprendizajes y logros terapéuticos
13	DThP	6	Actitud de la terapeuta durante las sesiones
14	AopT	5	Ayudas otorgadas por la terapeuta durante el proceso
15	IdEI	1	Reconocimiento del propio espacio íntimo
16	Vrct	1	Valoración de la relación con la terapeuta
	<b>Total</b>	<b>62</b>	

**Tabla de categorías de segundo nivel**

<b>Nº</b>	<b>Nombre categoría</b>	<b>código</b>	<b>Categorías incluidas</b>	<b>Total unidades</b>
1	La persona del terapeuta y su aporte al proceso	PT	PerT DThP AopT	4 6 5 <b>15</b>
2	La persona del paciente y su aporte al proceso	PPapP	VNv APsi APP A/LT	4 4 1 8 <b>17</b>
3	Curso del proceso terapéutico	CrPT	EI Ex RMC Sva Mt CP	7 4 3 3 4 1 <b>22</b>
4	Alianza terapéutica	AlTr	Vrct	<b>1</b>
5	Reconocimiento del propio espacio íntimo	IdEI	IdEI	<b>1</b>
6	Percepción de la paciente sobre el sistema de salud pública		PerSS	<b>6</b>

**TERAPEUTA N° 2****Tabla de categorías de primer nivel**

N°	Código	N° de unidades	SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA
1	Vtmc	4	Visión de la terapeuta sobre los tipos de problemáticas que motivan la consulta en el sistema público
2	AEIP	13	Apreciación del estado inicial de la paciente
3	ExTP	3	Expectativas de la terapeuta sobre el proceso
4	ExPP	1	Expectativas de la paciente sobre el proceso
5	LCP	16	Logros y cambios terapéuticos de la paciente
6	TTC	3	Trabajo terapéutico en conjunto
7	AbTP	11	Habilidades y Abordajes terapéuticos en el proceso
8	AIPT	10	Aspectos considerados importantes por la terapeuta en un proceso terapéutico
9	FTT	5	Formación técnica-profesional de la terapeuta
10	ActT	6	Actitud terapéutica que favoreció el proceso
11	ActP	8	Actitud y disposición de la paciente en el proceso
12	FPT	1	Cualidades personales de la terapeuta
13	Atr	3	Aspectos transferenciales del proceso
14	ATT	4	Acuerdo en el trabajo terapéutico
15	CPP	2	Cualidades personales de la paciente que aportan al proceso
16	ADTP	3	Aspectos del proceso que son más llamativos para la terapeuta
17	E	6	Importancia atribuida a la experiencia como terapeuta
18	VRT	3	Valoración de la relación con la paciente
19	NFP	2	Aspectos que no facilitaron el proceso
	<b>Total</b>	<b>104</b>	

**Tabla de categorías de segundo nivel**

<b>N°</b>	<b>Nombre categoría</b>	<b>código</b>	<b>Categorías incluidas</b>	<b>total unidades</b>
1	La persona del terapeuta y su aporte al proceso	PT	AbTP FTT ActT FPT E	11 5 6 1 6 <b>29</b>
2	Curso del proceso terapéutico	CrPT	Vtmc AEIP ExTP ExPP ADTP	4 13 3 1 3 <b>24</b>
3	La persona del paciente y su aporte al proceso	PPapP	LCP ActP CPP	16 8 2 <b>26</b>
4	Alianza terapéutica	AITr	TTC Atr ATT VRT	3 3 4 3 <b>13</b>
5	Aspectos que no facilitaron el proceso	NFP	NFP	<b>2</b>
6	Aspectos centrales de un proceso terapéutico	AciTp	AIPT	<b>10</b>

**PACIENTE N° 2****Tabla de categorías de primer nivel**

<b>N°</b>	<b>Código</b>	<b>N° de unidades</b>	<b>SIGNIFICADO DE LA CATEGORÍA</b>
1	EI	5	Problemática que lleva a la paciente a solicitar psicoterapia
2	RMC	4	Contexto vital del motivo de consulta
3	Ex	3	Expectativa de la paciente sobre el proceso terapéutico
4	PIT	2	Percepción inicial sobre la terapeuta
5	ObPP	4	Objetivos de la paciente hacia el proceso
6	MPsi	3	Malestar psicológico asociado al motivo de consulta
7	LCP	11	Logros y cambios de la paciente en el proceso
8	APsi	3	Descripción de los propios rasgos psicológicos
9	AopT	5	Ayudas otorgadas por la terapeuta durante el proceso
10	VEP	3	Visión y evolución del proceso
11	APP	2	Cualidades personales de la paciente que aportan al proceso
12	CP	5	Visión del cierre del proceso
13	PerT	4	Valoración de las cualidades personales de la terapeuta
14	VincT	12	Apreciación del vínculo terapéutico
15	DThP	6	Actitud de la terapeuta durante las sesiones
16	ATT	4	Acuerdo en el trabajo terapéutico
17	NFP	1	Aspectos que no favorecieron el proceso
	<b>total</b>	<b>77</b>	

**Tabla de categorías de segundo nivel**

<b>N°</b>	<b>Nombre categoría</b>	<b>Código</b>	<b>Categorías incluidas</b>	<b>Total unidades</b>
1	La persona del terapeuta y su aporte al proceso	PT	PIT AopT PerT DThP	4
				5
				4
				6
				<b>19</b>
2	La persona del paciente y su aporte al proceso	PPapP	LCP APsi APP	11
				3
				2
				<b>16</b>
3	Curso del proceso terapéutico	CrPt	EI RMC Ex ObPP MPsi VEP CP	5
				4
				3
				4
				3
				3
				5
				<b>27</b>
4	Alianza terapéutica	AITr	VincT ATT	12
				4
				<b>16</b>
5	Aspectos que no facilitaron el proceso	NFP	NFP	1

A continuación se presenta, a modo de listado, cada una de las categorías que serán analizadas, con su respectivo grupo de subcategorías o temas (categorías de primer nivel), las cuales contienen el discurso de cada entrevistado.

La presentación del listado se realiza por participante y en el siguiente orden: Terapeuta 1; Paciente 1; Terapeuta 2; Paciente 2.

### **TERAPEUTA N° 1:**

#### **1- La persona del terapeuta y su aporte al proceso:**

- Formación profesional del terapeuta
- Características personales del estilo del terapeuta
- Importancia atribuida a la experiencia como terapeuta
- Actitud terapéutica durante las sesiones

#### **2- Curso del proceso terapéutico:**

- Descripción inicial de la problemática del paciente
- Expectativas del terapeuta sobre el proceso terapéutico
- Valoración del terapeuta sobre el curso del proceso
- Consideraciones del terapeuta sobre el cierre del proceso

#### **3- La persona del paciente y su aporte al proceso:**

- Cualidades personales de la paciente que aportan al proceso
- Actitud y disposición de la paciente durante el proceso
- Proceso y aprendizaje de la paciente

**4- Alianza terapéutica:**

- Acuerdo en el trabajo terapéutico
- Logros alcanzados en conjunto durante el proceso terapéutico
- Rol o contribución de la terapeuta a la alianza terapéutica
- Aspectos transferenciales en el proceso

**5- Aspectos que no facilitaron el proceso****6- Aspectos centrales de un proceso terapéutico**

## **PACIENTE N° 1:**

### **1- La persona del terapeuta y su aporte al proceso:**

- Valoración de las cualidades personales de la terapeuta
- Actitud de la terapeuta durante las sesiones
- Ayudas otorgadas por la terapeuta durante el proceso

### **2- La persona del paciente y su aporte al proceso:**

- Descripción de los propios rasgos psicológicos
- Valoración negativa de su vida
- Cualidades personales de la paciente que favorecieron el proceso
- Aprendizajes y logros terapéuticos

### **3- Curso del proceso terapéutico:**

- Malestar que lleva a la paciente a solicitar psicoterapia
- Contexto vital del motivo de consulta
- Expectativa de la paciente sobre el proceso terapéutico
- Descripción de su situación vital actual
- Metas terapéuticas en curso
- Visión del cierre del proceso

4- **Alianza terapéutica:**

- Valoración de la relación con la terapeuta

5- **Reconocimiento del propio espacio íntimo**

6- **Percepción de la paciente sobre el sistema de salud pública**

## **TERAPEUTA N° 2:**

### **1- La persona del terapeuta y su aporte al proceso:**

- Formación técnico-profesional del terapeuta
- Cualidades personales de la terapeuta
- Importancia atribuida a la experiencia como terapeuta
- Habilidades y abordajes terapéuticos en el proceso
- Actitud terapéutica que favoreció el proceso

### **2- Curso del proceso terapéutico:**

- Visión de la terapeuta sobre los tipos de problemáticas que motivan la consulta en el sistema público
- Apreciación del estado inicial de la paciente
- Expectativas de la terapeuta sobre el proceso
- Expectativas de la paciente sobre el proceso
- Aspectos del proceso que son más llamativos para la terapeuta

### **3- La persona del paciente y su aporte al proceso:**

- Cualidades personales de la paciente que aportan al proceso
- Actitud y disposición de la paciente en el proceso
- Logros y cambios terapéuticos de la paciente

**4- Alianza terapéutica:**

- Acuerdo en el trabajo terapéutico
- Trabajo terapéutico en conjunto
- Valoración de la relación con la paciente
- Aspectos transferenciales del proceso

**5- Aspectos que no facilitaron el proceso****6- Aspectos centrales de un proceso terapéutico**

## **PACIENTE N° 2:**

### **1- La persona del terapeuta y su aporte al proceso:**

- Percepción inicial sobre la terapeuta
- Valoración de las cualidades personales de la terapeuta
- Actitud de la terapeuta durante las sesiones
- Ayudas otorgadas por la terapeuta durante el proceso

### **2- La persona del paciente y su aporte al proceso:**

- Descripción de los propios rasgos psicológicos
- Cualidades personales de la paciente que aportan al proceso
- Logros y cambios de la paciente en el proceso

### **3- Curso del proceso terapéutico:**

- Problemática que lleva a la paciente a solicitar psicoterapia
- Contexto vital del motivo de consulta
- Malestar psicológico asociado al motivo de consulta
- Expectativa de la paciente sobre el proceso terapéutico
- Objetivos de la paciente hacia el proceso
- Visión y evolución del proceso
- Visión del cierre del proceso

**4- Alianza terapéutica:**

- Acuerdo en el trabajo terapéutico
- Apreciación del vínculo terapéutico

**5- Aspectos que no facilitaron el proceso**

Finalmente se presenta el análisis comparativo de las percepciones de los participantes en torno a los factores influyentes en el cambio. Este análisis es realizado por categoría y de acuerdo al listado de categorización recién visto.

El análisis comparativo se realiza por dúo y en el siguiente orden: Terapeuta1/Paciente1; Terapeuta2/Paciente2.

## TERAPEUTA 1 – PACIENTE 1:

### **1) La persona del terapeuta y su aporte al proceso:**

#### La terapeuta:

El aspecto que la terapeuta reconoce de sí misma como más influyente y facilitador del proceso de cambio de la paciente, corresponde a sus cualidades personales que caracterizan su estilo y actitud terapéutica. En su actual proceso con la paciente, esto ha significado que la terapeuta ha mantenido, en todo momento, un respeto por la emocionalidad de su paciente; por su dolor, sus constantes angustias y temores; ha validado la visión que la paciente tiene de su vida, como difícil y caracterizada por las pérdidas y desde esa validación, le ha otorgado apoyo y le ha instado a enfrentar, superar y aceptar aspectos de su historia de vida y de su situación vital actual, es decir, el proceso de jubilación. La terapeuta refiere haber actuado con tranquilidad en este proceso y haber otorgado todo el tiempo y el espacio que la paciente estimara necesarios para abrir su intimidad y poder tratar temáticas delicadas; observar esta característica en la paciente le permitió a la terapeuta guiar el proceso a un ritmo adecuado, sin invadir ni presionar la confianza. El darse el tiempo y la dedicación de encontrar y seguir el ritmo de la paciente, le permitió a la terapeuta llegar a una comprensión del trasfondo del conflicto de la paciente; llegar a lo que está detrás del temor a jubilar, llegar al temor de asumir su espacio personal de forma libre, a la evitación de hacerse cargo, a sus 63 años, de conducir su espacio íntimo, de ocupar su tiempo en sí misma. Fue así como la terapeuta llevó a terapia las temáticas que estaban latentes a la sintomatología ansiosa-depresiva de su paciente.

La terapeuta afirma que la sensibilidad personal que le ha ayudado a facilitarle el proceso a su paciente, viene respaldada por un proceso propio, es decir, el trabajar ella sus temas personales, el hacerse terapia para “terapiar” a otros.

Otro aspecto de sí misma que le ha sido de gran ayuda en este proceso es la experiencia, la que –para ella- se adquiere con el tiempo. En este proceso, su experiencia le ha ayudado a estar siempre atenta a lo que la paciente no expresa de forma verbal, es decir, a sus gestos, sus posturas, sus tonos y hasta sus silencios. Todos estos aspectos que, sin la experiencia suficiente, pasarían desapercibidos, ella ha sido capaz de “ponerlos sobre la mesa” en la terapia y generarle instancias de expresión a la paciente, instándola a hablar sobre lo que

desea hablar y no se atreve; también mostrándole que es capaz de comprenderla en los momentos en que ella no es explícita (la terapeuta observa que esto ha creado una atmósfera sanadora para la paciente)

La experiencia también le ha ayudado a flexibilizar lo técnico, en lo cual la terapeuta se ha apoyado en momentos puntuales del proceso (bajar ansiedad, facilitar aparición de nuevos contenidos), pero que no ha sido fundamental en los cambios de la paciente. A diferencia de las técnicas, el recurso de la terapeuta sesión a sesión ha sido la actitud terapéutica, fundamentada en la escucha activa, el interesarse auténticamente por el sentir de su paciente y el “no perder el hilo” durante las sesiones.

#### La paciente:

Lo que más rescata la paciente de su terapeuta es la actitud que ésta ha tenido con ella en cada sesión, reflejada en un constante respeto por el espacio terapéutico, estando ahí, con toda su atención puesta en la paciente y siempre dispuesta a ayudarla. Un respeto también por las temáticas de la paciente, mostrando una actitud paciente, es decir, avanzando al ritmo de ella, otorgándole todo el tiempo que ella ha necesitado y profundizando los temas que ella ha ido presentando en las sesiones. En lo personal, la paciente observa a su terapeuta como una persona tranquila, acertada, comprometida y muy ponderada en lo profesional, atributos que han facilitado que la paciente deposite su confianza en su terapeuta y en el proceso que mantienen juntas. Para la paciente ha sido fundamental el sentir que su terapeuta se involucra personalmente en este proceso, esto es, que se conmueve con el sentir de la paciente y se muestra expresiva con ella en cada momento.

Otro aporte de la terapeuta que la paciente rescata como muy favorecedor en este proceso corresponde a las ayudas concretas que la terapeuta le ha ofrecido en distintos momentos del proceso, tales como detenerse en ciertos temas para analizarlos con profundidad y otorgarle herramientas para enfrentar situaciones (por ejemplo, cómo fijar su propio límite en algunas relaciones); le ha instado a considerar nuevas alternativas de acción (el realizar talleres y ocupar su tiempo en actividades que antes realizaba) y, lo que la paciente considera como la ayuda más importante: el que la terapeuta la haya reafirmado en su autoestima, impidiendo que se sumerja en la depresión y que se defina desde ahí, sino respaldando su valor y rescatando sus logros personales y familiares, la fuerza que la

paciente ha tenido a pesar de los momentos muy difíciles y dolorosos que ha vivido. Gracias a esto, la paciente se ha permitido luchar por salir adelante y ha adquirido una visión de sí misma que antes no imaginaba tener.

## **2) La persona del paciente y su aporte al proceso:**

### La terapeuta:

La terapeuta destaca las cualidades personales y la actitud que la paciente ha tenido durante el proceso y que, claramente, han favorecido el que ella se movilizara a un estado de mayor bienestar. El ser receptiva, dispuesta a escuchar a su terapeuta dio pie a que ella se atreviera a cambiar la visión pesimista que tenía de sí y de su futuro y que se atreviera a realizar nuevas actividades que le entregaran momentos de tranquilidad interior. También destaca en su paciente la fortaleza personal, gracias a la cual ha podido sobrellevar y resistir un historial de pérdidas y situaciones dolorosas –que es como la paciente describe su vida-, esa fortaleza que la mantiene en pie y la ha impulsado a querer superarse, a salir del estado en que se encontraba cuando llegó a terapia. Para la terapeuta, esto da cuenta del elevado compromiso con que la paciente asume el proceso, desde un principio, junto con el elevado nivel de malestar psicológico que la aquejaba y que le sirvió como motivación inicial, en el sentido de asumir: “estoy en un momento crítico y debo tomar una decisión”.

Con respecto al mismo proceso de cambio de la paciente, la terapeuta destaca algunos acontecimientos, como la evolución que tuvo la paciente, desde un estado inicial marcado por la inseguridad, el miedo y la angustia, al actual estado de su proceso, caracterizado por la apertura y la confianza en sí misma. Ella ha aprendido a tomar conciencia de lo que le ocurre tras su sintomatología (sus dolores y su colon irritable), así mismo ha aprendido a autorregularse y a generar los cambios necesarios ante las personas y las situaciones que no le agradan: ha conocido sus límites personales y ha aprendido a resguardarlos, pues ya sabe el nivel de cercanía que necesita con quién y cuándo. Con respecto a su historia de vida también hubo un desbloqueo; ella ha visto que son ciertas pautas las que se repiten en su historia, llegando a un entendimiento más completo de su pasado y a una aceptación de lo que ya no le es posible cambiar. En la esfera emocional también hubo un avance, pues ella se atreve a experimentar emociones: ahora es capaz de vivenciar su espacio íntimo, aceptando en él tanto el miedo y el dolor, pero también abriendo paso a las satisfacciones

que ha tenido y que espera tener. Por último, en el espacio terapéutico, la terapeuta valora la proactividad actual de la paciente, quien en sesiones toma la iniciativa de plantear y relacionar temas y de hablar de sí misma sin ser guiada por las preguntas de su terapeuta. Es así como la terapeuta evalúa que está encaminado el proceso actualmente.

#### La paciente:

En este punto, la paciente es notablemente más crítica con su persona y antes de rescatar el propio cambio, da a conocer cómo su malestar psicológico y la valoración negativa que hace de su vida han dificultado el ritmo de avance de su proceso: dificultad que realza y afianza aún más sus aprendizajes durante el proceso.

La paciente se autodefine como una persona sumamente ansiosa y con una visión de futuro angustiante e incierto y afirma sentirse constantemente desvalida. También se atribuye el ser depresiva y con una visión negativa de su pasado: ella evalúa que su vida está llena de problemas, heridas sin resolver y pérdidas. Cuando llega a su terapeuta, lo hace muy perturbada y con muchos síntomas, es decir, con una muy mala calidad de vida. La paciente refiere que eso contribuyó a que finalmente se decidiera a pedir ayuda terapéutica: el ver que no podía sola y sentir la necesidad de levantarse. De ahí surge esa “soberbia” como ella lo llama, refiriéndose a la fuerza y a la capacidad de levantarse y seguir, de no dejarse estar por mucho que le costara surgir. También la confianza en que puede ser ayudada la mantuvo aferrada a este proceso.

Desde la percepción que ella tiene de su proceso de cambio, destaca, primeramente el haber encontrado, dentro del espacio terapéutico, un consuelo: el ser escuchada le permitió expresarse e ir obteniendo una mayor claridad sobre lo que le ocurría. También encontró apoyo, pues el no “sentirse sola en esto” reforzó su motivación para buscar su sanación personal. En el camino a esta sanación, ella declara que se ha resignado sobre un pasado que, lo quiera, o no, está ahí; ella hace énfasis en que tal vez jamás se mejore o recupere completamente de su dolor, sin embargo, comienza a mirar distinto y a caminar en esa dirección, hacia una panorámica esperanzadora, donde ella está activa, haciendo cosas y no empantanada en su jubilación. Ella logra ver que puede entregar más de sí aunque no continúe con el trabajo formal que tenía; ve que puede ir llenando su vida con actividades

que le son placenteras y que puede disfrutar de la compañía de quienes le rodean, comenzando por su familia.

En cuanto a la sintomatología, ella rescata lo aprendido en sesiones: cómo regularse mediante técnicas de relajación y respiración. Gracias a esto ella ve que su calidad de vida ha mejorado.

### **3) Curso del proceso terapéutico:**

#### La terapeuta:

Desde la visión de la terapeuta, hay ciertos momentos clave en este proceso terapéutico que permiten contextualizar y, por tanto, comprender de forma más realista el cambio que ha tenido la paciente.

Comenzando por el inicio del proceso: la paciente con una fuerte somatización, frustración e intensa angustia remitida a su actual etapa de jubilación. En este escenario la terapeuta se plantea como expectativa el abordar y bajar la sintomatología de la paciente, cuyo diagnóstico corresponde a un trastorno depresivo moderado y buscar profundizar y comprender en conjunto con la paciente lo que a ésta le ocurría. Siempre apuntando a una comprensión del proceso mayor: sobre los síntomas y sobre la jubilación. De esta manera este proceso se fue convirtiendo en un “proceso existencial”, con la confianza entre paciente y terapeuta como recurso de base y cuyo principal producto ha sido que la paciente se permita vivenciar su intimidad como persona validando y expresando sus emociones: auto-respaldándose.

El proceso terapéutico con esta paciente lleva, en tiempo, aproximadamente un año, en 18 sesiones. La terapeuta estima que fue cerca de la octava sesión, cuando la paciente logró modificar la angustia y el temor con los que veía su etapa de jubilación. Cerca de la doceava sesión consigue este descubrimiento y aceptación de su intimidad emocional y actualmente el proceso sienta las bases para una sanación integral.

Si bien, este es un proceso que aún está en curso y, al parecer, requiere de más tiempo, la terapeuta hace saber sus consideraciones respecto de lo que debería ser el futuro cierre del proceso con su paciente. Ella reconoce que esta relación ha estado cargada de mucho afecto, sin embargo, debe terminar en algún momento, para –por su parte- dar paso a nuevas relaciones con otros pacientes que compartirán otros procesos y –por parte de la

paciente- dar paso a que ella continúe sola, entendiendo que ya cuenta con las herramientas y la confianza en sí misma para hacerlo y en ese momento es la propia terapeuta quien debe cuestionar su capacidad de desapego.

#### La paciente:

Para la paciente también hay momentos del proceso que permiten que ella misma le dé sentido a sus aprendizajes y cambios durante éste. Comenzando por lo que a ella la lleva a consultar: su situación de jubilación y el colapso en que esto la mantenía. El desgaste que le significó luchar contra la desmotivación al comenzar cada día e intentar realizar sus actividades diarias de forma común. Ella busca ayuda terapéutica porque no sabía cómo enfrentar su jubilación; no sabía qué decisión tomar, sintiéndose con mucha capacidad para trabajar aún y con auténtica vocación de servicio, pero sintiendo también que el medio la empujaba a retirarse, viendo poco a poco que ya no había lugar para ella en el mundo laboral. La paciente se sentía estancada en la vida y con incertidumbre en torno a su futuro. La paciente imaginaba que ir con psicólogo sería parecido al médico, en el sentido de conversar sobre sus asuntos, pero sin medicación de por medio, pues ella no deseaba ser medicada nuevamente. Así fue como entró a terapia buscando consuelo, que se le escuchara y se le ayudara a enfrentar su situación. Cuando comenzó el proceso y conoció a su terapeuta, prontamente juzgó haber “caído en buenas manos”.

Conforme avanzaba el proceso y obtenía logros, seguía teniendo algunos “días terribles” por extrañar sus ocupaciones y sus rutinas, pues consideraba muy brusco el haber dejado su trabajo de golpe: ella hubiese querido dejarlo de forma progresiva.

Actualmente, aun con todos los cambios generados y las satisfacciones que ello implica, la paciente tiene en mente algunas metas terapéuticas concretas, las cuales están en curso, es decir, se está trabajando en ellas y básicamente tienen que ver con vivir su vida lo más plenamente posible junto a su familia e ir ampliando poco a poco su red social.

En lo que respecta al futuro cierre de su proceso, la paciente declara abiertamente que este para ella no es ni será un tema fácil, pues simplemente no se ve sin el apoyo y respaldo de su terapeuta para resolver las nuevas inquietudes que vayan surgiendo y las cosas que se vayan descubriendo en el camino.

#### 4) Alianza terapéutica:

##### La terapeuta:

La terapeuta califica de muy significativa la relación terapéutica con su paciente, pues es una buena relación lo que permite todo el trabajo terapéutico y en el caso de ellas, conjuntamente, mediante el establecimiento de una confianza, han logrado abrir temáticas que la paciente nunca antes hubiese hablado. La terapeuta también expresa que el conseguir una sintonía desde la comunicación fue un trabajo y logro conjunto, lo que tuvo que ver con poner en afinidad ambos estilos personales.

La mayor contribución de la terapeuta a esta relación ha sido el comprometerse a tratar todos los temas que surjan en el proceso y acompañar (“estar ahí”) a su paciente en todo momento, por más difícil que estoy pudiese resultar, pues en varios momentos el sólo acompañar a su paciente ha sido lo sanador. La terapeuta estima que su forma de “estar” con la paciente ha sido la indicada.

En cuanto al acuerdo en el trabajo terapéutico, la terapeuta expresa que las sesiones han sido, en general, más dirigidas por ella, sin embargo, hubo acuerdo en lo que respecta al cambio de objetivos, pasando desde la sintomatología y el trastorno depresivo, el conflicto de la jubilación, a revisar aspectos personales, descubrir esas pautas repetitivas en su vida y desde ahí, comenzar a aliviar su ser (para encaminarse en esa dirección fueron necesarias las primeras sesiones). Las demás metas terapéuticas han surgido desde la terapeuta que le propone hacer cosas a su paciente y desde la misma paciente cuando plantea el interés de abordar temas que le inquietan. La terapeuta destaca que todo ha sido conversado y nada impuesto.

La terapeuta también hace referencia a los aspectos transferenciales de la relación con su paciente, señalando que ha habido ciertos temas que ésta le relata y que han generado un fuerte efecto de conmoción en ella, pero esta conmoción ha sido por ver que su paciente, por quien ha desarrollado cariño, está sufriendo y no por identificarse ella misma con ese sufrimiento. Aunque hubo un par de ocasiones en que las temáticas de la paciente resonaron en la terapeuta, pero ella logró identificarlo en el momento, por tanto, modular su sentir y su respuesta terapéutica. Para lograr esta modulación, fue fundamental que la terapeuta revisara sus temas personales en terapia (ella lo señala como un aspecto vital de su formación) También destaca, la terapeuta, que la valoración que siente hacia su paciente

se ha mantenido en todo momento, incluso cuando le ha correspondido manifestar desacuerdo con su paciente y ella atribuye esta constante valoración a la relación de afecto que se ha dado entre ellas.

La paciente:

La paciente expresa que la relación con su terapeuta es excelente y no hace mayor referencia. Anteriormente habla de los aportes de su terapeuta a su proceso de cambio y cómo ella misma ha colaborado en ello, sin embargo no habla de la relación propiamente tal ni del trabajo terapéutico en conjunto. Con expresar que la relación es excelente, ella hace referencia a que con su terapeuta está muy cómoda y que el proceso le ha hecho bien.

**5) Aspectos que no facilitaron el proceso:**

La terapeuta:

Al comienzo del proceso, lo que tendió a no favorecer fue el intervalo entre sesiones (cada un mes aproximadamente), pues hizo difícil dar continuidad. También la duración de las sesiones, pues en APS cada sesión tiene un tiempo de 30 minutos, el que muchas veces no es suficiente.

Desde la visión de la terapeuta, si las sesiones fuesen más seguidas y durasen más tiempo, el proceso ya estaría finalizado, porque conllevaría un trabajo más permanente.

La paciente:

En este punto la paciente señala que todo estuvo bien y que nada ocurrió que pudiese entorpecer el proceso. No se le preguntó directamente acerca del tiempo en las sesiones a fin de no inducir respuesta, pues espontáneamente ella no reparó en ese aspecto.

**6) Reconocimiento del espacio íntimo:**

La terapeuta:

Este aspecto es lo que la terapeuta reconoce como el auténtico cambio de la paciente, a lo que la ha conducido el proceso terapéutico y lo evalúa con satisfacción, pues la paciente ha llevado al espacio terapéutico sus temas más íntimos, los que no se atrevió a tratar antes.

La paciente:

En este mismo aspecto, la paciente muestra una postura un tanto más reservada, reconociendo toda la confianza que ha depositado en su terapeuta y en este proceso, sin embargo, declara que hay cosas que ella aún decide guardar y que no las expresará, pues son “de sanación personal”. Esto da cuenta de que, para la paciente, hay un plano más íntimo que el que ella ha decidido “desenvolver” en este proceso y no dice si es cuestión de tiempo o no el “desenvolverlo”.

### **7) Percepción sobre el sistema público de salud:**

#### La paciente:

Este es un aspecto al que sólo se refiere la paciente y lo hace con notable disconformidad. Esta disconformidad está fundamentada en el sentirse discriminada por el sistema, en su condición de paciente diagnosticada como depresiva y ansiosa; siente que el medio no le da cabida ni le otorga ayudas como lo hace con los enfermos de SIDA, por ejemplo. Ella percibe que el sistema la considera como una enferma psiquiátrica y que no hace nada por sacarla adelante, al contrario, sólo se la estigmatiza.

También expresa que los psicólogos no tienen una buena posición dentro del sistema, pues son de igual forma estigmatizados, en el sentido de que están peor que los pacientes, además de haber sido ella testigo de variadas malas prácticas por parte de los psicólogos: cosas que, según ella, por ser muy fuertes, no se atreve a mencionar. Con estos antecedentes del sistema, el haber encontrado a su terapeuta, le otorgó una visión completamente contrastadora con lo que ella conocía.

### **8) Aspectos centrales de un proceso terapéutico:**

#### La terapeuta:

Este es un aspecto al que solamente se refiere la terapeuta y lo hace, destacando las cosas que, desde su enfoque, han sido importantes en todo proceso que ella ha guiado y que en este proceso con la paciente 1, han facilitado el tipo de cambio que la paciente consiguió.

Desde el plano fenomenológico fue comprender integralmente a su paciente, validando todas sus áreas de ser humano. El haber buscado comprender más allá de la depresión, el

generarle cuestionamientos a la paciente que la pudieran ayudar a comprenderse mejor a sí misma: “Terapiarla”, estar ella, como terapeuta, al servicio de la paciente y de su proceso. El uso de técnicas y herramientas terapéuticas: el usarlas con un sentido y siempre preguntándose de qué manera una técnica se va a prestar al proceso de su paciente.

## TERAPEUTA 2 – PACIENTE 2:

### 1) La persona del terapeuta y su aporte al proceso:

#### La terapeuta:

La terapeuta destaca varios aspectos de sí misma que le facilitaron el proceso de cambio a su paciente, entre ellos: su formación técnico-profesional, puesto que ella, como terapeuta familiar de enfoque sistémico, ha puesto el foco en la familia de la paciente, lo que le ha abierto un mapa y le ha otorgado información muy útil de lo que son las relaciones familiares que han contribuido a gatillar las problemáticas de la paciente y así, abordar una parte del conflicto como una dificultad en el establecimiento de límites en las relaciones cercanas.

Con respecto a su formación personal, la terapeuta señala que el haber pasado ella por proceso terapéutico es algo que le ha servido mucho en su desempeño como terapeuta, pues se trata del autocuidado, de prevenir el desgaste emocional y poder estar realmente conectada con su paciente. Esto está directamente relacionado con la cualidad de su persona que ella reconoce que ha generado el acercamiento necesario con su paciente para llevar un trabajo terapéutico exitoso, la terapeuta se refiere a la calidez de su trato, el usarse a sí misma como aparato emocional facilitador de la expresión de la paciente. Pero esta calidez puesta al servicio del proceso de la paciente no fue algo que la terapeuta tuviera de antemano, sino que lo ha conseguido con el tiempo, es decir, con la experiencia, factor que de modo más indirecto ha contribuido en este proceso, pues gracias a su experiencia ella ahora tiene mayor seguridad y su trabajo terapéutico es más auténtico y espontáneo, por tanto, menos guiado por los libros, menos formal. Con esta paciente, la terapeuta ha podido permitirse algunas bromas y ser más confrontacional cuando lo ha estimado oportuno. La experiencia también le ha facilitado el no quedarse en los síntomas, sino ir en busca de comprender lo que los está gatillando.

En lo que respecta a su actitud terapéutica en sesiones, la terapeuta reconoce que ha sido muy de ayuda en proponer un espacio de relación relativamente horizontal con su paciente, donde no sea ella vista como la experta que tiene el poder de cambiar al paciente. Desde el lenguaje: hablarle claramente, pero sin usar terminología de diagnóstico, otorgando un trato más familiar a su paciente, mostrando preocupación por su persona y reflejando que a ella,

como terapeuta, sí le ocurren cosas a nivel emocional con lo que se trata en la terapia. La terapeuta dice que el que ella misma se permitiera ser más afectiva con su paciente, ha ayudado enormemente a la relación.

Entre los abordajes terapéuticos concretos que la terapeuta ha tenido con su paciente y que han guiado el cambio de ésta, se encuentran las instrucciones o tareas que han sido dadas sesión a sesión (siendo el trabajo reflexivo también considerado como tarea). El buscar comprender cómo la dinámica familiar afecta el problema de la paciente también ha orientado bastante la ayuda terapéutica, procurando en todo momento que la paciente se sienta cómoda. Así, el conocer a la paciente, le ha permitido a la terapeuta equilibrar la cercanía cuando ha debido apañarla en su tristeza y su rabia, pero también la distancia y la confrontación cuando ha debido mostrarle cosas que la paciente se negaba a ver. Esto fue de mucha ayuda, el saber “cómo y cuándo” actuar con la paciente, de modo que ésta recibiera favorablemente las intervenciones de la terapeuta. Sin embargo, ante toda intervención, siempre han primado los contenidos que la misma paciente trae sesión a sesión: es a partir de ahí que la terapeuta ajusta cualquier planificación hecha.

#### La paciente:

La paciente, antes de comenzar el proceso, no se había hecho una idea de cómo sería su terapeuta ni de lo que concretamente esperaba de ella, sin embargo, al conocerla, percibió en ella a una persona muy cariñosa y tierna, con una actitud protectora y un estilo maternal. En palabras de la paciente, la terapeuta “tiene una personalidad que llama”, el estar con ella le genera ganas de abrazarla. Estas cualidades de la terapeuta han sido fundamentales para que la paciente se entregara y se mantuviera en el proceso con una fuerte motivación por el proceso mismo, además del deseo de cambio.

La paciente también reconoce en su terapeuta una actitud muy favorable, desde su forma de mirar que expresa ternura y su hablar que es muy expresivo, hasta su forma de tratarla, admitiendo que en un comienzo era más distante, pues la propia paciente ponía la distancia, pero con el pasar de las sesiones se creó una atmósfera muy cargada de cariño entre ambas. También la reconoce como muy atenta, es decir, una terapeuta que es capaz de acordarse de temas que se han tratado varias sesiones atrás y que está siempre al pendiente de sus dudas y dispuesta a ayudarle a resolverlas. La paciente, mediante estas actitudes, percibe que a su

terapeuta realmente le gusta lo que hace y que para ella un paciente es mucho más que llenar una ficha. Este aspecto fortaleció en gran medida la confianza de la paciente.

Este proceso ha sido llevado por ambas, sin embargo, la paciente reconoce que su terapeuta, en algunos momentos, le ha dado ciertas ayudas puntuales, tales como impulsarla a expresar lo que le molesta, a no guardar la molestia dentro de sí, haciéndole ver que eso la daña; y, en general, con todos los temas tratados, instándola a mirar y mirarse desde otra perspectiva: la paciente percibe que su terapeuta la ha hecho pensar bastante y declara que eso le ha servido.

Algo que llamó muy gratamente la atención de la paciente fue que su terapeuta tuviera la consideración de citarla nuevamente cuando pensaba darla de alta, debido a un lapso de más de un mes en que no se vieron, pues la terapeuta se encontraba con licencia. El que la terapeuta le expresara su preocupación y quisiera tantearla una vez más antes de darle el alta, hizo que la paciente se sintiera profundamente apreciada.

## **2) La persona del paciente y su aporte al proceso:**

### La terapeuta:

La cualidad personal que más rescata la terapeuta de su paciente, es la constancia que ella tuvo en el proceso, lo que le permitió afrontar todos los cambios que se propuso. Desde el comienzo del proceso tuvo una actitud favorable y una disposición permanente para realizar el trabajo terapéutico: esto la terapeuta lo considera como una honesta motivación hacia el cambio, siendo responsable al asistir a todas las sesiones y estando siempre abierta a escuchar y mirar las cosas de otra manera, aunque al comienzo se mostrara emocionalmente más distante. La terapeuta afirma que la disposición de la paciente a ser más crítica con ella misma le ha permitido cerrar algunos ciclos que la mantenían atrapada.

La terapeuta reconoce múltiples logros y aprendizajes de la paciente en este proceso. Comenzando por la esfera emocional, donde se alojaba la rabia no asumida y otras emociones truncadas: ella logra enfrentar eso y consigue estabilizar su ánimo, es decir, ahora es consciente de que se siente mejor. También generó cambios importantes en torno a la relación que mantenía con su hija: ella ha entendido los riesgos de un vínculo indiferenciado con ella, por lo que ha hecho cosas para fomentar la independencia entre ambas y visualizar, de esta manera, que su bienestar como persona no se agota en su rol de

madre: ha re aprendido a mirarse como una mujer que también necesita su espacio y sus propios proyectos. Con su ex pareja (el padre de su hija), luego de asumir la rabia y aceptar lo que no puede cambiar y lo que no depende de ella, ha conseguido coordinarse con él de forma no dañina y aunque estén cerca, actualmente sus temas en común tratan exclusivamente sobre lo relacionado con la hija.

Otro ámbito en el que generó cambios corresponde a su proyecto de vida. La paciente ha comenzado a llenarlo con actividades, se ha propuesto a aprender oficios, pues ahora ve que es capaz de hacer más cosas de las que creía. En resumen, ha articulado un discurso de sí misma que la ha empoderado, que la mantiene anímicamente estable, equilibrada y motivada. Y la terapeuta asegura que todos estos cambios no son fruto exclusivo de las sesiones, sino que parte importante de ellos se deben al trabajo reflexivo entre sesiones que la paciente asumió y desempeñó exitosamente.

#### La paciente:

La paciente se define como una persona muy reservada, que se guarda mucho y a quien le cuesta expresarse, sin embargo, también se reconoce sensible y que esta cualidad de ser sensible le hizo considerar la posibilidad de buscar ayuda terapéutica; señala que de ser más fría, ni habría considerado la opción de la psicoterapia para salir adelante.

Lo que más reconoce la paciente de sí misma en este proceso son sus cambios y sus aprendizajes. Ella ve la evolución desde el inicio del proceso, cuando casi no hablaba con la terapeuta más que para contestar preguntas y a medida que el proceso avanzaba, logró mayor facilidad de expresión tanto con su terapeuta en sesiones como en su vida cotidiana con las personas que le rodean. Ella señala que ha entendido que expresar lo que siente no está mal, al contrario, que se siente bien después de hacerlo, ya que no era sano el explotar contra ella misma. En general, declara que se ha puesto más buena para hablar y “echar las cosas afuera”. También menciona el cambio que concierne al padre de su hija y cómo le ha disminuido la ansiedad que la invadía cuando debía tratar con él. Respecto a eso, dice sentirse tranquila, incluso con un grado de indiferencia. La relación con su hija: fue en eso que recibió más ayuda, en entender que debía “despegarse” de la niña y trabajó bastante por conseguirlo, pero esto también se acompañó de un cambio de visión, es decir, no pensar sólo en la niña, sino también pensar en ella; ver que son las dos y no una sola.

### 3) Curso del proceso terapéutico:

#### La terapeuta:

Desde la visión de la terapeuta, hay algunos aspectos que tienen que ver con la forma en que este proceso en particular se fue dando y que a ella le ayudan a explicarse el cambio de su paciente. Comenzando por la vía de ingreso de la paciente, pues ella llega con una necesidad consciente, es decir, con algo que le estaba pasando y que le estaba generando malestar, por tanto, con la clara motivación de cambiarlo (a diferencia de quienes llegan derivados y no saben qué les ocurre).

La paciente llega a terapia con variada sintomatología: tristeza, rabia, angustia, ansiedad: con un cuadro depresivo, evaluado por la pauta CIE 10 y dándose cuenta de que este malestar le repercutía cada vez más en la relación con su hija.

La terapeuta no apreció un nivel de malestar demasiado elevado en su paciente, pero sí percibía su sensación de estar maltratada por la vida y que llevaba tiempo sintiéndose de esa manera y con pocas herramientas personales para salir adelante. Lo que la terapeuta rescata es que la paciente no tuviera a la base algún trastorno de personalidad que pudiese dificultar de antemano el proceso terapéutico.

La primera expectativa de la terapeuta fue controlar la sintomatología y posteriormente trabajar el duelo no resuelto en torno a su relación de pareja, a fin de que la paciente pudiera cerrar ese ciclo y mejorar su estado emocional.

Pese a todo el trabajo terapéutico que realizaron juntas, a la terapeuta no deja de llamarle la atención el que la paciente generara tantos cambios y que su ánimo se estabilizara en tan poco tiempo (6 sesiones). Este cambio tan rápido, ella se lo explica desde una afinidad entre la forma de pensar y las visiones de mundo que hay entre ella y su paciente. El que la terapeuta percibiera esta afinidad, hizo que se sintiera mucho más cómoda con esta paciente que con otros y, de seguro, esto potenció todo el trabajo en terapia y la relación misma.

#### La paciente:

Durante el curso del proceso, la paciente también fue enfocando el cambio, pues, en un comienzo, lo que la motiva a consultar son ciertas inquietudes respecto a la crianza de su hija: es la enfermera quien le sugiere buscar la ayuda terapéutica. De esta forma, la paciente

decide ir a terapia por los asuntos propios, entendiendo que si está ella en mejores condiciones, podrá estar mejor con su hija.

Su contexto vital en ese entonces era el de una segunda separación con su esposo, a raíz de una infidelidad de él. Ella señala no haber llegado muy desmoralizada a terapia, pues el hecho de saberse separada ya por segunda vez, la tenía más habituada y no así, si fuera la primera separación: en esto ella es clara al decir que cuando se separó la primera vez, quedó tan devastada que ni si quiera pensó en la posibilidad de pedir esta ayuda.

Su expectativa al iniciar el proceso era poder conversar detalladamente estos temas. Ella sabía que tendría que hablar y contarlo todo, sin mentir y estaba dispuesta a empezar y terminar este proceso aunque le costara mucho. Así, al comienzo del proceso, la paciente se encontraba con un constante malestar psicológico relacionado con su ex pareja: el sólo pensar en él la descomponía y guardaba rabia desde mucho tiempo. Entonces su objetivo terapéutico fue el lograr sacarse la rabia, que era lo que le hacía mal: el ver al padre de su hija y recordar todo lo malo y volver atrás nuevamente. Ella buscaba cerrar de una vez ese capítulo y enfocarse más en su propia persona.

La paciente ha visto la evolución del proceso como muy exitosa. Ella lo ve concretamente en que ahora, cada vez que el padre de su hija viaja a verla, ella ya no lo busca para pelear por las cosas pasadas, sino que es capaz de enfocarse con él sólo en lo que tiene que ver con la niña: ahora lo ve sólo como el padre de su hija y se entiende con él para lo que es necesario.

En cuanto al cierre del proceso, el cual será pronto, la paciente tiene sus dudas. Ella sabe que ya es momento de que continúe sola, sin embargo, no se siente completamente segura de no volver a necesitar a su terapeuta. Señala que va a extrañarla mucho, porque se había acostumbrado con mucho agrado a conversar con ella cada cierto tiempo. Ella contaba con la seguridad de que sería así y veía en su terapeuta un respaldo. La paciente preferiría conversar con su terapeuta más a lo lejos, para ver cómo siguen las cosas, en vez de recibir el alta y ya no verla más.

#### 4) Alianza terapéutica:

##### La terapeuta:

La terapeuta reconoce un alto grado de acuerdo en el trabajo terapéutico durante este proceso con su paciente. El trabajo, en general, ha sido compartido. Ciertamente ella le ha dado instrucciones puntuales a la paciente, pero ha sido en el aspecto más conductual, por ejemplo, en el desapego con la hija, le recomendó que dejara de dormir con ella en la misma cama. En otros aspectos, ha sido la paciente quien ha propuesto cosas, como el realizar actividades, por ejemplo, ir al gimnasio y aprender un nuevo oficio. La terapeuta percibe que para la paciente ha sido muy agradable ver que sí cuenta con las herramientas y la capacidad para tomar decisiones que la favorezcan: que sí puede ayudarse a sí misma.

Con respecto a la valoración que la terapeuta hace de la relación con su paciente: ella espera que para la paciente no haya sido demasiado afectiva ni inolvidable, sino, más bien realista, como la relación con la psicóloga que la ayudó y no más que eso. En cambio, para la misma terapeuta, esta relación ha sido muy significativa, ella declara que ha sido una paciente muy agradable de atender, por ser muy responsable y tener un discurso bastante realista de la vida.

El aspecto transferencial, según la terapeuta, casi no se ha hecho presente en este proceso y ella lo atribuye a que las problemáticas que la paciente trajo a terapia, prácticamente no tienen punto de encuentro con la vida de la terapeuta.

##### La paciente:

En cuanto al acuerdo en el trabajo terapéutico, la paciente señala que siempre se ha dado, aunque reconoce que el trabajo ha sido más dirigido por la terapeuta. Para planificar actividades, la terapeuta siempre se enfoca a partir de lo que la paciente quiere, es decir, le pregunta y le propone, aunque la misma paciente señala nunca no haber estado de acuerdo con algo que la terapeuta le haya propuesto. Para la paciente, una clave de esto ha sido que nunca se le impuso algo.

El vínculo terapéutico para la paciente ha sido muy importante. Ella rescata y valora mucho toda la ayuda que ha recibido de su terapeuta; le agradece el cambio. Expresa también que, en sesión, jamás sintió aburrimiento, al contrario, el tiempo se le hacía poco y siempre deseaba volver, que entraba y salía contenta de sesión. Señala que el estar con su terapeuta

para ella era muy relajante, que cada vez la hacía soltarse más, hasta el punto de reconocer haberse vuelto buena para hablar y que confía en que la terapeuta ve reflejado esto en sus conversaciones con ella, las que ahora son más espontáneas y cargadas de risas.

La paciente concibe todo esto como posible, debido a la forma de ser de su terapeuta, que es su personalidad lo que la hace ser buena, hasta la califica de “hipnótica” y que le dan ganas de abrazarla cada vez que le toca despedirse de ella. Afirma también que nunca va a olvidarla y que la va a extrañar mucho cuando ya no la vea.

### **5) Aspectos que no facilitaron el proceso:**

#### La terapeuta:

Ciertas temáticas familiares que se fueron metiendo entre medio y generaron bifurcaciones en las temáticas centrales. Además de la distancia entre sesiones.

La terapeuta refiere que si las sesiones hubiesen sido más seguidas, se habría posibilitado tocar y resolver esas temáticas familiares que no fue posible profundizar.

#### La paciente:

La distancia entre las sesiones. Una vez al mes ella lo considera muy poco. Una vez por semana sería el intervalo ideal.

### **6) Aspectos centrales de un proceso terapéutico:**

#### La terapeuta:

A este punto sólo se refiere la terapeuta y lo hace destacando ciertos elementos, desde su enfoque, que le son fundamentales en todo proceso que dirige y que, en este caso, también han resultado de gran utilidad para promover los cambios en su paciente.

En primer lugar, su consideración de que la terapia no es sólo lo que ocurre en las sesiones, sino que es el paciente quien tiene la responsabilidad de dar vuelta a ciertas ideas y en la medida que eso ocurra, llegará a la próxima sesión con más trabajo hecho. Esto ocurrió con su paciente, orientado por las tareas que ella le daba.

En segundo lugar, el tener presente que la terapia no significa solucionarle el problema al paciente. En ese sentido, la paciente afirma que el psicólogo no es mago. Para ella, la



terapia se trata de, con lo que el paciente tiene, ayudarlo a articular una narrativa sobre sí mismo que lo haga más libre y más feliz. En este proceso tal aspecto también se refleja, puesto que en ningún momento la terapeuta se propuso que su paciente recuperara la relación de pareja que tenía con el padre de su hija, sino que armara otro discurso sobre sí misma, que fuese más autocrítica y así cerrara ese ciclo.

Otro aspecto tiene que ver con que el paciente efectivamente perciba que es importante para el terapeuta y no solamente un expediente más. En este proceso esto se ha visto muy reflejado en la referencia que hace la paciente a la persona de su terapeuta, a la actitud que ella muestra en las sesiones y al mismo vínculo terapéutico.

Finalmente, para la terapeuta es un aspecto importante el propio equilibrio y no problematizar al paciente lo que él mismo no ha problematizado, sin embargo, no dejar de advertir cuando se observa que algo implica un riesgo. En el caso de su paciente, la terapeuta, llegado el momento, le advierte de los riesgos de estar casi fusionada con la niña, cuestión que la paciente no vio originalmente como un problema.

## CAPÍTULO VI

### APRECIACIONES CONCLUSIVAS

El presente estudio consistió en conocer, analizar y relacionar las percepciones de dos pacientes de la quinta región, pertenecientes al sector público de salud y sus respectivas terapeutas, en torno a los factores que tuvieron mayor influencia sobre el cambio psicoterapéutico que vivieron las pacientes durante su proceso. Por tratarse de un estudio de casos, en el cual se ha indagado con profundidad y en un momento determinado del proceso terapéutico, no es válido extraer conclusiones y pretender que estas sean generalizables a los procesos terapéuticos que compartan las características de los casos estudiados en esta investigación. Sin embargo, es posible llegar a ciertas apreciaciones conclusivas respecto a las similitudes y diferencias en la visión que paciente y terapeuta han dado a conocer en cada caso. También es posible rescatar la relación de dichas percepciones con lo que la teoría e investigaciones revisadas establece sobre lo que es el cambio en psicoterapia y a qué se atribuye fundamentalmente.

En primer lugar, cabe destacar que, en ambos casos, la terapeuta es percibida por su paciente como una profesional eficaz, con vocación y verdaderamente preocupada por el bienestar de la paciente. A su vez, ambas pacientes son percibidas por sus terapeutas como personas altamente comprometidas con el proceso terapéutico que llevan y que actualmente muestran un notable nivel de cambio en relación a la fase inicial de su proceso.

En cuanto a *la persona del terapeuta*, tema que alcanzó mayor consenso en las pacientes con respecto a su centralidad en el proceso y a la influencia ejercida a favor del cambio psicoterapéutico. Si bien, la literatura reconoce, entre las variables del terapeuta que mayor importancia tienen en el éxito de una terapia: las habilidades personales, la actitud terapéutica, la experiencia, la experticia y el bienestar emocional; cada caso presenta sus diferencias:

En el **caso 1** hubo completa coincidencia en que las *cualidades personales* y la *actitud* de la terapeuta durante las sesiones, fueron claves para entablar la confianza y permitir que el proceso avanzara al ritmo adecuado para la paciente. En otras palabras, la mayor parte del proceso tuvo lugar gracias a que la terapeuta se mostró cálida y cercana en todo momento y mantuvo una actitud de compromiso, mucha atención y dedicación para cada aspecto

presentado por la paciente, además de involucrarse emocionalmente con ella y con su sentir.

La terapeuta, por su parte, además de lo anterior que es coincidente con su paciente, hace mayor énfasis en los aportes que su persona ha hecho al éxito del proceso y esto probablemente se deba al enfoque terapéutico gestáltico que ella imparte, desde el cual ha destacado su búsqueda de una comprensión a nivel fenomenológico de la problemática de la paciente. En comparación con la terapeuta 2, la terapeuta 1 se ha apoyado más en su enfoque, al punto de promover una terapia –como ella la llama- existencial; guiando a su paciente hacia un mayor autoconocimiento, más que a la resolución de conflictos puntuales. Otro motivo por el cual esta terapia ha tenido un fuerte matiz existencial, puede ser el tiempo compartido por ambas, pues llevan más de un año de terapia, tiempo suficiente para lograr profundizar tanto la comprensión como la expresión de las temáticas que han ido surgiendo. La edad de la paciente también puede ser un factor facilitador del tipo de proceso seguido, o –visto de otra manera- puede ser su edad lo que la haga idónea para un proceso terapéutico centrado en lo existencial, puesto que, a sus 63 años se encuentra en una etapa de su ciclo vital, cuya tarea es encaminar el término de su vida con un ser integrado, luchando contra la desesperanza y el sentimiento de inutilidad. De este importante aspecto se habría percatado la terapeuta y, como Duncan, Hubble y Miller, lo plantean desde sus investigaciones en psicoterapia, “la terapeuta, mediante el conocimiento de su paciente, logró integrar sus variables y así promover que ella se ayudase a sí misma”. Esto le da sentido al constante trabajo que significó en este proceso el revisar la historia de vida, promover la aceptación y valoración de un pasado que no puede modificarse. Junto con esto, una visión más alentadora del futuro, dando cabida al espacio íntimo, es decir, que la paciente, después de toda una vida, aprenda a valorar el estar con sí misma.

En el **caso 2**, se evidencian algunas diferencias en cuanto al grado de importancia atribuido a la *persona del terapeuta* y a la forma en que la propia terapeuta contribuyó de forma más significativa al proceso:

Comenzando por la paciente, quien reconoce como fundamental en su terapeuta, sus *cualidades personales* y su *actitud* (al igual que lo hace la paciente 1: he ahí la coincidencia de ambas pacientes) y desde estas dos variables es que la paciente se explica su apertura al proceso, su confianza en la terapeuta y hasta el mantenimiento de su elevada motivación

hacia el cambio. La terapeuta, no obstante, hace menor énfasis en la influencia que su persona, como factor, ha ejercido sobre el proceso y en la paciente (a diferencia de lo que expresa la terapeuta 1) y de esta “más modesta” influencia, la terapeuta, además de considerar su *actitud* de compromiso con el proceso y preocupación por el bienestar de su paciente, otorga un mayor espacio a su *experticia técnica*, a diferencia de la terapeuta 1, para quien el factor técnico, aunque importante, influyó escasamente en su proceso. La importancia de lo técnico para la terapeuta 2, también puede estar dada por el enfoque terapéutico sistémico que imparte, desde el cual, el conocer las pautas relacionales que la paciente mantiene con su familia, le ha aportado información muy útil en torno a la problemática de esta misma. En tal sentido, también parece haber un adecuado ajuste entre el tipo de problemática que llevó a la paciente 2 a consultar y el enfoque terapéutico que su terapeuta le ha ofrecido, pues la paciente sí presentaba temáticas concretas, tales como una ruptura matrimonial emocionalmente no resuelta, límites relacionales difusos con su hija y una indiferenciación de roles con su ex esposo, por tanto, el abordaje terapéutico -más orientado a la resolución y a un cambio de narrativa sobre sí misma- consistente en un fuerte trabajo reflexivo junto a la realización de múltiples tareas entre sesiones, fue percibido por la paciente como la manera adecuada de resolver favorablemente su situación, es decir, conseguir cambiar.

Desde una comparación de las percepciones que ambas terapeutas tienen sobre su propia persona como factor terapéutico, es posible dar cuenta de algunas interesantes convergencias:

La *experiencia* es una variable muy reconocida por ambas, como fundamento de un buen desempeño terapéutico. Esto no significa que sea imprescindible y que sin experiencia no sea posible llevar adelante una terapia que ayude al paciente, sin embargo, fortalece el conocimiento que ya tienen, permitiéndoles generar nuevos aprendizajes. Mientras que para la terapeuta 1, la experiencia le ha dado pie a desarrollar los aspectos intuitivos (sobre todo desde el lenguaje no verbal), a la terapeuta 2 le ha permitido encontrar su estilo terapéutico personal, dentro de su enfoque, es decir, ser más espontánea.

Coinciden con la teoría en que, para ambas, la experiencia como terapeuta implica tiempo y esto se da necesariamente a medida que avanzan en edad. (Sandell, 1998)

Aunque para la terapeuta 2, el aspecto técnico cobre mayor importancia que para la terapeuta 1, es importante mencionar que para ninguna se trató de algo fundamental; para ambas fue un objetivo central el ir más allá de la identificación y abordaje de los síntomas y del diagnóstico de trastorno depresivo moderado de sus pacientes, para lo cual sí fue fundamental el que se involucraran más personal que técnicamente en el proceso.

De igual forma ocurrió con el enfoque terapéutico. Si bien, cada terapeuta procedió con su paciente, principalmente desde el enfoque terapéutico al cual se adhieren, cabe destacar que ninguna se explica el éxito terapéutico desde su enfoque particular, sino que reconocen como auténticos protagonistas de este éxito a cada *paciente*, a ciertas *cualidades personales* de ellas como terapeutas y a la *relación terapéutica* que se construyó en cada caso.

En este punto, lo revelado por las terapeutas difiere de lo que la teoría plantea, en cuanto a que los terapeutas tienden a atribuir el éxito terapéutico a su enfoque, mientras que respalda lo que originalmente planteó Rogers y más recientemente las investigaciones de Duncan, Hubble y Miller (1999), en cuanto a que las cualidades personales del terapeuta tales como la empatía, la calidez, la aceptación y la flexibilidad, tienen mayor efecto terapéutico que la técnica por sí sola.

Con respecto a que el terapeuta viva su propio proceso terapéutico, ambas terapeutas coinciden en la importancia de este aspecto y no sólo durante el proceso de formación que debe tener el terapeuta, sino como una herramienta personal adicional. Ambas terapeutas afirman que la terapia para el terapeuta es beneficiosa, aunque para la terapeuta 1, tal beneficio consiste en una más completa elaboración de las temáticas personales, a fin de lograr un reconocimiento de ellas y evitar que los aspectos transferenciales (que, de hecho, los hubo) modularan negativamente sus respuestas hacia la paciente. En cambio, para la terapeuta 2 tiene que ver directamente con el autocuidado, es decir, para ella el hacerse terapia ha constituido una protección ante el desgaste personal que le ha implicado trabajar, como terapeuta familiar, temáticas muy fuertes.

*La persona del paciente*, como factor terapéutico, alcanzó un menor consenso entre lo percibido por las pacientes y sus respectivas terapeutas, puesto que las terapeutas reconocieron más recursos personales en sus pacientes, que ellas en sí mismas.

Son las pacientes quienes han expresado una visión más humilde de su rol en cada proceso, siendo críticas al momento de describir aspectos de su personalidad; que, exceptuando la

decisión de asistir y la motivación de mantener el proceso en curso –aspectos que sí reconocen como propios- los demás logros han sido impulsados en mayor o menor medida por sus terapeutas, ya sea con la sola actitud de acompañarlas en su dolor, la apertura emocional de las terapeutas y sus constantes muestras de preocupación por el bienestar de las pacientes y las ayudas terapéuticas concretas otorgadas por las terapeutas durante el proceso (ciertas sugerencias y tareas terapéuticas).

Tales diferencias en la forma de percibir el “real” aporte de las pacientes al proceso y al cambio, podrían relacionarse con las siguientes visiones de lo que un proceso terapéutico implica:

- a) Desde la visión de las pacientes, como personas que sufren y, usando el concepto de Frank, en un estado de desmoralización, caracterizado por un sentimiento de ineficacia ante el fracaso de los anteriores intentos por resolver solas o con ayuda sus conflictos, es que las pacientes decidieron buscar una ayuda profesional: la de una terapeuta con un entrenamiento que la convierte en experta y con una certificación y reconocimiento social de su experticia. De esta manera, cada paciente deposita su confianza en su terapeuta (en que ésta las sabrá contener, apoyar, acompañar y guiar cuando sea necesario) y en el proceso terapéutico (en que la terapia va a ayudarles, aun cuando les exija sacrificios).
  
- b) Desde el punto de vista de las terapeutas, quienes abandonan la postura de “expertas sobre el paciente” y dan paso a que cada paciente sea la experta sobre sí misma, siendo la terapeuta una facilitadora que pone sus recursos personales y técnicos al servicio de su paciente y otorgándole ciertas ayudas concretas, no obstante, es cada paciente quien cuenta con sus propios recursos y herramientas personales que hacen posible el cambio; recursos que están ahí, aunque la paciente, producto de su perturbación emocional, no logre verlos.

Tanto terapeutas como pacientes convienen en que estas últimas mostraron y mantuvieron una actitud positiva hacia la terapia y que estuvieron dispuestas a examinar y comunicar sus sentimientos durante el proceso de cada una.

Con respecto a la *relación terapéutica* como factor común en toda terapia, hubo unanimidad en las visiones de ambas pacientes y ambas terapeutas en cuanto a considerar que:

- Ha sido muy positiva tanto para paciente como para terapeuta
- Ha sido el marco o el fondo sobre el que toda interacción favorable, toda la confianza depositada y todo cambio conseguido han sido posibles.
- Se ha dado, en lo referente al trabajo terapéutico (*tareas y metas*, de acuerdo a Bordin, 1979), sin presiones, sino con completo acuerdo, pese a que las terapeutas han tendido a dirigir más el trabajo en sesiones.

El que exista unanimidad en lo mencionado anteriormente, no significa que ciertas percepciones en torno al mismo tema no difieran: de hecho, lo hacen, pero estas diferencias tienen que ver con el aspecto *vincular* de la relación.

Comenzando con el **caso 2**: hay en él una diferencia muy llamativa, donde la terapeuta considera como muy significativa y cargada de afecto la relación que estableció con su paciente, sin embargo, no espera que para ésta lo sea del mismo modo, sino supone que para su paciente la relación “fue lo que debió ser”, es decir, sólo una relación con la psicóloga que la ayudó y no más significativo ni trascendente que eso.

La paciente, en completo contraste, afirma que su cariño y gratitud hacia la terapeuta es tal, que no va a olvidarla y asegura que va a extrañarla cuando su proceso termine y que no desea dejar de verla, pues llegó a quererla mucho.

Esta diferencia resulta bastante llamativa, pues la terapeuta considera que llegó a darse mucha cercanía, cariño y confianza entre ambas y, más aún: afirma que en este proceso con su paciente hubo cierta “potenciación”, es decir, hubo mucho repunte terapéutico en pocas sesiones y esto la misma terapeuta lo atribuye a una semejanza personal con su paciente, en cuanto a formas de pensar y a visiones de mundo. Tales antecedentes podrían dar cuenta de que lo expresado por la terapeuta 2 sobre el vínculo, constituye una respuesta socialmente deseable o, tal vez, sólo da cuenta de que la terapeuta no percibió correctamente el grado de apego que su paciente ha llegado a tenerle.

De todas formas, lo señalado anteriormente coincide con un importante hallazgo en psicoterapia, por Kiesler y Watkins en 1989; Randeau y Wampold en 1991; Beutler en 1991 y Lupini en 2001, todos ellos, quienes encontraron una relación estadísticamente

significativa entre la compatibilidad paciente terapeuta -en cuanto a valores y filosofías- y la alianza terapéutica y que esto refuerza el resultado de la terapia.

Ahora, con respecto al **caso 1**, la diferencia estriba en la participación que cada una se atribuye en la conformación del vínculo terapéutico:

La terapeuta sostiene que la parte afectiva de la relación ha sido muy significativa y que ambas han contribuido a establecer la confianza que está a la base de este vínculo, mientras que la paciente se limita a expresar que la relación ha sido excelente y que se ha sentido muy comprendida, respetada y estimada, sin embargo, no hace referencia a su contribución personal a la relación en el sentido en que Lambert (1994) lo describió, señalando que del 30% de la varianza del cambio es explicada por la relación y que tanto paciente como terapeuta aportan un 15% a ella.

Para la terapeuta 1 este mismo aspecto parece estar más claro, pues ella sí hace explícito que la relación terapéutica es bipersonal y que la paciente es una co-participante, con un rol activo en su proceso (de acuerdo a Safran y Muran, 2000). Es a esto que la terapeuta apunta cada vez que rescata la proactividad de la paciente 1 en su propio proceso como un recurso de mucha ayuda.

Finalmente, al hablar del cambio de las pacientes propiamente tal y considerando que sobre cualquier definición de cambio terapéutico (el que puede ir desde una mejoría sintomatológica, pasando por cambios conductuales, cognitivos, afectivos, hasta llegar a un mayor autoconocimiento), se encuentra la *experiencia subjetiva de cambio* que tiene el paciente; de la misma manera en que la percepción de las actitudes del terapeuta tienen mayor efecto que lo que el terapeuta “objetivamente” pretende ofrecer. Pues, en ambos casos, las pacientes llegaron a esta experiencia subjetiva de cambio, manifestada en un *sentirse aliviadas* aun cuando su situación vital permaneciera sin variaciones. También es destacable que, aunque atribuyéndolo más a los aportes de sus terapeutas que a los recursos y méritos propios, ambas pacientes han logrado reconocer y valorar todos sus cambios, desde las distintas esferas en que estos se han producido.

En cuanto a los aspectos que no contribuyeron al cambio terapéutico de las pacientes, todos coinciden –salvo la paciente 1, quien considera que todo ha sido provechoso– en la distancia entre sesiones ya escasa duración de las mismas. Este aspecto puede significar un

interesante desafío a las políticas públicas en tema de salud mental, en el sentido de otorgarle a la psicoterapia un espacio propio y no supeditado al diagnóstico clínico.

Como última consideración en esta investigación, se destaca que los dos casos estudiados han hecho referencia a los mismos factores comunes o macro-variables en psicoterapia, los que Frank ha propuesto en su modelo. Visto de este modo, la investigación no significa novedad alguna, no obstante, el aporte que este estudio ha pretendido entregar no ha sido el de buscar nuevos factores terapéuticos o cuestionar la validez de lo que ya ha sido teorizado y respaldado por múltiples posteriores investigaciones, como es el modelo de variables inespecíficas de Frank, puesto que, cualquier factor terapéutico que aparezca y por muy lejano que pueda pensarse, haría referencia a alguno de los tres factores, ya sea al terapeuta (y las variables que lo conforman), al paciente (y las variables que lo conforman) o a la relación (y sus distintos aspectos, entre ellos la alianza, también con las variables que la conforman). No en vano el modelo es el telón de fondo de cualquier estilo o enfoque terapéutico.

El aporte que esta investigación buscó entregar fue más modesto y consistió en conocer qué aspectos o factores de cada macro-variable fueron considerados por cada participante como los más influyentes en el cambio psicoterapéutico de las pacientes que viven su proceso de terapia y de qué manera en particular dichos factores influyeron en cada paciente y en cada terapeuta.

## CAPÍTULO VII

### LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del presente estudio son, principalmente, de orden metodológico y se debieron fundamentalmente a dificultades con los tiempos requeridos, a la reducida disponibilidad de recursos instrumentales y humanos para una investigación a nivel de pregrado, además de un marcado recelo por parte de muchos terapeutas y algunos pacientes en cuanto a abrir sus experiencias terapéuticas ante una investigadora desconocida.

La primera limitación consiste en que en este estudio hubo un único momento de recopilación de información, es decir, a cada participante sólo se le entrevistó una vez, lo que evitó un tratamiento más acabado de dicha información, pues, de haber entrevistado a los participantes en distintos momentos, además de recoger una visión más completa de su proceso terapéutico, habría sido posible triangular lo obtenido.

Una segunda limitación viene dada por la selección de las pacientes de ambos casos. Puesto que en este estudio se ha trabajado con casos típicos ideales, había sido formulado un listado de requerimientos para su adecuada selección, no obstante, por cuestiones de disponibilidad y tiempo, no fue posible cumplir con el requisito que demandaba que ambas pacientes pertenecieran al mismo ciclo vital, ya que una de las pacientes tiene 30 años y la otra, 63. Tal limitación fue considerada al momento de realizar los análisis y las conclusiones de este estudio.

Existe una tercera limitación, la cual también tiene que ver con la disponibilidad de recursos y consistió en cierta escasez de investigaciones más actuales que den cuenta de cómo es considerado y atribuido el cambio terapéutico tanto por pacientes como por terapeutas. Ciertamente, sobre ese tema, hay escasez de información y los estudios que más se acercan son los relacionados con la relación terapéutica.

## CAPÍTULO VII

### LINEAMIENTOS FUTUROS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, como estudio de casos, podría dar origen a mayor calidad y cantidad de estudios en esta misma línea, pues, a estas alturas ya nadie parece dudar que cada proceso terapéutico es único, aunque comparta con otros procesos el motivo de consulta en cuanto a conflicto vital -donde es sabido también que la variedad de las temáticas que originan una consulta con psicólogo es limitada. Véase Kleinke, 1998- , el diagnóstico clínico -cualquiera sea el eje del que provenga y con cualquier manual con que sea hecho el diagnóstico. Véase DSM-IV y CIE10- , la estructura de personalidad -aunque dos pacientes posean los mismos rasgos- , las variables demográficas, el enfoque terapéutico con que se les aborde y aunque sea el mismo terapeuta quien los atienda. No importa la cantidad de similitudes que puedan encontrarse entre un caso y otro: cada proceso terapéutico será distinto; incluso dos procesos terapéuticos del mismo paciente serán distintos.

Los aspectos macro en psicoterapia han sido exhaustivamente estudiados: así como hay factores comunes, hay definición de múltiples enfoques terapéuticos, diversos instrumentos de medición de alianza terapéutica, inventarios de personalidad, manuales de diagnóstico y de tratamiento de múltiples psicopatologías y trastornos, hay también múltiples investigaciones sobre el aporte de la terapia farmacológica a un proceso terapéutico... En resumen: se han inventado y descubierto y posteriormente teorizado un sinfín de herramientas que dotarían al psicólogo y particularmente al terapeuta, del conocimiento necesario para embarcarse en la noble labor de la psicoterapia, la cual implica trabajar muy cercanamente al dolor emocional de las personas.

Así, con toda la instrucción recibida, no deja de ser común que los estudiantes de último grado nos enfrentemos cada año y con una importante cuota de temor a la pregunta:

“¿Cómo se hace psicoterapia?”

Pregunta que, por supuesto, no tiene *una* respuesta, sino que es cada uno quien debe encontrar esa respuesta y lo cierto es que cada caso tiene su respuesta, que no será la misma del caso anterior ni para el caso siguiente.

Los psicólogos creemos en el aprendizaje vicario, de ahí que nos sea posible trabajar con temáticas que no hemos vivido personalmente. He ahí un argumento a favor de la generación de más estudios de casos y la importancia que ellos tendrían tanto en el proceso de formación de psicólogos como en la contribución al perfeccionamiento de los terapeutas ya experimentados, pues es a través del estudio de un caso particular que se tiene un acercamiento y una comprensión más fiel de una realidad o proceso particular.

Ya se cuenta con suficientes generalizaciones teóricas en torno a la psicología y, al fenómeno humano, en general.

El fenómeno humano es particular, es único, irreplicable, dinámico y complejo. Es conocible, pero lo es más ricamente desde su realidad particular, desde su propio contexto.

¿Quién de nosotros, mientras fue estudiante, no se interesó más en una clase cuando la maestra enseñó las habilidades terapéuticas, desde el relato de un proceso terapéutico en particular, en vez de hacerlo desde la explicación de una teoría impersonal?

Es de esta manera que dejó la inquietud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Safran, J., Y Muran, J.C: La Alianza Terapéutica
- 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
- Kleinke C (1998). *Principios Comunes en Psicoterapia*. Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología. Bilbao. (capítulos 4 y 8)
- Calderón C. (1999). “Evaluación de Resultados en Psicoterapia: Alcances, Limitaciones, Necesidades y Propuestas”. Seminario Programa de Magíster Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carl R. Rogers. *El Proceso de Convertirse en Persona*. Ed. Paidós, *Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología* ( 1972)
- Mark A. Hubble, Barry L. Duncan, Scott D. Miller. *El corazón y el alma del cambio: lo que funciona en la terapia*. (1999) ISBN 155798557X. Asociación Americana de Psicología.
- Mark A. Hubble, Barry L. Duncan, Scott D. Miller. *Psicoterapia con casos imposibles* (1997)
- Mariane Krause, Guillermo de la Parra, Roberto Arístegui, Paula Dagnino, Alemka Tomicic, Nelson Valdés, Oriana Vilches, Orieta Echávarri, Perla Bendov, Lucía Reyes, Carolina Altimir e Ivonne Ramírez. *Indicadores genéricos*

de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Pontificia Universidad Católica de Chile*

- Patricia Santibáñez Fernández: Variables inespecíficas en psicoterapia Cambio en psicoterapia y variables inespecíficas
- Importancia de la persona del terapeuta dentro de la formación de alumnos de psicología en pregrado en Chile. “hacia un desarrollo profesional y encuentro personal”(tesista: Daniela Andrade, 2008)
- M. Arredondo y P. Salinas: Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile. Tesis Universidad de Chile. 2005
- Rodríguez: El futuro de la psicoterapia. 2004
- Investigación en Psicoterapia: El Estado de la Cuestión. Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna Universidad Ramon Llull, Barcelona
- Stake, 1999. Metodología con estudio de casos
- García, Gil y Rodríguez, 1999. Métodos cualitativos de investigación en psicología
- Fernández, Hernández y Baptista, 1997. Metodología de la investigación cualitativa

## ANEXOS

Valparaíso, Diciembre 2011

Al señor/señora:

Junto con saludarle cordialmente, me dirijo a usted presentándome: Mi nombre es Carolina Vergara Guzmán, rut 16 483 179-5, soy estudiante de quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Actualmente me encuentro efectuando una investigación correspondiente al seminario de título. El tema de esta investigación es la relación terapéutica y el efecto que la psicoterapia tiene en las personas, para lo cual solicito la participación de un grupo de terapeutas y sus pacientes dados de alta hace pocos meses, para realizarles una entrevista en profundidad acerca de distintos aspectos del proceso terapéutico que vivieron y que tienen relación con el tema objeto de la presente investigación.

De acuerdo con la rigurosidad metodológica que esta investigación exige, las formalidades serán las siguientes:

- El lugar de entrevista: Consultorio o consulta donde ud. Atiende o es atendido
- El horario: se convendrá de acuerdo a la disponibilidad de cada participante.
- El tiempo estimado: para cada entrevista es cercano a una hora.
- Tratamiento de la información: para garantizar la fiel recogida de información, se utilizará grabadora y un block de notas como orientación de la entrevista.

Por último, los resguardos éticos:

- La Confidencialidad: Su nombre conservará el anonimato y cualquier dato personal que pudiera entregarse durante la entrevista, será guardado confidencialmente, es decir, no aparecerá en los registros de la investigación.
- El Respeto: La entrevistadora se compromete a otorgarle un trato respetuoso, sin presionarle ni censurarle en la entrega de información.
- Las grabaciones serán de exclusivo uso de la investigadora y sólo para su posterior análisis, teniendo usted el derecho de solicitar posteriormente la cinta.

- Tiene usted el derecho a solicitar las transcripciones de la entrevista en la cual participó y a solicitar leer por completo la investigación de la cual ha formado parte.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma colaborador

firma profesor guía  
Silvia Reyes. S

firma jefe de carrera  
Roberto Chiang. S

