



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencia Sociales  
Departamento de Psicología

**Efectos de la problemática presentada por el paciente  
en la vida personal de psicólogos novatos y  
experimentados y sus mecanismos para elaborar los  
procesos y/o cuestionamiento elicitados.**

Memoria para optar al título de psicólogo.

Diego Esteban Burgos Santana

Profesora guía: Laura Moncada

Santiago, 2013

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo agradecer a todas aquellas personas que me ofrecieron su ánimo y apoyo incondicional durante el proceso de realización de esta investigación y durante toda la carrera.

A mi familia, mi madre y padre que me dieron aliento durante las noches de estudio y momentos de desesperanza; a mis hermanos que soportaron el mal humor; y a mis abuelos, tíos y tías, primos y primas que siempre estuvieron presentes.

A mis amigos y amigas de diversos contextos que constantemente demostraban su preocupación y energía, en especial a Susan, Kari, Javi, Pau y Pachi por su apoyo permanente, contención y cariño.

A mi profesora Laura Moncada por su comprensión, guía, cariño y respeto por mis ideas, tiempos y procesos personales.

Al equipo de investigación, por su trabajo y esfuerzo en la concreción de los diversos estudios.

A todos aquellos terapeutas que entregaron parte de su tiempo y experiencia para la realización de esta investigación.

## ÍNDICE

<b>I.- Resumen</b>	<b>5</b>
<b>II- Introducción</b>	<b>6</b>
<b>III.- Marco teórico</b>	<b>9</b>
1.- La persona del terapeuta	9
1.1.- Rol del terapeuta	9
1.2.- Influencia de la persona del terapeuta en el proceso Terapéutico	10
2.- La historia personal del terapeuta y su motivación para serlo	14
3.- Impacto del trabajo en el terapeuta	18
3.1.- Psicopatologías asociadas al trabajo como terapeuta	20
3.1.1.- Depresión	20
3.1.2.- Burnout	21
3.1.3.- Desgaste por empatía, estrés traumático secundario y traumatización vicaria	24
3.2.- Efectos del trabajo en la vida personal del terapeuta	27
<b>IV.- Objetivos y relevancia del estudio</b>	<b>33</b>
1.- Preguntas de investigación	33
2.- Objetivos	33
2.1.- Objetivo general	33
2.2.- Objetivos específicos	33
3.- Preguntas directrices	34
4.- Relevancia del estudio	36
<b>V.- Metodología</b>	<b>38</b>

1.- Muestra	38
2.- Procedimiento	39
3.- Análisis	40
<b>VI.- Presentación de resultados</b>	<b>42</b>
<b>VII.- Discusión</b>	<b>73</b>
<b>VIII.- Limitaciones y proyecciones del estudio</b>	<b>92</b>
<b>IX.- Bibliografía</b>	<b>93</b>
<b>X.- Anexo</b>	<b>100</b>
1.- Entrevista	100

## I.- RESUMEN

La presente investigación se encuentra centrada en la persona del terapeuta, posee un enfoque metodológico cualitativo, siendo de tipo exploratorio-descriptivo con un diseño no-experimental transversal. Se presentan como principales objetivos describir los efectos que tiene la problemática del paciente en la vida personal de los terapeutas y los mecanismos que estos utilizan para elaborar lo elicitado por ella, identificando si existen diferencias entre un grupo de terapeutas *novatos* y uno de *expertos*. De esta manera, la muestra se compone de un total de veinticuatro psicólogos clínicos de diversas corrientes teóricas, la cual se divide en dos conjuntos, de doce terapeutas cada uno, correspondientes novatos que deben estar dentro de un rango de entre un año y medio y tres años y medio de experiencia laboral; y el de expertos que incluye a aquellos con quince o más años dedicados al área clínica de la psicología, configurándose como una muestra no probabilística e intencionada. Para la recolección de la información se utilizó una entrevista semi-estructurada aplicada de manera individual a cada sujeto.

En cuanto a los resultados del estudio, es posible indicar que se distinguieron diversos ámbitos de afección en la vida personal de los terapeutas surgidos a raíz de la problemática del paciente y diferentes formas de manejar esta afección, dando cuenta de similitudes y diferencias en los grupos de terapeutas.

**Palabras clave:** Persona del terapeuta, terapeutas novatos, terapeutas experimentados, afección en la vida personal de los terapeutas.

## II.- INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica clínica en psicología, es posible distinguir distintas variables que intervienen en el proceso psicoterapéutico, tales como: el paciente, el terapeuta, la vinculación entre ambos, el encuadre, setting, ambiente, contexto social, entre muchas otras. Cada una de ellas aporta de diferente manera en la psicoterapia y la irán guiando por diferentes caminos dependiendo de los matices que vayan tomando (Bustos, 2001).

A pesar de la gran cantidad de elementos que influyen en este proceso, no se debe olvidar que al hablar de psicoterapia, se está hablando principalmente del encuentro de dos personas, en el cual cada una de ellas se ve influenciada por la otra y las distintas situaciones que las rodean (Tolosa, 2010). Esta imagen puede ser considerada como un elemento transversal en los distintos enfoques de psicología, aunque cada uno tendrá distintas concepciones de cómo se da este encuentro, se establecerán variados parámetros en la relación de los involucrados, el paciente será visto desde ópticas muy disimiles y el terapeuta será concebido de diferente manera para cada línea teórica (Bustos, 2001).

Es precisamente este último punto el que concentrará la atención de la presente investigación, teniendo en consideración la visión que el enfoque humanista tiene del terapeuta, ya que dentro de esta corriente ha sido integrado como una variable de estudio importante para el desarrollo de la psicoterapia, pero no sólo en cuanto al rol que cumple en esta, sino que entendiendo que éste más allá de cumplir con esta tarea, es también un ser humano, que posee una vida independiente del trabajo que desempeña, cuenta con una historia que lo acompaña, la cual se hace presente al momento del encuentro con su paciente (Short, 1990; Miller, 1994; Guy, 1995).

En este sentido, es importante tener en consideración que la temática de la persona del terapeuta incluye una amplia diversidad de factores que la componen, haciendo de esta un concepto de complejo abordaje. Es así que la presente investigación se encuentra acotada brevemente a elementos específicos dentro de este amplio tópico, centrándose principalmente en el impacto que puede tener el trabajo que desempeña el terapeuta, en los distintos aspectos de su vida personal.

En este sentido, la vida personal del terapeuta puede verse ampliamente afectada por su trabajo, pudiendo tener consecuencias en aspectos como sus relaciones sociales, familiares y de pareja, ámbitos en los que podría presentar múltiples conductas asociadas al desgaste que le genera el tener que trabajar con otras personas y las temáticas que ellos les relatan, lo que a su vez se constituye como una gran oportunidad de crecimiento personal y aprendizaje. En esta línea, ambas situaciones impactan posteriormente en la calidad de su trabajo y en las condiciones en las que este lo realizará, en la empatía que logrará establecer con el otro, y múltiples variables que serán descritas brevemente en el presente estudio (Zur, 1994; Guy, 1995; López, 2010).

Más allá de las áreas mencionadas en el párrafo anterior, debido a su trabajo el terapeuta se ve expuesto en mayor medida a generar ciertas patologías, asociadas a la presión que conlleva su labor. Entre ellas se destacan el síndrome Burnout, asociado a un estrés laboral crónico, asociado principalmente a trabajadores en el ámbito de la atención de personas (Ortiz y Ortega, 2008); también, se incluye la depresión debido a los índices en los que esta patología se da en los psicoterapeutas (Pope y Tabachnick, 1994; Guy, 1995; Norcross, 2000; Granero, et al., 2001; Barr, 2006); y finalmente, un desorden escasamente conocido y estudiado, que corresponde al desgaste por empatía, el cual se relaciona a la alta posibilidad que tienen este tipo de profesionales de enfrentarse a temáticas especialmente fuertes y verse afectados por ellas.

De esta forma, con el fin de ahondar en la temática de la persona del terapeuta se plantea esta investigación, basándose en una metodología cualitativa, la cual resulta especialmente pertinente para el abordaje de temas complejos de manera profunda y priorizando la experiencia de los participantes (Flick, 2004). Además, este estudio es de carácter exploratorio-descriptivo, debido a la deficitaria cantidad de información respecto al tópico y el enfoque puesto en entregar la mayor y más detallada cuantía de datos al respecto (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Más allá de esto, para hacer más completa la información se incluyen los planteamientos de terapeutas con una experiencia laboral reducida y la de otros con una trayectoria más amplia, lo que ayuda a

expandir la variabilidad de vivencias que se exponen y los conocimientos que se podrían generar de esta instancia.

En esta línea, se plantean como principales preguntas de investigación ¿Qué efectos produce la problemática presentada por el paciente en la vida personal de los psicólogos novatos y experimentados?, ¿Qué mecanismos utilizan los psicólogos novatos y experimentados para elaborar los procesos y/o cuestionamiento elicitados por la problemática presentada por el paciente?, y finalmente, ¿Existen diferencias en los efectos que produce y en los mecanismos que utilizan los psicólogos novatos y experimentados para elaborar los procesos y/o cuestionamiento elicitados por la problemática presentada por el paciente en la vida personal de los psicólogos novatos y experimentados?.

En cuanto a la relevancia de la investigación, ésta podría ayudar a fomentar el autocuidado y el desarrollo personal de los psicólogos clínicos con diferentes niveles de experiencia profesional, acercando a ellos la diversidad de experiencias que posee cada uno de los participantes y los múltiples efectos que podría tener su trabajo en su vida personal. También, podría aportar a que ellos conozcan los mecanismos que han utilizado sus pares profesionales para elaborar sus procesos, fomentando el auto-conocimiento y la exploración de nuevas maneras de relacionarse con su trabajo.



### **III.- MARCO TEÓRICO**

#### **1.- LA PERSONA DEL TERAPEUTA**

##### **1.1.- El rol del terapeuta**

Dentro de las diferentes líneas teóricas existentes relacionadas al trabajo psicoterapéutico, es posible reconocer que se ha atribuido la responsabilidad fundamental de lo que produciría el cambio en terapia a distintos elementos que intervienen en el proceso, y asimismo, el rol que ocuparía el terapeuta en ellas variaría. Es así que para las terapias de corte más cognitivo-conductuales clásicas por ejemplo, el eje principal que guiaría un proceso terapéutico exitoso serían las técnicas utilizadas por el terapeuta para intervenir con el paciente y su adecuación para cada caso, dejando en un segundo plano la relación paciente-terapeuta, sin embargo, esta escuela ha ido evolucionando y actualmente reconoce el importante papel que juega la relación terapéutica (Phares, 1997 en Bustos, 2001). Incluso, Bennett-Levy (2005) en uno de sus estudios hace referencia a que la terapia personal de los terapeutas -de esta y otras líneas teóricas- podría tener una importante incidencia en el uso flexible de técnicas, mejoras en la vinculación y comprensión del estado del paciente.

En el caso del psicoanálisis, en un primer momento, establece como elemento más importante del cambio la capacidad del paciente para hacer conscientes los elementos inconscientes relacionados con su malestar, entablado para esto una relación en la cual el terapeuta debería mantenerse lo más neutral posible, mostrándose una importante asimetría en el vínculo entre ellos (Florenzano, 1984 en Bustos, 2001). No obstante, a pesar de que el psicoanalista deba cuidar su distancia con el otro, dentro de su formación profesional es concebido como un elemento esencial que haya realizado un proceso de análisis de su propia vida, de modo que le sea posible reconocer los distintos elementos que se ponen en análisis tales como la transferencia, contra-transferencia, fantasías, etcétera (Bustos, 2001).

Por otra parte, en el modelo sistémico se argumenta que el cambio se daría por medio de la modificación de patrones familiares de los que el paciente es participe y al generar cambios en un elemento del sistema, este impactaría a la

totalidad, de este modo, el terapeuta debería tener como cualidad fundamental la espontaneidad y asumir una actitud de líder, para intervenir en los momentos apropiados modificando las pautas disfuncionales (Bustos, 2001). En cuanto al modelo humanista, y siguiendo lo planteado por Rogers (1980), lo principal para generar un cambio efectivo en el paciente estaría dado por la calidad de la relación paciente-terapeuta, la cual para ser positiva debe cumplir con ciertas condiciones que dependerán fuertemente del terapeuta. Estas corresponden a la *autenticidad del terapeuta, la aceptación incondicional de este hacia el paciente y la empatía* (Bustos, 2001). En este sentido, Rogers (1980) se plantea la pregunta de cómo personas con características tan diferentes y orientaciones tan disimiles pueden realizar una labor psicoterapéutica fructífera y constructiva, llegando a la conclusión de que esto se debería a que aportan parte de ellos mismos y elementos de su actitud en la relación de ayuda (Rogers & Stevens, 1980).

Tal como se puede observar, a pesar de las múltiples visiones que se tiene acerca del rol que debería cumplir el psicoterapeuta en relación al paciente, en todas las corrientes teóricas se reconoce el hecho de que las características personales de este pueden influir en el proceso terapéutico. De esta manera, se entiende que el tener formación profesional relacionada a alguna línea psicológica específica, no anula las características de personalidad y la manera singular que tiene el terapeuta para relacionarse, por más que desde la teoría se intente regular de diferentes maneras el grado en que estos elementos se muestren, siempre estarán presentes (Guy, 1995; Phares, 1997 en Bustos, 2001).

## **1.2.- Influencia de la persona del terapeuta en el proceso terapéutico**

Por otro lado, es relevante destacar que las variables atribuidas al terapeuta han sido estudiadas en el marco de su responsabilidad en el cambio terapéutico, contextualizadas dentro de los factores de cambio comunes, es decir, que se encuentran en todas las líneas teóricas, además de las variables relacionadas al consultante y las referentes a la relación (Francés, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981, citados en Santibañez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller, 2008). Entre las variables relacionadas al terapeuta podemos encontrar diversos

elementos, tales como sus creencias, su sistema ideológico, experiencias, entre otras que influirán en su manera de relacionarse con el paciente (Rivera, 2007). También, es importante mencionar la clasificación realizada por Winkler y cols. (1989) en la cual hace referencia a cuatro factores relevantes del terapeuta. El primero de ellos es la actitud, que tiene relación con el favorecimiento de un clima terapéutico adecuado para el cambio, que contemplaría características mencionadas por diferentes autores tales como: la aceptación, respeto, comprensión, calidez, autenticidad, congruencia, entre otras. En segundo lugar se encuentran las habilidades del terapeuta, entre las que Brammer (1979, citado en Winkler et al., 1989) señala la capacidad de entender, escuchar, guiar, confrontar, reflejar, etc.

En tercer lugar, Winkler et al. (1989) menciona la personalidad del terapeuta la cual según lo planteado por Strupp (1978, citado en Winkler et al., 1989) debería poseer como características fundamentales madurez, un alto autoconocimiento y sus necesidades básicas satisfechas. Sin embargo, este factor no habría sido estudiado lo suficiente como para poder identificar en que manera afecta en el cambio terapéutico (Bleuter, 1994, en Ttull & Jerry, 2003 citado en Santibañez et al., 2008). Como último elemento, se observa la experiencia del terapeuta, existiendo estudios que señalan que a mayor edad o experiencia el terapeuta actuaría de manera más empática y estaría más abierto a la exploración (Navarro, 1987, citado en Winkler et al., 1989), sin embargo, este factor no tendría una relación directa con los resultados del proceso psicoterapéutico.

A las variables ya mencionadas Santibañez (et al., 2008) agrega un factor más llamado bienestar emocional del terapeuta, respecto al cual acota señalamientos realizados por Howard, Orlinsky y Trattner (1970, citados en Santibañez, 2008) quienes dicen que aquellos terapeutas con una conciencia mayor de sus limitaciones personales y su responsabilidad emocional para con sus pacientes, serían más sensitivos y responderían de mejor forma hacia ellos.

Mirando este último punto desde una perspectiva un poco más amplia, Corveleyn (1998) señala que las variables mencionadas en los párrafos anteriores corresponderían a factores personales objetivos de la persona del terapeuta, y que

no sólo estos factores influirían en el encuentro con el paciente. Sino que también los factores personales subjetivos, entre los que menciona la propia historia del terapeuta, la motivación personal para ser terapeuta, entre otros. Es así que para comprender de mejor manera la importancia que tiene la vida personal del terapeuta en su trabajo, y la relevancia que puede tener el desarrollo de un autoconocimiento suficiente, de modo que sea posible utilizarlo como una herramienta terapéutica, resulta muy ilustrativa la información respectiva al camino del héroe griego y el mito centauro Quirón.

En cuanto al primer punto, éste alude a que en la vida de los héroes griegos, que estaba llena de aventuras a lo largo de sus caminos de crecimiento, era usual que fuesen ayudados por otros personajes, quienes gracias a que ya habían recorrido trayectorias similares, eran capaces de prestar alivio y auxilio a otros de variadas formas (Tolosa, 2010). Desde esta perspectiva, es posible extraer simbolismos que se relacionan profundamente con el sentido terapéutico que tiene el análisis Jungiano, pues esta línea se refiere a que las personas se encontrarían en constante desarrollo, el cual correspondería paralelamente a un proceso de individuación, mediante el cual serían capaces de integrar su identidad, sin embargo, este continuo puede verse detenido por diferentes factores en la vida tales como el miedo, la angustia, situaciones dolorosas, etc. De manera, que se hace necesaria la intervención de un tercero, que en nuestra sociedad actual estaría representado por la labor de los psicoterapeutas (y que en otras épocas fue cubierto por distintos personajes, tales como chamanes, maestros, etc), que asisten al individuo para que continúe con su camino (Tolosa, 2010).

Por otro lado, se encuentra la historia de Quirón. Este personaje era un centauro muy sabio, dedicado entre otras cosas a la curación y sanación, el cual recibió la inmortalidad convirtiéndose en un dios asentado en la tierra. Este ser es herido accidentalmente con una flecha bañada en veneno mortal, el cual no puede matarlo debido a su inmortalidad, no obstante -debido a la gravedad de la herida que pudo haber acabado con la vida de cualquiera- esta no podía ser curada teniendo que vivir con esta dolorosa llaga abierta para siempre y aunque cualquiera habría vivido siempre lamentándose, Quirón canalizó su energía en

encontrar una profunda filosofía de vida en ese sufrimiento, generando un profundo conocimiento del dolor y permitiéndole comprender de mejor manera el de otros (Tolosa, 2010).

A partir de este relato es posible visualizar cómo se pone al descubierto el símbolo del sanador herido, el cual permite comprender la relación paciente-terapeuta teniendo en consideración la noción de encuentro de dos persona, en el cual ambos se ven afectados recíprocamente por la interioridad del otro (Tolosa, 2010). Asimismo, tal como Quirón al estar herido es capaz de comprender de mejor forma el sufrimiento de los otros, el terapeuta que tiene contacto profundo con su propio sufrimiento e historia personal y ha recorrido los caminos de autodescubrimiento necesarios, podría ser capaz de empatizar de mejor forma con sus pacientes y desarrollar su trabajo más eficientemente (Tolosa, 2010).

Profundizando respecto a la importancia que tiene que el terapeuta pueda reconocer sus heridas encontramos a Susanne Short (1990) quien citando a Jung señala que los elementos que más afectarían la vida de un niño serían aquellos hechos silenciados. Estas situaciones corresponderían a distintos sucesos en la relación del niño con sus padres, entre los cuales los más importantes a los que hacen referencia estos autores son: la vida no vivida de sus padres; la negación de estos en cuanto a sus propias necesidades de afectividad y poder; y las expectativas implícitas que ellos realizan acerca de que sus hijos realicen sus necesidades narcisistas. Estas situaciones generarían que el niño a nivel inconsciente comience a postergar sus propias necesidades, reemplazándolas por aquellas que sus padres no pudieron alcanzar en sus vidas, todo esto de manera silenciosa y camuflada haciendo que su autoconfianza y sensación de ser querido se vayan mermando (Short, 1990).

Al conservar estos distintos escenarios en el silencio, y no dar cabida a la expresión de los sentimientos disarmónicos que está teniendo el niño, sus verdaderas emociones comienzan a verse interferidas tornándose “neuróticas” y generando que cuando este infante se convierta en un adulto repita estos mismo patrones de represión de su afectividad original (Short, 1990). Para evitar esta situación será necesario que en el contexto del niño y este mismo se dé cabida a

la expresión de su dolor, transformando este dolor neurótico en un sufrimiento legítimo que puede ser integrado en su historia armónicamente (Short, 1990).

De esta forma, si un terapeuta no ha logrado conocer sus verdaderas emociones ocultas y no es capaz de reconocer su sufrimiento neurótico haciéndolo legítimo, corre el riesgo de mezclarlo con el perteneciente al paciente, siéndole imposible contactarse con la verdadera situación interior de su paciente. No pudiendo distinguir los elementos dolorosos que pertenecen a su interioridad y los respectivos de la persona que requiere de su labor. Peor aún, el psicoterapeuta podría exponer a su paciente a la misma situación de manipulación inconsciente a la que fue expuesto por sus padres, pero ahora en manos de él mismo (Miller, 1994).

## **2.- LA HISTORIA PERSONAL DEL TERAPEUTA Y SU MOTIVACIÓN PARA SERLO**

Por otra parte, resulta interesante también mirar la historia de vida del terapeuta más allá que como una herramienta que le ayuda a mejorar su trabajo, este factor también puede ser estudiado como un elemento desencadenante en el desarrollo profesional como terapeuta, haciendo visibles distintos eventos en su recorrido vital o de sus características personales que podrían estar hablando acerca de las razones que lo llevaron a seleccionar esta área de desempeño laboral.

Más allá de poner atención a los motivos sociales y culturales que podrían llevar a un individuo a elegir dedicarse a la psicoterapia, se vuelve de mayor interés para esta investigación el indagar en los posibles elementos comunes que llevan a los terapeutas escoger esta profesión en su vida personal (Guy, 1995). En este sentido, Guy (1995) hace referencia a diversos factores de personalidad que coincidirían en gran parte de los sujetos que han hecho de la psicoterapia su trabajo, Estas características al ser reconocidas por el sujeto podrían hacer que se inclinara por trabajar en esta área, dentro de ellas hace mención a dos grandes grupos de motivación.

El primero de ellos se trata de las motivaciones funcionales, entre las cuales menciona la curiosidad y carácter inquisitivo; la capacidad de escuchar; la capacidad de conversar; capacidad de empatía y comprensión; comprensión emocional; Introspección; Capacidad de auto-negación; tolerancia a la ambigüedad; capacidad de calor humano y atención; tolerancia a la intimidad; capacidad de reír; comodidad frente al poder. Todas estas serían características deseables en un psicoterapeuta y podrían motivar a la persona para seleccionar o seguir en la carrera de convertirse en terapeuta (Guy, 1995).

El otro grupo de motivaciones para dedicarse a esta profesión surge desde lugares más oscuros del ser, siendo catalogado como motivaciones disfuncionales, dentro de esta categoría se encuentran motivos tales como perturbación emocional; enfrentamiento indirecto, es decir, para enfrentar la realidad y sus problemas de manera indirecta a través del paciente; soledad y aislamiento; el deseo de poder; la necesidad de amor; rebelión indirecta (Guy, 1995).

En relación a los últimos factores mencionados, resulta pertinente mencionar los postulados realizados por Alice Miller (1994) quien centra su trabajo en la suposición que hace el entorno –suposición más frecuente de lo que nos gustaría escuchar- de que los terapeutas sufrirían de un trastorno en su vida afectiva, basado fundamentalmente en los abusos sufridos en su infancia por personas que le exigían satisfacer sus necesidades, principalmente representadas por sus padres, a costa de las propias del infante. A pesar de que esta situación no garantizaría que la persona decidiera dedicarse a la clínica psicológica (Miller, 1994), resulta ser una variable relevante de tener presente en cuanto a que existen múltiples variables familiares que podrían aproximar a la persona a tomar este camino.

De este modo, cabe señalar que dentro de estas variables podemos encontrar experiencias emocionales tempranas de necesidad de proximidad e intimidad, generadas por diversas situaciones como abandono o muerte de los padres u otras; también ciertas características de los padres fomentarían que el niño o niña al crecer seleccionara esta carrera, tal como una madre que hace de él

su confidente –sobre todo si se trata de un varón- en cuanto a sus problemas maritales ya que produciría que estuviera expuesto a resolver conflictos de índole psicológica a muy temprana edad (Sharaf, 1960 en Guy, 1994). En cuanto a la relación con el padre no existen coincidencias significativas en los estudios (Ford, 1963; Racusin y cols, 1981; Sharaf, 1960, citados en Guy 1995), aunque se hace referencia a que en general la relación de los futuros terapeutas con su padre es más bien tensa e influenciada por una lealtad hacia la madre. Otra característica de la familia originaria de los terapeutas que se relaciona con que este elija la profesión, se basa en el rol que en general estos ocupan dentro de su grupo primario, siendo este generalmente el de cuidadores, procurando que a los integrantes de su familia no les falte nada y satisfaciendo sus necesidades (Guy, 1995).

Respecto a esta línea temática también es posible encontrar a Sussman (1992), quien señala que habría cierto consenso en la literatura de su época, respecto a que uno de los motivos fundamentales por el que se elegiría la psicoterapia como profesión estaría dado por el deseo a nivel inconsciente de la persona de resolver sus propios problemas, entre los que menciona como centrales el sentimiento de culpa por la posibilidad de haberles hecho daño a sus seres queridos en épocas anteriores, de modo que para disminuir esta sensación se dispondría a realizar todo lo posible por generar mejorías en la vida de sus pacientes; y por otro lado, habla de la necesidad que tendrían los psicoterapeutas por disminuir la ansiedad que les generaría una patología psíquica asociada a las relaciones que tuvo con su familia en la infancia, la cual se aliviaría preocupándose por los problemas de otros. Además, Corveleyn (1998) haciendo una lectura de lo planteado por Sussman (1992) agrega que estos motivos no tendrían por qué ser perjudiciales en la relación con el paciente, si ellos son atendidos a lo largo de la formación técnica del terapeuta y se toman los resguardos pertinentes.

Otra línea de investigación en el área de la motivación que tienen los terapeutas para trabajar en esta área son las gratificaciones que obtienen a raíz de su trabajo, los cuales estarían en un nivel más consciente y relacionados a sus



ambiciones. Respecto a ellas, varios autores (Sussman, 1992; Guy, 1995; Corveleyn, 1998) señalan que las principales satisfacciones asociadas a esta área laboral que llevarían a seleccionarla serían las compensaciones económicas que tiene; la independencia laboral que conlleva, ya que en general el terapeuta puede manejar sus horarios y las personas con las que desea trabajar; la variedad de experiencias que ofrece, ya que a la consulta puede asistir casi cualquier clase de sujeto con características que podrían llamar la atención del terapeuta; el reconocimiento y/o prestigio que conlleva ser un profesional del área; el desafío intelectual que representa el enfrentarse a la teoría y a la experiencia propia y del otro, los constantes cuestionamientos y significados que se ponen en juego en la relación terapéutica, la sensación de resolver un misterio difícil de solucionar; la satisfacción de sentirse útil socialmente y de ayudar a otros; el enriquecimiento y crecimiento personales que tiene el terapeuta en su ejercicio profesional; el sentimiento de sentirse necesario para otros; entre muchos otros.

A pesar de los innumerables elementos que podrían influenciar la decisión vocacional de los terapeutas, esta es una variable sumamente compleja e impredecible, por lo que no es posible asumir que las situaciones planteadas serán definitorias y únicas, siendo imposible determinar a priori las causas que produzcan esta elección en una persona (Guy, 1995). Sin embargo, ellas pueden tener repercusiones en la relación terapéutica de manera consciente o inconsciente, Coverleyn (1998) citando a Steirlein (1972) señala que existe el riesgo que la motivación del terapeuta por solucionar sus propios problemas a través de la relación con el paciente, podría hacer que generara un vínculo dependiente en el paciente, perpetuando su problema, o por el contrario, que en su insatisfacción al atender al paciente no actúen con toda su capacidad en pos del bienestar de este. Por lo tanto, sería necesario poner atención en los motivos que llevan al ejercicio de esta profesión, y así evitar este tipo de situaciones viciadas (Corveleyn, 1998).

### **3.-IMPACTO DEL TRABAJO EN EL TERAPEUTA**

Como ha podido observarse en los capítulos anteriores del presente trabajo, la historia del terapeuta es una variable muy compleja y de suma importancia en el trabajo psicoterapéutico con el otro, esto debido a que el desconocimiento de ella por parte del profesional puede tener graves consecuencias en el paciente. Sin embargo, esta situación no sólo puede impactar al consultante sino que puede tener fuertes repercusiones en la vida personal del terapeuta a diferentes niveles (Guy,1995; Corveleyn, 1998; López, 2010; Miller, 1994 & Short, 1990).

A pesar de que no existe ningún acuerdo acerca de las formas y momentos en los que el terapeuta se verá afectado por el paciente, de ella surgen emociones, pensamiento, reflexiones e intervenciones que pueden ser muy interesantes de aprovechar, a pesar de que este es un elemento que usualmente se intenta eliminar dentro de las diferentes corrientes (López, 2010). Un hecho relevante de hacer notar es que la afectación psicológica del terapeuta en relación a lo que le presenta el paciente sería un evento inevitable, de modo que surge nuevamente como piedra angular en el proceso de convertirse en terapeuta y mantener una salud mental adecuada el tener un autoconocimiento suficiente, que permita distinguir cuáles son los puntos que producen reacciones defensivas o pueden ocasionar que se movilicen temas sensibles (López, 2010).

Continuando en esta línea, es frecuente escuchar que los estudiantes en práctica o los psicoterapeutas de menor experiencia sufren constantemente de angustia, dudas y desesperación ante la problemática del paciente y su poca experiencia práctica en la profesión (Foladori, 2009; Lopez, 2010; Forján-Parga, 2011). Entre estas situaciones es posible encontrar ansiedades tales como la primera entrevista, asociada al temor de dañar al paciente o a sí mismo, a la pérdida de identidad de estudiante (en el caso de los practicantes); la corta edad que poseen en general los recién egresados, que se relacionaría con una falta de experiencia y de la supuesta sabiduría que conllevaría la práctica clínica; inseguridad en su apoyo teórico; temor al propio descontrol emocional frente al paciente, sobre todo ante emociones como la tristeza o el llanto del paciente;

temor al contagio o despertar de una patología al exponerse a la “locura” del otro; entre otras situaciones (Foladori, 2009).

Es así que López (2010), señala que frente a esta situación de inseguridad y angustia que se viviría en este periodo de la vida profesional surgirían dos caminos posibles de enfrentamiento. El primero de ellos contempla una gran gama de posibilidades de crecimiento para esta etapa del desarrollo profesional y permitiría una configuración saludable de la “identidad profesional”. No obstante, por el otro lado también encierra riesgos tales como verse enfrentado a situaciones de temor que no han sido debidamente tratadas, crisis vital, entre otras (López, 2010).

De este mismo modo si el terapeuta no ha elaborado lo suficiente sus temas problemáticos corre el riesgo de sufrir reacciones contra-transferenciales o contra-identificaciones proyectivas que entorpezcan su desarrollo profesional, y por ende personal también (López, 2010). Un peligro similar, descrito por el psicoanálisis principalmente, se trata de la neurosis contra-transferencial la que se describe como la *“identificación de los objetos internos negativos del terapeuta con los del paciente... en la cual el terapeuta revive sus conflictos estableciendo una transferencia negativa con el paciente...”* (Racker, 1990 en Bustos, 2001), los principales síntomas de ella serían la vivencia y expresión de emociones intensas en la sesión y fuera de ella, hablar compulsivamente acerca del paciente, discusión en sesión, entre otras (Florenzano en Bustos, 2001).

En este sentido, se hace necesario recalcar que a pesar de que el terapeuta haya tenido una amplia formación en el área clínica, sigue siendo una persona y por lo tanto es vulnerable a sufrir de diversas patologías psíquicas (Guy,1995), aunque es posible establecer asociaciones entre el trabajo psicoterapéutico y síndromes como el Burnout, el desgaste por empatía y la depresión debido a la gama de estudios realizados en estas áreas (Guy, 1995; Lopez, 2010; Granero, et al., 2001; Redondo, Depaoli & D’Onofrio, 2011). Es así como en el siguiente apartado se profundizará en estas enfermedades y las consecuencias que ellas tienen en el trabajo del psicoterapeuta.

### **3.1.- Psicopatologías asociadas al trabajo como terapeuta**

#### **3.1.1.- Depresión**

Como ya se mencionaba, el riesgo de desarrollar depresión o sufrir sintomatología asociada a ella es uno de los efectos negativos que contemplaría el desempeñarse como terapeuta, y es mencionada en la mayoría de los estudios relacionados al autocuidado o las consecuencias que tiene esta profesión en la vida de quienes la ejercen (Pope y Tabachnick, 1994; Guy, 1995; Norcross, 2000; Granero, et al., 2001; Barr, 2006).

Según el estudio realizado por Pope y Tabachnick en 1994 con una muestra de 800 psicólogos en Estados Unidos, un 61% de ellos señaló que habría asistido a terapia debido a sentirse infeliz o deprimido, revelando que un 29% habría tenido ideación suicida y alrededor de un 4% habría realizado al menos un intento de suicidio. A pesar de que no señalan que estas cifras se relacionen con el hecho de ser terapeutas, refieren que sería importante poner atención al tema de la depresión en el periodo de formación de los psicoterapeutas ya que en el ejercicio de la profesión se adquiere una responsabilidad ética con el paciente, la cual al saber que se está pasando por un periodo de depresión podría no ser cumplida, incluso llegando a hacer daño en el paciente.

Por otro lado, Barr (2006) en su investigación en la que utilizó una muestra de 253 psicólogos, plantea que el 13,8% de ellos habría seleccionado la carrera de psicoterapeuta debido a que padecían de depresión. En este sentido, Arón y Llanos (2004) aportan que habría que poner atención en cuanto a que la depresión o la sintomatología depresiva no tienen exclusiva relación con el desgaste asociado a la profesión, sino que más bien se referirían a trastornos individuales del sujeto, no obstante, podrían presentarse a raíz de ella.

Otro tema que usualmente se relaciona con la depresión es la ideación suicida o intentos de suicidio, Según lo señalado por Guy (1995) citando a Farber (1983) sería una idea bastante común el planteamiento de que los terapeutas tendrían una tasa mayor de suicidio que la población general, haciendo notar que para ello precedería un deterioro emocional y psíquico importante que el paciente

podría detectar, y que por ende afectaría su tratamiento. Algunos estudios citados por Guy (1995), que a pesar de provenir de una época relativamente distante son ilustrativos, señalan que las terapeutas –en una cifra proporcional- se suicidaban tres veces más que las mujeres de la población general, en cambio en el sexo masculino los terapeutas mostraban un número levemente menor que los hombres de la población común (Steppacher y Mausner, 1973, citado en Guy, 1995). Otra cifra interesante que entrega Guy (1995) refiere a un estudio realizado por Deutch en 1985, en el cual se encuestó a 264 psicoterapeutas activos hasta el momento arrojando que el 2% habría realizado algún intento de suicidio.

En este sentido, en general parece ser que la depresión y el riesgo de suicidio en los terapeutas resultan ser temas preocupantes dentro del área ya que plantearían un grave riesgo para el desarrollo de la relación terapéutica y el avance clínico de los pacientes, pues suponen un deterioro en el desempeño laboral de los psicoterapeutas (Pope y Tabachnick, 1994; Guy, 1995; Arón y Llanos, 2004). Sin embargo, el número de investigaciones actuales al respecto parece ser muy limitado.

### **3.1.2.- Burnout**

Respecto a las consecuencias negativas que podría sufrir el terapeuta a raíz de la labor que ejerce se encuentra el síndrome Burnout, el que está estrechamente relacionado con el estrés laboral en un nivel crónico, y muy asociado además a trabajadores cuya labor se centra en la atención de personas (Ortiz y Ortega, 2008).

El término Burnout fue acuñado por Freudenberger en 1974 gracias a su experiencia laboral en una clínica para drogadictos, en la cual se dio cuenta que los voluntarios que ahí trabajaban sufrían cambios respecto a la conducta que tenían al inicio de su empleo, sufriendo crecientes déficits de energía, sensibilidad, motivación entre otras características, todo ello mezclado con sintomatología ansiosa y depresiva (Gonçalves, Aizpiri, Barbado y cols., 2002 y Mingote, 1998, citados en Ortiz y Ortega, 2008). Posteriormente, Maslach y Jackson (1981, citado en Rupert y Morgan, 2005) lo describió como un síndrome de agotamiento emocional y cinismo que afectaría a profesionales en el área de trabajo con

personas o de asistencia, luego en 1996 estos mismo autores más la ayuda de Leiter reformularon su descripción del síndrome, agregando carreras que no necesariamente se relacionaran con las área mencionadas, definiendo el síndrome como cansancio emocional, cinismo y eficacia profesional (Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002) .

El síndrome afectaría principalmente tres áreas. La primera de ellas corresponde al agotamiento emocional, que se refiere a la disminución en cuanto a los recursos emocionales que tiene disponibles la persona; el segundo lugar corresponde a la despersonalización, que alude a la generación de actitudes negativas hacia el trabajo, pérdida de la sensibilidad y conductas cínicas hacia el público con el que trabaja; finalmente, se encuentra la disminución de la sensación de logro o realización en el trabajo, que remite a situaciones como sensación de mal desempeño, inocuidad y/o insuficiencia profesional respecto a la labor que se desempeña (Maslach y Jackson, 1982, citados en Ortiz y Ortega, 2008)

En cuanto a la sintomatología de este síndrome, Maslach y Goldberg (1998, citado en Much, Swanson y Jazazewski, 2004) describen que esta se desarrollaría en el área física, cognitiva, emocional e interpersonal. La primera de ellas podría incluir elementos como fatiga, tensión, malestar físico y baja energía; En relación a lo cognitivo, se daría una actitud negativa hacia el trabajo, dudas acerca de si mismo, disminución de la atención, problemas de memoria, entre otros; Emocionalmente los síntomas se caracterizan por aburrimiento, sensación de pérdida de control, culpa, irritabilidad, cinismo, desesperanza, impotencia, etc.; Finalmente, en lo interpersonal se presentarían principalmente pérdida de relaciones y aislamiento. Otros síntomas que se aparecerían son incapacidad para cuidar el propio trabajo, desapego de los seres queridos, procastrinación, etc. Además, toda la gama sintomática tendería a aumentar su intensidad a medida que pasa el tiempo, si no se sigue el tratamiento adecuado (Much, Swanson y Jazazewski, 2004)

Relativo a la evolución del síndrome, este se experimenta fundamentalmente en una primera etapa como una sensación de desarmonía entre las demandas laborales y los recursos propios; luego en un segundo

momento se produce una alta tasa de tensión psico-física; para finalmente, a raíz de la búsqueda defensiva de afrontamiento, comienzan a generarse en la persona conductas tales como evitar relacionarse con sus compañeros de labores, tratar a los pacientes de forma distante y mecánica, entre otros síntomas (Granero, Retamar, Carabajal, Gómez y Bragagnolo, 2001).

Otro eje importante en este síndrome se refiere a los factores de riesgo y protectores que influyen en la manifestación del Burnout. En cuanto a este tema es posible señalar que existirían riesgos en diversos ámbitos como: variables culturales que incluyen lo político, económico, idiosincrático y social tales como la valoración del sobre-desarrollo y multifuncionalidad, en desmedro de la salud del lugar de trabajo, culturas laborales que normalizan y recompensan la extensión de la jornada de trabajo, entre otras; factores personales como la insatisfacción de necesidades o conflictos de ellas dificultarían que el sujeto pueda sentirse bien con su vida profesional, baja tolerancia al estrés, tendencia al auto-sacrificio, dificultad en el establecimiento de límites, tener una identidad basada fundamentalmente en el trabajo, ser egoísta con uno mismo, entre muchas otras podrían incrementar las posibilidades de sufrir el síndrome Burnout. Siendo posible distinguir como factores protectores el privilegiar un lugar de trabajo sano ambientalmente, trabajar en jornadas prudentes, tener una identidad basada en diversos elementos, generar rutinas de autocuidado y otras situaciones y actividades ayudarían a disminuir la posibilidad de desarrollar Burnout (Much, Swanson y Jazazewski, 2004).

En el caso específico de los psicólogos, según el estudio realizado por Granero y colaboradores (2001) con un muestra de 145 psicoterapeutas de diferentes nacionalidades, en la que se relacionaba este síndrome con variables de la vida personal de los terapeutas, señalaron que existirían asociaciones entre condiciones adversas laborales, experiencias negativas en la vida personal y una baja autoestima se relacionarían con el desarrollo del Burnout. Por otro lado, señalan que esta patología parece afectar en mayor medida a las psicólogas, quienes experimentarían en general un mayor nivel de agotamiento emocional, en este sentido, Rupert y Morgan (2005) son más específicos y refieren que ellas

correrían más riesgo de generar niveles altos de Burnout en contextos de trabajo en agencia, posiblemente debido a que el contexto institucional y sus políticas serían más frustrantes para ellas. También, añadieron que en el caso de terapeutas varones correrían más riesgo en contextos de trabajo grupal independiente probablemente porque los grupos estudiados poseían jornadas laborales más largas que en otras formas de trabajo, por lo que es un dato cuestionable, mas no poco significativo. Esta información sería un nuevo descubrimiento, ya que en estudios anteriores no se habrían encontrado mayores diferencias entre géneros (Rupert y Morgan, 2005).

### **3.1.3.- Desgaste por empatía, estrés traumático secundario y traumatización vicaria.**

Es conocido a nivel general que los psicoterapeutas debido a su trabajo, tienen una alta probabilidad de verse enfrentados a temáticas sumamente complejas, relacionándose con tópicos como la violencia, el dolor, la tristeza, entre otras situaciones que pueden ser consideradas traumáticas. En relación a esto, Cazabat (2002) haciendo una revisión acerca de cómo ha ido evolucionando la detección de la patología del estrés post-traumático en el manual diagnóstico DSM, señala que inicialmente este se diagnosticaba en relación a la gravedad de la situación traumática a la que se veía expuesto el sujeto, no obstante, observó que en DSM-IV se realiza un cambio en la perspectiva para determinar la presencia de esta patología, poniendo el énfasis en la reacción de la persona frente al conocimiento y/o la vivencia de una situación traumática. De este modo, agrega que los psicólogos desde esta perspectiva estarían muy expuestos a la traumatización, incluso Redondo, Depaoli y D'Onofrio (2011) señalan que aquellos profesionales expuestos a personas que han vivido situaciones de guerra, accidentes u otras experiencias similares comenzarían a sufrir los mismo síntomas al poco tiempo.

Es así que Cazabat (2002) refiere que la reacción de estrés post-traumático en los terapeutas u otros profesionales relacionados con el manejo de temáticas estresantes ha sido llamada traumatización vicaria, estrés traumático secundario o



desgaste por empatía. Sin embargo, a pesar de que los tres conceptos refieren a efectos negativos de trabajar con víctimas de traumatización, no se referirían exactamente a lo mismo ya que habría diferencias en cuanto a cómo se configurarían y a la sintomatología que refieren (Bride, Radey y Figley, 2007).

La traumatización vicaria fue descrita inicialmente por McCann y Pearlman (1990, citado en Bride, et al., 2007), ellos la explicaron como una transformación en los esquemas cognitivos o creencias de una persona, a causa de su compromiso empático con una persona que ha vivido una experiencia traumática, ella afectaría principalmente en el área cognitiva de persona generando cuestionamientos acerca de los significados propios, la identidad, la visión del mundo, las propias necesidades y la manera de relacionarse con otros (Pearlman & Saakvitne, 1995, citados en, Bride, et al., 2007).

Es relevante señalar que los trabajadores en constante contacto con historias de sujetos traumatizados que comienzan a generar esta reacción patológica, reproducirían en sí mismos la sintomatología y el dolor de aquellos a quienes ofrece ayuda, iniciando un contacto con sus propias vivencias de violencia o maltrato, las que se movilizarían causando que la persona pueda generar conductas como sobre-reacción ante temáticas relacionadas o hiper-sensibilizarse ante ellas (Arón y Llanos, 2004). Otras consecuencias asociadas a la traumatización vicaria son la aparición de un estado de constante ansiedad, sentimientos de culpa, frustración, depresión (Blair y Ramones, 1996, citados en Ojeda, 2006); también, Ojeda menciona que es posible que en profesionales que trabajan con mujeres víctimas de violencia se generen sentimientos de angustia cuando la víctima no ha tomado decisiones apropiadas, sentir mayor empatía e incluso identificarse con el victimario y/o tristeza por su sensación de no ser buenos profesionales.

En cuanto al estrés traumático secundario, éste fue descrito por Figley en 1983 y hace referencia a las reacciones emocionales y conductuales generadas a raíz de haber entrado en contacto con la experiencia traumática de otra persona (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004). En cuanto a su sintomatología, ella se divide principalmente en cuatro grupos, el primero de ellos

incluye las reacciones cognitivas entre las que se destacan sueños recurrentes de la situación, problemas para concentrarse, cuestionamiento de creencias espirituales, y otras; el segundo conjunto refiere a las reacciones emocionales tales como: sentimientos de paralización, ausencia y depresión, miedo y ansiedad antes situaciones, olores y/o sonidos que recuerdan al desastre, entre otras; En tercer lugar están las reacciones motoras que corresponden a la sobreprotección de uno mismo y seres queridos, auto-aislamiento, hiper-vigilancia, problemas de sueño, mantenerse muy ocupado para evitar pensar en el evento, etc; en último lugar se observan insomnio, dolores de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular, y otras (Moreno-Jiménez, et al., 2004).

Finalmente, se encuentra el desgaste por empatía o fatiga por compasión términos traducidos del utilizado por Figley en 1995 “Compassion Fatigue”, con el cual re-bautizó el fenómeno que anteriormente había llamado victimización secundaria (Moreno-Jiménez, 2004). En relación al término en inglés, resulta interesante lo planteado por Koerner (1995, citado en Salston y Figley, 2003) quien señala que el concepto “compassion” o compasión iría más allá que el de “empathy” o empatía -entendiendo este último como la capacidad de apreciar completamente lo que el otro está experimentando- para él “compassion” estaría relacionado con una conexión apasionada con el otro en la que se colocaría toda nuestra emocionalidad en el objetivo de ayudarlo. En este sentido, el eje central de este trastorno estaría dado en la empatía o compasión, elementos que coinciden con los que permiten que los terapeutas realicen su trabajo de buena manera y que en esta situación podrían perjudicarlos (Cazabat, 2002).

El desgaste por empatía, es entendido como *“un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una función que se activa al ser testigo del sufrimiento de otros”* (Figley, 1995 en Redondo, Depaoli & D’Onofrio, 2011). En él es posible distinguir fundamentalmente tres líneas de síntomas, los intrusivos, evitativos y los de activación fisiológica. Los primeros, se refieren a Incapacidad para hacer a un lado los temas vinculados al trabajo, tener

la noción de los pacientes como individuos frágiles generando un sentimiento de “héroe” o “salvador” en el terapeuta, pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente, entre otros. Por el otro lado, los síntomas evitativos se relacionan con pérdida de energía, cese de la gratificación con actividades extra-laborales, aislamiento, disfunción relacional entre otros. Y finalmente los de activación fisiológica incluyen síntomas somáticos, trastornos del sueño, aumento de la ansiedad, impulsividad/ reactividad, etc. (Redondo, Depaoli & D’Onofrio, 2011).

### **3.2- Efectos del trabajo en la vida personal del terapeuta**

Además de las posibles patologías mentales que podría generar el terapeuta a raíz de su trabajo, también existen múltiples repercusiones en su vida personal, que no se relacionan de forma directa con un cuadro sintomatológico (Zur, 1994; Guy, 1995; McGinnis, 2007; López, 2010) y que podrían asociarse a la complejidad o carácter de la problemática del paciente (Zur, 1994). En este sentido, algunas de las problemáticas que generarían mayor estrés en los terapeutas serían las relacionadas con tendencias suicidas, la hostilidad, la depresión y la apatía (Deutsch 1984; Farber 1983; Farber y Heifetz, 1981, citados en Zur, 1994). A estas temáticas complejas muchas veces se suma la creencia de los terapeutas de que deberían ser capaces de ayudar a cualquiera y en cualquier condición, haciendo que los niveles de estrés que experimentan se eleven aún más (Deutch, 1985, citado en Zur, 1994).

Siguiendo en esta línea, Adler (1972, citado en Zur, 1994) señala que el trabajo del psicoterapeuta sería más frustrante, lento y dificultoso que el de otros profesionales, puesto que sus resultados son muy difíciles de observar de forma rápida y tangible, haciendo que se generen dudas respecto a su competencia laboral y eficacia. Esta situación sería mayor aun cuando trabajan con pacientes con daño caractereológico y/o con diagnóstico borderline, personalidad antisocial, depresivos y/o suicidas.

Entre otras situaciones que podrían causar sufrimiento en la vida personal del terapeuta se encontraría la propia dinámica del proceso terapéutico, es decir el

hecho de tener constantemente que iniciar y finalizar procesos con diferentes pacientes. Este constante escenario de recambio podría generar sentimientos de abandono y soledad en los terapeutas, que en el caso de extenderse a sus vidas personales podría provocar que tiendan a evitar el contactarse de manera profunda con otros, empeorando el estado en el que se encontrarían (Zur, 1994).

Por otro lado, la formación y el trabajo del terapeuta también puede tener consecuencias positivas en su vida tales como un aumento en su capacidad de insight, mejorar su habilidad para entablar relaciones sociales maduras, aumentar su seguridad y humildad y reducir su alienación y autoritarismo (Holt y Luborsky, 1958; Henry, 1966; Pasnau y Bayley, 1971; Farber 1983, citados en Zur, 1994). También, podría aumentar el sentido de bienestar del terapeuta, su tolerancia hacia los otros, su energía y entusiasmo, mejorar sus habilidades sociales, fomentar su auto-desarrollo, entre otras (Zur, 1994).

Además de todos los elementos ya presentados, la vida personal del terapeuta se ve afectada en una gama mucho más amplia que simplemente su individualidad, el trabajo que desempeña también puede tener repercusiones en sus relaciones familiares, relativas a su pareja y relaciones sociales (Zur, 1994; Guy, 1995; McGinnis, 2007).

En cuanto al primer punto señalado, el trabajo de los psicoterapeutas puede tener consecuencias en las relaciones que entablan con su familia de origen, pudiendo encontrarse efectos positivos como el aumento de la sensibilidad, la paciencia, la capacidad de mantener contacto más profundo con los miembros de su grupo primario (Guy, 1995). También, a raíz de su formación y el contacto que tienen con diversos pacientes los terapeutas podrían generar una mayor capacidad y disposición para resolver conflictos familiares de larga data, esta situación se daría debido a la constante rememoración y comparación de su propia experiencia familiar con la que sus pacientes le transmiten a lo largo de las sesiones, haciendo difícil que el terapeuta pase por alto las desavenencias que su familia de origen presenta (Guy, 1995).

Por otro lado, no sólo se observan repercusiones positivas en este aspecto, sino que puede producirse un impacto negativo en el grupo primario del terapeuta

a raíz de las características que tiene su trabajo, destacando entre ellas la pérdida de identificación con la familia de origen, sentimientos de superioridad, presión interna en caso de haber familiares con problemas de salud mental, y otros (Guy, 1995). Llama la atención que el deseo de resolver los problemas familiares que se podría manifestar en el psicoterapeuta, puede ser causal de una desestabilización en las relaciones debido a que su conducta puede ser interpretada como un ataque a miembros específicos de la familia, o puede que existan miembros que no desean abordar la temática que éste plantea, entre otras situaciones que terminarían profundizando las diferencias o produciendo nuevos enfrentamientos entre los miembros del clan familiar (Guy 1995). Además, el hecho de ser terapeuta podría posicionarlo con un doble rol ante su familia, especialmente si existe algún miembro que padezca de una enfermedad mental, esta situación por un lado sería beneficiosa ya que el tener acceso directo con un profesional de la salud mental podría ayudar en el tratamiento y manejo de la enfermedad del afectado. Pero por otro lado, podría ponerle en una posición difícil de afrontar en cuanto a la idoneidad de sus intervenciones como profesional y como miembro de la familia, ya que estos roles no siempre se encuentran en sincronía, generando que la familia pueda tildarlo de egoísta con su conocimiento o de no ser responsable con la salud de su familiar (Guy, 1995)

Profundizando en el área familiar del terapeuta, resulta relevante abordar los efectos que su trabajo trae en cuanto a la convivencia y relaciones que establece con su familia nuclear, es decir con su pareja e hijos. A nivel general es posible mencionar que entre las consecuencias positivas que tiene el ejercicio de la profesión se encuentran que el conocimiento teórico y práctico del terapeuta podría influir positivamente en el manejo del desarrollo de los niños, facilitando la transición entre sus etapas de desarrollo; aumentaría la capacidad de ser empático, receptivo y sensible como figura paternal y como pareja; la familia también ayudaría al terapeuta a lidiar con la soledad de la profesión, si es que le permite compartir parte de sus historias con ellos; entre otros efectos positivos (Zur, 1994). Por el contrario, es posible mencionar que también existen riesgos como que los terapeutas tenderían a generar interpretaciones acerca de la

conducta y/o hábitos de los miembros de su familia sin que nadie se los solicite, haciendo que se sientan expuestos y pudiendo lastimarlos si no son abordadas en el momento oportuno y de forma adecuada; al absorción emocional de su trabajo también afectaría la vida familiar del terapeuta, debido a que el tener que estar en una posición de oyente la mayor parte del tiempo, generaría que en sus tiempos libres los terapeutas no se encuentren tan dispuestos a oír a otros, como su familia; etcétera (Guy, 1995).

Especificando en el área conyugal del terapeuta, cabe destacar por el lado positivo que la práctica profesional de terapeuta generaría sentimientos de mayor intimidad con la pareja, mayor seguridad y estabilidad, la pareja ayudaría al terapeuta a disminuir el estrés asociado a la profesión; la práctica profesional le ayudaría al terapeuta a mostrarse más vulnerable y abierto con su pareja; el desarrollo de una mayor autoreflexión en los profesionales del área de la salud mental ayudaría a resolver de mejor forma los conflictos conyugales; entre otros efectos positivos (Guy, 1995; McGinnis, 2007). Ahora, en cuanto a los derivados negativos del ejercicio profesional del terapeuta en su vida en pareja se encontraría que la profesión podría producir aislamiento emocional, al estar tanto tiempo centrados en otros los terapeutas buscarían llenar espacios personales; relacionado a lo anterior, también podría generarse una necesidad de que su pareja acceda a todas sus necesidades sin contemplar las de ésta o el deseo de tener un espacio para relajarse al llegar del trabajo sin que exista la necesidad de hablar; sensación de vacío emocional; Celos hacía la relación y el tiempo que dedica el psicoterapeuta a sus pacientes; entre otras (Guy, 1995; McGinnis, 2007).

En cuanto a la relación con sus hijos se señala que los terapeutas serían capaces de generar una atmosfera de empatía, genuinidad y apoyo para sus hijos; aportar en sus etapas de desarrollo de manera más asertiva; también se señala que muchas de las características necesarias para ser un buen terapeuta coinciden con las que lo serían para ser un buen padre o madre tales como la capacidad de escuchar, empatizar, educar, guiar, entre otras. Por otra parte, se describen desventajas en la relación con sus hijos muy similares a las que se darían con él o la cónyuge del terapeuta tales como el distanciamiento emocional

del terapeuta a raíz del agotamiento que produciría su labor; otro riesgo se daría en el intento del terapeuta por generar individualidad en el niño, el reservarse su información personal, generando un desconocimiento en su hijo acerca de la vida y características de su progenitor; la flexibilidad de los padres-terapeutas sería otro elemento que podría perjudicar la relación con los hijos, ya que usualmente los terapeutas minimizarían algunas de las conductas de los niños asumiendo que sólo pasa por una fase o que es típico de su etapa de desarrollo, no poniendo atención suficiente en el niño o niña; entre muchas otras (Guy, 1995; McGinnis, 2007).

Otro aspecto de la vida personal del terapeuta que puede verse afectado por esta profesión son las relaciones sociales que este entabla con su medio, especialmente la interacción que tiene con sus amigos. Según el estudio de Cogan (1977) presentado por Guy (1995), por medio de una encuesta realizada a psicoterapeutas ejerciendo la carrera, mostró que ellos percibían que gracias a su experiencia académica y profesional podían relacionarse de forma más profunda e intensa con sus amistades, formando un lazo más significativo; en otro estudio realizado por Farber (1983b, citado en Guy, 1995) se hace mención a que por medio del contacto con pacientes el terapeuta generaría una comprensión más extensa de la diversidad de las personas y sus vulnerabilidades, pudiendo tolerarla de mejor forma y establecer relaciones de amistad con mayor facilidad; los amigos del terapeuta también se verían beneficiados en cuanto al conocimiento profesional del terapeuta, teniendo la posibilidad –en caso de que el terapeuta lo desee así- de acceder a consejos con una mirada más profesional o de recibir ayuda más precisa en caso de caer en alguna crisis. No obstante, también existen aspectos en los que las relaciones sociales pueden verse perjudicadas tales como el agotamiento y vacío emocional que produce el trabajo del terapeuta, haciendo que no pueda disfrutar de buena forma el tiempo con sus amigos, pudiendo llevar a que se niegue a proporcionarles ayuda o apoyo en ciertas ocasiones desgastando la relación; como se mencionaba en otro apartado el terapeuta podría tender a aislarse o necesitar estar solo en sus tiempos libres, lo que generaría que pueda rechazar los intentos de sus amigos por socializar,

aumentando su soledad; en el escenario de terapeutas que les sea difícil dejar su rol profesional de lado , podría producir que sus cercanos comiencen a alejarse debido a que se sentirían incómodos con sus cuestionamientos o consejos; entre otras situaciones.



## **IV.- OBJETIVOS Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO**

### **1.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Qué efectos produce la problemática presentada por el paciente en la vida personal de los psicólogos novatos y experimentados?
- ¿Qué mecanismos utilizan los psicólogos novatos y experimentados para elaborar los procesos y/o cuestionamiento elicitados por la problemática presentada por el paciente?
- ¿Existen diferencias en los efectos que produce la problemática presentada por el paciente en la vida personal de los psicólogos novatos y experimentados?
- ¿Existen diferencias en los mecanismos que utilizan los psicólogos novatos y experimentados para elaborar los procesos y/o cuestionamiento elicitados por la problemática presentada por el paciente?

### **2.- OBJETIVOS**

#### **2.1.- OBJETIVO GENERAL**

- Conocer y describir los efectos que produce la problemática presentada por el paciente en la vida personal del psicólogo y los mecanismos que este utiliza para elaborar los procesos y/o cuestionamiento elicitados por ella; comparando la muestra de profesionales novatos y experimentados.

#### **2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Identificar y describir los efectos que tiene la problemática presentada por el paciente en la vida personal de terapeutas experimentados y novatos.

- b. Comparar los efectos que tiene la problemática presentada por el paciente en la vida personal de terapeutas experimentados y novatos.
- c. Identificar y describir los mecanismos utilizados por los terapeutas experimentados y novatos para enfrentarse a los posibles procesos y/o cuestionamientos elicitados a raíz de la problemática del paciente.
- d. Comparar los mecanismos utilizados por los terapeutas experimentados y novatos para enfrentarse a los posibles procesos y/o cuestionamientos elicitados a raíz de la problemática del paciente.
- e. Identificar los ámbitos de impacto que puede tener la problemática del paciente en terapeutas con diferente experiencia profesional.
- f. Establecer la influencia que posee la historia/contexto del terapeuta (novatos y experimentados) en el impacto que podría provocar la problemática del paciente en su vida personal.

### **3.- PREGUNTAS DIRECTRICES**

#### **3.1.- Identificar y describir los efectos que tiene la problemática presentada por el paciente en la vida personal de terapeutas experimentados y novatos.**

- a. ¿qué efectos tiene la problemática presentada por el paciente en la vida de personal de los terapeutas?
- b. ¿Cómo describen los terapeutas los efectos de la problemática presentada por el paciente en su vida personal?

#### **3.2.- Comparar los efectos que tiene la problemática presentada por el paciente en la vida personal de terapeutas experimentados y novatos.**

- e. ¿Qué similitudes y/o diferencias existen entre los efectos de la problemática presentada por el paciente en la vida personal de psicoterapeutas novatos y experimentados?

**3.3.- Identificar y describir los mecanismos utilizados por los terapeutas experimentados y novatos para enfrentarse a los posibles procesos y/o cuestionamientos elicitados a raíz de la problemática del paciente.**

- g. ¿Qué mecanismos utilizan los psicoterapeutas para enfrentarse a los procesos y/o cuestionamientos elicitados a raíz de la problemática del paciente?
- h. ¿Cómo describen los terapeutas los mecanismos que utilizan para elaborar los procesos y/o cuestionamientos elicitados a raíz de la problemática del paciente?

**3.4.- Comparar los mecanismos utilizados por los terapeutas experimentados y novatos para enfrentarse a los posibles procesos internos a raíz de la problemática del paciente.**

- i. ¿Qué similitudes y/o diferencias existen en los mecanismos para enfrentar los procesos iniciados a raíz de la problemática del paciente en psicoterapeutas novatos y experimentados?

**3.5.- Identificar los ámbitos de impacto que puede tener la problemática del paciente en terapeutas con diferente experiencia profesional.**

- j. ¿Existen diferencias en los ámbitos que se ven afectados de acuerdo a la experiencia profesional que posean los terapeutas?

**3.6.- Establecer la influencia que posee la historia/contexto del terapeuta (novatos y experimentados) en el impacto que podría provocar la problemática del paciente en su vida personal.**

- k. ¿Cómo influye la historia del terapeuta en el impacto que podría provocar la problemática presentada por el paciente en su vida personal?
- l. ¿Cómo influye el contexto en el que vive el terapeuta en el impacto que podría provocar la problemática presentada por el paciente en su vida personal?
- m. ¿Qué similitudes y/o diferencias existen en la influencia que ejerce la historia/contexto en el impacto que podría provocar la problemática presentada por el paciente en la vida personal de terapeutas experimentados y novatos?

#### **4.- RELEVANCIA DEL ESTUDIO**

La presente investigación se encuentra contextualizada dentro del área clínica de la psicología, teniendo como eje temático principal a la persona del terapeuta. De este modo, se plantea aumentar el acervo teórico de esta temática tan poco explorada dentro de la disciplina, aportando conocimientos acerca de las implicancias que posee en la vida personal de los psicoterapeutas el trabajo que realizan.

En cuanto a la relevancia práctica de este estudio, cabe destacar que podría ser un aporte en cuanto a fomentar el autocuidado y el desarrollo personal de los psicólogos clínicos con diferentes niveles de experiencia profesional, pudiendo acercarse a las vivencias que han tenido otros colegas respecto a las influencias que han tenido las temáticas de sus pacientes en sus vidas personales, y también, los mecanismos que ellos han utilizado para elaborar sus procesos. Pudiendo tener un acercamiento a las similitudes y/o diferencias que existen entre los relatos de terapeutas en los inicios de su carrera y aquellos que ya poseen una vasta trayectoria.

A un nivel metodológico se aportaría aumentando el número de investigaciones de tipo cualitativo, en relación al abordaje de la experiencia de psicólogos con distintos rangos temporales de ejercicio profesional en el área

clínica, por medio del uso de la entrevista semi-estructurada y el análisis de contenidos.

Finalmente, el presente trabajo resulta importante en el ámbito social ya que podría generar una mejora en la calidad de vida de los terapeutas, debido al aumento en la información que poseen acerca de las posibles influencias que tiene su trabajo en un nivel personal, variable que influye dentro de la relación psicoterapéutica en cuanto a la vinculación que se generará entre paciente y terapeuta (Santibañez, et al., 2008)

## **V.- METODOLOGÍA**

Para el desarrollo de la presente investigación se optó por un enfoque metodológico cualitativo, debido a que por medio de este es posible estudiar temas de mayor complejidad y que no han sido abordados en profundidad dentro de la disciplina, los cuales no pueden ser reducidos a variables individuales (Flick, 2004). Así, se privilegia la apertura a descubrir nuevos elementos en lo estudiado, poniéndose el acento en la experiencia de los participantes y las construcciones sociales y/o significados que han generado de lo que se estudia (Salgado, 2007).

Por otra parte, En cuanto al tipo de estudio es posible señalar que se trata de uno exploratorio-descriptivo. Exploratorio, debido a la deficitaria cantidad de investigación realizada sobre la persona del terapeuta y, en este caso específico, en cuanto a los efectos que tiene la problemática del paciente en la vida personal de los psicólogos; y descriptiva pues pretende entregar la mayor cantidad de datos presentados por el fenómeno estudiado, con la mayor precisión posible (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Además, cabe señalar que se sigue un diseño no experimental y transversal, ya que las variables estudiadas no son manipuladas ni se expone a los participantes a situaciones o estímulos creados por el investigador intencionalmente, sino que indaga en las ideas que ellos ya tienen respecto del tema; y la recogida de datos se realizó en una única oportunidad (Hernández et al., 1991).

### **MUESTRA**

La muestra utilizada para la realización de esta investigación consta de un total de 24 psicoterapeutas de diferentes corrientes teóricas, los cuales están divididos en 2 grupos. El primero de ellos, corresponde al grupo de psicoterapeutas experimentados constituido por 12 psicólogos adscritos a diferentes enfoques clínicos, los cuales poseen un rango de experiencia laboral de entre 15 y 25 años. El segundo, está compuesto por 12 psicólogos clínicos de orientaciones teóricas variadas que cumplan con el requisito de haber ejercido entre 1,5 y 3,5 años ésta

rama de la psicología, este grupo será considerado como psicoterapeutas novatos o nóveles.

Para la configuración de ambos grupos muestrales se utilizaron como base las seis categorías planteadas por Orlinsky y Rønnestad (2005), las cuales surgen a partir de su estudio de la teoría y su experiencia en el área clínica. De esta forma, el conjunto de terapeutas “novatos” o “nóveles” se encuentra formado por lo que ellos llamaron “apprentice”, correspondiente a profesionales que ya presentan algún acercamiento al trabajo clínico, pero que podrían estar ligados aún a programas de estudio o son supervisados. Se consideró acertada esta categoría debido a que integra a aquellos terapeutas que recién comienzan su carrera, pero que ya cuentan con un mayor acercamiento al trabajo terapéutico. Por otro lado, el rango “experimentados” se construyó a partir de las categorías “seasoned” y “senior” elaboradas por Orlinsky y Rønnestad (2005) que abarcan las dos últimas posiciones respecto a los niveles que plantearon, siendo las que incluyen a los psicoterapeutas con más años de ejercicio profesional en el área clínica.

Finalmente, cabe señalar que la muestra utilizada es de tipo no probabilística e intencionada, debido a que se privilegia la selección de los participantes del estudio de acuerdo a criterios específicos y predeterminados por el investigador debido a los conocimientos y/o características que ellos presentan (Martín-Crespo y Salamanca, 2007), tomando como condiciones el pertenecer a alguna de los rangos temporales de experiencia laboral, ser psicólogo clínico y estar actualmente desempeñándose como tal.

## **PROCEDIMIENTO**

En cuanto a este elemento, se decidió utilizar la entrevista cualitativa semi-estructurada y centrada en el problema ya que este tipo de instrumento se vale de una guía de preguntas para dirigir la recopilación de la información, se caracteriza por –como su nombre lo dice- estar centrada en el problema que se investiga, permite ser modificada en relación al objeto estudiado y centrarse en el proceso de investigación (Mitzel, 1985, citado en Flick, 2004). Convirtiéndose en una

herramienta flexible para abordar la experiencia de los psicoterapeutas respecto a los efectos de la problemática del paciente en sus vidas personales.

La elaboración de este instrumento fue realizada en el marco del equipo de investigación dedicado al tema de la persona del terapeuta y tópicos relacionados (ver pie de página <sup>1</sup>). De este modo, en él se abordan los conceptos de otros estudios tales como: autocuidado; el impacto de la problemática del paciente en la vida del terapeuta y desarrollo personal.

Además, se adjuntó la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos (Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, 2007) debido al interés de levantar datos cuantitativos respecto a este tema.

## **ANALISIS**

En la presente investigación se realizó un análisis de contenidos, en el que se transcribieron las entrevistas realizadas a todos los psicoterapeutas participantes del estudio con el fin de indagar sus perspectivas acerca de la afección que les produce la problemática del paciente en sus vidas personales, y también el manejo que realizan de los procesos y/o cuestionamientos elicitados por esta situación.

Para ello, una vez transcritos los datos recopilados, se procedió a la lectura minuciosa de ellos, iniciando con el proceso de análisis y al mismo tiempo con la reducción de ellos en relación a las preguntas que se plantearon en el estudio y sus objetivos (Huberman y Miles, 2000, citados en Salgado, 2007), en esta etapa se realizó una codificación de la información, iniciándose con una codificación descriptiva de esta, reduciendo las unidades de análisis y englobando los datos de manera inicial (Sandoval, 2002). Posteriormente, en la medida que se

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que la elaboración de los dos grupos muestrales se realizó dentro del marco de un equipo de investigadores abocados a la temática de la persona del terapeuta, compuesto por la Doctora en psicología Laura Moncada, Lic. Javiere Cerda, Mag. Carla Carvajal y el autor de este estudio.



logró una mayor conceptualización de las categorías descriptivas, se realizó una codificación relacional en la que se procedió a relacionar las primeras categorías, agrupándolas en otras categorías más abarcativas (Sandoval, 2002). Un último paso de codificación, fue la codificación selectiva en la que todas las categorías generadas fueron agrupadas en categorías núcleo que son las que estructurarán la investigación (Sandoval, 2002), distinguiéndose tres categorías de este tipo para el presente estudio.

Luego de esta etapa, se procedió a la presentación de los datos en la que se da cuenta de la información obtenida a raíz del análisis de manera ordenada y reflexiva. Finalmente, se procedió a la elaboración de las conclusiones en la que los datos expuestos son relacionados entre sí y con la revisión teórica, dando paso a nuevos significados (Huberman y Miles, 2000, citados en Salgado, 2007).

## **VI.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

De acuerdo a la información recopilada por medio de las entrevistas realizadas, y en congruencia con los objetivos propuestos y los conceptos abordados en la revisión teórica de esta investigación, se presentan tres categorías relacionadas a los efectos que posee la problemática del paciente en la vida personal de los terapeutas y los mecanismos que estos utilizan para elaborar los procesos elicitados por ella. Cabe señalar que las tres categorías principales que sustentan el análisis son compartidas por ambos grupos de la muestra –tanto terapeutas expertos como novatos- diferenciándose en aspectos más específicos de los discursos, los cuales son abordados en las sub-categorías que las componen.

Las categorías principales son las siguientes:

- 1.- Afección del terapeuta a raíz de la problemática del paciente.
- 2.- Manejo de la afección producida por la temática presentada por el paciente.
- 3.- Afección que le produce la problemática del paciente al terapeuta debido a su propia historia.

A continuación se expondrá cada categoría en profundidad para cada grupo de la muestra, describiendo en mayor detalle el contenido de cada una y dando cuenta de las similitudes y diferencias existentes en sus discursos.

### **1.- Psicoterapeutas experimentados**

#### **1.1 Afección del terapeuta a raíz de la problemática del paciente.**

Esta categoría hace referencia a los efectos que los terapeutas experimentados dicen observar y/o sentir en sus propias vidas, o la de sus símiles profesionales, a raíz de las problemáticas que sus pacientes les presentan. Ella se compone de tres sub-categorías que organizan la afección indicada por los entrevistados en base a diferentes ámbitos de sus vidas, planteándose como

principales áreas la afección producida en su cotidianidad, aquella acotada a la misma sesión con su paciente y la que se genera en su vida familiar.

### **1.1.1 Afección en la vida cotidiana del terapeuta**

Los terapeutas señalan que su vida cotidiana se ve afectada de diferentes maneras a raíz de la problemática presentada por el paciente, pudiendo distinguirse desde su discurso, efectos tanto negativos como positivos.

En una primera aproximación a esta afección, muchos de ellos observan que esta situación se manifiesta a través de pensamientos que trascienden la sesión, y que se encuentran relacionados al trabajo realizado y su rendimiento laboral en las sesiones, señalando: *“me afectan [los problemas presentados por el paciente] en el sentido que pudieran quedarme algunas cosas dando vueltas en términos de cómo abordarlas”* (I, 1), o también: *“Porque quedo pensando en el tema, si las intervenciones que yo hice son lo suficientemente amplias”* (X, 2).

Por otra parte, los participantes indican que las temáticas llevadas por los pacientes elicitaban en su cotidianidad procesos emocionales de diversa índole en su cotidianidad. Así por ejemplo, se observan efectos negativos que se caracterizan por los sentimientos descritos por los entrevistados destacándose el desgaste que provocan ciertas temáticas: *“hay cierto tipo de problemáticas de los pacientes que pueden remover aspectos no resueltos del terapeuta, y en este sentido van a generar un desgaste mayor.”* (IX, 1); También, cabe mencionar que la angustia y preocupación son otros de los sentimientos que afectan a algunos de los participantes luego de tener que trabajar con temáticas que los remueven emocionalmente: *“es como la preocupación, yo creo que lo que más me preocupa es cuando quedo angustiada, con los casos de desprotección, porque pienso que a lo mejor yo soy la profesional con la que consultaron y ahí van a quedar sin hacer nada, y ahí yo siento que tal vez a veces mi rol ya no es solo de psicóloga.”* (X, 3).

Además, resulta relevante hacer notar lo planteado por una de las terapeutas, quien asocia malestares de tipo corporal que se dan en la vida

cotidiana a procesos inconscientes iniciados en el terapeuta debido a las temáticas con sus pacientes: *“a veces pasa hay un 30% de cosas verbales con los pacientes que tú... como que después como trabajar en el diálogo directo con el paciente... un 70% de información del paciente que tú no te das cuenta y que te queda dando vueltas inconscientemente y uno de repente...a veces porque es una temática que a uno le toca, pero a veces ni siquiera eso, te hago la salvedad... de repente uno como que a la semana te das cuenta que te había dolido la espalda, te había dolido la cabeza y no te habías dado cuenta”* (II, 1)

Desde otro polo, algunos de los terapeutas consultados rescatan efectos positivos impulsados por la problemática del paciente, resaltando el aprendizaje y crecimiento personal que logran gracias a ello: *“con alguna frecuencia a uno le llegan pacientes que están en una temática que tiene hartito que ver con lo que está uno, eso pasa con bastante frecuencia que llegan gente que imagínate me la mandaron con qué, como justo en lo que estoy, entonces en ese sentido tienen un positivo impacto porque me permiten mirarme a mí cosas más y aprender desde ahí”* (I.1). En este sentido, algunos de ellos mencionan que las temáticas resultan enriquecedoras para sus vidas, entregándoles otras perspectivas para abordar un tema similar: *“ me parece que bien, me parece que hacer terapia es hacerse terapia...entonces me parece que es súper enriquecedor, nunca van a ser temas exactamente iguales siempre hay un giro o un bicho distinto...eso es muy enriquecedor”* (IV, 4).

Finalmente, en esta sub-categoría resalta lo abordado por uno de los participantes, quien habla acerca de una intervención más concreta de la problemática del paciente en su cotidianidad, refiriéndose a que llamadas o requerimientos que se dan fuera del espacio acordado *“siempre tengo pacientes graves que me llaman a las dos de la mañana por ejemplo, pero eso pasa dos veces al año”* (XII, 2).

### **1.1.2 Afición del terapeuta durante la sesión**

El relato de los entrevistados alude a que la problemática del paciente puede impactarlos desde el mismo momento que es planteada, activando recuerdos, pensamientos y/o emociones que lo afectarán mientras se encuentra realizando su trabajo. Algunos de ellos explican que esta situación se da por un sobre-involucramiento en lo que el paciente les transmite, lo que desencadenaría diferentes procesos en él: *“sobre-involucrarse y de repente verte al medio del pantano y bueno ya te metiste poh’... uno tenía la experiencia en este tema y quedaste atrapado...también me ha pasado...no era tan fácil como se veía”* (II, 4), en esta misma línea se encuentra lo descrito por otro de los terapeutas consultados, quien plantea una identificación con ciertas temáticas que generan demoras y desgaste durante su trabajo: *“bueno así lo entiendo yo, muy identificados con madres muy desvitalizadas, por ejemplo, los hijos de madres depresivas, profundamente depresivas, que transmiten una falta de vitalidad, falta de esperanza, falta de vida en el vínculo, de energía de la vida, personas particularmente apagadas, oscas, serias, eh... con mucha muerte. Efectivamente claro, son personas que me han ocupado más tiempo y más energía.”* (XII, 3).

Por otro lado, uno de los psicólogos menciona que la afección mientras trabaja podría darse por una coincidencia con el conflicto del paciente, lo que generaría un desgaste mayor en su labor debido a que tendrá que poner atención a los procesos elicitados en el paciente y en sí mismo: *“Si yo estoy teniendo por ejemplo un problema de pareja, y el tipo tiene el mismo problema de pareja que tengo yo, me va a afectar, no en mi vida pero si me va a aumentar la focalización de qué me pasa a mí, entonces voy a estar en un doble juego: focalizado en mi, focalizado en el otro, lo que cansa”* (VII, 1).

Para terminar con este apartado, un fenómeno que llama la atención es lo indicado por uno de los entrevistados que señala haberse visto afectado durante una sesión en la que no era participante activo, sino que se encontraba tras el espejo, permitiéndose una reacción emocional más notoria ya que plantea que no debería haber afección durante la sesión: *“No [se ha visto afectado por la problemática del paciente durante la sesión], solamente un paciente me ha removido y quebrado, uno sólo que me acuerdo y que no era exactamente mío*

*sino estábamos viéndolo de espejo y era un caso de culto satánico. Y eso fue como que ahí me sobrepasó, pero por suerte yo era del equipo que veía detrás del espejo.” (VIII, 2).*

### **1.1.3 Afección en la vida familiar del terapeuta**

Otra área que los entrevistados indican se ve interferida a raíz de los efectos de la problemática del paciente es su vida familiar. Esta afección, según expresan los entrevistados, se refleja en el tiempo que disponen para dedicarles, la energía con que lo hacen e incluso, el cómo los miembros de su familia se ven envueltos en el trabajo del terapeuta. En cuanto al primer punto, algunos de los participantes mencionan que debido a algunas temáticas demandan mayor inversión de tiempo -en cuando a la planificación de estrategias o la contención de su propia emocionalidad- sus momentos para compartir con la familia disminuían: *“porque atender el paciente no es sólo lo que tú lo atiendes, sino que todo lo que tú te preparas, las horas después...entonces tu le vas restando tiempo...se te van desequilibrando los tiempos, y sí que de repente han habido momentos en que gente de mi familia me ha dicho: oye para acá también mira” (II, 2).*

Asimismo, como se esbozaba anteriormente, la energía con la que comparten con su núcleo se ve afectada por los efectos que tiene la temática expuesta por el paciente en el terapeuta, ya que según lo descrito por la terapeuta citada anteriormente la complejidad de algunas de ellas genera un mayor desgaste disminuyendo su disponibilidad para compartir: *“me fue pasando la boleta en términos de cansancio, en términos de que dedicaba menos tiempo a mi grupo familiar y la gente de mi familia me lo empezó a cobrar” (II, 1).* En relación a la complejidad de las temáticas, una de las encuestadas menciona que recurre a su marido como vía de descarga de su afección, haciéndolo parte del trabajo que desempeña como psicóloga: *“Mira yo creo que los casos de desprotección como que traspasa y quedo preocupada [...] me traspasa y lo converso con mi marido y me preocupo” (X, 3).*

## **1.2 Manejo de la afección producida por la temática presentada por el paciente.**

En esta categoría se abordan las formas, mecanismos y/o estrategias que los terapeutas experimentados utilizan para manejar la afección que la problemática presentada por el paciente genera en su vida. La información recopilada de ha organizado por medio de tres sub-categorías: Estrategias de manejo de la afección durante la sesión, estrategias de manejo de la afección fuera de la sesión, y aquellos que no reconocen estrategias de manejo de la afección. Para facilitar la presentación y entendimiento de aquellas estrategias de manejo de la afección tanto fuera como durante la sesión, éstas fueron agrupadas en: cognitivo-emocionales, por estar acotadas a decisiones o estructuraciones mentales de los terapeutas para ayudarlos a lidiar con la afección sentida; corporales, ya que aluden a posturas corporales o distintos modos de respiración; y mixtas, porque implican una complejidad mayor a las anteriormente planteadas y combinan elementos de ambas.

### **1.2.1 Manejo de la afección durante la sesión**

Los terapeutas relatan una serie de diferentes formas de manejar el impacto que pudiera producirles la temática que les expone su paciente mientras se encuentran frente a él, es decir, durante en desarrollo de la sesión. Al respecto, en este grupo de la muestra una predominancia de manejo cognitivo-emocional, en un segundo plano aparecen las estrategias mixtas, mientras que las estrategias corporales son referidas por sólo uno de los consultados. En cuanto al primer tipo de estrategias, algunos de los entrevistados al verse afectados recurren a tratar de tomar distancia de su propia emocionalidad: *“no comprometerme desde mi perspectiva y no mostrar la resonancia emocional que eso a mí me pueda generar sino que trabajar desde el paciente”* (IX, 5), con este fin es que un entrevistado recurre a los márgenes metodológicos de su encuadre teórico para centrarse en el paciente: *“Excepto mantener las reglas técnicas es decir, la atención flotante y las técnicas del psicoanálisis, es decir, no hay una estrategia en particular”* (XI, 2).

Más allá de esta estrategia, otros terapeutas intentan realizar un auto-registro de lo que les está sucediendo frente a la temática que escuchan, para así

mantenerse en su rol, y luego, tomar distancia del impacto que les ha producido: *“cuando estás muy afectada echarte para atrás, en el sentido de no involucrarse, tener consciencia de cuáles son mis signos que me están diciendo que no estás siendo objetiva”* (VI, 5) incluso destaca que también es conveniente alejarse corporalmente: *“más para atrás corporalmente por un lado es una muy buena estrategia”* (VI, 5).

Una táctica similar es planteada por varios de los psicólogos, señalando que al encontrarse con temáticas similares a situaciones que ellos mismos viven o han experimentado antes recurren a distinguir y separar los elementos que son propios de su historia y aquellos que, por el contrario, le corresponden a la situación particular del paciente: *“Igual que cualquier otra temática, estando más aun consciente de qué mío se activa, y por lo tanto, qué hago con eso digamos pah’ no confundir los cables de lo que es mío y de lo que el otro”* (I, 5). En este sentido, para algunos de los entrevistados refieren como condición el tener alguna claridad respecto a las temáticas conflictivas propias, o haber tenido un proceso terapéutico propio: *“yo siento que me estoy sobre-involucrando discriminar primero qué es lo mío y qué es lo del paciente...y lo que es del paciente...por eso es que también creo que es importante tener clarito más menos, no tener resueltas las problemáticas de uno, porque eso es imposible y es muy omnipotente, pero si tener claro las cosas que uno tiene, las que no tiene y las que uno también no tiene tan resueltas, para poder discriminar”* (II, 3).

Por otro lado, una de las terapeutas comenta que no es necesario guardar una distancia con la afección sentida, sino más bien aprender a permanecer con ello y trabajar desde esa emocionalidad: *“es poder permanecer con lo que ahí está pasando. No es distancia, es por el contrario, poder permanecer ahí con lo que sea que surja y habitar en cualquier emoción o situación que surja desde el permanecer presente”* (I, 4). En esta misma línea, también es parte del discurso de uno de los terapeutas el permitirse mostrar estas emociones desde una auto-revelación que sea provechosa para ambos implicados en la terapia: *“siempre que no sea iatrogénico, ni algo que vaya en contra de lo que el paciente necesita en este momento, puedo hablar de lo que a mí me está pasando con eso, y le puedo*



*decir, sabes que, lo que tú me cuentas me produce mucha pena, pero hay que fijarse en esto y esto, y esto, pero yo puedo hablar que algo me da pena también, o eso como a mí me da pena, también le puede dar pena al otro” (VI, 5). Otra de las formas que los entrevistados encuentran para manejar se afectación durante las sesiones es la posibilidad de “devolver” al paciente la problemática: *“hablarlo...decirle cuando yo siento...que hay pacientes que generalmente tienen un vínculo más complicado, más limítrofes por ejemplo, y entonces te tienden verbal y no verbalmente a tirar más la problemática a ti...entonces cuando un paciente hace eso, simplemente devolverle” (II, 3)**

Por otra parte, como estrategias mixtas se distingue la utilización de anotaciones al margen acerca de las emociones o procesos que está viviendo el terapeuta durante la sesión: *“anotar cosas al lado...y ahí en las cosas al lado que anoto, cuando me siento muy sobrepasada empiezo a anotar cosas de cómo me siento, eso ayuda a poner como un poquito más de distancia y eso me sirve mucho” (IV, 3). Un mecanismo más que es señalado en la respuestas de los participantes es la improvisación ante el impacto emocional de acuerdo a la situación de la que se trate: *“si me toca un paciente agresivo o si tengo una pareja que está peleando, siempre me las arreglo de alguna manera, por ejemplo una pareja que no me hacía caso, ustedes están pagando esta consulta, entonces yo como no soy necesario yo me voy, entonces me voy, entonces esas cosas son cosas que uno improvisa en la marcha, pero no tengo la sensación de que me vayan a dejar paralizado ni me ha pasado nunca” (VII, 4). O bien, al evaluar que la problemática del paciente se hace insostenible para el terapeuta, también se plantea a posibilidad de derivarlo: *“hay situaciones en las que uno está dándole vuelta a algún tema personal y llega un paciente que más o menos tenga una misma problemática personal; ahí uno evalúa si está en la disposición o no de seguir atendiendo al paciente. Si uno, luego de la evaluación no lo puede sostener, hay que derivar” (V, 5).***

### **1.2.2 Manejo de la afección fuera de la sesión**

Por otra parte, como ya se ha observado el impacto que tiene la problemática del paciente en la vida del terapeuta no sólo se acota a la sesión,

sino que se extiende más allá de los límites de esta, de modo que ellos se valen de múltiples estrategias para conducir esta afección, por mínima que esta sea. Tal como en la sub-categoría anterior, para facilitar la comprensión de los resultados, ésta se ha organizado en torno a aquellas estrategias cognitivo emocional y mixtas, sin que se hayan encontrado mecanismos corporales de manejo de dicha afección.

Es así que dentro de las tácticas cognitivo-emocionales se observan distintos niveles de complejidad en el manejo que los terapeutas dan a los procesos elicitados, que variarán de acuerdo a la intensidad o nivel de afección producido. En este sentido, en el polo de menor complejidad, uno de los terapeutas relata que simplemente se da el tiempo para explorar su situación: *“si fuera muy leve [la afección producida por la problemática planteada por el paciente], auto monitorearme, qué está pasando conmigo al cierre de sesión, si es algo leve”* (VIII, 3). No obstante, cuando la afección de la temática se vuelve más compleja los terapeutas relatan estrategias más elaboradas, así por ejemplo, varios de los terapeutas experimentados indican volverse más selectivos con los temas a trabajar, pudiendo incluso evitar temáticas que ellos reconocen les producen mayor resonancia emocional o definitivamente rechazo: *“intervención psicológica por abuso sexual a menores, es una problemática que yo la pude trabajar, que con los años la empecé a rechazar y la empecé a rechazar cada vez más fuerte y llego un minuto que yo decidí no atender ese tipo de casos porque me generaban mucho impacto emocional, mucho”* (IX, 2).

A diferencia del grupo que decide evitar trabajar con temáticas que les resultan complejas emocionalmente, otro conjunto de terapeuta indica que continúan abordando materias que los afectan en su vida personal, sin embargo, se encargan de establecer límites para controlar esta situación. Así por ejemplo, destacan el interés por diferenciar sus conflictos internos de aquellas problemáticas de paciente, pudiendo visualizar más claramente las fronteras de su rol como psicólogo clínico: *“saber distinguir que es tuyo y que es del otro, hasta donde llego yo y hasta donde llega mi rol, y hasta donde llega mi responsabilidad en la vida del paciente. O sea, tener súper claro que yo no soy la responsable de*

*la vida del paciente*” (VI, 1). Asimismo, este grupo sugiere que especialmente en aquellas ocasiones en que la problemática del paciente es similar a la de su terapeuta, se hace necesario independizar estas vivencias, en tanto ponen en riesgo el trabajo terapéutico: *“uno como que se diferencia porque a veces uno cree que se parece y otras veces en que uno entiende perfectamente al paciente porque uno tuvo una historia así, pero ahí hay que diferenciarse porque si no uno no ve al paciente”* (X, 5).

Otra forma a la que recurren los terapeutas para abordar la afección que sienten es a través de conversaciones con colegas o cercanos de confianza, en quienes pueden volcar sus emociones y expresa lo que les sucede: *“principalmente la forma en que lo he enfrentado es conversando, conversando con algún colega, conversarlo en el plano no sólo ayúdame con esto... qué opinas tu en términos de supervisión, sino que también en el plano personal”* (V, 2). Por otra parte, una de las terapeutas destaca su necesidad de tomar distancia respecto del impacto a partir del reconocimiento de que la evolución del paciente no depende tan sólo de sus intervenciones, sino que más bien existe una red que sustenta su trabajo: *“que si yo siento que hay una situación muy difícil yo tengo que de alguna manera buscar apoyo en los familiares, en un psiquiatra, que no soy la única que está a cargo del paciente, y eso lo tengo que tener súper claro. Y cuando uno tiene esto claro, logras tomar distancia”* (VI, 1).

Ahora bien, en cuanto a las estrategias de tipo mixto, algunos de los entrevistados mencionan que, en términos profesionales, al evaluar que la temática puede ser trabajada, pero que de todos modos les causa un impacto especial es necesario recurrir a supervisión con otro profesional: *“Si no es tan impactante, de modo que si puedes trabajarlo, es importante mantener la distancia y ese caso si supervisarlo”* (V, 5). Asimismo, un gran número de los consultados señala que el realizar un trabajo terapéutico personal es clave, en la medida en que les permite reducir el impacto de encontrar en sus pacientes temáticas similares a las propias, así como también, les facilita trabajar con problemáticas consideradas de complejidad mayor: *“en la medida que tu tengas una mayor elaboración de esos temas los tienes más conscientes, al tenerlos más*

*conscientes puedes darte cuenta que es del y que es del otro, para no proyectar, para no identificarte, para no sentir que las cosas del otro como te pasan a ti no las puedes trabajar, entonces por eso son tan importantes los procesos personales de los terapeutas, tener más o menos elaborados tus propios temas, de tal manera que con tu propia elaboración ayudes a tus pacientes también” (VI, 5). Incluso uno de ellos señala que la terapia personal ayudaría a evitar posibles enfermedades relacionadas al trabajo que desempeña: “probablemente en términos bien prácticos el psicoanálisis personal es la herramienta más importante para no enfermarse en el trabajo” (XI, 1).*

Por otra parte, una psicóloga refiere a la importancia de trabajar en red como una forma para generar una protección ante las problemáticas presentadas por los pacientes y evitar la soledad de la profesión: *“es importante contactarse con otros profesionales, como en red, porque yo no trabajo en equipo, trabajo en red, bueno trabajar en equipo también, los niños con déficit atencional uno igual deriva a neurólogo, cuando uno piensa que va por ahí la cosa, trabajar en quipos y en red, todo lo que sea no estar sola es como la protección” (X, 4).*

Finalmente, una alternativa que destaca -debido a que no fue mencionada por otro terapeuta de este grupo muestral- se trata del uso de la meditación como mecanismo que permite manejar el impacto generado por el tópico presentado por el paciente: *“La meditación es la herramienta pah’ relacionarme con ese impacto, por el tema interpretante, relacionarte con cualquier cosa que surja y además puedo estar consciente con lo que me pasa a mí con lo que me surge” (I, 3).*

### **1.2.3 No se reconocen estrategias de manejo de la afección**

Esta sub-categoría es exclusiva del grupo de terapeutas experimentados, ya que en este conjunto hubo participantes que señalaron no poseer estrategias de manejo de la afección, Uno de ellos indicó que luego de haberse expuesto a una temática planteada por un paciente que lo afectó personalmente sólo dejó pasar la situación, sin tomar medidas al respecto:

*“(entrevistador) y después por ejemplo de haber tenido esa experiencia [la situación que lo impactó] algún trabajo como más personal.*

*-(entrevistado) no, nada.*

*-(entrevistador) Dejo que pasara no más.*

*-(entrevistado) para mí la realidad fue dura y yo tenía a mi hija y no podía imaginar que este gallo hubiera matado. Al menos ese era el relato. Tenía problemas, diagnóstico de personalidad doble, múltiple, personalidad múltiple se le llama, pero el relato era terrible.*

*-(entrevistador) y eso como que le impacto en ese minuto y ya, después siguió.*

*-(entrevistado) Ajá” (VIII, 2).*

Del mismo modo, otro de los entrevistados si bien menciona haber tomado algunas medidas respecto a lo que sentía, no las reconoce como una estrategia: *“es que mira si alguien me llega con algo que me produce un efecto de ahí...no se probablemente yo se lo diga... si no es adecuado eso, no sé, me lo quedaré rumiando...pero no tengo ninguna estrategia en ese sentido” (III, 3).*

### **1.3 Influencia en la afección que le produce la problemática del paciente al terapeuta debido a su propia historia**

En esta categoría se presenta la influencia que tienen diferentes aspectos de la historia y formas de ser de los terapeutas experimentados en la afección que sienten a raíz de la problemática que el paciente les transmite, organizándose en cinco sub-categorías que corresponden a: la influencia de la experiencia laboral, influencia de la formación profesional, de las características propias de la relación paciente-terapeuta, de trabajar temáticas especialmente fuertes y la influencia del contexto socio-político en que vivió el terapeuta.

#### **1.3.1 Influencia de la experiencia laboral**

En esta sub-categoría se describen las formas en que la experiencia laboral del terapeuta –entendida como el tiempo que llevan dedicándose a la labor como psicólogo clínico- influye en el impacto que este sentirá respecto a la problemática del paciente. En este sentido, gran parte del grupo de experimentados observa que en la medida que su trayectoria de trabajo es más amplia, el impacto negativo que les genera la problemática del paciente disminuye, una de las terapeutas señala que con los años su auto-exigencia en términos verbales e intelectuales se

relaja, poniendo el énfasis en otros elementos de la terapia: *“Yo creo que eso es un cambio significativo [dejar de preocuparse en decir “cosas inteligentes”], porque además es el momento en que uno empieza a pasarlo bien haciendo lo que hace, en vez de estar tan angustiada, preocupada, tensa y no sé qué, uno empieza a estar ahí bien, mucho más disponible, mucho más tranquila, yo creo además con eso tiene que ver el no salir desgastada, agotada, cargada, porque tú no eres la protagonista de la situación, el tema no es lo que te está pasando a ti no sé que, no tendría que estar pasándote nada más difícil que estar con otro ser humano”* (I, 9).

Asimismo, otro entrevistado indica que ha observado en grupos de terapeutas con menor experiencia que algunos de los temas que los pacientes les comentan causan mayor resonancia en ellos, afectándolos en mayor grado que a otros con más trayectoria: *“grupos de supervisión que me ha tocado estar, he visto a jóvenes psicólogos muy impactados con situaciones de duelo por ejemplo, porque ellos han tenido un duelo y no lo han resuelto, no lo han procesado, entonces el costo emocional, la angustia que eso les genera es mayor que otros terapeutas, por lo tanto si tiene impacto, tiene relación, si tiene”* (IX, 1).

Otro punto en el que varios de los consultados coinciden, es que al comienzo de sus carreras atendían una gran cantidad de pacientes, lo que con el tiempo fueron descubriendo que les generaba un desgaste mayor: *“yo creo que ahí me he demorado...yo ahí hago el mea culpa...yo creo que me demoré en darme cuenta...yo antes era...vengan los pacientes a mi...y no me pasaba nada entre comillas, yo creía que no me pasaba nada, pero a lo largo yo me di cuenta de que sí me pasaban cosas, y fuertes...como de repente quedar con más cansancio, quedar con cosas dando vueltas, quedar con sueño, con pesadillas”* (II, 1).

Para finalizar, una variable que también se presenta en este grupo son situaciones que afectaron la vida del terapeuta debido a la falta de experiencia en el área, y que produjeron aprendizajes para su desempeño actual: *“yo te diría que hay veces que te marca también situaciones con pacientes cuando tú has tenido*

*un vínculo donde tú has sido “engañada”, o sea tu no te das cuenta que te están usando y luego, cuando te das cuenta ahí sí que da mucha rabia. Eso sí me ha pasado, y eso me paso por falta de experiencia” (VI, 2)*

### **1.3.2 Influencia de la formación profesional**

Otro factor que los consultados declararon influye en las probabilidades de verse afectado por la problemática que el paciente les presente es la formación académica que han tenido, mencionando que esta incidiría en la visión que tienen de lo acontecido en la terapia: *“desde la mirada sistémica, entonces vas entendiendo los patrones de conducta más que el contenido mismo, porque el contenido puede ser tremendo, pero si tu lo vez dentro de un contexto más amplio y lo pones más desde una visión de qué hace qué este sujeto cumple este patrón es incluso más fácil tomar distancia y empatizar” (VI, 4).*

Esta variable también tendría influencia en la sensibilidad con la que reaccionarían los terapeutas respecto a lo planteado en la sesión, encontrándose incluso -en el discurso de uno de ellos- la creencia que un psicólogo bien “entrenado” no debería verse mayormente afectado: *“De los psicólogos bien entrenados no [se verían afectados por la problemática del paciente]. Uno está entrenado para enfrentar la realidad humana, el sufrimiento, al dolor y sin hundirse en ello, sino ser testigo de ello y desde afuera tirar la mano, o sea ayudar” (VIII, 1),* siendo claro para algunos que a menor preparación académica mayor sufrimiento tendrá el clínico: *“Para mí es evidente que las personas menos formadas, es decir, menos elaboradas, con menos psicoterapia en el cuerpo, en fin, sufren mucho más” (XII, 1).*

Del mismo modo, un entrevistado indica que la corriente teórica que se ejerce también influiría en la afección que podría sentir, en su caso, al ser instruido en el psicoanálisis, disminuyendo el impacto: *“Yo creo que si podría, se supone que en los analistas es lo menos posible y se supone que un análisis es entre otras cosas para eso, para estar de alguna manera más protegido de la psicopatología de los pacientes. No quiere decir que uno se proteja atrincherándose en algún lugar y no conectándose con los paciente sino con esta especie de conocimiento del propio inconsciente está más a salvo de confundirse*

*con los pacientes, y de confundir los propios conflictos con los de los pacientes”*  
(XI, 1)

### **1.3.3 Influencia de las características propias de la relación paciente-terapeuta**

Otra de las variables más que influye en el impacto que puede afectar al terapeuta, es la relación que establece con su paciente, en la medida en que en este encuentro humano emergen características personales de ambos participantes -que dependiendo de su intensidad- pudieran afectar en menor o mayor medida al terapeuta. Es así que una de las participantes de esta investigación señala que hay pacientes con los que genera una mayor cercanía pues simpatiza más con ellos, haciendo que lo que ellos le transmiten pueda exceder las fronteras de la sesión misma, y afectarla en su vida personal: *“y que te conectaste más emocionalmente con un paciente, porque hay veces que los pacientes igual que las personas te caen mejor o peor, hay una conexión más profunda o no, claro hay situaciones de los pacientes, humanas te diría yo que te terminan afectando”* (VI, 3).

### **1.3.4 Influencia de trabajar temáticas especialmente fuertes**

Según los relatos de los entrevistados, a lo largo de su trayectoria laboral como terapeutas -experiencia que les ha permitido trabajar con diversas temáticas- es posible relevar algunas materias como especialmente fuertes debido a su mayor nivel complejidad y desgaste laboral asociado. En este sentido, para muchos, temáticas como el abuso sexual a menores, violencia y tópicos relacionados a la muerte, les producirían un mayor impacto y/o desgaste emocional: *“pacientes terminales, también en el trabajo hospitalario me toco trabajar con persona que estaban con expectativas de vida muy mínimas y que estaban en condiciones físicas muy disminuidas, entonces la carga emocional que eso genera, la necesidad que uno va teniendo de tener que revisarse producto de eso es un desgaste bien importante”* (X, 2). La pobreza fue otro de los temas mencionados, aunque en menor medida, como especialmente complejos: *“sí me*



*pasa con elementos contextuales de los pacientes, por ejemplo la pobreza muy muy...me afecta profundamente...el tema de los abusos sexuales lo afectan mucho a uno...el tema del dolor de los niños, es otro tema que me afecta” (IV, 1).*

En una línea distinta a la anterior, también se encontró que el trabajar con estas problemáticas de complejidad mayor generaría que el terapeuta las vea desde una perspectiva más cotidiana, reduciendo el impacto que tienen de por sí en su vida cotidiana: *“No fijate, igual yo antes sentía que me afectaba mucho el tema de los abusos y como personajes... eh... pero a la larga tu vas entendiendo que hay consecuencias que llevan una cosa a la otra, que no hay víctimas, ni victimarios, buenos y malos, vas mirando más procesos que contenidos” (VI, 4)*

### **1.3.5 Influencia del contexto socio-político en que vivió el terapeuta**

En este apartado se incluye el discurso de una terapeuta que describe la influencia que tuvo el contexto socio-político en el que ha trabajado como psicóloga clínica –Recordando específicamente el periodo de dictadura militar- y la manera en que este escenario histórico generó un impacto diferente en su quehacer: *“partiendo mucho menos en plena dictadura trabajaba en la salud pública, en el Barros Luco, era una cuestión impactante la pobreza en esos tiempos...en el tema del abuso, me he metido en la cosa reparatoria de la vida de los adultos, pero trabajar con un niño abusado ahora, no, no podría hacerlo, las veces que trabaje con niños, fue tanto el dolor que sentí que no lograba tomar distancia del dolor del otro” (IV, 1).*

También, se observa que el contexto político incide en el tipo de problemáticas que como clínica se está dispuesta a abordar con sus pacientes, puesto que su vivencia, convicciones e ideologías personales tiñen y limitan la posibilidad de empatizar con personas que ocuparon roles ligados al abuso de poder y maltrato. Muestra de lo anteriormente descrito, se señala en la siguiente frase: *“yo trabajo en sexualidad, mucho en sexualidad, parejas homosexuales, me da exactamente lo mismo, lo puedo trabajar muy bien, pero...puedo tomar la distancia adecuada, pero otro tipo de cosa no puedo, esos tipos de temas que te*

*conté me resultan muy mal...(entrevistador)de ahí que los ha dejado de lado... atender a un torturador no, no podría...todo lo que hay en el tema de DDHH por el lado de las víctimas si puedo ayudar, pero sería incapaz de atender a un torturador” (IV, 2)*

## **2.- Terapeutas novatos**

### **2.1 Afección del terapeuta a raíz de la problemática del paciente.**

En esta categoría se describen los efectos que los terapeutas novatos señalan observar y/o sentir en sus propias vidas, o la de sus símiles profesionales, a raíz de las problemáticas que sus pacientes les presentan. Ella se compone de tres sub-categorías que organizan la afección indicada por los entrevistados en base a diferentes ámbitos de sus vidas, planteándose como principales áreas la afección producida en su cotidianidad, aquella acotada a la misma sesión con su paciente y la que se genera en su vida familiar.

#### **2.1.1 Afección en la vida cotidiana del terapeuta.**

Los terapeutas novatos señalan que su vida cotidiana se ve afectada diferentes maneras a raíz de la problemática presentada por el paciente, una de ellas incluso plantea que este hecho sería inevitable, pudiendo este impacto ser positivo o negativo: “Yo creo que es como inevitable, en mi caso, y yo lo he visto en otras compañeras, que de alguna manera te afecte como para bien o para mal, no sé cómo llamarlo, pero de alguna manera te toque el dolor de la otra persona” (I, 3).

De esta forma, se observan distintas valoraciones en los entrevistados respecto al impacto que les genera la problemática del paciente, algunos de ellos señalan que en ciertos casos producían múltiples pensamientos relacionados al consultante y maneras de abordar lo que éste les planteaba: *“me acordaba mucho de ella en mis ratos libres, pensaba o elaboraba cómo poder ayudar, cómo llevar la terapia que estaba haciendo con ella, eso siento que me tuvo muy afectada porque fue muy impactante para mi ver concretamente cómo la niña estaba*

*afectada, físicamente y emocionalmente*” (II, 5). En esta misma idea, uno de los participantes trata de explicar las razones de la aparición de estos razonamientos fuera de la sesión, aludiendo a la soledad de la profesión como uno de los posibles motivos: “Afectivo principalmente, afectivo, atencional también porque estás como metido con el tema y piensas como sólo en eso... yo creo que hay un tema de... no sé si soledad para transmitir esta vivencia” (IX, 3).

Además de esta situación, una de las psicólogas plantea que su tiempo libre también se ve limitado dependiendo de la problemática del paciente, ya que si esta es más grave le quita más tiempo en términos de acciones a realizar por el otro: *“Yo creo que de formas como cuantitativas, así como cuando tenía un paciente como más grave, efectivamente tenía que usar más tiempo en ese paciente, entonces te interrumpe la vida cotidiana digamos, tenía que ir a verlo si está hospitalizado; tenía que llamar por teléfono y comunicarte todo el día con los profesores, los papás, los doctores; eso así como cuantitativamente a veces te interrumpe”* (XI, 1). De este modo, surge también la variable del cansancio y agobio asociados a la aficción generada por la temática del paciente, siendo descrita por una de la encuestadas: *“son procesos que generalmente me producen mucho cansancio, lo noto mucho corporalmente, son sesiones en que termino muy agobiada, muy cansada, a veces muy frustrada también, sobre todo cuando están cruzadas por temas de violencia o de maltrato son situaciones que me impactan más personalmente”* (VI, 3).

Más allá aun de los efectos expuestos, una de las terapeutas indica que la problemática del paciente la ha llevado a cambiar parte de sus creencias y perspectivas de diversos ámbitos de su vida, y que la angustia que algunos casos le producen la afecta a nivel general en su funcionamiento: *“desde así como creencias religiosas, sociales, políticas hasta personales, y quizás eso es como lo más potente... en que en el fondo te llevay, a veces te llevay ciertas angustias para la casa y pasay toda la semana o toda la... te toma por completo”* (XII, 2)

Por otra parte, los entrevistados señalan que la temática del paciente los afecta positivamente en su cotidianidad, ayudándolos a aprender de sí mismos,

aportando en su crecimiento personal, entre otros: *“me pasa siempre que aprendo mucho del paciente, del proceso que estamos construyendo, de las asesorías que estoy teniendo y que por lo tanto también aportar al proceso, y eso incide mucho en mi crecimiento como persona y como terapeuta”* (VI, 2). Uno de los participantes indica que la problemática del paciente le ayuda a poner en perspectiva sus propios conflictos y darse cuenta que quizás no son tan graves en comparación a los de la persona que acude a terapia con él: *“veo como un efecto positivo, como poder ponerse en perspectiva uno mismo, comparar con otra vivencia y ver de repente que lo que no ve como uno tan grave y tan serio puede no serlo, y eso tomando en cuenta la experiencia de otros con lo que los otros te comentan y te hablan”* (VIII, 4)

### **2.1.2 Afección del terapeuta durante la sesión**

En esta sub-categoría se presentan las formas en que los terapeutas describen la afección que les produce la problemática del paciente cuando éste recién se la presenta, es decir dentro de la sesión misma en que es abordada. Se observa que la tensión emocional que se presenta durante el espacio terapéutico puede permear el rol profesional del terapeuta, haciendo que este reaccione desde una perspectiva más personal: *“una vez no más me pasó que una paciente estaba muy afectaba por un tema y se puso a llorar mucho y a mí me causó muchísima pena, pero en ese minuto estábamos haciendo un ejercicio experiencial y ella estaba con los ojos cerrados y ahí yo me permití un lagrímón por el lado pero no se dio cuenta y luego no”* (I, 4). En este sentido, una de las consultadas indica que sería inevitable verse afectado durante la sesión por lo que el paciente plantea, incluso en algunos casos tener el deseo de hacer algo más por él: *“igual hay cosas que yo creo que se... que uno no puede evitar como emocionarse o que te pasen cosas, o de pronto hasta querer hacer algo digamos”* (X, 2).

Además, es planteado en las entrevistas que un elemento que impacta a los terapeutas durante la sesión es cuando los pacientes adjudican la responsabilidad del proceso a ellos, agregando más presión en su rol de psicólogo clínico: *“Mira,*

en mi experiencia aquello que creo yo que más me ha impactado tiene que ver justamente con lo que te decía antes, con la responsabilidad, por lo tanto cuando hay ciertas ocasiones en que la conversación terapéutica me da la impresión que el otro no responde tanto a la co-construcción de un proceso, y descansa más en mi como terapeuta” (VI, 3). Asimismo, otro de los encuestados dice que hay temas que pueden tomar por sorpresa al terapeuta y darse cuenta de la sensibilidad que posee por ese tópico en ese mismo momento: *“hay temas que a uno le afectan y que algunos los puede tomar de sorpresa y darse cuenta en ese momento o tenerlo más asumido si ha llevado algún proceso terapéutico uno por otra parte”* (VIII, 2)

### **2.1.3 Afección en la vida familiar del terapeuta**

En el grupo de terapeutas novatos la afección familiar sólo se observó en el discurso de uno de ellos, quien describe que su familia se ve afectada por su trabajo ya que como él se encuentra pensando mucho tiempo en el paciente, debe restringirse para estar con su familia y no contarles lo que le sucede debido a una incomprensión del rol que desempeña: *“y mi familia sí, pero más restrictivo porque si uno ha estado todo el día pegado con esto no voy a contar eso, no sé si socialmente es tan comprendido el rol que tiene un profesional de la salud mental”* (IX, 3)

## **2.2 Manejo de la afección producida por la temática presentada por el paciente**

En esta categoría se abordan las formas, mecanismos y/o estrategias que los terapeutas novatos utilizan para manejar la afección que la problemática presentada por el paciente genera en su vida, organizando la información que ellos entregaron por medio de dos sub-categorías: Estrategias de manejo de la afección durante la sesión y estrategias de manejo de la afección fuera de la sesión. Para estas divisiones, las estrategias descritas fueron agrupadas en cognitivo-emocionales, por estar acotadas a decisiones o estructuraciones mentales de los terapeutas para ayudarlos a lidiar con la afección sentida;

corporales, debido a que recurren a posiciones corporales o respiración; y mixtas, porque implican una complejidad mayor a las antes planteadas y combinan elementos de ambas.

### **2.2.1 Manejo de la afección durante la sesión**

En esta sección se describen las maneras en que los terapeutas manejan el impacto que la problemática del paciente les genera dentro del espacio terapéutico. Encontrándose manejos de tipo cognitivo-emocional, en los que se observan los mecanismos internos que realizan los clínicos para controlar su afección; corporales, en los que se valen de la respiración y otras técnicas con su cuerpo para lidiar con el impacto; y mixtos, en los que se mezclan los métodos anteriores o se realizan actividades más complejas.

Dentro del primer tipo de estrategias, se encuentra que algunos de los entrevistados indican que mantener la atención en el paciente durante la sesión les ayuda a salir de la afección que la temática planteada les produce: *“como focalizarse en la otra persona, creo que esa es la estrategia, cuando atiendo me puede hacer ruido pero lo puedo disociar, no se si llamarlo así, pero puedo mantenerlo en “stand by” y estar todo el tiempo pendiente del otro y ahí no me toca, una vez que se va, transcribo y luego me dedico a pensar qué es lo que me pasó”* (I, 4). Del mismo modo, varios de ellos plantean que es importante controlar su emocionalidad frente al paciente, respetando el espacio del paciente para luego hacerse cargo de lo que sienten: *“si me es muy fuerte no mostrar un desbordamiento emocional, no llorar con el paciente sino que contenerme, apoyarlo, ayudarlo, validarlo, contenerlo y luego dedicarme yo a mi tema”* (II, 7).

Otra manera descrita en las entrevistas para hacerse cargo de la afección producida por la problemática del paciente es distanciarse de las coincidencias que pudieran tener lo que cuenta, con la historia o situación que vive el terapeuta: *“Si, si me ha pasado, constantemente, ¿cómo las enfrento? Primero entendiendo que son historias absolutamente distintas, personas distintas, historias distintas, aunque uno se vea un poco seducido y como tentado a pensar que es algo muy similar a lo que me pasa a mí, trato de ser consciente de esa tentación y por lo*

*tanto no tender a instalar mi experiencia con mucha fuerza, o las propias soluciones que yo he usado en mi vida persona” (VI, 6). Así, una de las entrevistadas plantea que es necesario ponerse límites durante la sesión y no sobre-reaccionar: “y hay que establecer límites porque yo voy a querer protegerlo, pero no voy a poder protegerlo el resto de las horas de la semana que no estoy con él, que son el 99,9%” (V, 1).*

Del mismo modo, se encuentra entre las respuestas de los terapeutas que cuando se ve muy afectado por la situación, decide intervenir en menor medida y utilizar técnicas que ayuden al paciente a externalizar y elaborar la problemática, dejando sus interpretaciones como clínico al margen: *“cuando hay algo que me está impactando mucho, externalizar, ocupar alguna herramienta que me permita poner fuera algo, ocupo mucho la pizarra, hago ejercicios con la pizarra cuando la tengo que es más en la consulta privada, ocupo otros elementos, hago imagerías, o el focusing es una técnica que ocupo también en esos casos, de manera de permitir que la persona se re-conecte con lo que está pasando y de esa manera yo no hacerme cargo de elaborar tanto por el otro, y permitir que el otro sea más activo” (VI, 5).*

Aunque hay algunos de los encuestados que consideran más adecuado en ciertas ocasiones hacer explícito lo que sienten respecto a lo que el paciente les plantea, volviéndolo parte del proceso terapéutico y dándole espacio a la exploración de ello: *“cuando una situación me está impactando, o alguna problemática me está impactando, intento instalarlo en el espacio de la conversación, de distintas maneras hablando de lo que a mí me pasa en una cierta situación, o intentando explorar también qué le pasa al otro” (VI, 5).* Yendo más allá aún, otros consideran que mientras tratan al paciente se encuentran trabajando sus propios asuntos: *“hay situaciones que tenemos similares el paciente y yo por ejemplo, y ahí al ayudarlo a él a elaborar yo también siento que voy elaborando lo mío” (I, 3),* o bien plantean utilizar en ellos las mismas técnicas que usan con el consultante: *“tratar de resolverla con las mismas herramientas*

*que yo le doy al paciente, o que vamos resolviendo acá, yo siento que a mí también me pueden hacer sentido, y las aplico” (I, 5).*

En cuanto al manejo corporal, un elemento recurrente en esta área es la utilización de la respiración para lidiar con la afeción percibida: *“la respiración... mi técnica es respirar profundo” (II, 6).* Además de ello, una de ellas realiza el ejercicio de tomar conciencia de su postura para volver a sí misma: *“centrarme en la respiración, en como volver un poco a mi cuerpo. Entonces centrarme en mi respiración, en cómo estoy sentada (III, 4),* y otra de las entrevistadas utiliza la imaginación y las sensaciones corporales para protegerse emocionalmente de lo que le produce la temática planteada por el paciente: *“en el momento sí, por ejemplo hago una estrategia de sensación corporal. Trabajo con la imaginación, cuando siento que algo me va a traspasar emocionalmente, me imagino que tengo una armazón en el estomago, me lo pongo emocionalmente y genero un bloqueo, evito que se traspasen ciertas cosas. Y a parte que las sensaciones son siempre generalmente a nivel de guata. Entonces se que ahí tengo que dejar el armazón” (VII, 3)*

Finalmente, en relación a las estrategias mixtas se encuentra que varios clínicos al verse sobrepasados por la afeción prefieren derivar al paciente a otro profesional: *“si siento que la problemática de algún paciente me va a afectar demasiado, como te digo la estrategia mía sería pensar en derivar y explicar bien al paciente porque lo estoy derivando, que no sienta que tiene que ver con voluntad que no lo quiero atender yo que te atienda otro, yo creo que esa estrategia sería” (VIII, 5).* Por otra parte, llama la atención lo mencionado por una de las psicólogas, quien dice realizar rituales a modo de autocuidado para cada persona con la que trabaja: *“yo generalmente hago hartos rituales de las personas, no solamente me quedo cinco o diez minutos en la silla contemplando mi espacio, sino que siempre tengo una vela prendida, para mí la vela prendida es mi autocuidado. Me da la sensación de que las sesiones es uno con lo otro, y un espacio súper intenso donde están las sensaciones, emociones a flor de piel. Con la presencia de la vela, que a parte por eso te digo que es un ritual porque el*



*paciente se sienta y yo la prendo como si fuéramos a iniciar la sesión a partir de ahí*" (VII, 4). Y en caso de encontrarse por sorpresa con una temática que lo afecta, otro de los consultados señala que la improvisación es una herramienta que utiliza para manejarlo: "Si me pilla de sorpresa, improviso ahí, tengo que improvisar no más" (IV, 8)

### **2.2.2 Manejo de la afección fuera de la sesión**

En esta sub-categoría se presentan las maneras en que los entrevistados manejan la afección que les produce la problemática del paciente fuera del espacio terapéutico. En esta sección sólo es posible encontrar estrategias cognitivo-emocionales y mixtas, no hallándose de tipo corporal.

En cuanto al manejo cognitivo-emocional que hacen los terapeutas a la afección que sienten fuera de la sesión asociada a la temática que el paciente les transmite, los terapeutas indican que es necesario diferenciar claramente los elementos que son de su vida y aquellos que son parte de la del paciente: "*para mí lo principal es poder diferenciar entre tu vida y la del paciente*" (II, 3). Además de esta diferenciación, una de las consultadas señala que poner límites respecto a quiénes les es posible atender sin verse afectada: "*el saber cuáles son las limitaciones de uno también, cuando vas a atender yo sé que hay cierto tipo de pacientes que yo no estoy capacitada para atender porque ahí afectaría mi vida personal*" (I,1).

Pasando a las estrategias mixtas, varios de los terapeutas novatos señalan que una buena forma de descargar la afección que sienten es realizar actividades que no tengan relación con su profesión, uno de ellos hace referencia a haber observado en uno de sus colegas el alejarse de las personas y temáticas con las que trabaja para librarse de sus preocupaciones: "*que a veces tenían como estrategia de no juntarse mucho con colegas en sus espacios libres y hacer cosas nada que ver, y si en algún momento los topa y salen los temas los rechazan un poco, porque es como su tiempo libre poh, como libre de preocupaciones, libre de los rollos de los pacientes*" (IX, 8), también se menciona el realizar actividades

recreativas y de esparcimiento con el fin de realizar una descarga mental y emocional: *“hacer cosas recreativas, bailar, salir, andar en bicicleta, como una descarga mental y emocional, ver una película, acostarte con tu pareja a dormir, salir, cualquier cosa que no tenga que ver con trabajo”* (II, 3).

Por otra parte, un grupo de los terapeutas novatos señala que les resulta muy beneficioso el poder compartir los efectos que le produce la problemática del paciente y que les entreguen otra manera de ver las cosas: *“mi caso alguien que me pudiese escuchar de este tema y que me pudiese entregar una perspectiva de este tema... me era muy beneficioso”* (IX, 4). Asimismo, uno de ellos realiza un análisis de la situación y plantea que el alejarse de la problemática implicaría evitarlo y no resolverlo, haciendo notar la relevancia de mantener espacios en los que se pueda abordar el tema: *“cuando intenta desligarse de esa problemática se produce algo medio paradójico que mientras más intentas distanciarse más silencioso se hace ese impacto entonces creo que justamente el valor tiene que ver con intentar mantenerse súper atento a cómo cierta problemática o cierto clima emocional en el espacio te puede estar generando algún tipo de repercusión entonces desde ahí poder tener elementos para poder abordarlo, para asesorarte o para mantener espacios donde puedas elaborar un poco”* (VI, 1). En este sentido, se observa como relevante en el grupo el buscar soporte en otros profesionales o instancias que los ayuden a manejar lo que sienten: *“es muy difícil poder generar límites saludables, y por lo tanto son situaciones en las que intento apoyarme profesionalmente, porque si no simplemente me empiezan a traspasar mucha preocupación y mucha tensión, trato de buscar soporte, de buscar asesoría y normalmente de permitir también que hayan otros profesionales que intervengan directamente”* (VI, 4).

Entre las instancias se mencionan se distinguen el espacio de supervisión: *“Entre las instancias supervisarse. Esa también es una estrategia, super importante, aunque no es en sesión misma, pero si después”* (XI, 10); y la terapia personal, que los ayuda a elaborar las temáticas activadas en su vida personal a raíz del trabajo que realizan: *“siento que ahí también hay temáticas que uno tiene*

*que ir trabajando, y en ese aspecto mi psicoterapia personal me ha sido fundamental para poder ir elaborando y enfrentando las temáticas que surgen en mi espontáneamente y que también pacientes te van provocando temáticas que te reflejan y que uno tiene internamente” (II, 8)*

### **2.3 Influencia en la afección que le produce la problemática del paciente al terapeuta debido a su propia historia**

En esta categoría se presenta la influencia que tienen diferentes aspectos de la historia y formas de ser de los terapeutas experimentados en la afección que sienten a raíz de la problemática que el paciente les transmite, organizándose en cinco sub-categorías que corresponden a: la influencia de la experiencia laboral, influencia de la formación profesional, de las características propias de la relación paciente-terapeuta, de trabajar temáticas especialmente fuertes y la influencia del contexto socio-político en que vivió el terapeuta.

#### **2.3.1 Influencia de la experiencia laboral**

En la presente sub-categoría se da cuenta de los discursos que los terapeutas novatos refieren acerca de la influencia que ejerce su experiencia laboral en el impacto que sienten a partir de la problemática del paciente, y cómo esta afección ha variado en la medida que su trayectoria aumenta. En este sentido, una de ellas indica que inicialmente la problemática que el paciente le contaba la afectaba en mayor medida debido a que no tenía la costumbre de acoger al otro: *“al principio igual afectaba, porque como una no está acostumbrada a recibir el dolor de otra personal” (I, 1)*, o bien . Un motivo más para esta situación, se trataría de casos que generan impacto por ser la primera vez que se trabajan: *“también era uno de los primeros casos de abuso de niñas tan chicas que trataba, y ver que una niña inocente que no sabe ni elabora lo que pasó, sólo tiene miedo, tiene terror, tiene pesadillas, entonces como que eso me impactó mucho” (II, 4)*.

Por otra parte, algunos de los entrevistados indican que la experiencia que han tenido que permite discriminar con mayor facilidad las temáticas que les

resultan más fáciles de trabajar y aquellas que los impactan en mayor medida, de modo que pueden mantener un autocuidado adecuado: *“Después de lo que he llevado hasta el momento en cuanto a experiencias creo que el autocuidado te permite discriminar cuales son la temáticas y cuáles son las sensaciones que más te cuesta manejar, por lo tanto querer elaborarlo más o darle un espacio porque no es el momento, te permite ir evaluando las situaciones el autocuidado, que tiene que ver mucho con la autoconciencia”* (VII, 1) . Del mismo modo, un entrevistado indica que en la medida que va aumentando su experiencia laboral se iría desplegando un mecanismo de desapego a lo que el otro le presenta, lo que lo protegería: *“voluntariamente o en forma automática va generando cierta disociación afectiva, uno se desapega, es como que eso, se operacionaliza el cuento”* (IX, 5).

Más allá de las situaciones antes planteadas, una de las terapeutas indica que la práctica de la profesión ha generado cambios respecto a sus creencias personales y teóricas, cambiando su manera de entender el trabajo que realiza y a las personas que atiende: *“como se reproducen ciertas experiencias de uno en el otro o uno las observa, que te afecta personalmente siempre. Pero además también, para mí ha habido un cambio o sea desde... de ciertas creencias que yo tenía dogmáticas de ciertas cosas, que de a poco uno las va... o sea, como que te voy procesando digamos, o incluso teóricamente, a veces uno dice ah estas cosas son así ta ta ta ta... y después te day cuenta de que no sabes absolutamente nada del otro, y que te tropiezas en el suelo y te pegas con la muralla de la soberbia de uno”* (XII, 2)

### **2.3.2 Influencia de trabajar con temáticas especialmente fuertes**

En esta sección se presentan las formas en que el trabajo con temáticas especialmente fuertes influye en el impacto que los terapeutas perciben en su vida personal. Una de las problemáticas más mencionadas en este ámbito se trata del abuso sexual, asunto que los consultados mencionan los afecta de manera especial debido a su gravedad y la crudeza con la que se trata: *“y aún así no estando tú en la misma problemática, igual hay casos que son muy fuertes, un*

*caso de abuso no te es indiferente, porque tu tratas con la persona, ves su emocionalidad, te cuenta el relato concreto de lo que pasó, vez sus daños físicos, te relacionas con otras áreas como los peritos, el tema legal, entonces te das cuenta que la situación tiene mucho peso, de alguna manera, no es algo liviano entonces siento que claro, afecta mucho al terapeuta en sí, sobre todo a nivel emocional” (II, 2)*

También, el trabajo con pacientes especialmente vulnerables generaría un mayor impacto en la vida de los terapeutas, en base a la sensibilidad que generan estas temáticas: *“el trabajar de repente con pacientes muy vulnerables...te afecta... igual te afecta emocionalmente, aunque uno se ponga desde un lugar como no se poh... desde una escucha o desde un lugar teórico de donde pensar eso que al otro le pasa, igual uno es humano digamos” (X, 2)*

### **2.3.3 Influencia del autoconocimiento y características propias del terapeuta\***

Los terapeutas novatos introducen la influencia que tiene el trabajo personal que han realizado en su persona, el desarrollo de su autoconocimiento y las características de su personalidad en el impacto que les genera la problemática del paciente. Es así que una de las terapeutas indica que los conflictos propios no elaborados de manera adecuada llevaría a que surjan emociones e impulsos que van más allá de su labor: *“Hay temáticas que... todas las personas tenemos conflictos, tenemos problemas a nivel familiar que a veces están en un nivel más inconsciente. Entonces desde ahí, tal vez el otro me va a traer a la conciencia ciertos temas, el que yo soy una persona que tiende a proteger a la gente que quiero y me encariño con el paciente y lo veo desprotegido, entonces me van a dar estas ganas de querer protegerlo” (V, 1)*. De esta forma, otro de los participantes señala que al generar un proceso de auto-conocimiento y distinción de límites ayudaría a conectarse de mejor forma con el otro y disminuir la dificultad del proceso: *“la medida que uno ha aprendido a mejorar el conocimiento sobre uno mismo, puede llegar a tener mejor sintonía con algunas personas de tu trabajo, no es el único camino vale, pero por lo menos así lo he trabajado yo.*

*Cuando yo me conocía menos sobre mis límites, era más duro el trabajo psicoterapéutico” (IV, 2).*

Además, este mismo entrevistado indica elementos de la personalidad del terapeuta que influyen en el modo en que abordará al paciente y su trabajo como clínico *“todavía hay cosas que yo arrastro que son cosas de mi forma de ser, no quiere decir que sean defectos, son características mías, que de repente se me olvidan que están presentes, entonces para mí es un trabajo permanente, no ha variado desde que salí de la Universidad, hasta el día de hoy, como psicoterapeuta” (IV, 2).* En esta área, también se incluyen los valores del terapeuta, los cuales uno de los consultados menciona que interfieren en relación que tenía con sus pacientes, afectando la visión que posee del otro y de sí mismo: *“un tema que tenía que ver con mis valores que muchas veces se anteponian en esta relación con el otro, y no me permitían ver al otro tal cual es, y que tienen que ver tanto con cosas que uno ha vivido como con cosas que uno no ha vivido” (V, 3)*

#### **2.3.4 Influencia de la formación profesional**

En esta sub-categoría se aborda la influencia que tiene la formación profesional y/o corriente teórica que sigue el terapeuta en la afección que sentirá a partir de la problemática del paciente. Uno de los informantes señala que la posición que se tome como terapeuta influirá en el impacto que lo planteado por el paciente tendrá en su vida personal:

*“Sí, yo creo que sí, me parece a mí que depende mucho de cómo te posicionas como terapeuta, y tiendo a pensar que si tu posicionamiento es más desde un rol de experto, y por lo tanto vas adquiriendo la idea de que como psicólogo eres portador de un cierto saber privilegiado, que por lo tanto guía al paciente, que tiende más a la psicoeducación y elementos de ese tipo, creo yo que la problemática es algo que puede tener un peso mayor en la vida del terapeuta, ahora, si trabajas más desde una lógica de co-construcción, más desde la cibernética de segundo orden, sin posicionarte en una jerarquía tan distinta o al*

*menos tiendes un poco a la horizontalidad, aunque creo que nunca se consigue 100%, pienso que se va generando un trabajo más colaborativo con el paciente y eso igual te ayuda a que la problemática no sea algo de lo cual uno se haga cargo como terapeuta” (VI, 1)*

### **2.3.5 Influencia de las características propias de la relación paciente-terapeuta**

En este apartado se expone la influencia que tiene la relación que establecen paciente y terapeuta, en el impacto que este último percibirá en relación a la temática del consultante. En este sentido, uno de los entrevistados indica que al sentir una energía negativa con el paciente y darse cuenta que este no le agrada, prefiere no trabajar con esa persona ya que ninguno de los dos estará realizando su trabajo, permitiéndole al terapeuta y paciente estar más tranquilos:

*“yo siento malas energías, pero es sólo una forma de explicarte las cosas, no es que yo sienta energía, no tengo poderes místicos. Entonces eso no me permite fluir en el trabajo, quizás es con la persona en particular, a veces pasa eso, por ejemplo ahí yo me di cuenta que he logrado diferenciar que simplemente la persona con la que estoy trabajando no me cae bien... poder llegar a diferenciar eso me ha significado avanzar mucho, de primera no hacerle daño al paciente, que es parte de las cosas que a mi me preocupan, no ser desorganizador de la vida, entonces tratar mal a alguien porque simplemente a mi me cae mal, no porque yo no pueda tratar el caso” (IV, 5).*

Del mismo modo, una de las clínicas menciona que la conexión que se logre con el paciente influirá en la sensibilidad con la que reaccione ante la problemática que este le plantee: *“Ponte tú, yo tengo un paciente, bueno yo por suerte tengo a mis dos papás vivos, pero estoy atendiendo a una chiquitita que se le murió el papá y me imagino que si yo tuviera uno de mis papás que hubiese fallecido pah’ mi sería mucho más heavy o sería heavy de otra manera... entonces*

*es super individual de cada terapeuta, de cada como dupla terapeuta-paciente”*  
(XI, 7).



## **VII.- DISCUSIÓN**

A continuación se presentan algunas reflexiones y análisis acerca de los resultados señalados en el apartado anterior, haciendo notar las similitudes y diferencias existentes en lo planteado por el grupo de terapeutas experimentados y novatos en cuanto a la afección que sienten a raíz de la problemática del paciente; los ámbitos en que se ven impactados; el manejo que le dan a esta situación; y la influencia que tiene su historia y características personales en el asunto. Relacionando estos hallazgos con los antecedentes teóricos encontrados de la temática en cuestión.

### **1.- Acerca de la afección del terapeuta a raíz de la problemática del paciente.**

Respecto a esta categoría se logró observar en el discurso de terapeutas experimentados y novatos que la totalidad de ellos reconoce que la problemática del paciente puede afectar sus vidas personales, pudiendo presentarse de diversas formas y valorando el impacto de maneras diferentes. Tal y como lo plantean varios de los autores presentados en la revisión teórica, el trabajo del psicólogo clínico no sólo tiene repercusiones en la vida de los pacientes sino que también en la del tratante, elicitando pensamientos, emociones, reflexiones entre otros elementos que serían inevitables (Guy, 1995; Corveleyn, 1998; López, 2010; Miller, 1994 & Short, 1990).

En este sentido, se logró identificar factores de afección en común para ambos grupos de entrevistados, destacándose pensamientos que intervienen la vida cotidiana de los terapeutas relacionados a pacientes que atienden, teniendo como principal contenido el evaluar su desempeño laboral o buscar maneras más adecuadas para abordar la temática tratada. Esta situación es descrita por algunos autores en diferentes contextos, Adler (1972, citado en Zur, 1994) indica que se generarían dudas respecto a la competencia y eficacia en el trabajo realizado por los terapeutas debido a la dificultad de observar resultados concretos y tangibles en él, haciéndolo más frustrante y lento que otras labores. Así también otros autores (Foladori, 2009; López, 2010; Forján-Parga, 2011) señalan que estos

razonamientos y dudas se darían comúnmente en psicoterapeutas en práctica o que se inician en su trabajo asociados a inseguridades y temores propios de su falta de experiencia, sin embargo, en esta investigación se observa que estos cuestionamientos se dan tanto en el grupo de novatos como en el de experimentados, lo que podría explicarse según el discurso de algunos de los terapeutas con una trayectoria mayor que describen estos pensamientos relacionados a temáticas que los afectan especialmente por su complejidad o porque se asemejan a problemáticas propias de su vida.

Dentro de esta misma área, un elemento más en común entre los grupos de la muestra es que ambos reconocen que ciertas temáticas les generan sentimientos de angustia y preocupación que producen un mayor desgaste y cansancio en su vida cotidiana. Asimismo, en lo planteado por los dos conjuntos de terapeutas se describen interrupciones en su vida cotidiana relacionadas a su trabajo, debido a llamados telefónicos de sus pacientes, emergencias, tener que hacerse cargo de casos de mayor gravedad o contacto con otros profesionales a raíz de algún paciente. En relación a estas formas en las que se ve afectada la vida personal de los psicólogos es posible relacionarlas a la sintomatología de algunas de las patologías que más afectan a los terapeutas, especialmente a la del síndrome de Burnout, que afecta a profesionales que trabajan con otras personas, dentro de los síntomas que se describen en este trastorno se destaca un área de sintomatología física, en la que se incluye la fatiga, tensión, malestar físico y baja energía que tienden a incrementarse en intensidad de no tener un tratamiento apropiado (Much, Swanson y Jazazewski, 2004), estos síntomas corresponden a parte de la afección que sienten los terapeutas entrevistados y que sumadas a otras categorías sintomatológicas podrían desencadenar un trastorno.

Además de estas formas de afección a raíz de la problemática del paciente, los terapeutas también describen efectos positivos relacionados a su trabajo, haciendo notar que los temas que los pacientes les plantean muchas veces los ayudan a resolver sus propios conflictos, a aumentar sus perspectivas de vida, generar aprendizajes, incrementar su crecimiento personal, entre otros efectos de

esta índole. Lo que concuerda plenamente con lo planteado en el estudio de Zur (1994) presentado en el marco teórico, en el que se revela que el trabajo terapéutico puede impactar positivamente en la capacidad de insight, sentido de bienestar, energía, auto-desarrollo de los terapeutas, sin embargo, en lo presentado por este autor también se plantea que podría ayudarlos a mejorar en sus relaciones sociales, aumentar su seguridad, reducir el autoritarismo y alienación, lo que no se encuentra entre los discursos de los entrevistados.

Por otro lado, también se observa que hay reflexiones que sólo aparecen en uno de los grupos y que se distinguen por salir del discurso común de los entrevistados. Así, en el grupo de terapeutas experimentados se plantea el impacto corporal inconsciente que se generaría en relación a la problemática del paciente, ya que una de las entrevistadas indica que existiría una coincidencia entre malestares corporales que surgen de manera espontánea en ciertas oportunidades y que al hacer una observación más detallada de la situación, se relacionarían con temáticas presentadas por los pacientes que no están resueltas por el terapeuta o que lo impactan de manera particular y que no se les da la atención consciente que requieren. Esta situación puede asociarse en parte a la sintomatología del estrés traumático secundario, este trastorno hace referencia a las reacciones emocionales y conductuales a raíz de haberse contactado con la experiencia traumática de otro, y entre su sintomatología es posible la aparición de insomnio, dolores de cabeza, malestar estomacal, tensión muscular, entre otros malestares somáticos (Moreno-Jiménez, et al., 2004).

En relación al grupo de terapeutas novatos, destaca la idea que en la vida de una de las entrevistadas se generaron cambios en sus creencias religiosas, sociales, políticas y personales a raíz de su trabajo como psicoterapeuta, lo que revela la gran influencia que tiene el paciente en la vida personal de los terapeutas. En este sentido, se podrían entablar una relación con lo que ocurre en la traumatización vicaria, en la cual se produce un cambio en los esquemas cognitivos y creencias de una persona a causa del compromiso empático que genera con alguien que ha vivido una experiencia traumática, generándose dudas

respecto a los significados propios, la identidad, visiones de mundo, entre otros elementos (Pearlman & Saakvitne, 1995, citados en, Bride, Radey & Figley, 2007).

Respecto a la situación antes planteada, también es posible hacer referencia al trabajo de Foladori (2009), quien plantea que los terapeutas que están recién ejerciendo su carrera y viven esta situación de inseguridad y angustia ante su trabajo poseen la oportunidad de generar una “identidad profesional” o de verse enfrentados a temores que no han sido tratados y crisis vitales, lo que se ve reflejado en el discurso de esta entrevistada, que pasa por periodos angustiosos a causa de las temáticas que sus pacientes le transmiten y que genera cambios en su forma de ser y ejercer su profesión.

Por otro lado, en cuanto a la afección que se da dentro de la sesión misma se encuentran algunas coincidencias en lo relatado por los dos grupos muestrales. Uno de estos elementos es el sobre-involucramiento emocional con el relato del paciente, encuestados de ambos grupos indican que ante relatos muy emotivos ellos también se ven influenciados por esta emocionalidad y en algunas ocasiones sobrepasados por ella, teniendo reacciones como el llanto durante la sesión, aunque puntualizan que no demuestran ese desborde al paciente. Siguiendo esta línea, los terapeutas participantes plantean que al encontrarse con pacientes que describen problemáticas similares a las propias o que los afectan emocionalmente en mayor medida la sesión les resulta más desgastante y agotadora, debido a que deben realizar la doble tarea de poner atención al paciente y a lo que les ocurre internamente

En este sentido, Corveleyn (1998) señala que dentro del espacio terapéutico no sólo se ponen en juego los “factores personales objetivos” del terapeuta, refiriéndose a sus habilidades terapéuticas, respaldo teórico, entre otras características de esa índole, sino que también, influyen sus creencias personales, experiencias de vida, emociones, motivación, etcétera, de modo que no sería de extrañar que se produjeran reacciones ante el discurso del paciente. Al respecto, Foladori (2009) señala que en los terapeutas con poca experiencia vivirían esta situación como un temor, ya que se les ha inculcado en su formación que la expresión de sus emociones no tiene cabida en la terapia pues sería el espacio

del paciente, por lo que lo experimentarían como una profunda represión de su emocionalidad, no obstante, según lo expuesto por los entrevistados esta situación de prohibición de la expresión de las emociones propias del terapeuta no se limitaría a aquellos con menor experiencia, sino que se presentaría en aquellos con una trayectoria superior.

Un último punto de este apartado se trata acerca de la afección que tiene la problemática del paciente en la vida familiar de los terapeutas, en esta área se observó que los psicoterapeutas experimentados se ven mayormente afectados en esta área, siendo un discurso menor en los terapeutas novatos. Es así que los entrevistados que llevan más tiempo ejerciendo la profesión concuerdan en que su labor muchas veces los ha llevado a destinar menos tiempo a su familia o a tener menos energía para dedicarles a ellos, teniendo que verse enfrentados a las quejas y demanda de su núcleo. Por otro lado, la afección familiar en el grupo de novatos surgió en uno de los participantes, quien indicó que debía reprimir los temas que experimentaba en su rol de terapeuta, ya que percibía que su trabajo no era comprendido en su contexto familiar.

En relación a este tópico Guy (1995) indica que la absorción emocional que implica el trabajo terapéutico para quienes guían este proceso afectaría su vida familiar, esto debido a que el tener que conservar una posición de oyente la mayor parte de su tiempo produciría que en sus tiempos libres no estén tan dispuestos a seguir en este rol, generando conflictos con su grupo más cercano que también necesita de esta atención.

## **2.- Acerca de las formas para manejar la afección que sienten los terapeutas a raíz de la problemática del paciente**

En cuanto a este tema, los terapeutas señalan una gran gama de maneras para manejar el impacto que les genera lo planteado por el paciente, muchas de las cuales coinciden entre el grupo de psicoterapeutas experimentados y el de novatos. Del mismo modo que la afección que sienten los entrevistados, las estrategias que utilizan para controlarla se dan dentro y fuera de la sesión, variando en complejidad y forma.

Como primer punto en esta sección, se presentarán las coincidencias existentes en el modo de manejo que realizan ambos grupos muestrales durante la sesión, relacionando entre sí las estrategias de las que se valen. En este sentido, un elemento que se constató en el discurso de gran parte de los entrevistados es el tratar de diferenciar cognitiva y emocionalmente los elementos que corresponden a la vida del paciente y aquellos que pertenecen a su propia historia, intentando establecer límites claros en esta área para lograr focalizarse en su trabajo y en el paciente de mejor manera.

En este mismo orden de estrategias, los entrevistados refieren varias formas para lograr esta separación, que a pesar de no ser exactamente lo mismo refieren a una forma de poner límites concretos entre sus vidas y la de sus consultantes, entre ellas destacan el tratar de apegarse a las normas teóricas de su corriente teórica al verse afectados por lo planteado por el paciente; o en el caso de un encuestado del grupo de novatos, el recurrir a técnicas de externalización de las problemáticas en el consultante para minimizar su influencia en los análisis que éste podría realizar; o en la manera que utiliza una terapeuta experimentada, quien realiza anotaciones al margen acerca de sus emociones y razonamientos al respecto de lo que el paciente le expone, para posteriormente revisarlas y generar formas para tratar esos elementos.

De este modo, surge de manera importante el tópico del autoconocimiento que debe tener el psicoterapeuta para ejercer su trabajo, López (2010) plantea que para mantener un nivel adecuado de salud mental resulta de suma relevancia el tener un conocimiento suficiente de sí mismo, teniendo la capacidad para distinguir los elementos que pudieran movilizar temas sensibles o reacciones defensivas durante sus labores. Asimismo, entre las variables que influyen en el proceso terapéutico que se atribuyen al terapeuta, Santibañez (2008) plantea el bienestar emocional de éste, agregando que aquellos con una conciencia más desarrollada de sus limitaciones personales y responsabilidad emocional con sus pacientes tendrían una mejor respuesta en la relación clínica, siendo más sensitivos.

No obstante, respecto a este tipo de estrategias no es posible dejar de mencionar lo descrito en la sección anterior acerca de los planteamientos de Foladori (2009) y los ordenamientos que indica que reciben los terapeutas en su formación profesional, en cuanto a la represión de su emocionalidad y contenido personal en la sesión con el fin de dar la totalidad del espacio terapéutico a la expresión del paciente, y que terminan transformándose en un temor relacionado a la práctica de la profesión en los primeros años. De esta manera, se observa que esta prohibición en el ejercicio de la profesión puede extenderse mucho más que sólo a los inicios de su desempeño laboral, dándose en terapeutas con gran trayectoria, abriendo la discusión a la pregunta de ¿cómo se entiende el rol que desempeña el clínico dentro del proceso terapéutico?

Por otro lado, dentro del discurso de los participantes también es posible encontrar algunos (en ambos grupos) que refieren utilizar la autorevelación de sus emociones y contenidos internos como vía para manejar la afección que les produce la problemática del paciente, planteando estos elementos de manera adecuada y en beneficio del proceso terapéutico. Ante lo cual es posible hacer referencia a las visiones que se tiene de la psicoterapia desarrolladas por Tolosa (2010), aludiendo al mito de Quirón como el símbolo del sanador herido y al camino del héroe griego, en las cuales se pone énfasis en sacar provecho del entendimiento del dolor propio para comprender de mejor forma lo que hace sufrir al otro. De esta forma, se entendería la terapia como un proceso en que las dos personas implicadas se ven afectadas recíprocamente, generándose un encuentro entre las vivencias e individualidades del paciente y el terapeuta (Tolosa, 2010).

Otros manejos de la afección utilizados en ambos grupos de participantes se trata de la improvisación y la derivación. El primero de ellos se refiere a tomar acción según las características de la situación que está viviendo el psicoterapeuta, haciendo gala de su flexibilidad y habilidades terapéuticas, pero tomando el riesgo de verse atrapado por los sentimientos y pensamientos elicitados por lo relatado por el paciente. En cuanto a la segunda estrategia, los consultados indican que al verse sobrepasados por la temática que el paciente les cuenta la opción más responsable sería derivarlo a un profesional más dispuesto y

capaz de atender a esa persona. En relación a estas estrategias es posible relacionarlas con los planteamientos de Deutch (1985, citado en Zur, 1994) quien indica que el estrés propio de la labor del terapeuta aumentaría con la creencia común de que deberían ser capaces de ayudar a cualquiera y en cualquier situación, lo que se ve reflejado en optar por improvisar ante situaciones que van más allá de sus límites, pudiendo interpretarse como una actitud con caracteres de omnipotencia, no obstante, esta variable podría variar según el conocimiento personal y madurez que haya desarrollado el psicoterapeuta permitiéndole definir con claridad su capacidad para seguir tratando al otro o enviarlo con un profesional que pueda hacerse cargo con mayor facilidad.

Por otra parte, hay elementos en que el grupo de terapeutas experimentados y el de novatos se diferencian entre sí, uno de ellos es el hecho que los terapeutas con menor experiencia utilizan en mayor grado estrategias de tipo corporales –como la respiración, el centrarse en sensaciones corporales, entre otras- para manejar la aficción que sienten, maniobra a la que el grupo de experimentados no se refiere mayormente, además este tipo de acciones se observan sólo en el espacio de terapia, no siendo utilizadas fuera de este periodo. Asimismo, en el conjunto de que posee menor trayectoria llama la atención el mecanismo usado por una de las entrevistadas, quien realiza un ritual de autocuidado antes de cada sesión, por medio del cual se prepara para tolerar las situaciones que pueden surgir en ese espacio.

Pasando ahora al manejo de la aficción que sienten los psicoterapeutas fuera de la sesión, los grupos muestrales –al igual que en las otras categorías y sub-categorías- dan cuenta de similitudes en algunas de las estrategias que utilizan, entre estas coincidencias se encuentran el hacerse más selectivos respecto a las temáticas con las que trabajan, distinguiendo con cuáles se sienten más cómodos y dispuestos a abordar de aquellas que no se sienten capaces de hacerse cargo. Además, en el caso de verse afectados por una problemática, una estrategia a la que algunos de los terapeutas en los dos grupos recurren es a poner límites a la responsabilidad que se adjudican en el tratamiento del paciente y acerca de los elementos que corresponden a su propia vida y los que son de la



historia del otro, de este modo lograr tomar distancia del impacto que les genera. De este modo, debido a la reiteración que tiene esta temática en el discurso de los entrevistados es posible observar la importancia que tiene para los terapeutas el establecimiento de límites y el reconocimiento de las temáticas que más los afectan, tal como ya lo planteaba Howard, Orlinsky y Trattner (1970, citados en Santibañez, 2008) quienes indican que estos elementos son fundamentales para permitirles ser más sensitivos y dar mejor respuesta a sus pacientes.

En este sentido, los terapeutas con mayor experiencia dicen que al verse impactados de manera más leve por la problemática del paciente utilizan un auto-monitoreo de la forma y los aspectos en los que ella los afecta para no mezclarlo con los contenidos del consultante. Esta herramienta que usan los participantes en este grupo de entrevistados se condice con lo descrito en la revisión teórica, apuntando a la existencia de estudios que indican que a mayor trayectoria los terapeutas se mostrarían más abiertos a la exploración del paciente y empáticos con éste (Navarro, 1987, citado en Winkler y cols., 1989) lo que se podría relacionar en este caso con su capacidad para reflexionar constantemente acerca de las emociones, pensamientos y acciones que les genera su trabajo.

Un elemento más que llama la atención en el marco teórico se trata de la soledad que rodea al trabajo como psicoterapeuta que es descrita en los planteamientos de algunos autores, ya que el profesional generalmente debe enfrentarse solo al consultante (Farber, 1983b, citado en Guy, 1995; Zur, 1994). Esta situación se ve reflejada en los discursos de los participantes en cuanto a su tendencia a buscar el apoyo de otras personas en su trabajo, los entrevistados poseen diversas estrategias para manejar su afección recurriendo a otros de su confianza entre las que mencionan el relatar sus sentimientos y pedir apoyo a familiares o amigos cercanos para descargar su emocionalidad; también señalan recurrir a compañeros de trabajo o profesionales cercanos en busca de consejos; la supervisión fue otra opción mencionada en este tipo de estrategias para manejar el impacto generado por la problemática del paciente; la terapia personal es una de las fundamentales; y en el caso de los entrevistados con mayor

experiencia laboral, indicaron el trabajo en red con profesionales de diversas áreas significaba una alternativa para aliviar sus tensiones en trabajo.

Este conjunto de mecanismos en los que los terapeutas comparten con otros las vivencias que envuelven su labor, los ayudarían a lidiar con la soledad que implica el espacio terapéutico, las dificultades que se les van presentando, a evaluar los desafíos a los que se enfrentan, a trabajar los temas personales que podrían elicitar como consecuencia de su trabajo y desarrollar su auto-observación (Guy, 1995; Aguilar, 1996, citado en Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2008; Durruty, 2005). También cabe destacar que aquellos terapeutas que no se dan el espacio para trabajar su propia persona, su emocionalidad y legitimizar su sufrimiento correría el riesgo de combinarlo con el de la persona que atiende, afectando no sólo su vida personal, sino que también la de las personas que recurren a él o ella en su trabajo (Miller, 1994).

Por el contrario a las opciones relatadas en los párrafos anteriores, destacó en el grupo de novatos que uno de los consultados señaló que su forma para controlar la afección que le producen las temáticas con las que debe trabajar es alejarse de todo lo relacionado a su trabajo durante sus tiempos libres y realizar actividades de otro tipo. Asimismo, en este conjunto otra de las participantes señala que practica actividades recreativas y deportivas con sus cercanos para descargar su emocionalidad y distraerse de la tensión que algunas temáticas le producen. En cuanto a lo planteado, es pertinente volver a mencionar el riesgo que conllevaría esta profesión en relación a generar una tendencia al aislamiento (Zur, 1994; Guy, 1995; Durruty, 2005), la cual podría verse reflejada en el primer mecanismo planteado en este párrafo. Al respecto, también puede observarse que esta situación es descrita dentro del síndrome de Burnout, ya que debido al desgaste que le produciría el trabajo al profesional, éste –entre otros síntomas- evitaría relacionarse con sus compañeros de labores y comenzaría a tratar a sus pacientes de manera distante y mecánica (Granero, Retamar, Carbajal, Gómez y Bragagnolo, 2001).

De este modo, se volvería necesario el establecer límites claros respecto a la distancia que se pondrá respecto al trabajo, así el realizar actividades de

esparcimiento y ejercicio es mencionada como una de las principales medidas de autocuidado (Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2008), esto debido a que muchas veces los otros pueden entregar el soporte que no se encuentra en otros espacios y evitar el aislamiento que se va iría incrementando con los años (Norcross, 2000).

También, una estrategia que se destacó en el grupo de experimentados, planteada por una de las consultadas en este conjunto, es la utilización de la meditación para hacer consciente los elementos que surgen en la persona del terapeuta respecto a la temática del paciente, esta estrategia parece relevante porque incluye una variable nueva a los mecanismos para manejar el impacto que produce la problemática del paciente en la vida personal de los terapeutas, que corresponde a una dimensión espiritual en el asunto. En relación a esta práctica es posible mencionar que es conocida como una buena forma para minimizar los síntomas del estrés, aumentar la autoconciencia, entre otras consecuencias que ayudan a las personas a mejorar sus condiciones de vida (Mañas, 2009, citado en Alvarado y Villarroel, 2011). También, se relaciona la meditación con el aumento de la empatía, disminución del desgaste profesional y de la angustia (Shapiro, Astin, Bishop y Córdova, 2005, citado en Alvarado y Villarroel, 2011), lo que podría impactar de gran manera el desempeño de los terapeutas dentro de su espacio laboral y del vínculo que generan con sus pacientes.

Finalmente, parte de los psicoterapeutas con mayor experiencia que fueron entrevistados, no reconocieron tener estrategias definidas para manejar la afección que podría producirles la problemática del paciente, planteando que frente a esta situación simplemente lo dejan pasar y que las cosas tomen su curso natural por sí mismas. Esta forma de recibir el impacto que el otro les produce podría resultar riesgosa para su vida personal, ya que como se ha mencionado antes, el trabajo del terapeuta puede llevarlo a generar diversos síntomas e incluso enfermedades como el burnout, depresión, desgaste por empatía, entre otras (Guy, 1995; Corveleyn, 1998; López, 2010; Redondo, Depaoli y D'Onofrio, 2011). Además, al no realizar un tratamiento de las emociones y/o procesos elicitados en estas ocasiones se expone a mezclarlos con los de la persona que

atiende, produciendo que el proceso terapéutico se pueda ver deteriorado (Miller, 1994).

### **3.- Acerca de la Influencia en la afección que le produce la problemática del paciente al terapeuta debido a su propia historia**

Como ya se ha visto, que el terapeuta se vea afectado por la problemática del paciente sería una situación inevitable, y además, este impacto ayudaría en su proceso de formación como tal (López, 2010). Teniendo presente este hecho, es que surge como pregunta ¿Qué elementos pueden influenciar esa afección, haciendo que se vea incrementada y pueda transformarse en un enfermedad o disminuida y sea provechosa para el terapeuta?.

Esta pregunta fue respondida por los entrevistados, logrando distinguirse ciertos ámbitos que influyen en el grado que se verán impactados los psicoterapeutas, además de ciertas coincidencias y variaciones en los discursos del grupo de experimentados y el de novatos. Un ámbito que tuvo mucha relevancia según lo descrito por los consultados es la experiencia laboral, coincidiendo a nivel general en ambos grupos que a mayor experiencia se reduciría la afección negativa en la vida personal de los terapeutas, existiendo observaciones por parte del grupo de avanzados que señalan que los terapeutas con menor trayectoria generarían mayor resonancia emocional con sus pacientes viéndose más afectados por ellos. Asimismo, en el conjunto de novatos se plantea que muchas veces la afección que sentían se debía fundamentalmente a que enfrentaban cierta temática por primera vez en su carrera, y asumiendo que inicialmente lo presentado por el paciente les generaba mayor impacto.

Como ya se ha mencionado anteriormente, dentro de la literatura revisada se encuentra evidencia de que los terapeutas con menor experiencia experimentarían periodos de angustia y dudas respecto a las problemáticas de sus pacientes, estas se encontrarían relacionadas a la primera entrevista; inseguridades respecto a su corta edad, falta de experiencia y los conocimientos que esto conllevaría; el exponerse a sufrir un descontrol emocional frente al paciente; entre otras situaciones asociadas al periodo que viven (Foladori, 2009;

López, 2010; Foján-Parga, 2011). Del mismo modo, estudios relacionados a la efectividad en la terapia señalan que los terapeutas con mayor experiencia generarían una tolerancia mayor a que el paciente desarrolle y demuestre emociones negativas (Feixas y Miró, 1993, citados en, Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller, 2008), indicando que existiría una relación entre la edad y experiencia de estos con la forma que tendría de comportarse, tendiendo a ser más empáticos (Navarro y cols., 1987, citados en, Santibáñez et al., 2008).

En este sentido, en ambos grupos se plantea que en la medida que va aumentando su trayectoria laboral también se va generando un cambio respecto a las creencias de la práctica clínica, representándose principalmente en cuanto a las intervenciones que debería realizar el terapeuta y el contenido de ellas, y en relación a creencias teóricas instaladas a priori en la escuela las cuales aumentan la presión en su trabajo, de modo que en la medida que va aumentando su experiencia comenzarían a relajarse frente al otro. Esta situación también ayudaría a generar un crecimiento personal en los terapeutas, el cual se ve reflejado en el discurso de los consultados más experimentados ya que una de ellas indica que le permitió generar aprendizajes respecto a las personas que trata y no sobre-involucrarse con ellas. En el caso de los terapeutas novatos, ellos señalan que en la medida que van atendiendo más pacientes y el tiempo pasa logran distinguir más rápido aquellas temáticas que los afectan en mayor medida y las temáticas que logran trabajar con más facilidad.

Este tipo de situaciones se encontrarían relacionadas con el proceso de formación de una identidad profesional, López (2010) señala que este proceso sería característico en los terapeutas que aun se encuentran en formación o que se encuentran realizando su práctica, sin embargo, se observa que este proceso podría extenderse en el tiempo. Según lo indicado por la autora nombrada, los terapeutas en este periodo se encontrarían desarrollando su estilo particular para tratar al otro, teniendo que estar atentos a las emociones y procesos elicitados en su trabajo, integrar las enseñanzas de la escuela y su vida personal y reconocer sus errores, aciertos, puntos débiles y aspectos fuertes, de modo que su

autoconocimiento se fortalezca mejorando su rol laboral (López, 2010). De este modo, cabría la posibilidad de que el no prestar la suficiente atención a estos elementos, el aumento de la trayectoria laboral podría no relacionarse con una mejora en el autoconocimiento de los terapeutas, lo que afectaría su vida personal y laboral ya que ambas requieren de una madurez y autoconocimiento básicos para desarrollarse con fluidez.

Otras situaciones descrita por el grupo de terapeutas experimentados, se trata de que algunos de ellos plantean haber priorizado en los primeros años de sus carreras el atender una gran número de pacientes, acompañado con un sentimiento de omnipotencia, lo que afectaba su vida personal debido al poco tiempo que les restaba para dedicarse a otras actividades y por el agotamiento natural que esto les producía, de este modo optaron por tratar de trabajar con un número más reducido de consultantes en los años venideros, privilegiando su bienestar personal y familiar. A propósito de esta situación, se vuelve pertinente profundizar en la omnipotencia señalada por este grupo, a lo cual Farber (1983a, citado en Guy, 1995) plantea que este sentimiento podría relacionarse a una ansiedad encubierta hacia las complicaciones propias del trabajo terapéutico, a ello Goldberg (1986, citado en Guy, 1995) agrega que este tipo de emoción puede agudizar las sensaciones de aislamiento emocional del terapeuta, situación que describen los entrevistados.

Por otra parte, en el conjunto de novatos destacó el discurso de uno de los encuestados que relató que en la medida que la experiencia profesional aumenta se irían generando mecanismos de disociación y desapego a lo planteado por los pacientes. En este sentido, se hace pertinente relacionar estos acontecimientos – los planteados por ambos grupos- con los niveles de agotamiento y estrés que les produce su trabajo, que los llevaría a distanciarse de las personas que los consultan.

En este sentido, la descripción que se realiza del síndrome de Burnout parece tener asidero en estas condiciones, y parece hacerse parte del desarrollo natural de la trayectoria de estos terapeutas, ya que dentro de la evolución de este cuadro se encuentran el observar una sensación de disarmonía entre las

demandas laborales y los recursos propios -que se ve en lo relatado por los terapeutas con trayectoria más amplia que trataban de abarcar muchos pacientes y se veían sobrepasados-, lo que lleva a sentir grandes niveles de tensión que producen finalmente una serie de conductas como el tratar a los pacientes de manera distante y mecánica (Granero et al., 2001), tal como lo describen en el conjunto de terapeutas con menos trayectoria, lo que podría desencadenar una falta de nutrición al autoconocimiento del terapeuta deteriorando sus condiciones laborales y personales.

Otra sub-categoría desarrollada en este ámbito es la influencia que tienen temáticas especialmente fuertes en la afección de los terapeutas, entre ellas las problemáticas más reiteradas por los grupos de entrevistados son los abusos sexuales y la violencia, destacando en el grupo de experimentados tópicos como la pobreza y los duelos, y en el caso de los novatos pacientes en condiciones especialmente vulnerables, es decir con enfermedades terminales o con una emocionalidad muy desbordada. También, llama la atención que uno de los consultados experimentado indica que el tratar este tipo de temas con frecuencia disminuiría el impacto que generan, debido a un proceso de acostumbramiento.

Una sub-categoría similar se encuentra en la muestra de terapeutas con mayor experiencia, en la que una de sus integrantes planteó que el contexto socio-político en el que comenzó a desarrollar su carrera influyó en el tipo de pacientes y temáticas que puede atender, esto pues comenzó a ejercer su profesión durante la dictadura en la que la pobreza y la violencia se mezclaban, marcando su trayectoria laboral, con consecuencias que se arrastran hasta la actualidad.

En relación a estos ámbitos que influyen el impacto de los terapeutas ante lo planteado por el paciente, es posible señalar que aquellos profesionales que trabajan con este tipo de temáticas más delicadas correrían un mayor riesgo de generar niveles elevados de desgaste y agotamiento laboral, esta situación se traduciría en que los terapeutas generen cierta sintomatología con mayor facilidad, tal como depresión, desmotivación, ausentismo laboral, fatiga, desregulación del sueño y alimentación, entre otros (Arón y Llanos, 2004). Así también, las personas que trabajan con estas temáticas se expondrían a contactarse en mayor

profundidad con el sufrimiento del otro o con sus propias experiencias de violencia y/o abandono pudiendo llevarlo a producir sobre-reacciones ante lo planteado o hiper-sensibilizarse ante la temática (Arón y Llanos, 2004).

Además, corresponde hacer mención a la posibilidad de generar un cuadro de traumatización vicaria o estrés traumático secundario debido a la gravedad de las temáticas tratadas, ya que gran parte de los consultados describen un gran compromiso empático profundo con los pacientes que tratan (Bride, Radey y Figley, 2007; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004), mencionando que en general se trata de menores, lo que generaría un mayor compromiso emocional. En esta vía, los entrevistados indican en su mayoría que han optado por no seguir trabajando con este tipo de tópicos por motivos similares a los planteados anteriormente, aunque también se plantea la generación de una costumbre para atender a estas temáticas, que disminuiría el impacto que generan. Al respecto, varios investigadores (Arón y Llanos, 2004; Guerra et al., 2008) mencionan diversas maneras de llevar a cabo un autocuidado adecuado con el fin de prevenir y manejar las consecuencias que tiene el trabajar con temáticas especialmente fuertes, de modo que los terapeutas consigan mantenerse en sus labores.

Un punto más de influencia en la afección, corresponde a la formación profesional que han tenido los terapeutas. Esta variable fue fuertemente abordada por aquellos participantes con más años de experiencia, en tanto que el grupo de novatos fue más reservado al referirse a ella. En este sentido, el primer grupo plantea que la línea teórica en la que el terapeuta fue formado influirá en la visión que tendrá de lo relatado por el paciente, haciendo que lo que éste le cuenta tenga un impacto diferente, señalando que: *“desde la mirada sistémica, entonces vas entendiendo los patrones de conducta más que el contenido mismo, porque el contenido puede ser tremendo, pero si tu lo vez dentro de un contexto más amplio y lo pones más desde una visión de qué hace qué este sujeto cumple este patrón es incluso más fácil tomar distancia y empatizar”* (VI, 4).

A propósito de lo indicado por este entrevistado, es de amplio conocimiento que las diferentes escuelas teóricas poseen muy diversas manera de concebir el



proceso terapéutico, los elementos que generarían el cambio, los elementos del setting terapéutico, y otros elementos entre los que destaca, de acuerdo al tema que aquí se trata, el rol que tendrá el terapeuta (Bustos, 2001). De este modo, resulta -hasta cierto punto- evidente cada terapeuta que posee una formación más cercana a alguna de las escuelas se centrará en diversos aspectos del discurso de la otra persona, ya que todos los elementos que rodean su encuentro variarán.

Del mismo modo, se hace referencia a que la sensibilidad del terapeuta variaría en relación al nivel de instrucción académica que ha tenido, declarando que *“De los psicólogos bien entrenados no [se verían afectados por la problemática del paciente]. Uno está entrenado para enfrentar la realidad humana, el sufrimiento, al dolor y sin hundirse en ello, sino ser testigo de ello y desde afuera tirar la mano, o sea ayudar”* (VIII, 1), no obstante, otro de los entrevistados de este conjunto agrega que, si bien le resulta evidente que los terapeutas con menos formación se ven más afectados, esta situación no se debería sólo a este factor, sino que también a su nivel de auto-conocimiento, terapia personal y elaboración de sus temáticas. Asimismo, varios investigadores (Guy, 1995; Phares, 1997, citado en Bustos, 2001) indican que -por más que desde la escuela se intente forzar- la línea teórica que ejerce cada terapeuta no elimina sus características de personalidad, ni suprime su manera particular de relacionarse, siendo elementos que están siempre presentes en el encuentro con el paciente, además por más extensa que haya sido la formación del clínico sigue siendo un ser humano, por lo tanto vulnerable a padecer múltiples sufrimientos, síntomas y/o patologías (Guy, 1995).

En cuanto al conjunto de novatos, entre ellos destaca los planteado por uno de los terapeuta que indica que el posicionamiento como terapeuta influiría en la aficción sentida, exponiendo que el tomar un lugar más directivo en la terapia produciría un impacto mayor en la vida personal del terapeuta, en cambio en trabajar con una jerarquía más horizontal hacia el paciente reduciría este efecto ya que el trabajo se daría de manera más colaborativa, bajando el nivel de responsabilidad que tendría el terapeuta en el proceso. Según Arón y Llanos (2004) la ubicación adecuada de la responsabilidad en el proceso terapéutico

permitirá que se genere la reparación, siendo necesario evitar la auto-responsabilización excesiva del terapeuta o el ubicarla demasiado en el otro.

Respecto a este último punto, surge otra variable que influye en el impacto que sentirán los terapeutas asociado a la problemática del paciente, correspondiente a la relación paciente-terapeuta. Abordando este eje los terapeutas concuerdan que al generar una mayor cercanía con el paciente y establecer un vínculo más profundo con éste, se verían más afectados en su vida personal por las problemáticas presentadas, explicando que en esta situación influirían la simpatía sentida hacia el otro y la disposición a empatizar con más energía con los temas que plantea, incluso a veces involucrándose más de lo recomendado. De la misma manera, un clínico del grupo de novatos señala la situación de forma inversa, ya que habría pacientes con los que no logra sentir una buena energía, sintiéndose incómodo con esas personas, de modo que prefiere no trabajar con ellas para evitar las molestias a ambos.

Al respecto, el desgaste por empatía o más precisamente “compassion fatigue” se comprende como un estado en que se acentúa la tensión y preocupación por los pacientes, asociado a la re-experimentación de la situación que ha vivido el paciente o por tratar de evitar los pensamientos recurrentes que surgen acerca de éste (Redondo, Depaoli y D’Onofrio, 2011). En este trastorno, se pondría gran énfasis en la relación que se establece con el paciente, ya que el término “compassion” refiere a una conexión muy profunda con el otro en la que se vuelca gran parte de nuestros recursos en el objetivo de ayudar al otro (Cazabat, 2002), situación similar a la que describen algunos de los entrevistados, en la que desean trasgredir los límites de la sesión para ayudar a sus pacientes, desarrollando con el paciente una relación muy desgastante para ellos mismos.

Además, es posible relacionar el apego excesivo que generan los terapeutas con algunos pacientes a la gratificación que estos reciben por su trabajo, y así a situaciones abusivas, ya que algunos terapeutas necesitarían mucho de sus pacientes para obtener una sensación de realización en sus labores, generando una relación de dependencia con ellos que afectaría el proceso terapéutico y la vida de ambos (Stierlin, 1972, citado en Corveleyn, 1998).

Y por el contrario, también se daría el caso de terapeutas que necesitan muy poco de sus pacientes para sentirse gratificados, teniendo muy poca motivación para invertir energía ellos (Stierlin, 1972, citado en Corveleyn, 1998).

Finalmente, una última sub-categoría surgida en el grupo de terapeutas con menos experiencia se trata de la influencia que tiene el autoconocimiento y las características propias del terapeuta en la afección que sentirán. Aquí uno de los consultados plantea que un mayor autoconocimiento y elaboración propia lo ayudarían a disminuir la dificultad para trabajar con ciertas temáticas, pudiendo conectarse de manera más expedita con sus pacientes y reduciendo el desgaste en estos procesos. Así también, otra de las terapeutas de este conjunto señala que el no trabajar adecuadamente sus propios conflictos la ha llevado a generar emociones que traspasan la sesión, como el deseo de proteger al otro fuera del contexto terapéutico. Estas situaciones son abordadas por Strupp (1978, citado en Winkler et al., 1989) quien describe que resultan importantes para el éxito del proceso terapéutico que el terapeuta tenga un grado adecuado de madurez y autoconocimiento, asimismo, López (2010) indica que estos elementos ayudarían a no mezclar los temas del terapeuta con los del paciente y a generar una identidad profesional saludable.

Esta situación también se extiende a características de personalidad, creencias y valores de los terapeutas, quienes proponen que estos factores también intervienen en su manera de percibir y trabajar con el otro, y que a su vez también se ven afectados y/o modificados por los contenidos que el paciente les traspasa. En cuanto a esta situación, resulta pertinente recordar lo expuesto por Tolosa (2010) y otros tantos autores (Short, 1990; Miller, 1994; Guy, 1995; López, 2010) que consideran el proceso psicoterapéutico como un encuentro entre las individualidades de dos personas, que se ven influenciadas mutuamente, y en la que interfieren la totalidad de sus características, experiencias y emociones, pudiendo verse modificadas las estructuras psíquicas de ambos implicados.

## **IX.- LIMITACIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO**

Como último punto de esta investigación, se hará referencia a algunas limitantes y posibilidades futuras que abre el presente estudio. En relación a las restricciones que tuvo este trabajo se encuentra el número reducido de participantes en la investigación, lo que implica que la muestra con la que se trabajó no tiene valor probabilístico, no pudiendo extrapolarse los resultados aquí presentados a la población general de terapeutas, lo que no tiene relación con que la información aquí entregada no sea un aporte para profundizar en la variable de la persona del terapeuta y los desafíos a los que se ve enfrentado.

Otra limitación de esta investigación corresponde al método e instrumento de recopilación de la información, ya que este procedimiento se realizó en conjunto con un equipo de investigadores, incluyendo en la entrevista temáticas, que si bien se relacionan al tópico central de esta instancia indagatoria, no hacían referencia a materias específicas de lo estudiado aquí, reduciendo el espacio para profundizar más en ellas.

Por otra parte, en cuanto a las proyecciones del estudio sería interesante el incluir como variable a considerar la corriente teórica a la que pertenecen los psicoterapeutas entrevistados en cuanto a la afección que sienten a raíz de la problemática del paciente, ya que agregaría una complejidad extra a lo realizado en esta instancia, pudiendo lograrse distinguir similitudes y diferencias en base a las diversas visiones que tiene cada escuela teórica y cada terapeuta. También, se espera que este tipo de estudio resulte una motivación para otros investigadores para que se interesen por la temática de la persona del terapeuta, ya que el número de investigaciones en esta área es reducido.

Además, podría ser de interés el profundizar en el conocimiento de la historia de los terapeutas y los contextos en los que han desarrollado su carrera, ya que se podrían observar tendencias que ha tenido el desarrollo de la psicoterapia a nivel general, en base a trayectorias comunes de quienes la ejercen.

## IX.- BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A. y Villarroel, P. (2011). Mindfulness y La Persona del Terapeuta: Efecto de un Programa de Entrenamiento en Meditación sobre la capacidad de atención del Terapeuta. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15.
- Barr, A. (2006). An investigation into the extent to which psychological wounds inspire counsellors and psychotherapists to become wounded healers, the significance of these wounds on their career choice, the causes of these wounds and the overall significance of demographic factors. Obtenida el 10 de septiembre de 2012, de <http://www.thegreenrooms.net/research>
- Benavides, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., González, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el "inventario de burnout de psicólogos". *Clínica y salud*, 13 (3), 257-283.
- Bennett-Levy, J. (2005). What role does 'the person of the therapist' play in therapist skill development? Empirical and theoretical perspectives. En Jackson, M. y Murphy, G. (comp.): *Theory and practice in contemporary Australian cognitive and behaviour therapy: 28th National AACBT Conference* (pp. 32-37). Editado por Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy, Melbourne.
- Bride, B. E., Radey, M., y Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.

Bustos, C. (2001). La persona del terapeuta y su importancia en los distintos tipos de terapia. Extraído el 13 de Agosto de 2011 de [http://www.apsique.com/CliniPersona\\_terapeuta#titulo9](http://www.apsique.com/CliniPersona_terapeuta#titulo9)

Cazabat, E. (2002), *Desgaste por empatía*. Ponencia presentada en 3er Congreso Virtual de Psiquiatría en Interpsiquis. Extraído el 13 de agosto de 2011, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/6185/>

Corveleyn, J. (1998). Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico. *Persona*, 1, 27-42. Consultado el 14 de julio de 2012 de [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf\\_bdfde.nsf/imagenes/FCB815179CE767F105256F380056E146/\\$file/02-persona1-corveleyn.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/FCB815179CE767F105256F380056E146/$file/02-persona1-corveleyn.pdf)

Durruty, P. (2005). Ejes de autocuidado para el terapeuta orientado a la prevención del síndrome de burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Foladori, H. (2009) Temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología ante el Inicio de la Práctica de la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 27(2), 161-168.

Forján-Parga, M., Ruiz-Sancho, E., Montañó-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A. y Alpañés-Freitag, M. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica. *Anales de Psicología*, 27 (2), 311-318.

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata, S.L.

- Granero, M.; Retamar, R.; Carabajal, J.; Gómez, R. & Bragagnolo, G. (2001). Vida personal y Burnout del psicoterapeuta. Extraído el 7 de agosto de 2011 desde [http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa\\_15/bragagnolo\\_vida\\_personal\\_y\\_burnout\\_%20del\\_psicoterapeuta.pdf](http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa_15/bragagnolo_vida_personal_y_burnout_%20del_psicoterapeuta.pdf)
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos. *Psyche*, 17 (2)
- Guy, J. (1995). La vida personal del psicoterapeuta, el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- López, L. (2010). La otra cara de la terapia: La vida personal del psicoterapeuta. *Revista Poiésis* 10 (19). Extraído el 5 de agosto de 2011 desde <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/105>
- McGinnis, L. (2007). From the perspectives of both: The impact of the therapist's job on the relationship between therapists and their partners. Investigación para optar al grado de "Master of social work". Smith College, Massachusetts, EEUU. Consultada el 10 de octubre de 2012 de <https://dspace.smith.edu/bitstream/handle/11020/999/Binder1McGinnisLEntireThesis.pdf?sequence=1>
- Martín-Crespo, M. y Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27.

- Miller, A. (1994). La situación del psicoterapeuta. En *El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo* (pp. 42- 49). Barcelona: Tusquets.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004) Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.
- Much, K., Swanson, A., y Jazazewski, R. (2004). Burnout prevention for professionals in psychology. 2 (43), 216-218. Consultada el 18 de octubre de 2012, de <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas05/Vistas05.art46.pdf>
- Norcross, J. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (6), 710-713.
- Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (1), 21-27.
- Orlinsky, D. y Rønnestad, M. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ortiz, G. y Ortega, M. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y salud*, 19 (2), 207-214.



- Pope, K. y Tabachnick, B. (1994). Therapists as Patients: *A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems, and Beliefs*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (3), 247-258. Consultado el 25 de mayo 2012 de <http://kspope.com/therapistas/research9.php>
- Redondo, A., Depaoli M. & D'Onofrio, M. (2011). Síndrome de desgaste por empatía en mar del plata- argentina. Trabajo expuesto para el 12º congreso virtual de psiquiatría. Extraído el 30 de mayo de 2011 desde <http://www.neurologia.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/2462/1/14conf2250103.pdf>
- Rivera, J. (2007). La persona detrás del terapeuta, más acá de la contratransferencia. Federación uruguaya de psicoterapia, ponencia presentada en el VII congreso Latinoamericano de Psicoterapia. Obtenido el 22 de octubre de 2011, de <http://www.fupsi.org/VIIcongreso/LA%20PERSONA%20DETR%C1S%20DEL%20TERAPEUTA.pdf>
- Rogers, C., Stevens, B. y Cols (1980). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Rupert, P. y Morgan, J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (5), 544-550.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*, 13, 71-78.

- Salston, M. D. y Figley, C. R. (2003) Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.
- Sandoval, C. (2002). Modulo 4: Investigación cualitativa. En Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ed.), *Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Santibáñez, M., Román, F., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Short, S. (1990). El susurro de las paredes. En J. Abrams (Ed.), *Recuperar el niño interior* (pp. 263- 273). Barcelona: Kairós.
- Sussman, M. (1992). *A Curious Calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Estados Unidos: Rowman & Littlefield.
- Tolosa, S. (2010). El mito de Quirón, la actitud terapeutica y la perspectiva fenomenológica del analista. *Revista Encuentros*, 18-26. Extraído el 20 de agosto de 2011 desde [http://revista.cgjung.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:quiron&catid=3:n1&Itemid=4](http://revista.cgjung.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=5:quiron&catid=3:n1&Itemid=4)
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores Inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso psicoterapéutico: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 8 (11), 34 – 40.
- Zur, O. (1994). Psychotherapists and Their Families: The Effect of Clinical Practice on Individual and Family Dynamics [versión electrónica]. *Psychotherapy in Private Practice*, 13 (1), 69-95



## X.- ANEXO

### Entrevista

Estamos llevando a cabo una investigación sobre la percepción que los terapeutas noveles y experimentados tienen sobre el autocuidado, el impacto de las temáticas de los pacientes y el desarrollo personal.

Para el primer aspecto –autocuidado- le entregaré un cuestionario de autorreporte.

Luego, los tres aspectos antes mencionados le serán consultados a través de preguntas cara a cara que serán grabadas, y posteriormente, transcritas para los fines de esta investigación, resguardando la debida confidencialidad de los entrevistados.

Antes de comenzar necesito saber algunos antecedentes:

Nombre de pila:	
Año de egreso de psicología:	
*Estudios posteriores, especialización:	
*Años dedicado a la psicoterapia:	
Orientación teórica:	

\*Procesos terapéuticos en los que ha estado (cantidad, duración c/u y orientación teórica del terapeuta):

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP)

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extralaborales. Responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?	0	1	2	3	4
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?	0	1	2	3	4
10. ¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	0	1	2	3	4

11. Utiliza otras estrategias de autocuidado ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

## **Cuestionario**

- 1) ¿Qué es para usted el autocuidado?
- 2) ¿Qué rol o valoración tiene para usted en su trabajo?
- 3) ¿Tiene estrategias de autocuidado? ¿Cuáles?
- 4) ¿Estas estrategias aportan a su bienestar físico y/o psicológico? ¿Cómo?
- 5) ¿Ha variado la importancia que le asigna al autocuidado a lo largo de su experiencia profesional?
- 6) ¿Cree que la problemática del paciente es un elemento que podría afectar la vida personal de los psicólogos?
- 7) ¿Tiene o ha tenido algún impacto en su vida la problemática del paciente? ¿Cómo le ha afectado? ¿En qué ámbitos?
- 8) ¿Posee estrategias para afrontar en sesión el impacto que podría tener la temática del paciente? ¿Cuáles?
- 9) ¿Ha encontrado en su práctica profesional pacientes con temáticas similares a la suya? ¿Cómo las ha enfrentado?
- 10) Ahora quisiera preguntarle, ¿Qué es para usted el desarrollo personal?
- 11) ¿Usted cree que incide el desarrollo personal del terapeuta en el desarrollo satisfactorio de la terapia? ¿Cómo?
- 12) A partir de su experiencia, ¿Cuál es el papel que ha jugado o juega su proceso de desarrollo personal en su trabajo como terapeuta?
- 13) ¿A qué desafíos profesionales se ha visto enfrentado a lo largo de su trabajo como terapeuta? ¿cómo los ha resuelto?
- 14) Y a nivel personal, ¿Qué implicancias ha tenido para usted su desempeño como terapeuta? ¿ha significado algún reto o desafío?
- 15) ¿Existen vivencias personales o de su historia de vida que hayan estado o estén vinculadas con su trayectoria como terapeuta? ¿Cuáles?

16)De éstas, ¿cuáles han dificultado su desarrollo como terapeuta? ¿cómo las ha enfrentado?

17)Y ¿Cuáles lo han facilitado o potenciado?