



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EXPLORACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA
COGNITIVA DESDE LA MIRADA DEL PACIENTE, EL TERAPEUTA Y EL
OBSERVADOR**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

MILA MEDINA GUERRA

**Profesor Guía:
JUAN YAÑEZ MONTECINOS**

**Informantes:
AUGUSTO ZAGMUTT CAHBAR
ANA KARINA ZÚÑIGA CAISEO**

Santiago de Chile, año 2017

**EXPLORACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA
COGNITIVA DESDE LA MIRADA DEL PACIENTE, EL TERAPEUTA Y EL
OBSERVADOR**

DEDICATORIA

A Carlos Orrego;

Por ser, por estar,

Por trasgredir mi soledad,

Subsidiar mi alegría

Por darle sentido a mis días

Y significado a mis noches

AGRADECIMIENTOS

Es importante para mí agradecer a los integrantes del CAPs, por haberme acogido y colaborado en este proceso de aprendizaje, en particular a mis compañeros del modelo constructivista y en especial doy gracias a mi profesor patrocinante Doctor Juan Yáñez, quién me dio la posibilidad de participar, de aprender y por compartir sus conocimientos conmigo, al profesor Augusto Zagmutt, por su sabiduría pródiga, a la profesora Wenk por su acompañamiento y la luz que me entregó para poder realizar mi estudio, a mi amiga Antonieta, por la gran compañera que es. También a quienes aceptaron participar en mi investigación y colaboraron activamente. Sinceramente espero que este estudio sea un aporte, es la manera más coherente de agradecerles.

La efectividad de la comunicación humana es que, en el diálogo, la opinión de uno no prevalece frente a la de otro, ni se suma la opinión de uno a la del otro, sino que ambas se transforman. La condición de posibilidad de la solidaridad ética y social es una comunidad tan común que ya no hay ni mi opinión ni tu opinión, sino una interpretación común del mundo.

(Gadamer 1965, lenguaje y verdad, p.151)

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	6
HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DIRECTRICES.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Psicología basada en la evidencia.....	8
Enfoque Constructivista Cognitivo.....	10
Teoría clínica del Modelo Constructivista Cognitivo.....	11
La evaluación en Psicoterapia desde el Modelo Constructivista Cognitivo.....	13
Concepción del paciente.....	14
Concepción del terapeuta.....	15
Concepción de la relación terapéutica.....	16
Concepción de la alianza terapéutica.....	17
Concepción del cambio y cambio en psicoterapia.....	19
Las variables inespecíficas en psicoterapia.....	20
Variables del consultante.....	21
Variables del terapeuta.....	22
Variable de la alianza y relación terapéutica.....	24
Metodología del Enfoque Constructivista Cognitivo.....	25
Fase de evaluación.....	26
Encuadre.....	27
Fase de Operación de la Psicoterapia.....	28
Fase de cierre.....	28
La Devolución en Psicología.....	29
Devolución Clínica en el Enfoque Constructivista Cognitivo.....	31
El terapeuta durante la devolución.....	33
El paciente frente a la devolución.....	33
Efecto de la devolución y la sesión post devolución.....	34

MÉTODO	35
Enfoque, diseño y alcance de la investigación.....	35
Participantes: Población, muestra y diseño muestral.....	36
Instrumentos:	38
Consideraciones éticas	45
Procedimiento	47
Análisis de datos	49
Análisis psicométricos.....	49
Análisis descriptivos.	49
Análisis comparativos.	49
Análisis de contenido.	50
RESULTADOS	50
Resultados cuantitativos del estudio	51
Análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados.....	51
Variables predictoras de a una devolución bien o mal lograda.....	53
Devolución bien lograda.	53
Devolución mal lograda.	53
Descriptivos para cada cuestionario y comparación según tipo de devolución	53
Cuestionario para pacientes: Comparación de medias según el logro de la devolución.	56
Pauta de observación: Comparación de medias según el logro de la devolución.	57
Relación entre las subescalas de cada escala	57
Resultados cualitativos del estudio.	60
Categoría: Discurso del Paciente.....	61
Categoría: Discurso del terapeuta	73
Categoría: Discurso del observador	76
SÍNTESIS CONCEPTUAL Y PRÁCTICA PARA TERAPEUTAS EN FORMACIÓN	80
Contenidos de la devolución (el QUÉ).	82
La forma de entregar los contenidos (el Cómo).....	83
El momento de realizarla (El cuándo).....	87
Lo que decir y lo que no decir (El cuánto).....	88

Las razones de hacer devolución (Para qué)	89
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	108
Anexo I	108
Anexo II	110
Anexo III.....	112
Anexo IV.....	114
Anexo V	116
Anexo VI.....	118

RESUMEN

*Esta investigación se enmarca desde el Modelo Constructivista Cognitivo y tiene por objetivo comprender los elementos e implicancias de la devolución clínica, desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador no participante. Es un estudio de tipo mixto, de diseño transversal. Se trabajó con 12 procesos terapéuticos, aplicando un cuestionario particular y una breve entrevista a cada tipo de participante. Las respuestas libres fueron analizadas mediante análisis de contenido, identificando las principales dimensiones emergentes. El análisis estadístico de las respuestas cerradas complementó el análisis de contenido realizado. Los datos cuantitativos muestran un mejor funcionamiento del cuestionario de pacientes por sobre los otros, además de sugerir una serie de indicadores útiles para predecir el éxito de la devolución. A nivel cualitativo, tanto paciente como terapeuta y observador se enfocaron en tres aspectos centrales: Impacto de la devolución, Relación paciente-terapeuta y Evaluación de la gestión. Se observó una mayor riqueza de contenido en el discurso del paciente. Los resultados enfocan el proceso de devolución en el *Quién*, es decir, el paciente. Los resultados dan cuenta que la devolución es un acto terapéutico que tiene efecto de sentido y significado, que fortalece la alianza terapéutica y por tanto la psicoterapia.*

PALABRAS CLAVE

Devolución clínica, Paciente, Terapeuta, Alianza terapéutica, Psicoterapia, Constructivismo Cognitivo.

INTRODUCCIÓN

El método científico se ha posicionado como un medio incuestionable para evaluar los procedimientos psicoterapéuticos más efectivos y los mecanismos psicológicos a través de los que actúan (Llobel et al, 2004). No obstante, el conocimiento que ha surgido de investigaciones no siempre se ha integrado del todo en la práctica del profesional (Herbert, 2003). Por este motivo, la investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha ido evolucionando desde una postura de validación de lo puramente científico hacia una postura que propone la formulación de modelos de práctica basados en la evidencia. Desde esta concepción, se prioriza validar el trabajo del terapeuta, desarrollando teorías coherentes y comprensibles a partir del trabajo con clínicos expertos, donde se reconozca la importancia del paciente, planteando que esto permitiría facilitar el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficaces (Frías et al, 2004). Así también, el Código Ético de la American Psychological Association (2003) y el Código Deontológico del psicólogo (artículos 17 y 18) destacan la responsabilidad del psicólogo como profesional que debe ofrecer tratamientos con apoyo empírico que garanticen la validez de sus efectos, destacando la necesidad de formación continua del psicólogo.

La llamada Psicología basada en pruebas o evidencia (PBE), promueve la recogida, interpretación e integración de la evidencia válida derivada de la investigación, del juicio clínico y de la opinión del paciente. La PBE sigue cuatro pasos: formular el problema clínico, localización en la literatura de los artículos relevantes, valoración crítica de las pruebas encontradas y aplicación de hallazgos a la práctica clínica (Frías y Pascual, 2003).

De igual manera que para la PBE, para el Modelo Constructivista Cognitivo, es relevante poder estudiar el proceso psicoterapéutico, de modo tal de ir en una progresión del saber tendiente a mejorar la gestión del terapeuta, donde su meta final está orientada a ser un instrumento de cura y de facilitador del proceso del paciente. (Yáñez, 2014)

Este modelo, propone una estructura de 3 fases para la ejecución de la psicoterapia: la fase de evaluación, la fase de operación de la psicoterapia y la fase de cierre, cada una de ellas con técnicas e intervenciones bien definidas (Yáñez, 2005). El proceso de *devolución* está considerado dentro de la fase de evaluación, y se ubica generalmente en la tercera sesión.

La palabra *devolución*, proveniente del latín *devolvĕre*, apunta a volver algo a su estado anterior, restituir algo a quien lo tenía antes (RAE, 2014). Desde el Modelo Constructivista Cognitivo, la *devolución* corresponde al juicio clínico y personal que el terapeuta se ha formado acerca del paciente y sus síntomas. Implica, en este sentido, la evaluación y el pronóstico de las dificultades que presenta el paciente, y las relaciones de dependencia entre la historia de vida de éste, su significación y las características sintomáticas (Yáñez; 2005). En este sentido se puede entender la devolución como una hipótesis comprensiva del padecimiento del paciente y lo que le ocurre. En ella, se deben además definir las metas del proceso psicoterapéutico propiamente tal, es decir, se entrega una propuesta de trabajo, que se acuerda con el paciente (P.Vergara, comunicación personal 26 de agosto del 2016).

El principal objetivo de este proceso es que se valide, legitime y refuerce la intención de hacer terapia por parte del paciente y se afiance la alianza terapéutica (Yáñez, 2014). Dentro de las funciones de la devolución se advierte que: instala, confirma y proyecta la relación terapéutica, revelando el rol del terapeuta como un alter habilitado, y delimita los márgenes y alcances del proceso, personalizándolo al proponer un marco comprensivo inicial acerca del padecimiento personal y los efectos de sentido en el paciente (Yáñez, 2015).

Yáñez, explica que la devolución fortalece la decisión del paciente puesto que ha de hacerle sentido, involucrándolo activamente en el proceso. Duarte (2012), plantea que para “hacer sentido” la devolución debe realizarse en un lenguaje comprensible para el paciente, tanto respecto de lo que está padeciendo como de su propia historia. Solo así, la devolución permitiría la consolidación de la relación terapéutica y la constitución de un espacio intersubjetivo, en la medida que se produce un efecto de sentido entre paciente y terapeuta, que, de no producirse, generaría inevitablemente la imposibilidad de la consolidación del

contexto intersubjetivo, y por ende, el fin de la psicoterapia. (Duarte, 2012, pp.80)

La devolución se ha definido como un elemento de doble finalidad, ya que es considerada un componente central del encuadre y a la vez un componente central de la evaluación clínica. Esta doble funcionalidad de la devolución hace necesario referirla y comprenderla desde dos aspectos distintos: una función organizadora del proceso en sus aspectos técnicos, metodológicos y relacionales y una función de validación del paciente como partícipe activo de su proceso, del terapeuta como un alter capacitado de la interrelación terapéutica de ayuda (Yáñez, 2015).

No obstante, su aplicación, sentido clínico y lo que se plantea desde la teoría de este modelo, no hay estudios a nivel nacional o internacional que den cuenta del fenómeno de la devolución y el impacto que pueda tener en el paciente. Tampoco se ha estudiado el acto de realizar la devolución ni la percepción del propio terapeuta sobre su gestión. Esto parece relevante puesto que algunos estudios demuestran un mínimo de deserción en pacientes atendidos en este modelo teórico después de la 3ª o 4ª sesiones (Zúñiga, 2015), sin embargo, no existe evidencia que esta permanencia se explique por el hecho de haber recibido una devolución clínica exitosa.

En este contexto, los terapeutas que trabajan desde el modelo Constructivista Cognitivo no cuentan con investigaciones que entreguen conocimiento científico respecto a la forma de realizar la devolución clínica y sus implicancias, de manera que en su ejercicio psicoterapéutico se sustentan en un compilado teórico de recomendaciones que carecen de estudios en torno al fenómeno, a los significados y a los efectos reales que tiene para el paciente, el terapeuta, y el éxito del proceso psicoterapéutico.

Si bien la Devolución Clínica es parte de otros modelos de intervención terapéutica, estas no presentan características similares, homologables ni comparables a las concernientes al Constructivista Cognitivo, por lo que esos estudios no responden a las necesidades de conocimiento para este fin.

Considerando lo anteriormente dicho, la relevancia de la devolución dentro del proceso psicoterapéutico, la falta de estudios científicos sobre este fenómeno y la importancia de

fomentar la psicología basada en la evidencia en la cual el paciente y el juicio clínico juegan un rol fundamental, el objetivo del presente estudio es comprender los elementos e implicancias de la devolución clínica desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador no participante, en un proceso psicoterapéutico basado en el modelo constructivista cognitivo. Particularmente, se escogió trabajar con la modalidad psicoterapéutica con adultos puesto que éste modelo sienta las bases de trabajo psicológico con el adulto principalmente, además se espera cierta capacidad reflexiva, crítica, de abstracción y análisis desde el paciente. Se consideró incluir la perspectiva de un observador no participante para fortalecer la apreciación del fenómeno desde un no involucrado en la interacción, en busca de una mirada más objetiva, sobre todo en relación a la gestión del terapeuta.

Se considera que la presente investigación posee relevancia teórica, metodológica, clínica y social: relevancia teórica, ya que permite robustecer el modelo, mediante elementos que se desprendan del estudio, que aumenten la conceptualización y la comprensión del acto clínico de la devolución, relevancia metodológica, al pretender reconocer aquellos elementos que deben ser considerados por el terapeuta para organizar una devolución que tenga impacto positivo en el paciente, relevancia clínica, en tanto plantea los contenidos encontrados que mejoren el quehacer del psicólogo constructivista cognitivo, permitiendo aportar a la fenomenología del proceso terapéutico en general y finalmente, relevancia social, puesto que pretende ser un aporte a la psicoterapia que conduzca a mejorar el bienestar de la población.

Se espera que describir de mejor manera los aspectos a considerar durante la devolución, podría contribuir al terapeuta a realizar una devolución mejor lograda. Esto puede facilitar el proceso en su totalidad, si se considera que durante la devolución es principalmente el terapeuta quien tiene la palabra; por ello es preciso que la use con experticia. Siguiendo con esta idea, la devolución es la única instancia donde el terapeuta se instala en el “lugar del supuesto saber”, al verter su juicio clínico respecto de la problemática del paciente (Yáñez, 2014). Entonces, se podría establecer que es aquí donde el terapeuta debe desplegar los contenidos que tendrán sentido para el paciente y que generarán la motivación y la

confianza de adherirse a la terapia, y donde el conocimiento basado en la evidencia cobra un rol fundamental.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Comprender los elementos e implicancias de la devolución clínica, desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador, en la psicoterapia desde el modelo constructivista cognitivo, en modalidad individual de adulto, atendido en el CAPs de la Universidad de Chile.

Objetivos Específicos:

- Identificar los aspectos de la devolución (de forma y contenido), que los pacientes resaltaron como importantes.
- Describir el impacto reportado por el paciente, en las devoluciones bien y mal logradas.
- Identificar los aspectos de la devolución que los terapeutas resaltaron como importantes.
- Describir las percepciones del observador no participante con relación a los aspectos que surgieron como relevantes sobre la devolución clínica.
- Identificar los elementos que facilitarían una devolución exitosa.
- Evaluar la relación existente entre las tres miradas respecto al fenómeno de la devolución clínica.
- Proponer una síntesis conceptual y práctica que guíe al terapeuta Constructivista Cognitivo para la realización de la devolución.

HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DIRECTRICES

Dado que esta investigación es de predominancia cualitativa, y siguiendo lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), no admite plantear hipótesis, pero si es pertinente plantearse diversas preguntas de investigación. Según lo indicado por Krause (1995), la primera de estas preguntas es esencialmente una pregunta que identifica el fenómeno que se estudiará, la cual debe tener una amplitud que garantice la flexibilidad y libertad necesarias para explorar el fenómeno en profundidad. A este requerimiento subyace el supuesto que no todos los aspectos del fenómeno a estudiar son conocidos al comenzar una investigación, por lo que las definiciones iniciales deberán dejar espacio para resultados no previstos. Así la pregunta inicial se va desglosando en preguntas más específicas, llamadas "preguntas directrices", las que guiarán la implementación del estudio. Las preguntas directrices ocupan el lugar de las hipótesis en las investigaciones cuantitativas (Krause, 1995).

La caracterización de lo que la devolución pretende o de lo que el terapeuta intuye desde su experiencia como clínico, requiere contar con investigaciones que aporten tanto a la teoría como a la práctica del modelo Constructivista Cognitivo. La presente investigación plantea de manera inicial la mirada desde distintas perspectivas (del observador, del terapeuta y del paciente), preguntándose de forma global: ¿Qué elementos e implicancias tiene la devolución clínica, desde la perspectiva del observador, el terapeuta y el paciente en el proceso psicoterapéutico Constructivista Cognitivo?

Las preguntas directrices que guían esta investigación son: ¿Qué aspectos de la devolución son relevantes para el paciente? ¿Qué elementos facilitarían una devolución bien lograda o exitosa? ¿Qué relación existe entre la percepción del terapeuta y el paciente de la devolución clínica? ¿Las percepciones del observador no participante permite conocer más respecto del fenómeno de la devolución? ¿Cuál es el impacto en el paciente de una devolución bien lograda? ¿Es posible realizar una conceptualización de la devolución que contribuya a los terapeutas en formación realizar devoluciones bien logradas?

MARCO TEÓRICO

Psicología basada en la evidencia

La psicología basada en la evidencia (PBE), tiene como objetivo, el difundir la aplicación de tratamientos psicológicos que han sido sometidos a prueba científica (Llobell et al, 2004). Esto se hace imprescindible si se considera la amplia proliferación de tratamientos y técnicas psicológicas de abordaje terapéutico, las que requieren de algún medio para evaluar su calidad, efectividad, efectos y control de los mismos. Es así como la PBE parece responder a estas necesidades que implican asegurar que un tratamiento es efectivo y pertinente; al respecto es necesario agregar que éste debe ser lo que el paciente está dispuesto a recibir y a participar activamente. Paralelamente la PBE señala la importancia del encuentro de profesionales del área, que permitan debatir, intercambiar ideas y opiniones, además de la enriquecedora reflexión conjunta, sobre elementos de la psicoterapia (Llobell et al, 2004).

El fundamentar la práctica profesional sobre la evidencia empírica es una labor incuestionable para los defensores de la PBE dedicados a la salud mental. Para lograrlo, se propone, a nivel operativo, cumplir con una serie de pasos: la formulación del problema clínico, la localización en la literatura científica los estudios relevantes, la valoración crítica de la evidencia encontrada, la aplicación de los hallazgos a la práctica clínica, la incorporación de resultados a las entidades que acreditan modelos de intervención, y la formulación de guías o protocolos (Daset y Gracco, 2003).

Para la Psicología Clínica, tres asuntos son centrales a investigar desde un modelo de PBE: estudiar sobre los insumos necesarios para dotar de consistencia y veracidad a las explicaciones que las teorías dan a los fenómenos psíquicos, estudios que permitan contar con algún tipo de certeza para orientar la búsqueda de formas de intervención y finalmente estudios que permitan nutrir la información existente sobre intervenciones, instrumentos, procedimientos profesionales efectivos (Daset y Gracco, 2003).

Para la American Psychological Association (APA, 2005), el propósito de la EBPP (por sus siglas en inglés de Evidence Based Psychology Practice) es el desarrollo de una práctica profesional en Psicología efectiva; incorporando criterios sustentados empíricamente a todos los niveles de acción: evaluación, intervención y también en lo que refiere a la relación terapéutica. Todo ello está en concordancia con lo que señala el Código de Ética de la propia asociación (Llobell et al, 2004).

El Código Ético de la American Psychological Association (2003) y el Código Deontológico del psicólogo (artículos 17 y 18) destacan la responsabilidad del psicólogo como profesional que debe ofrecer tratamientos con apoyo empírico que garanticen la validez de sus efectos, destacando la necesidad de formación continua del psicólogo.

El psicólogo clínico tiene la responsabilidad de decidir las intervenciones psicológicas más adecuadas para el paciente, para ello debe tener innumerables consideraciones, entre otras su juicio clínico basado en la experticia personal, la relación terapéutica, la evidencia que aportan los datos, las características del paciente, el contexto del mismo, etc. En este sentido, se puede afirmar que la ciencia y la práctica profesional tienen el mismo deseo de comprender la conducta y aliviar el sufrimiento humano (Llobell et al, 2004).

En América Latina comienzan a incluirse, instancias de formación en las metodologías de soporte y también en lo que refiere al enfoque de la PBE, donde aún hay escasas publicaciones sobre las intervenciones, con poca rigurosidad en el tema de la eficacia y la eficiencia, ausencia de organismos que revisen la evidencia, entre otras falencias; no obstante, se percibe un movimiento incipiente hacia la inclusión de investigaciones empíricas en los ámbitos de aplicación de la Psicología (Daset y Cracco, 2013).

Al respecto el modelo constructivista cognitivo, ha mostrado su interés en sustentar su que hacer en la evidencia, mediante la investigación y la revisión de la actividad del terapeuta, además de la necesidad de poder transmitir el conocimiento de esta línea de trabajo en las generaciones venideras en el ámbito académico.

Enfoque Constructivista Cognitivo

Este enfoque es parte del llamado constructivismo que se expresa en una variedad de perspectivas sobre la experiencia humana, así lo señala Mahoney (2005), quien agrega que es muy amplio el conjunto de estas perspectivas y el legado tan profundo que son imposibles de abordar en su totalidad.

El modelo constructivista Cognitivo, pertenece a la metateoría constructivista, este ha incluido toda la tradición cognitiva desde donde surge y los planteamientos de la mirada constructivista, respecto a la visión de mundo, realidad e individuo. La mirada constructivista presenta coincidencias en sus planteamientos con filosofías diversas, como la filosofía oriental, entre ellos Lao Tzé, Buda, donde se expresa la idea de fluir, de que las cosas son cambiantes y temporales, y destaca la importancia de la construcción de nuestro mundo, a través de los pensamientos, fantasías, imaginación y también de las experiencias. En la cultura occidental destaca el filósofo Heráclito (540-475 AC), quién aludiendo al cambio afirma: “No podemos bañarnos dos veces en el mismo río”. No es solo el agua la que se mueve, o el río el que cambia. Las personas también cambian con su experiencia. Otras corrientes filosóficas que han sido influyentes las representan: Giambattista Vico, Immanuel Kant, Hans Vaihinger, Schopenhauer, todos ellos enfatizaron el carácter proactivo, creador de cambio, la forma como se percibe y cómo se configura la propia realidad (Mahoney, 2005)

Otras fuentes incluyen la confluencia del pensamiento constructivista en la psicología en la primera mitad del siglo XX con figuras como Frederick Bartlett (1932), Alfred Korzybski (1933) y Jean Piaget (1971/1937) que atrajeron la atención sobre los procesos constructivos y semánticos de la memoria humana, el lenguaje y la cognición, rompiendo con las tendencias más asociacionistas, objetivistas y deterministas y sus respectivos campos (Neimeyer, 1998). Entre autores más recientes que han aportado al constructivismo es relevante mencionar a Adler, Kelly, Bandura, Batenson, y por supuesto a Guidano, Mahoney, entre otros. Según Mahoney, existen principios interrelacionados de la experiencia humana que impregnan la diversidad de teorías constructivistas actuales, como

la idea de que los seres humanos son participantes proactivos de su historia, donde la experiencia es una actividad continua; la mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan la vida operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente), relacionados con la emocionalidad, así el individuo crea significados. La experiencia humana y el desarrollo psicológico, reflejan la operación continua de autoorganización recursiva, que tiende a favorecer el mantenimiento (por encima de la modificación) de los patrones experienciales, donde el cuerpo es el representante del sí mismo y la identidad; la persona existe y crece en una red de relaciones interpersonales, por lo tanto no puede ser comprendida fuera de los sistemas sociales y simbólicos, donde el lenguaje es el vehículo interrelacional; cada vida humana, presenta principios de dialéctica dinámica del desarrollo, donde se está auto-organizando activa y significativamente, en un medio social, en donde se advierte un flujo de interacciones humanas, en permanente intento por lograr el equilibrio, el cual es dinámico, nunca alcanzado completamente y en constante búsqueda de significado en relación con uno mismo y los demás (Mahoney, 2005).

Teoría clínica del Modelo Constructivista Cognitivo

La Metateoría Constructivista Cognitiva postula que la realidad es una creación o mejor dicho co-creación dentro de fenómenos interaccionales a través del lenguaje. De esta manera, la realidad sería particular para cada sujeto, autorreferencial, circular y en constante flujo, lo cual implica que el sujeto es constructivista, en el sentido de que es único y, al mismo tiempo, es activo en su propia construcción de mundo. Parafraseando a Maturana no existiría un universo, sino un Multiverso (Yáñez et al 2001).

Para Maturana (1988), la realidad es construida en la interacción entre el medio que rodea al sujeto (incluyendo el medio intraorganísmico) y la discriminación de su organismo entre sus operaciones (clausura operacional del sistema nervioso). El entorno actúa como un agente gatillador que perturba el dominio de acción del sistema nervioso, el cual responde según sus características organizacionales y estructurales. Agrega además que las conductas de los seres vivos se encuentran condicionadas por sus emociones; el modo de vida de los

seres humanos se distingue por el lenguaje y prácticas basadas en el lenguaje sólo son posibles en relaciones sociales caracterizadas por el amor (Becerra, 2016).

Adscribirse a una Metateoría Constructivista Cognitiva significa asumir que el ser humano vive en una pluralidad de mundos y múltiples realidades personales posibles, que se construyen según las distinciones percibidas por cada sujeto (Guidano, 1994). Esto da cuenta del acto autorreferencial de observar un fenómeno, que evidencia más bien los procesos perceptivos del observador, que las propiedades y características de la entidad. De este modo, el hombre encarna su realidad a través de la experiencia (Yáñez, 2005).

La noción de conocimiento desde la Epistemología Constructivista supone, necesariamente, un observador participante. El conocimiento se logra a partir de los fenómenos que se observan, y se concibe como correlaciones entre varios procesos de observación y medición, en los cuales siempre se halla un observador humano. Se considera que la experiencia humana está siendo vivenciada constantemente a través de dos niveles distintos, simultáneos e interactuantes del procesamiento de información: un nivel emocional inmediato y principalmente inconsciente y otro semántico analítico, principalmente consciente, que se refiere a la experiencia inmediata donde la reordena para mantener la coherencia del sí mismo (Yáñez et al 2001).

Para Yáñez, las funciones de la metateoría en psicología clínica, son la comprensión del paciente desde su paradigma personal, en un conocimiento empático que surge de la pretensión de vivenciarlo desde su marco referencial, donde se debe considerar la psicoterapia como encuentro entre ontologías que interactúan, teniendo presente las tonalidades emotivas de sorpresa y curiosidad frente al acontecer del otro, lo que permite el genuino actuar del terapeuta, realizando los ajustes necesarios de la teoría clínica aplicados a las demandas y condiciones particulares del paciente.

En síntesis, permite que el psicólogo clínico tenga una visión desde una perspectiva evolutiva filogenética, ontogenética desde un conocimiento empático. Este modelo nos revela su carácter de provisorio en tanto permite la constante reformulación, revisión lo que redundará en un desarrollo permanente.

La evaluación en Psicoterapia desde el Modelo Constructivista Cognitivo

Tradicionalmente la evaluación correspondía a algo que se realizaba antes de la iniciación del tratamiento; era habitual que la evaluación y el diagnóstico fuesen realizados por profesionales desligados del proceso de tratamiento o psicoterapia propiamente tal. Para los constructivistas en cambio, la evaluación y las intervenciones están entrelazadas dentro del tejido de la relación que se está desarrollando, es decir forma parte del proceso (Guidano, 2001, Mahoney, 2005, Yáñez 20014).

Mahoney (2005), refuerza esta idea, agregando que cada encuentro es una oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de examinar y de experimentar creativamente con la experiencia que tiene el uno del otro y cómo su interacción se refleja en sus propias experiencias, en donde la creación y la experiencia del significado son centrales en la vida. A esto el profesor Zagsmutt agrega que el terapeuta accede al paciente a “manos desnudas”, no a una intervención pautada reificadora del ser, sino de la persona que se tiene en frente, en un momento de búsqueda de claridad conjunta (A. Zagsmutt, comunicación personal agosto 2016).

No obstante lo anterior, la línea constructivista cognitiva, considera la libertad de recurrir a otros profesionales para realizar un psicodiagnóstico al paciente, de considerarlo necesario para un mejor abordaje terapéutico, sin embargo no es prioritario ni corresponde al objetivo de la evaluación; muy por el contrario, el terapeuta intenta entrar en el marco referencial del paciente, para ver cómo éste experimenta y ve su mundo; desde esta perspectiva, frente al emerger de estados vivenciales del paciente, responde en formas que pretende facilitar el acceso del paciente a los esquemas emocionales relevantes y la generación de nueva experiencia que produzca la reorganización de los mismos, participando en el marco fenomenológico del paciente (Greenberg et al, 1996).

El terapeuta constructivo, evita las clasificaciones y categorizaciones diagnósticas como parte de lo que se le informa al paciente y lo que guía su desempeño, prefiere optar por la descripción de la persona intentando comprender el problema hipotetizando posibles causas

y soluciones, por tanto, levanta un juicio clínico susceptible a ser modificado y revisado.

Concepción del paciente

Es aquel que se padece a sí mismo, producto de la dificultad para reconciliar su orden interno o responder a las demandas ambientales. Esto se expresa en dos niveles; uno de funcionamiento superficial, donde se altera su operatividad, funcionalidad en la cotidianidad. El segundo nivel, es el estructural o profundo que corresponde al núcleo del sí mismo, donde existe un mayor predominio de los procesos de mantenimiento de los esquemas cognitivos subyacentes o esquemas cognitivos interpersonales, dado que estos tienen una raigambre histórica remota en el sujeto y cuyos cambios, para efectuarse, requieren de perturbaciones intensas (Yáñez, 2005).

Para Zagmutt (2006), el paciente es alguien cuya manera flexible de vivir y mantener su sentido de coherencia personal se ha transformado en una modalidad rígida de organizar la experiencia en curso, ha perdido la regulación emocional y se ha sintomatizado. Advierte que el paciente no ha podido apropiarse de su propia historia, ha quedado atrapado en un círculo vicioso, donde no logra hacerse dueño de sí, porque hay una manera de estar vivo, que queda afuera del relato y la idea es que la persona pueda “enfrentar la muerte del personaje que es, habiéndose otro personaje” y así hacerse cargo de lo que le acontece (Zagmutt, 2016).

El síntoma clínico es entendido como la activación emocional, que queda fuera de la trama narrativa del sujeto, lo que le impide comprender lo que acontece (Guidano 1994; Arciero 2005). El que ocurre como resultado de la experiencia discrepante con la forma tradicional que tiene el sí mismo de significarla, frente a cuyo contenido, se siente incapaz para organizarlo o más propiamente de simbolizarlo. (Yáñez, 2004). Bajo esta perspectiva, el paciente es alguien cuya manera flexible de vivir y mantener su sentido de coherencia personal se ha transformado en una modalidad rígida de organizar la experiencia en curso, ha perdido la regulación emocional y se ha sintomatizado.

Para este enfoque, el paciente es un actor de su propio proceso, es activo y proactivo, además es el verdadero experto en sí mismo (Yáñez, 2015).

Concepción del terapeuta

El terapeuta Constructivista Cognitivo es experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean condiciones para el cambio psicológico (Yáñez, 2000). Por lo tanto, es en sí mismo un agente de cambio, para ello ha de ser un perturbador estratégicamente orientado (Chacón, 2010). Esto quiere decir que ha de generar en el paciente aquellas condiciones consistentes básicamente en la producción de acontecimientos cargados de afecto, capaces de modificar la experiencia inmediata, de modo que el cliente no puede evitar reconocerlos y auto-referírseles, dándole así la opción de activar una auto-reorganización de su historia, logrando la coherencia de esta y el fluir de su experiencia, manteniendo su sentido de continuidad personal (Guidano, 1994; Yáñez, 2005, 2015). El crear las condiciones de cambio, no determinaría ni controlaría el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso (Guidano, 1994)

Puesto que frente a una experiencia que perturba el estar en el mundo, la persona va a responder de modo de mantener su sentido de continuidad personal mediante la elaboración de una explicación de aquello que le acontece. En este proceso, el individuo no intenta encontrar la “verdad” sino recuperar y mantener la coherencia interna, para ello, tiende a utilizar estrategias de “autoengaño” o de “desatención selectiva”, como una manera de protegerse y evitar la desintegración, así lo plantea Guidano (1995) y posteriormente Zagnutt en el 2005. El terapeuta debe indagar y facilitar la aparición de las emociones negativas en el paciente, en ningún caso intentar que el paciente las aleje o niegue como en otros enfoques. Tendrá absoluto respeto por la experiencia emocional del paciente, soslayando cualquier tipo de juicio crítico o de preocupación sobre las emociones que éste experimenta, de modo de evitar inducirlo a confirmar la sensación de extrañeza que experimenta (Zagnutt, 2004; citado en Chacón 2010).

El terapeuta constructivista, ha de promover la atención selectiva hacia aquellos aspectos de la experiencia que éste no está en condiciones de advertir. Se trata de una intervención

planificada mediante un enfoque teórico en tercera persona y estratégicamente orientada a perturbar al paciente en primera persona (Op cit pp. 76-77).

Dentro de las labores que le corresponde está el preguntarse cómo el síntoma expresa el modo particular del paciente de mantener el sentido de continuidad experiencial; además intenta elaborar una hipótesis tentativa de lo que al paciente le ocurre, basándose para ello en las categorías de significado personal, para generar las mejores condiciones posibles para que logre una reorganización, donde pueda reconstruir y a reorganizar el dominio experiencial desequilibrado. El actuar como facilitador que ayuda al paciente no sólo a conectarse emocionalmente con la experiencia que lo perturba, sino que contribuye a que éste vea aspectos o dimensiones de dicha experiencia que hasta ahora no ha logrado reconocer, ampliando su repertorio de posibles explicaciones y permitiendo que pueda apropiarse de aquella experiencia que le acontece, ya no como algo ajeno a su coherencia interna, sino integrándola como parte de su identidad. (Guidano, 1994; Yáñez, 2015).

En palabras de Arciero correspondería a contribuir al paciente a conectar ese particular momento de “crisis” con su historia personal; pues, la descripción de la molestia devela que se ha producido un quiebre en la continuidad narrativa de su historia personal, provocando que el protagonista y los hechos se confundan (Arciero, 2009). Conectar al paciente con distintos episodios significativos de su vida, invita a reconocer una constante en su modo de significar su experiencia. Se pretende que el terapeuta actúe junto al paciente, actuando como un colaborador y co investigador en la vida de este, en un intercambio de significados interpersonales, que lleve al paciente a articular, elaborar, revisar y reconstruir su experiencia; en sus intervenciones el terapeuta ayuda a explorar posibles caminos, siendo respetuoso de sus principios con los que su paciente construye su visión de mundo (Neimeyer, 2011).

Concepción de la relación terapéutica

La relación terapéutica desde la óptica constructivista es considerada una relación entre un experto en mentes (terapeuta) y un experto en su propia vida (usuario) (Rodríguez, 2003; Yáñez, 2005).

Las características de esta relación se definen como técnica, profesional, de servicio y ayuda, intencionada, metódica, acordada, intersubjetiva, sin proyección futura, formal, no histórica, aguda y de emergencia, de “intimidad unilateral” donde el terapeuta conoce de la vida de su paciente, pero no viceversa. Reside en un acuerdo de encuentro de interacción, para producir un cambio de significados, de reordenamientos y organizaciones diferentes que amplían el campo experiencial. Es una metáfora de una relación de apego significativa y segura, donde el paciente se permite explorar su historia (Yáñez,1999; 2015). Para los constructivistas la relación paciente – terapeuta es esencial para crear el contexto interpersonal necesario para generar las condiciones de cambio (Yáñez, 2005).

Esto se expresa en la alianza terapéutica, que para él es el resultado del proceso de relación interpersonal entre paciente y terapeuta, que se constituye como una base de apego segura y que está formada por características técnicas y personales de los participantes en ella. La alianza posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así como la explicación de éste dentro de un contexto técnico profesional protegido, que se orienta al desarrollo y mejoría del sujeto.

Concepción de la alianza terapéutica

Se considera que la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito de la psicoterapia, así también se considera que en resultados psicoterapéuticos pobres aparece evidencia clara de procesos interpersonales negativos, es decir hostiles y complejas interacciones entre paciente y terapeuta (Safran y Muran, 2005).

En términos generales, se considera a la alianza terapéutica una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, respecto de las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando y el trabajo que están realizando. Este planteamiento realizado por Corbella y Botella (2003) viene a sumar a los planteamientos de Bordin (1979, 1994), quien caracteriza a la alianza terapéutica como a una función en la cual terapeuta y paciente colaboran mutuamente, tanto en tareas, como en las metas y el vínculo. Se señala que la alianza está formada por dos dimensiones: una relacional o general, caracterizada por el

vínculo entre ambos actores; y otra técnica y específica, formada por las tareas y las metas de la terapia; ambas dimensiones resultan complementarias entre sí, de modo que la correcta combinación de ellas es lo que produce una buena alianza terapéutica (Feixas y Miró, 1993 en Waizmann y Roussos, 2009).

La alianza, dentro de las variables inespecíficas consideradas en todas las líneas psicoterapéuticas, es vista como fluctuante y dinámica dentro de la relación terapéutica, en ella incide continuamente la percepción del paciente, del significado de los actos del terapeuta, de tal modo que toda intervención técnica que realice el terapeuta repercutirá en la alianza (Safran y Segal, 1994).

Yáñez, hace hincapié en el rol del paciente dentro de la relación terapéutica, al señalar que para que un paciente se constituya en paciente, él mismo debe convencerse, no el terapeuta quién debe convencerlo, para ello hay que acogerlo, no insegurizarlo al punto de invalidarlo. Así mismo destaca elementos cruciales en ésta como son la interacción en el contexto intersubjetivo de aceptación y entendimiento, donde prima la espontaneidad, la reciprocidad y la autenticidad de sus participantes (Yáñez, 2015).

Se trata de una relación técnica regulada por el encuadre que permite al paciente explorar y reordenar sus experiencias, en el espacio terapéutico intersubjetivo, donde el paciente se siente protegido y regulado por las reglas del encuadre, mediado por el deseo de cambio del paciente y por la disposición de ayuda del terapeuta. Es ahí donde se realiza el intercambio de contenidos vertidos por el paciente y elaborados en conjunto, para lograr que este reorganice su experiencia. (Yáñez, 2005; Yáñez, 2015). Se desprende de lo anterior, que se trata de una especie de punto inicial de trabajo y también un estado cambiante que medie el proceso psicoterapéutico, dentro de la cual ambos co-construyen realidades (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008) por lo que diversos autores afirman que no puede ser un factor medido en una sola ocasión en el curso de la relación terapéutica, y proponen estudiarlo como “evolución de la alianza terapéutica” (Safran y Muran, 2005).

Concepción del cambio y cambio en psicoterapia

La noción constructivista, plantea que el individuo está permanentemente en un equilibrio inestable, donde la experiencia en curso implica que se está en una fluctuación entre los procesos de mantenimiento (mismidad) y los procesos de cambio (ipseidad), gracias a esta dinámica, se produce la reorganización y se complejiza el sistema de conocimiento (Yáñez, 2005).

En la experiencia humana reside la búsqueda, construcción y alteración del significado, el cual se describe como un fenómeno personal e idiosincrático, en nuestros intercambios sociales aparecen discrepancias respecto de distintos puntos de vista sobre la realidad (Mahoney; 1988). Al respecto se puede argumentar que cualquier cambio lleva implícito o es en sí, un cambio de significado. Siguiendo esta idea es menester plantear que la “resistencia” al cambio, puede ser entendida como una forma más de mantener la coherencia narrativa o de significado (Rodríguez, 2003).

El cambio, tiene que ver con la autoorganización, en términos de coherencia interna del sí-mismo, es decir, la posibilidad de asimilación de perturbaciones que surgen como consecuencia de la exposición continua a nueva experiencia está subordinada a que ésta pueda ser integrada al orden experiencial preexistente con que se mantiene el sentido de unidad del propio significado personal (Balbi, 2004; Yáñez, 2005).

Para este modelo, el objetivo del cambio no es un volver a un nivel ni inicial, ni ideal, o normal y correcto de comportarse, sino que el paciente use sus capacidades auto-organizativas para asimilar la experiencia en curso. Se reconocen dos tipos de cambio, el superficial y el profundo, donde el primero está destinado al alivio sintomático y volver al paciente a un nivel de funcionamiento más adecuado, el cambio profundo, se produce a nivel estructural y se asocia al origen de los desórdenes psicológicos (Yáñez, 2005; Yáñez, 2014).

Por lo tanto, cualquier cambio que ocurra en el proceso psicoterapéutico constituye una reorganización de la experiencia del paciente, determinado por la organización emocional-cognitiva del mismo, donde el rol del terapeuta no es el del observador que posee la verdad

de lo que efectivamente le ocurre a este, sino el de un perturbador emocional estratégicamente orientado (Guidano, 1994).

Para lograr el cambio es preciso facilitar que el paciente sepa lo que le ocurre con su propia modalidad de organizar la experiencia, logrando comprender como está dejando fuera de su historia personal aspectos emotivos centrales, para comprender las reglas internas de funcionamiento por las que esto le ocurre, logrando una articulación y control del desbalance (Guidano, 1994; Arciero, 2005).

Se desprende de lo anterior, que la matriz de los significados que procesa el pensamiento es siempre afectiva-emocional, es decir, las emociones otorgan un sentido inmediato y global del mundo y de nuestra situación en él, esto tiene un asidero en la supervivencia, puesto que las emociones contribuyen a la adaptación, constituyen un aspecto esencial del sistema de conocimiento, el individuo debe analizarlas, organizarlas, comprenderlas y así reorganizar su funcionamiento (Zagmutt, 2010).

Esta nueva mirada tiene implicaciones sustanciales respecto de la práctica clínica, ya no se trata de modificar conductas desadaptadas ni de cambiar creencias erróneas, se trata de comprender cuáles son los procesos subyacentes a las manifestaciones explícitas del trastorno emocional, y de considerar la primacía de las emociones en la construcción de significados personales.

Safran (1994) concluyó que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica, donde la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Santibáñez et al, 2008).

Las variables inespecíficas en psicoterapia

Las investigaciones destinadas al éxito de la terapia y al cambio, mencionan factores específicos donde se encuentran aquellos asociados a los aspectos técnicos del enfoque

terapéutico que se trate; e inespecíficos relacionados con aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos (Opazo, 2001 citado en Santibáñez et al, 2008).

Variables del consultante.

En términos generales, numerosos autores plantean que las aptitudes y las condiciones generales del paciente son sus recursos personales que influirán en el curso y éxito de la terapia. Los recursos intelectuales, psicológicos, físicos, la red social, los recursos económicos y materiales son el acervo que trae el paciente, a esto se le agrega la capacidad y la disposición al desarrollo de habilidades y la flexibilidad para utilizar su potencial (Bulacio, 2006).

En cuanto a las características psicológicas, los estudios destacan el autoconocimiento, donde influye la experiencia de los propios límites; aceptación de la necesidad de ayuda; cuestionamiento de los modelos explicativos personales; transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas; el desarrollo de metas para la terapia y expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (y del setting) de la relación de ayuda. También los autores señalan la variable demográfica, correspondientes al género, edad y nivel socioeconómico (Santibáñez et al, 2008).

En relación a la edad, se plantea que en igualdad de circunstancias los consultantes más jóvenes han sido considerados como mejores candidatos para la terapia, ya que se supone que son más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas. Con respecto a la educación y al nivel socioeconómico, se ha postulado que, a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del consultante, mayor será la permanencia en el tratamiento (Mac Nair y Corazzini, 1994). Por otra parte, Fisher y Cohen (1972) señalan que las actitudes hacia la ayuda profesional tienden a ser más positivas en la medida que el consultante tiene un nivel educacional superior; aunque estos resultados han sido controvertidos. El diagnóstico clínico, como variable inespecífica del consultante, incluye las características de personalidad y estilo de funcionamiento; tipo de perturbación; y complejidad de los síntomas. En términos diagnósticos, los consultantes con perturbaciones afectivas y

conductuales leves muestran mayor mejoría que consultantes con otro tipo de patología (Trull y Jerry 2003, citado en Santibáñez et al 2008).

La creencia y expectativa acerca de la terapia con las que el consultante llega a la terapia, pueden influir en los resultados y en la mejoría percibida por los consultantes (Auld y Murray, 1955; Frank, 1959). Las expectativas de los consultantes, sin importar su clase social (Lorion, 1974) además afecta a una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre los cuales se incluyen duración del tratamiento, deserción del consultante y resultados del tratamiento. La mayor cantidad de deserciones se da entre la primera y quinta sesión, lo que ha permitido hipotetizar que cuando los consultantes prevén que el tratamiento excederá sus expectativas de duración, desertan. Es probable que si los terapeutas conocen las expectativas con que llegan sus consultantes puedan plantearse objetivos acordes a este tiempo, con lo que también se vea disminuido el porcentaje de deserciones (Cáceres, Barraza, Giavio, Troncoso y Toledo, 1998; Parloff, Washow y Wolfe, 1978 citados en Santibáñez, 2008), se aclaren y corrijan dudas y creencias del consultante y se incorporen dentro de la planificación de la psicoterapia las expectativas del consultante.

Si se considera la devolución una instancia donde se le aclara al paciente a través del juicio clínico de lo que le aqueja, se le ofrece un modo de trabajar con focos definidos y metas, es aquí donde el paciente puede decidir si permanecer en terapia o no. Respecto a la disposición personal, Frances et al (1985) han observado que los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se encuentran relativamente intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtienen resultados pobres. La motivación, las expectativas y las necesidades del consultante, son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los involucrados en el proceso terapéutico (Santibáñez, et al 2008).

Variables del terapeuta.

Roussos (2001) advierte que las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del consultante, haciendo imposible determinar lo que aporta cada uno en la relación. La clasificación de las variables del terapeuta elaborado por Winkler et

al (1989), considera como aspectos relevantes la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia, y el bienestar emocional que posea el terapeuta. Actitud relacionada con un clima emocional que facilite el cambio y la autoexploración del paciente, mediante el respeto, aceptación, comprensión, calidez; evitando criticar, juzgar y reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones. Autores como (Rogers, 1957), agregan aceptación incondicional, autenticidad y congruencia, y de forma principal, empatía. Sin embargo Boetsch, (1987) asegura que el éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta real del terapeuta frente a su paciente (Santibáñez et al 2008).

La capacidad de flexibilidad para la aplicación de los distintos recursos disponibles permite adaptar la teoría y los conocimientos generales al paciente real y sus necesidades y posibilidades concretas. Ligado a esta flexibilidad, aparece la creatividad como condición del pensamiento del terapeuta lo que le es útil para sortear situaciones imprevistas o dificultades y bloqueos que ocurran durante el proceso (Bulacio, 2006).

Otros obstaculizadores del proceso psicoterapéutico la falta de contacto visual, poca capacidad de escucha, la falta de comprensión y la relación fría y distante, y la relación asimétrica. Respecto de esto último Safran y Muran (2000, citado en Santibáñez et al 2008) sugieren que la interacción mutua no implica necesariamente simetría, y que hay una asimetría en los roles del paciente y el terapeuta que se debe mantener.

En estudios orientados a conocer las variables que se asocian a la deserción de los consultantes, se ha señalado que las razones más comunes se refieren a la percepción de actitudes negativas del terapeuta y de la terapia como no beneficiosa. Por esta razón se presume que la mayor responsabilidad del proceso terapéutico recae sobre el terapeuta.

Las habilidades terapéuticas según Ruiz (1998), entendidas como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica; que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica. Según Brammer (1979), algunas de estas corresponden a la capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

La personalidad se considera otro factor a considerar, donde aquellos terapeutas que poseen una personalidad sana, madura, con altos niveles de autoconocimiento, además de tener sus necesidades básicas satisfechas, obtienen mejores resultados terapéuticos (Strupp, 1978). Howard, Orlinsky y Trattner (1970) plantean que los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente, por lo que el bienestar emocional del terapeuta influye en su gestión (Santibáñez et al 2008).

La experiencia del terapeuta ha sido una de las variables más estudiadas dentro del ámbito de investigación de las variables del terapeuta. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes. Los terapeutas expertos son más confrontacionales e interpretativos, además presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes (Feixas y Miró, 1993, citado en Santibáñez et al, 2008; Yáñez 2014).

Variable de la alianza y relación terapéutica.

Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo para evaluar la relación terapéutica demuestran que es el consultante en definitiva quien resalta las cualidades importantes del terapeuta, y, por lo tanto, la percepción que tiene éste del significado de la conducta del terapeuta. Esta relación, de cierta manera, determinaría la eficacia de la terapia (Bejarano, 1999, citado en Santibáñez et al 2008).

Talley, Strupp (1990) señalan que una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso, tanto del consultante como del terapeuta; un terapeuta percibido como creíble y seguro; un consultante que percibe a su terapeuta comprometido en el proceso; una relación que se plantea como una colaboración entre iguales, un terapeuta empático y percibido como tal por el consultante; y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre consultante y terapeuta, siendo los sentimientos del consultante más discriminativos en relación al resultado (Krause et al, 2006).

A pesar de que aún no existe consenso en los diferentes enfoques psicoterapéuticos sobre la definición de la relación terapéutica, ni sobre sus componentes fundamentales, los planteamientos anteriores permiten vislumbrar que, en el marco de una buena relación, las potencialidades del consultante pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido (Opazo, 2001).

Según Opazo, es posible sostener que la buena relación consultante - terapeuta mejora la eficiencia terapéutica, y a su vez, la mayor eficiencia (percibida por el consultante) mejora la relación terapéutica. Esta causalidad circular, en la línea de un círculo virtuoso, es uno de los pilares centrales del proceso terapéutico. Es así como Romero y cols. (2000) han concluido que la variable más significativa que distingue a los terapeutas que obtienen buenos resultados de los que no, es la capacidad de formar una buena alianza terapéutica con los consultantes. Considerando la perspectiva de estos, investigaciones de Krause (2001) han llevado a plantear que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda (Santibáñez et al, 2008).

Metodología del Enfoque Constructivista Cognitivo

La propuesta de psicoterapia breve basada en la evidencia propone una duración limitada entre 16 y 20 sesiones, sin embargo, esto es un factor relativo, tentativo y estimativo, puesto depende del paciente y de los problemas que necesite enfrentar. Se establece una frecuencia de dos veces a la semana como ideal, dependiendo del problema, disponibilidad del paciente y sus condiciones económicas (Yáñez, 2005, p.206).

No obstante lo anterior, el modelo permite la frecuencia de una vez por semana, esta frecuencia es la que más se presenta en el medio universitario (Caps U. Chile) como fuera de él, según relato de los colegas de este enfoque.

La mirada constructivista cognitiva propone una estructura metodológica bien definida, debe considerar metas y objetivos terapéuticos, plan general y plan de las sesiones considerando las variables específicas e inespecíficas para el cambio terapéutico. Las fases del proceso se detallan a continuación.

Fase de evaluación.

Esta se realiza desde la primera a la tercera o cuarta sesión. Para Yáñez esta es una fase esforzada tanto para el paciente como para el terapeuta, debido a las actividades que deben desplegarse y al inherente acople que debe producirse (Yáñez, 2005).

Los objetivos de esta fase son, el evaluar la pertinencia de la psicoterapia, el problema, la demanda y sus expectativas, considerar las posibilidades de la alianza, mmotivación por la psicoterapia, apreciación preliminar del estilo personal del paciente, evaluar la historia de vida (áreas vitales), los recursos para el cambio, las dderivaciones a otras especialidades de salud mental, médica o psicodiagnóstico, realizar la devolución. Dentro de las actividades que se han de realizar se considera el despliegue del encuadre de evaluación y en general, recepcionar el motivo de consulta, recabar información de áreas vitales, organizar un genograma y una línea de vida, operar con intervenciones del nivel de escucha, exploración, aclaración, paráfrasis y reflejo; construir e informar una devolución clínica para el paciente.

En la primera sesión, el terapeuta debe abordar el *motivo de consulta*, esta será construida en torno a la queja, la que aparecerá con la *indagación* clínica, donde pesquisará los focos temáticos a tratar, mientras se recorren las distintas áreas vitales del paciente, así se detectarán focos o ejes temáticos relevantes que serán abordadas durante sesiones posteriores.

La pretensión del terapeuta es formarse una hipótesis acerca de ¿Quién es aquel que se tiene en frente? Y ¿Cuál es su pedido de ayuda? Debe además la pertinencia de la terapia y la necesidad de *derivación* del paciente. Al respecto Zagmutt nos previene: “*Hay que priorizar al Quién, por sobre el Qué, la visión del ser humano como ser, no como una cosa*”(A. Zagmutt, comunicación personal, 2016).

En esta sesión, ha de realizar el encuadre implícito desde el minuto en que se encuentra con el paciente y el explícito, los últimos minutos al final de la sesión, aquí también se le debe informar al paciente que se le hará una devolución en la 3ra o 4ta sesión.

No debemos olvidar que en este modelo la indagación clínica es una forma de intervención, más allá que una recolección de información. En esta sesión tanto paciente como terapeuta se perciben, se “calibran”, sus particulares formas de ser, sus estilos de estar en el mundo. Desde esta primera sesión también se percibe aquella gestión de indagación que dice relación con el “tempo” o el ritmo que tendrá el diálogo y cómo será el manejo adecuado de él, se ponen a prueba los aspectos locutivos e ilocutivos que estarán presentes durante todo el proceso (J. Yáñez, comunicación personal, 2016).

Encuadre

La forma de tratar al paciente debe ser formal, es recomendable no tutear al paciente a menos que el terapeuta lo considere prudente y necesario, esta decisión será tomada por el terapeuta según el paciente que se trate. Yáñez propone que el saludo debe ser de mano solamente, al menos mientras se conoce al paciente y se reconoce la instancia social que le acomoda, de acuerdo a esto podrá luego variar a un beso en la mejilla si considera su pertinencia (Yáñez, 2014).

Desde que se toma contacto con el paciente, el terapeuta constructivista cognitivo se centra en su paciente, esto se evidencia en que durante la sesión el terapeuta no toma nota de su paciente, priorizando la escucha activa y la observación permanente, manteniendo el contacto visual.

En la segunda sesión continua la indagación que se inició desde la primera y que continuará durante todo el proceso.

En la tercera (a veces la cuarta) sesión se realiza la devolución clínica, éste es un juicio clínico que se le ofrece al paciente con el objetivo de ratificar el deseo y la necesidad del paciente de hacer terapia y afianzar la alianza terapéutica, se describe como un acto clínico

que se ha de desplegar en los últimos 15 minutos de la sesión por razones expuestas más adelante.

Cabe señalar que esta taxonomía es más bien de carácter didáctico, explicativo, puesto que desde que el paciente entra en el box, se despliega todo el qué hacer del terapeuta estratégicamente orientado, por lo que está en interrelación e intervención permanente al ofrecerse como un alter polisémico en la intersubjetividad, en función de la psicoterapia y el cambio (Yáñez, 2015).

Fase de Operación de la Psicoterapia.

Comprende desde la 4ª sesión hasta la décimo tercera, aproximadamente. En el procedimiento operan factores específicos (encuadre, técnicas, intervenciones) como factores inespecíficos, entre ellos, los asociados al tipo de relación, la alianza terapéutica, las características personales del terapeuta y las condiciones generales del paciente.

Los objetivos de esta fase son: establecer las metas conjuntas a alcanzar, aplicación de procedimientos, tareas terapéuticas, instalar la alianza terapéutica, crear condiciones interpersonales y técnicas para el cambio, abordar la sintomatología, conocer el sistema de funcionamiento del paciente, reorganizar o deconstruir los sistemas de significación y funcionamiento (Yáñez, 2005).

Fase de cierre.

Se usa como criterios de cierre, tanto el logro parcial o total de las metas terapéuticas, como la evaluación que el paciente hace de su experiencia. Frente al cierre que ha de ser acordado por el paciente y el terapeuta, este último debe dejar abierta la relación entre paciente y terapeuta de modo que se brinde la oportunidad de retomar otro proceso cuando sea pertinente. Para ello el terapeuta necesita permanecer emocionalmente accesible y legitimar desde la experiencia cualquier sensación de malestar que pueda ir acompañado al proceso de terminación. Dentro de los objetivos de esta fase está el revisar los logros de las metas terapéuticas, evaluando la participación y los beneficios de la psicoterapia, decidir con el paciente la disposición y pertinencia del cierre (Yáñez, Op cit Págs. 217, 218, 219).

La Devolución en Psicología

Históricamente, las primeras conceptualizaciones acerca de la devolución fueron desarrolladas en un contexto en que predominaban en el discurso psicoanalítico, con metáforas corporales (incorporativas, digestivas, excretorias, reproductivas). Se establece cierta noción de circulación de objetos; se trataría, en esta última o últimas entrevistas, de “entregarle de vuelta” sus contenidos al sujeto. (Siquer de Ocampo, 2011).

En Psicología se sostiene que “...si devolvemos información daremos al paciente una oportunidad de verse con más criterio de realidad, con menos distorsiones idealizadoras o peyorativizantes” (Siquer de Ocampo, María; García Arzeno, María, 1991). Al respecto las corrientes más psicoanalíticas realizan evaluaciones más apegados al CIE-10 y el DSM, intentando referir a las estructuras de personalidad del individuo, esta información se entrega a modo de diagnósticos de los cuales se abstrae la forma de abordar la terapia.

Como parte ineludible de la evaluación psicológica (de distintos modelos teóricos), psiquiátrica y psicométrica, está la devolución como acto clínico, donde su obligatoriedad viene señalada en los principios éticos de la APA (1992).

La devolución constituye una práctica frecuente en las terapias sistémicas, especialmente cuando se trabaja con un equipo que acompaña el proceso detrás de un espejo unidireccional. Estas devoluciones son en cada sesión, luego que el terapeuta ha sostenido una conversación con el equipo. Otras líneas, como la estratégica, han hecho modificaciones a esta forma y algunos realizan devoluciones cada tanto en medio del proceso en curso (Valdebenito, 2014).

Algunas orientaciones de tipo sistémica han utilizado la devolución de manera muy intensa, haciendo de ella la piedra angular del proceso terapéutico, como es el caso de la Escuela de Milán en su primera etapa. En terapia familiar, ésta posee características particulares, en donde se llama devolución, a la intervención de los terapeutas que se produce tras la pausa, y que generalmente concluye la sesión. Durante ésta, se trasmite una información respecto de algunos aspectos relevantes de la sesión, otorgándoles con ello una especial importancia,

se comunicará a la familia las ideas transmitidas por el equipo durante la pausa (equipo que ve la sesión tras el espejo), se remarcará la información que se pretende circule de manera más intensa durante el período entre sesiones, hará en ocasiones peticiones explícitas de actuación a los diferentes miembros de la familia. En general, la devolución comienza con una connotación positiva, que dará paso después a reflexiones o instrucciones diversas, y finaliza con la cita para la siguiente sesión. Si se trata de una sesión de cierre, la devolución incluirá la despedida de los terapeutas (Pereira, 2009).

En psicodiagnóstico, existe la llamada entrevista de devolución, Según Siquier de Ocampo y García (1991) esta se define como: "...la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres y al grupo familiar de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico". La transmisión de esta información es, pues, el objetivo básico de la misma, que se concentra en una entrevista fijada a posteriori de la administración del último test.". Esta se caracteriza por una duración equivalente al tiempo que dura la sesión, es de tipo cerrada, estructurada en la que las variables estarían definidas fundamentalmente por el entrevistador.

En líneas humanistas, la evaluación pretende ser comprensiva, basada en las propias interpretaciones del paciente. En ellas se evita todo diagnóstico, privilegiando el decir y sentir del paciente. Por tanto, al paciente se le devuelve su propio decir en otras palabras.

En los distintos modelos psicoanalíticos, la devolución se encuentra incorporada dentro de la evaluación clínica, donde se pretende formular los problemas del paciente, instalar una hipótesis y formular un diagnóstico descriptivo (basado en el DSM-IV) y a un diagnóstico psicodinámico, basado en la comprensión del paciente y su enfermedad. (Gabbard, 2009).

Por lo anteriormente expuesto, distintos modelos plantean algún tipo de retroalimentación del proceso de evaluación, independientemente del abordaje y los fines que haya tenido la aproximación del profesional de salud mental.

En síntesis, podemos abstraer que las distintas líneas de trabajo psicoterapéutico aplican algún tipo de devolución al paciente, durante el proceso psicoterapéutico, aunque sea la

retroalimentación inherente a una sesión bien lograda. Para los terapeutas constructivistas cognitivos este acto terapéutico reviste una importancia particular.

Devolución Clínica en el Enfoque Constructivista Cognitivo

La devolución corresponde al juicio clínico y personal que el terapeuta se ha formado acerca del paciente y sus síntomas. Implica la evaluación y el pronóstico de las dificultades que presenta el paciente, y las relaciones de dependencia entre la historia de vida del paciente, su significación y las características sintomáticas (Yáñez, 2005).

Respecto al juicio clínico, más que descriptivo o explicativo, la devolución debe ser comprensivo, es decir, que el paciente logre aclararse y comprenderse (Zagmutt, 2016).

Para Vergara (2016), se trata de un acto terapéutico que tiene como objetivo el poder definir las metas del proceso psicoterapéutico propiamente tal, en éste el terapeuta plantea su opinión sobre el motivo de consulta del paciente, se reconstituye este y se redefine entre ambos los principales objetivos y metas a lograr, se entrega una propuesta de trabajo, que se acuerda con el paciente. Se deben reducir los focos de trabajo, hacer mención explícita de la sintomatología, procurar asociar contenidos concretos de la historia de vida o del relato del paciente, utilizando citas o referencias de las sesiones de evaluación (Yáñez 2005, 2014).

Dentro de las funciones de la devolución se advierte que, en ella se le ha de informar al paciente la impresión clínica del terapeuta acerca del motivo de consulta y sus inquietudes psíquicas; se pretende que al paciente le haga sentido la relación dinámica entre los contenidos existenciales presentados y su configuración sintomática; lograr confirmar y validar la decisión del paciente para iniciar un proceso psicoterapéutico y/o evaluar alternativas distintas (derivación, apoyo, consejería, coaching u otros); hacer una propuesta definitiva de iniciar un proceso psicoterapéutico; confirmar la relación terapéutica (modeling), y preparar la alianza terapéutica. En ella, el terapeuta ha de constituirse como un alter habilitado, el cual, delimita los márgenes y alcances del proceso, personalizándolo al proponer un marco comprensivo inicial (Yáñez 2005, 2015).

Para Duarte (2012) la devolución es una declaración que permite la consolidación de la relación terapéutica y la constitución de un espacio intersubjetivo, en la medida que se produce un efecto de sentido entre paciente y terapeuta, de las problemáticas que le afectan, lo que será crucial para la reelaboración de la identidad narrativa y personal del paciente.

Para Vergara (2016), lo más potente de la devolución es que se trata de un acto que consolida la alianza terapéutica, donde se pasa desde una relación interpersonal en contexto terapéutico a una relación con una base de alianza, porque desde ese momento hay dos personas con un objetivo de trabajo y con una complicidad interpersonal que profundiza las bases del vínculo necesarias para el cambio, es mucho más que compromiso, más que un pacto, en términos más complejos es una confianza recíproca, donde ese acto vincular permite que el paciente crea en el proceso y se sientan las bases de las condiciones para el cambio.

En cuanto a las características operativas para realizar la devolución, están dadas por el momento en el que ha de hacerse, el que corresponde al último tercio de la tercera sesión, se sugieren no exceder los 15 minutos; ha de ser concisa y exhaustiva; el terapeuta es altamente demandado, ya que requiere la operación plena del acto de habla tres niveles (locutivo, ilocutivo y perlocutivo), con énfasis en la coordinación de dominios lingüísticos, evitando conceptos técnicos. Usa una cadencia comunicativa parsimoniosa, con especial atención de la dimensión hablante oyente simultáneo, usando lenguaje proposicional y preferentemente el lenguaje conceptual del paciente, secundariamente el lenguaje coloquial y en último término, el lenguaje clínico si fuera necesario (Yáñez, 2005, 2016).

Debe cerrar la sesión sin entrar en discusión acerca del contenido, salvo preguntas y respuesta puntuales, así, queda flotando para la siguiente sesión el contenido de ésta, ahí se abordará en detalle. Yáñez enfatiza que no está contraindicado que el paciente se vaya complicado o afectado emocionalmente con el contenido, sino más bien es recomendable (Yáñez, 2014). Apoyando esta idea, Vergara (2016) postula que debe ser como todo el proceso un espacio perturbador, que permita un movimiento en el si mismo que permita un cambio, pero no debe ser desbordante.

Aportando a esta idea Zagnutt (2016) enfatiza “*La palabra del terapeuta debe tocar la carne del paciente*”. Se espera que el impacto sea emotivo, de sentido y significado, el no producirse este efecto de sentido entre terapeuta y paciente generará inevitablemente la imposibilidad de la consolidación del contexto intersubjetivo y por ende, el fin de la psicoterapia (Duarte, 2012; Vergara 2016).

Para Duarte, la devolución constituye la primera muestra concreta de que se está en sintonía con el paciente y sus aflicciones, existiendo un compromiso real por parte del terapeuta y del paciente a trabajar en conjunto en beneficio de este último. Es así como la devolución se convierte en un factor clave para el desarrollo de la intersubjetividad psicoterapéutica que consolida el proceso psicoterapéutico (Duarte, 2012).

El terapeuta durante la devolución.

No solo durante la devolución, si no durante todo el proceso el pensamiento del terapeuta debe ser activo y permitir una elaboración coherente y consecuente con lo que surja en él, con el relato del paciente, debe tener cierta suspicacia, en el sentido de no quedarse con la experiencia-explicación que el paciente traiga. No se trata de devolver repitiendo una afirmación recibida por el paciente, aun cuando se haga una cita textual de lo dicho, ha de relacionar, dudar, plantear, “hacer interrogaciones al aire”, hacer hincapié en ciertos puntos, también guardarse información no apropiada o que no debe ser dicha de momento (Yáñez, 2015).

En todo el proceso psicoterapéutico se debe priorizar “El decir del paciente”, para ello se plantea la proporción 80-20% donde el 80% de la sesión debe componerse del decir del paciente y alrededor del 20% correspondería al habla del terapeuta. Sin embargo, durante la devolución estas cifras se invierten y es el terapeuta quién lleva el fuerte de la actividad comunicativa, se puede deducir entonces que es un acto de gran actividad y demanda para el terapeuta, en cuanto a gestión, contenidos y empatía para con su paciente (Yáñez 2015, 2016).

El paciente frente a la devolución.

Es importante recordar que el paciente ha esperado este momento, que equivaldría al: ¿Qué tengo? para el modelo médico. Se plantea que debe realizarse en la 3ra sesión, porque la espera de saber qué es lo que opina el terapeuta genera angustias y prolongarla es innecesario según Vergara (2016).

Es muy probable que en la fantasía del paciente esté el deseo de que su terapeuta le de un diagnóstico, donde pueda externalizar el problema y le prescriba el qué hacer para mejorarse, en este caso no esperará fármacos, pero sí quizás alguna técnica que funcione y lo libere de su padecer; respecto de ello, Guidano nos previene de dos cosas; la primera es no escondernos tras las técnicas como único instrumento válido para tratar a un paciente y por otra parte, el paciente debe apropiarse de su problema, solo así se podrá intervenir adecuadamente (Guidano, 2001).

Efecto de la devolución y la sesión post devolución.

La cuarta sesión, o la sesión post devolución es aquella donde se trata la devolución en detalle, es aquí donde verdaderamente se discute la devolución, esto porque durante la devolución misma el terapeuta estratégicamente orientado pretende dejarle la inquietud psíquica al paciente, de tal forma que el paciente durante la semana reflexione de lo dicho por el terapeuta (Yáñez, 2014).

Se espera que la devolución tenga un efecto en el paciente, el de la apropiación de la queja inicial y además que le haga sentido lo dicho, por lo tanto, en la post devolución se le debe abrir al paciente la comunicación acerca de lo que le significó ésta, de lo que está de acuerdo, lo no de acuerdo, lo poco claro y sobre qué le inquieta; es en este momento cuando el paciente comienza a narrar lo ocurrido con su devolución. El efecto de sentido es lo esencial para que sea una devolución bien lograda, si no se logra este, la devolución puede provocar quiebre de la relación, lo que impide que se constituya la alianza y probablemente las probabilidades de fracaso psicoterapéutico están dadas desde ahí (Yáñez 2015, Vergara 2016).

MÉTODO

Enfoque, diseño y alcance de la investigación

El presente estudio corresponde a un estudio mixto, ya que se utilizarán tanto estrategias cualitativas como cuantitativas para responder a las preguntas de investigación (Driessnack, Sousa y Costa, 2007; Hernández, Fernández y Baptista, 2010). De predominancia cualitativa, pues su orientación principal busca analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales (Flick, 2007) y por el tipo de conclusiones que se busca alcanzar, y de ejecución simultánea de las dos técnicas (Johnson y Onwueahbuzie, 2004; Onwuegbuzie y Leech, 2006). La predominancia cualitativa se justifica desde que lo que se estudia son conceptos, cuya esencia no solamente se captura a través de mediciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El diseño es fenomenológico, puesto que la pregunta típica de investigación de un estudio fenomenológico se resume en: ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno? (Patton, 2002, citado en Hernández, Fernández, y Baptista, 2010). Lo que distingue a este diseño de otros diseños cualitativos es la o las experiencias del participante o participantes como centro de indagación. La base de la fenomenología es que existen diversas formas de interpretar la misma experiencia, y que el significado de la experiencia para cada participante es lo que constituye la realidad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

A su vez, se corresponde a un método no experimental o selectivo, ya que se basó en el estudio de variables presentes en el contexto, sin la intervención directa del investigador. Además, corresponde particularmente a un diseño transversal, ya que todos los participantes fueron encuestados en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El alcance del estudio es descriptivo y relacional puesto que se busca describir las opiniones de pacientes, terapeutas y observador respecto al proceso de devolución y determinar cómo afectan los distintos aspectos en el proceso terapéutico, donde se caracteriza los hechos como son relatados, a partir de las experiencias personales de los participantes, quienes darán cuenta de su experiencia durante la devolución clínica recibida en el curso de la terapia.

Participantes: Población, muestra y diseño muestral

La población es definida como un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Para la presente investigación se consideró como población a todos los pacientes tratados durante el año 2016 y sus respectivos terapeutas, quienes realicen la Devolución Clínica, que ejercieran en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile, bajo el modelo teórico Constructivista Cognitivo y que contaran con experiencia en el modelo de más de 1 año de ejercicio profesional o que se encuentren atendiendo bajo el modelo con supervisión permanente de terapeutas con vasta experiencia en la línea en CAPs de la Universidad de Chile.

En cuanto al tamaño de la muestra, no existió previamente un tamaño definido, pero de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), según usos y costumbres, se consideró trabajar con un tamaño muestral tal que permitiera la saturación conceptual, lo que, de acuerdo con experiencia en otros trabajos de similares características, se podría alcanzar en torno a los 8 a 12 pacientes (E.Wenk, conversación personal 2016).

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), buscando representar a casos típicos de la población de interés y sin pretensión de que ésta sea estadísticamente representativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El tipo de muestra es no probabilística o finalista, ya que, en este tipo de muestreo, si se procede cuidadosamente y con una profunda inmersión inicial en el campo, logra obtener los casos que ofrezcan la mayor riqueza para la recolección y el análisis de

los datos. En estas muestras, la elección de los elementos o casos no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características de la investigación, y suponen en general un procedimiento de selección informada de los elementos del colectivo, teniendo una probabilidad igual a 1 ó 0 (todo o nada) de ser elegidos. Así, el subtipo de Muestreo utilizado fue Intencional o de Elección Razonada, donde los elementos o unidades que la forman han sido elegidos de acuerdo con ciertas características establecidas en el diseño de la investigación (E.Wenk, comunicación personal, 2016).

Los criterios de inclusión y exclusión para la muestra fueron los siguientes:

Para pacientes:

(i) Adultos mayores de 18 años que comenzaran un proceso psicoterapéutico bajo el modelo constructivista cognitivo.

(ii) Como criterios de exclusión muestral se consideró la presencia de patologías psicológicas severas, como: psicosis, delirio, manía u otras en que se dificultara la colaboración del paciente, el deterioro psicoorgánico o retardo mental.

Para terapeutas:

(i) Psicólogos clínicos con formación en el modelo Constructivista Cognitivo, que al momento del estudio estuvieran atendiendo en CAPs de la Universidad de Chile más de 1 año o, Psicólogos Clínicos en formación en el modelo Constructivista Cognitivo, que estuvieran atendiendo en CAPs, con tutoría y supervisión permanente de terapeutas seniors con vasta experiencia en la línea Constructivista Cognitiva.

Para el observador:

(i) En cuanto al observador no participante para el presente estudio, este correspondió a un individuo único, coincidente con la investigadora responsable.

La justificación de trabajar con adultos radica en que el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo se basa en la relación entre adultos y sus estudios han sido orientados en ese sentido, también se puede argumentar que la devolución está pensada para ser entregada a un adulto con criterio formado con capacidad de reflexión, análisis e

introspección suficientes.

La muestra que contestó la encuesta estuvo compuesta por un total de 12 pacientes de 20 a 50 años, 7 mujeres, 5 hombres. Todos asistentes al mismo centro durante el año 2016. A su vez, fueron parte de la muestra de análisis los 12 terapeutas de los 12 pacientes, además de un observador no participante coincidente con la investigadora responsable del estudio. En la Tabla 1 se detalla la composición de la muestra según fueron pacientes o terapeutas, indicando la cantidad en cada caso. A su vez, se encuentran categorizados en aquellos que reportaron una devolución mal lograda (sin ninguna repercusión o impacto claramente negativo) o bien lograda (el paciente refiere un impacto positivo).

Tabla 1. Conformación de la muestra

	Pacientes (n=12)	Terapeutas (n=12)
Devolución bien lograda	8	8
Devolución mal lograda	4	4

Instrumentos:

En el presente estudio se utilizaron tres instrumentos: *Cuestionario para Pacientes sobre la Devolución Clínica (CPD)*, *Pauta de autoobservación del Terapeuta de la Devolución Clínica (PTD)* y *Pauta de observación al terapeuta en la Devolución Clínica (POD)*. Para todos los instrumentos se consideraron las mismas dimensiones a evaluar, a saber: Percepción y validación del terapeuta, Lenguaje verbal y no verbal, Gestión terapéutica (Aspectos técnicos), Contenido de la devolución, Impacto de la devolución. Todas estas dimensiones, y los indicadores escogidos para las mismas, fueron elaborados en base a la teoría existente respecto a la forma de realizarla y lo que se pretende generar en el paciente, las cuales aparecen descritas en la definición, las características operativas y funciones que cumple la devolución desde el Modelo Constructivista Cognitivo.

Elaboración de instrumentos.

Es necesario hacer la aclaración que separar las dimensiones es un tanto compleja y obedece a la necesidad de ordenar y clarificar los resultados de la investigación, sin embargo, ellas se relacionan y superponen, en una ligazón en la que un mismo aspecto debe pertenecer en mayor o menor medida a las distintas dimensiones. A continuación, se describe cada una de las dimensiones a partir de la teoría escogida para la elaboración de sus ítems.

Percepción y validación del terapeuta.

El terapeuta debe ser visto por el paciente como un experto en salud mental, verse seguro de su decir. A través de su mirada atenta, involucrado con el problema que se le presenta, en permanente disposición receptiva con lo que le ocurre a su paciente, generando la confianza suficiente respecto a ser un alter habilitado para ayudarlo.

Es preponderante considerar los objetivos y metas que el propio paciente trae al consultar, ya que se podría hipotetizar que, para validar a su terapeuta, el paciente debe sentir que es a su vez validado y respetado en sus demandas de ayuda. Por lo tanto, la devolución debe cumplir las expectativas del paciente, no las del terapeuta.

Lenguaje verbal y no verbal.

Para el Constructivismo Cognitivo, la comunicación es uno de los elementos esenciales de las relaciones humanas, adscribe así también lo que Watzlawick y colaboradores (1968) afirman, en su primer axioma “todo es comunicación, por lo tanto, es imposible no comunicar”, en tanto todo nuestro comportamiento comunica ya que toda interacción tiene valor de mensaje.

Dentro de las exigencias comunicacionales del terapeuta, aparece la habilidad de usar un lenguaje con coordinación de dominios lingüísticos, lo que demanda la operación plena del acto de habla en sus tres niveles (locutivo, ilocutivo y perlocutivo); es decir lo que

comunicamos mediante el lenguaje, lo que expresa nuestro cuerpo, y los efectos de este despliegue en el paciente; para ello tiene que prestar especial atención de la dimensión hablante oyente simultáneo.

En la comunicación verbal, se usa preferentemente el lenguaje conceptual del paciente, secundariamente el lenguaje coloquial y en último término, el lenguaje clínico si fuera necesario, evitando los conceptos técnicos excepto que se justifiquen o sean del dominio del paciente, lo relevante es que debe ser claro para el paciente. Se espera que el terapeuta, haga un apropiado uso de las pausas y silencios, usar lenguaje proposicional, evitando posturas directivas, recordando que el paciente es el experto en si mismo.

Gestión.

La gestión comienza desde el momento en que terapeuta y paciente tienen la primera interacción, ya en la primera sesión debe informar a su paciente que se le entregará la devolución en la tercera sesión y de qué se trata eso; en ese momento se debe mencionar además que la psicoterapia es un proceso activo de trabajo conjunto.

Respecto de la forma o características operativas, se señala que ha de ser concisa y exhaustiva, con cadencia comunicativa lenta y reiterativa de algunos conceptos centrales, donde el contenido debe ser comprensible para el paciente.

Debe crear un ambiente propicio para el despliegue emocional del paciente, contribuyendo al paciente a reordenar sus ideas, devolviendo su parecer y comprobando que el paciente comprende lo que se le dice. Las exigencias de gestión en la devolución son altas, el terapeuta debe llevar el 80% de la actividad comunicativa, además es necesario que el acto de la devolución ha de ser concordante con el vínculo, el terapeuta debe sentir que lo dicho fue coherente y sustancial, planteado como juicio clínico, no como un diagnóstico.

El fin de la sesión debe ser coincidente con la entrega de la devolución, el terapeuta debe cerrarla con la pregunta sobre si el paciente tiene alguna duda sobre lo dicho en la devolución; de haberlas, el terapeuta responde de forma concreta y las preguntas más complejas se postergan para la siguiente sesión.

En cuanto a la duración de la devolución, se plantea que no debiera exceder de los 15 minutos y debe realizarse en el último tercio de la tercera sesión.

Dentro de las gestiones, también se considera el evaluar alternativas distintas de intervenciones (derivación, apoyo, consejería, coaching u otros); hacer una propuesta definitiva de iniciar un proceso psicoterapéutico.

Contenido de la Devolución.

Durante la devolución se debe incluir la opinión del terapeuta respecto de las temáticas que él refiere, procurando asociar los contenidos concretos de la historia de vida o del relato del paciente, utilizando citas o referencias de las sesiones de evaluación; este juicio debe ofrecérsele al paciente, no a modo de diagnóstico, sino como una impresión clínica.

Se debe relacionar su juicio clínico con el motivo de la consulta y hacer mención explícita de la sintomatología. Estas, se sintetizan en informar al paciente la impresión clínica del terapeuta acerca del motivo de consulta y sus inquietudes psíquicas, se le ha de decir al paciente algo novedoso acerca de su forma de ser y de su historia, para lograrlo, debe manejarse con distintos temas de la historia personal, indicando una propuesta de trabajo en focos, planteando un posible pronóstico. Por último, se debe alentar al paciente mediante sus recursos, por ello el terapeuta debe hablarle de sus habilidades y fortalezas, haciendo mención de los aspectos positivos y recursos personales del mismo.

Impacto de la Devolución.

Se señala la importancia del impacto emotivo, de sentido y significado de la devolución, el cual debe quedar flotando para la siguiente sesión, donde se trata en detalle. Al respecto Yáñez señala *“No es contraindicado que el paciente se vaya complicado con el contenido de la devolución ni desbordado emocionalmente, hasta es recomendable”* (J. Yáñez, comunicación personal, 2014).

Hacer sentido acerca de la relación dinámica entre los contenidos existenciales del paciente y su configuración sintomática; esto confirmaría y validaría la decisión del paciente para

iniciar un proceso psicoterapéutico, además confirmar la relación terapéutica (modeling), y aporta a la alianza terapéutica, fortaleciendo la idea de hacer terapia.

Se indagó en el impacto, aquello que el paciente declaró respecto a que sintió un efecto emocional, de sentido y de significado; el cambio de perspectiva de las dificultades; también eso mencionado como desagradable, lo que no estuvo de acuerdo o que percibió como desalentador para realizar la terapia.

Cuestionario de Pacientes sobre la Devolución Clínica (CPD)

El cuestionario de pacientes sobre la Devolución Clínica (CPD) que se aplicó consideró 25 ítems (ítem 9 y 27 no se consideraron), con opción de respuesta dicotómica Sí/No, y se agruparon de la siguiente forma:

Tabla 2. Ítems y Dimensiones del Cuestionario de Pacientes sobre la Devolución Clínica

Dimensión	Ítem
Percepción y validación del terapeuta	1. Le pareció que su terapeuta es un experto
	2. Le pareció seguro de lo que decía
	3. Se veía involucrado
	4. Siente que será capaz de ayudarlo
	5. Le genera confianza
Lenguaje verbal y no verbal	10. El terapeuta es receptivo con lo que le pasa
	7. La forma de expresarse es clara
	8. Siente que está atento y mantiene su mirada
Gestión terapéutica (Aspectos técnicos)	21. El contenido de lo dicho fue claro para usted
	6. Se manejó con sus temas de historia personal
	11. Le comentó que en la 3era sesión se le daría una devolución
	12. Le informó en qué consistía la devolución
Contenido	20. La duración de la devolución le pareció adecuada
	13. Le habló de su motivo de consulta
	14. Le mencionó que la terapia es un proceso de trabajo en conjunto
	15. Le dijo algo novedoso acerca de su forma de ser y su historia
	19. Consideró los objetivos y metas que usted tiene de la psicoterapia
	24. Le habló de sus habilidades y fortalezas
	25. Le planteó un posible pronóstico
Impacto	29. Relacionó datos de su historia con lo que actualmente le pasa
	17. Lo que le dijo el terapeuta fue significativo
	18. El terapeuta le ayudó a reordenar sus ideas
	22. Tuvo algún cambio en su estado de ánimo
	23. La devolución cumplió con sus expectativas
	26. Le fortaleció la idea de hacer terapia

Pauta de autoobservación del Terapeuta de la Devolución Clínica (PTD)

La Pauta de autoobservación del terapeuta de la Devolución Clínica que se aplicó a los terapeutas consideró 31 ítems (el 18 se eliminó a priori por estar duplicado), con opción de respuesta dicotómica Sí/No, y se agruparon de la siguiente forma:

Tabla 3. Ítems y Dimensiones de la PTD

Dimensión	Ítem
Percepción y validación del terapeuta	2. Se mostró receptivo
	3. Se percibió seguro de lo dicho
	4. Se percibió involucrado emocional y cognitivamente
Lenguaje verbal y no verbal	5. La entonación de su voz fue pertinente
	6. La cadencia para entregar los contenidos fue la adecuada
	7. Hizo uso apropiado de pausas y silencios
	8. Comprobó si el paciente comprendió lo que le ha dicho
	9. Usó un lenguaje apropiado con el lenguaje de su paciente
	10. Usó lenguaje proposicional
	11. Mantuvo contacto visual adecuado con su paciente
Gestión terapéutica (Aspectos técnicos)	13. Hizo uso del potencial del lenguaje corporal (facialidad, corporalidad)
	14. Creó un ambiente propicio para el despliegue emocional del paciente
	15. Sostuvo alrededor del 80% de la actividad comunicativa
	16. La duración de la devolución fue de 15 min. Aproximadamente
	17. El momento de la devolución se realizó al final de la sesión
	31. Cerró con la frase ¿tiene alguna pregunta o duda sobre la devolución?
Contenido	32. Respondió concretamente y deja para la siguiente sesión preguntas complejas
	1. Hizo mención del trabajo conjunto en el proceso de psicoterapia
	12. El acto de devolución fue concordante al nivel de vínculo terapéutico
	20. Hizo referencia al motivo de consulta
	21. Aludió a la sintomatología
	22. Planteó una propuesta de trabajo con focos
	23. Asoció y reordenó contenidos de la historia o relatos del paciente
	24. El contenido de lo dicho le pareció coherente y sustancial
	25. Lo planteó como un juicio clínico no como diagnóstico
	26. Hizo mención a aspectos novedosos del modo de ser del paciente
	28. Consideró los objetivos y logros que tenía el paciente en el proceso
29. Planteó un posible pronóstico	
Impacto	30. Hizo mención de aspectos positivos y recursos personales del paciente
	19. Cerró con la frase ¿tiene alguna pregunta o duda sobre la devolución
	27. Respondió concretamente y deja para la siguiente sesión preguntas complejas

Pauta de observación al terapeuta en la Devolución Clínica (POD)

Pauta de observación al terapeuta en la Devolución Clínica (POD) que se contestó el observador consideró 31 ítems (ítem 18 no se consideró por estar duplicado), con opción de respuesta dicotómica Sí/No, y se agruparon de la siguiente forma:

Tabla 4. Ítems y Dimensiones de la POD

Dimensión	Ítem
Percepción y validación del terapeuta	2. Se muestra receptivo
	3. Se percibe seguro de lo que dice
	4. Se percibe involucrado emocional y cognitivamente
Lenguaje verbal y no verbal	5. La entonación de voz fue pertinente
	6. La cadencia para entregar los contenidos era adecuada
	7. Hace uso apropiado de pausas y silencios
	8. Comprobó si el paciente comprendió lo que usted dijo
	9. Usó un lenguaje apropiado al lenguaje de su paciente
	10. Usa lenguaje proposicional
	11. Mantiene contacto visual adecuado con su paciente
Gestión terapéutica (Aspectos técnicos)	13. Hace uso del potencial del lenguaje corporal
	14. Crea un ambiente propicio para el despliegue emocional del paciente
	15. El terapeuta lleva alrededor del 80% de la actividad comunicativa
	16. La duración de la devolución es de 15 min. Aproximadamente
	17. El momento de la devolución es al final de la sesión
Contenido	31. El terapeuta cierra con la frase ¿tiene alguna pregunta o duda sobre la devolución?
	32. Responde concretamente y deja para la siguiente sesión preguntas complejas
	1. Hace mención del trabajo conjunto en el proceso de psicoterapia
	12. El acto de devolución es concordante al nivel de vínculo terapéutico
	20. Hace referencia al motivo de consulta
	21. Alude a la sintomatología
	22. Plantea una propuesta de trabajo con focos
	23. Asocia y reordena contenidos de la historia o relatos del paciente
	24. El contenido de lo dicho pareció coherente y sustancial
	25. Se plantea como un juicio clínico no como diagnóstico
	26. Hace mención a aspectos novedosos del modo de ser del paciente
28. Consideró los objetivos y logros que esperaba el paciente del proceso	
Impacto	29. Plantea un posible pronóstico
	30. Hace mención de aspectos positivos y recursos personales del paciente
	19. Refuerza la necesidad de hacer psicoterapia
	27. Genera ciertos niveles tensión o ansiedad

Tabla de especificaciones de los instrumentos

En la siguiente tabla se especifica la composición para cada una de las escalas, indicando los ítems correspondientes a cada dimensión. Para acceder a cada uno de los instrumentos en detalle revisar los Anexos I, II y III.

Tabla 5: Tabla de especificaciones para los tres instrumentos

	Versión Pacientes	Versión Terapeuta	Versión Observador
Percepción y validación del terapeuta	Ítem1, Ítem2, Ítem3, Ítem4, Ítem5, Ítem31, Ítem9 (eliminado), Ítem10?	Ítem2, Ítem3, Ítem4, Ítem18 (eliminado)	Ítem2, Ítem3, Ítem4, Ítem18 (eliminado)
Lenguaje verbal y no verbal	Ítem7, Ítem8, Ítem21	Ítem5, Ítem6, Ítem7, Ítem8, Ítem9, Ítem10, Ítem11, ítem13	Ítem5, Ítem6, Ítem7, Ítem8, Ítem9, Ítem10, Ítem11, ítem13
Gestión terapéutica (Aspectos técnicos)	Ítem6, Ítem11, tem12, Ítem20	Ítem14, Ítem15, Ítem16, Ítem17, Ítem31, Ítem32	Ítem14, Ítem15, Ítem16, Ítem17, Ítem31, Ítem32
Contenido de la devolución	Ítem13, Ítem14, Ítem15, Ítem19, Ítem24, Ítem25, Ítem29	Ítem1, Ítem12, Ítem20, Ítem21, Ítem22, Ítem23, Ítem24, Ítem25, Ítem26, Ítem28, Ítem29, Ítem30	Ítem1, Ítem12, Ítem20, Ítem21, Ítem22, Ítem23, Ítem24, Ítem25, Ítem26, Ítem28, Ítem29, Ítem30
Impacto de la devolución	Ítem16, Ítem17, Ítem18, Ítem22, Ítem23, Ítem26, Ítem28, Ítem30, Ítem27(no se suma a ptje total)	Ítem19, Ítem27	Ítem19, Ítem27

**Ítem 9 y 27 de la versión de pacientes y el ítem 18 de la versión terapeuta y observador fueron eliminados antes de la aplicación.*

Consideraciones éticas

La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio; las consideraciones éticas en los estudios cualitativos por lo general exigen el consentimiento informado, donde los participantes deben estar de acuerdo con ser informantes y conocer sus derechos y responsabilidades; haber resguardo de la confidencialidad, es decir asegurar la protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación; se requiere manejar los riesgos, lo que tiene relación con los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer

investigación con seres humanos, en caso de existir el observador participante, se exige una responsabilidad ética por los efectos y las consecuencias que pueden derivarse de la interacción establecida con los sujetos participantes del estudio; en cuanto a las entrevistas, no se deben provocar actitudes que condicionen las respuestas de los participantes; por último, de recurrir a grabaciones de audio y o video, deben resguardarse en archivos confidenciales y el investigador necesita ser cauteloso anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes (Noreña et al, 2012).

Dentro de las consideraciones éticas que fueron pertinentes para el presente estudio, se requirió el consentimiento informado a cada uno de los participantes, en él se destacaba la voluntariedad de participar, se resguardó e informó del anonimato, del derecho a informarse respecto de los resultados de la investigación y el derecho a renunciar a participar si en algún momento lo decide.

Los formularios pertinentes tanto para pacientes como para terapeutas participantes, fueron aprobados por el Comité de Ética de la Investigación de Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (Ver Anexo IV).

Para mantener la confidencialidad de los datos, los nombres no fueron considerados y la diada terapeuta-paciente correspondió a una letra mayúscula con un número para señalar si se trata del paciente o terapeuta respectivamente, EJ: P1 se trata del paciente, T1 corresponde al terapeuta del paciente. Se asignó a la observación de la investigadora la simbología O1 que da cuenta que corresponde a lo observado en la devolución del paciente. La custodia de los datos estuvo a cargo de la investigadora, quién los guardará en su oficina personal bajo llave. Esta información será debidamente destruida, posterior a la finalización de la investigación y la entrega de resultados finales, durante el año 2017.

Procedimiento

Proceso de consentimiento informado

Se utilizaron documentos de Consentimiento Informado para participantes y para terapeutas (Ver Anexo V y Anexo VI), en los que se especificaron las características de la investigación, los objetivos de la misma y la posibilidad de conocer los resultados, entre otros elementos. Para resguardar la confidencialidad de los datos, se reemplazaron los nombres de los entrevistados y los terapeutas por códigos.

Para llevar a cabo el proceso de consentimiento informado la investigadora se reunió con cada terapeuta invitado a participar. En esta reunión se le solicitó la participación voluntaria, se explicó sobre la investigación y los objetivos de la misma, se le entregó información del estudio y se pidió que fueran ellos quienes les solicitaran a sus pacientes que colaboraran en el estudio, para así no irrumpir en el proceso terapéutico, dejando la entrevista como único momento en que la investigadora tomó contacto con el paciente. Así, el terapeuta a cargo de cada proceso informó del estudio a cada paciente, realizando el proceso de consentimiento informado en caso de aceptar participar.

Se les indicó a los participantes que la tercera sesión sería observada y/o video grabada del otro lado del espejo por parte de la investigadora, quién llenaría un cuestionario como observador externo. En la cuarta sesión, se le preguntó nuevamente al paciente si estaba de acuerdo con su participación en el estudio y la investigadora aclaró todas las dudas presentadas.

Procedimiento de recolección de datos

Observación no participante de la 3ª sesión.

En la tercera sesión se realizó una observación tras el espejo por parte de la investigadora, quien completó una pauta de observación con aspectos del terapeuta y del contenido que se presentaron en la devolución, además de un ítem de apreciaciones personales (Los ejes

temáticos contenidos en esta pauta de observación se listan en el acápite correspondiente). La investigadora realizó anotaciones directas, es decir, registró descripciones en el momento de lo que vio, escuchó y percibió en el acto clínico de la devolución; tal como propone Fernández y Baptista (2010). Esta sesión fue video grabada para que -si fuera necesario- se pudiese acceder a ella con posterioridad.

La duración de la observación fue correspondiente al tiempo que tomó la devolución clínica, la que –según la línea Constructivista Cognitiva- no debía ser más allá de 15 minutos. Constituyó una observación externa o no participante, de tipo directo, en la cual el investigador se mantuvo al margen del fenómeno estudiado, como un espectador pasivo, que se limitó a registrar la información que apareció ante él, sin interacción, ni implicación alguna (Valles, 1997). Se evitó la relación directa con el fenómeno, pretendiendo obtener la máxima objetividad y veracidad posible; en este estudio, era imprescindible no alterar la sesión terapéutica y la diada paciente terapeuta en el espacio de intimidad relacional necesario para el despliegue de la psicoterapia.

Antes de terminar la sesión donde se realiza la devolución, el terapeuta le recordó a su paciente, que, en la sesión siguiente, será entrevistado por el investigador. El terapeuta que entregó la devolución y luego de terminar la sesión, completó una pauta de autoobservación, donde respondió respecto de su gestión clínica en cuanto a aspectos propios de su desempeño, del contenido expresado y apreciaciones personales del acto clínico. El llenado de esta pauta, le demandó no más de 10 minutos, y sus contenidos se listan en el acápite de ejes temáticos que se entrega más adelante. Se procedió a realizar una encuesta al paciente, esta contaba con respuestas cerradas y libres, donde se pretendió conocer el parecer y la significación de la devolución en su totalidad, además de un breve cuestionario aplicado por la investigadora, la que se realizó en la 4ª sesión, durante los primeros 10-15 minutos de ésta. Con la entrevista se pretendió indagar la apreciación del paciente de la devolución, aspectos relevantes o que le generaron algún impacto declarado por ellos, tanto positivos como negativos, también indagar las impresiones sobre cómo significó lo que se le dijo, sus sugerencias y con lo que no estuvo de acuerdo, entre otros.

Análisis de datos

Análisis psicométricos.

En primer lugar, se realizó un análisis de ítems a los tres cuestionarios aplicados. En este análisis se procedió a la eliminación de ítems que arrojaron un funcionamiento deficiente en base a tres criterios: la correlación ítem-test, la correlación ítem-dimensión, y la fiabilidad si se elimina el elemento. Todos los ítems que presentaron cargas negativas, ya sea para la escala total como para su dimensión, o reportaron aumentar la fiabilidad del instrumento de ser omitidos, fueron eliminados de los cuestionarios para todos los análisis posteriores. Por tanto, no fueron considerados al calcular el total de las escalas y las dimensiones.

Luego del análisis de ítems y la eliminación de ítems deficientes, se procedió a determinar la fiabilidad de cada uno de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Con objeto de evaluar la relación entre los tres instrumentos utilizados, se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Análisis descriptivos.

Para realizar los análisis descriptivos de las escalas, se calculó, tanto para las subescalas como para la escala total, la media de puntaje para cada uno de los instrumentos. Para graficar las medias obtenidas en cada escala y subescala, y realizar comparación descriptiva de grupos, se utilizaron gráficos de barras.

Análisis comparativos.

Para realizar la comparación estadística de grupos según sus medias, se realizaron pruebas no paramétricas de comparación de medias, particularmente se utilizó la prueba U de Mann Whitney para comparar los puntajes obtenidos en las escalas y subescalas entre aquellas devoluciones bien logradas y las mal logradas. Se decidió trabajar con pruebas no

paramétricas, tanto por la cantidad pequeña de casos (n=12) como por el incumplimiento del supuesto de normalidad de las variables.

Análisis de contenido.

Para analizar las respuestas abiertas de cada uno de los actores (Pacientes, Terapeutas y Observador) se utilizó la técnica de análisis de contenido, definida como una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva y sistemática (Bareleson, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010) la cual serviría para hacer “inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto” (Krippendorff, 1982, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 171). Dentro de esta técnica, mediante la codificación - proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso - lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 171). Respecto a los posibles usos que tiene el análisis de contenido, detallados por Hernández, Fernández y Baptista (2010) el análisis realizado en este estudio se enfocó principalmente en describir temáticas comunes o recurrentes en el contenido de la comunicación, reflejar actitudes, valores y creencias y develar diferencias en el contenido de la comunicación (entre los tres actores del proceso). Se realizó desde la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), pero no desde la perspectiva clásica, sino de acuerdo con el diseño emergente de Glaser de 1992, el cuál es una variante, en que se pretende que la teoría surja de los datos, a través de una codificación abierta y no de un sistema de categorías prefijadas. Las categorías que emergen, pueden conectarse entre si, para construir teoría (Glaser, 2007, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

RESULTADOS

Resultados cuantitativos del estudio

Análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados.

El análisis de fiabilidad se realiza en los tres instrumentos utilizados para este estudio, es decir el aplicado a los pacientes (CPD), el correspondiente al terapeuta (PTD) y el del observador no participante(POD)

Fiabilidad del Cuestionario para Pacientes sobre Devolución Clínica (CPD)

El Cuestionario para pacientes arrojó valores satisfactorios de fiabilidad mediante alpha de Cronbach de .903, indicando un alto nivel de consistencia en las respuestas.

Eliminación de ítems del CPD

El ítem 27 fue eliminado a priori de cualquier análisis pues teóricamente la forma en que estaba planteado no podía interpretarse de forma clara. Posterior al análisis de fiabilidad, correlaciones ítem test y alpha si se elimina el elemento, se procedió a eliminar el ítem 12 e ítem 20 al presentar cargas negativas y aumentar la fiabilidad de ser eliminados. No se eliminaron los ítems que presentaron cargas inferiores a .30 por la falta de variabilidad presente en las respuestas al tener una muestra de sólo 12 respuestas. Estos ítems no se utilizaron en los análisis posteriores. Los ítems eliminados no fueron considerados en los totales corregidos.

Fiabilidad de la Pauta de autoobservación del Terapeuta de la Devolución Clínica (PTD)

La pauta de auto observación para terapeutas arrojó valores satisfactorios de fiabilidad mediante alpha de Cronbach de .815, indicando un alto nivel de consistencia en las respuestas.

Eliminación de ítems de la PTD

El ítem 18 fue eliminado a priori de cualquier análisis pues teóricamente se encontraba duplicado. Posterior al análisis de fiabilidad, correlaciones ítem test y alpha si se elimina el elemento, se procedió a eliminar el ítem 1, ítem 8, ítem 15, ítem 29, ítem 32, al presentar cargas negativas y aumentar la fiabilidad de ser eliminados. No se eliminaron los ítems que presentaron cargas inferiores a .30 por la falta de variabilidad presente en las respuestas al tener una muestra de sólo 12 respuestas. Estos ítems no se utilizaron en los análisis posteriores. Los ítems eliminados no fueron considerados en los totales corregidos.

Fiabilidad de la Pauta de observación al terapeuta en la Devolución Clínica (POD)

La pauta de observación arrojó valores aceptables de fiabilidad mediante alpha de Cronbach de .754, indicando un moderado nivel de consistencia en las respuestas. A su vez, para alcanzar este nivel de consistencia fue necesario eliminar varios ítems que presentaron un funcionamiento deficiente, quedando con una composición final de 19 ítems.

Eliminación de ítems de la POD

El ítem 18 fue eliminado a priori de cualquier análisis pues teóricamente se encontraba duplicado. Posterior al análisis de fiabilidad, correlaciones ítem test y alpha si se elimina el elemento, se procedió a eliminar el ítem 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15, 19, 21, 23, 28 y 31 al presentar cargas negativas y aumentar la fiabilidad de ser eliminados. No se eliminaron los ítems que presentaron cargas inferiores a 30 por la falta de variabilidad presente en las respuestas al tener una muestra de sólo 12 respuestas. Estos ítems no se utilizaron en los análisis posteriores. Los ítems eliminados no fueron considerados en los totales corregidos.

Variables predictoras de a una devolución bien o mal lograda

Una variable central considerada en el estudio fue la incorporación del variable logro de la devolución, definida como “bien lograda o mal lograda”. Para definirla se realizó una consulta al finalizar el cuestionario en la que se consultó a nivel subjetivo a los pacientes.

Devolución bien lograda.

Es aquella devolución en que el paciente declara que tuvo un efecto perturbador, de impacto emocional y que fue apreciado como positivo por el paciente.

Devolución mal lograda.

La devolución mal lograda, se define como aquella devolución a la que el paciente define que no tuvo efecto alguno sobre si mismo, no la recuerda o no puede mencionar algún impacto atribuido a ella. También se considera mal lograda a aquella devolución donde el paciente declara que tuvo un efecto negativo, de pérdida de motivación por la psicoterapia y /o pérdida de credibilidad de que el terapeuta sea otro capaz de ayudarlo. Puede tener efectos iatrogénicos en el paciente en el sentido de que el paciente se retraiga, rechace la ayuda o pierda la motivación por considerarse a si mismo, incapaz de lograr un cambio.

Descriptivos para cada cuestionario y comparación según tipo de devolución

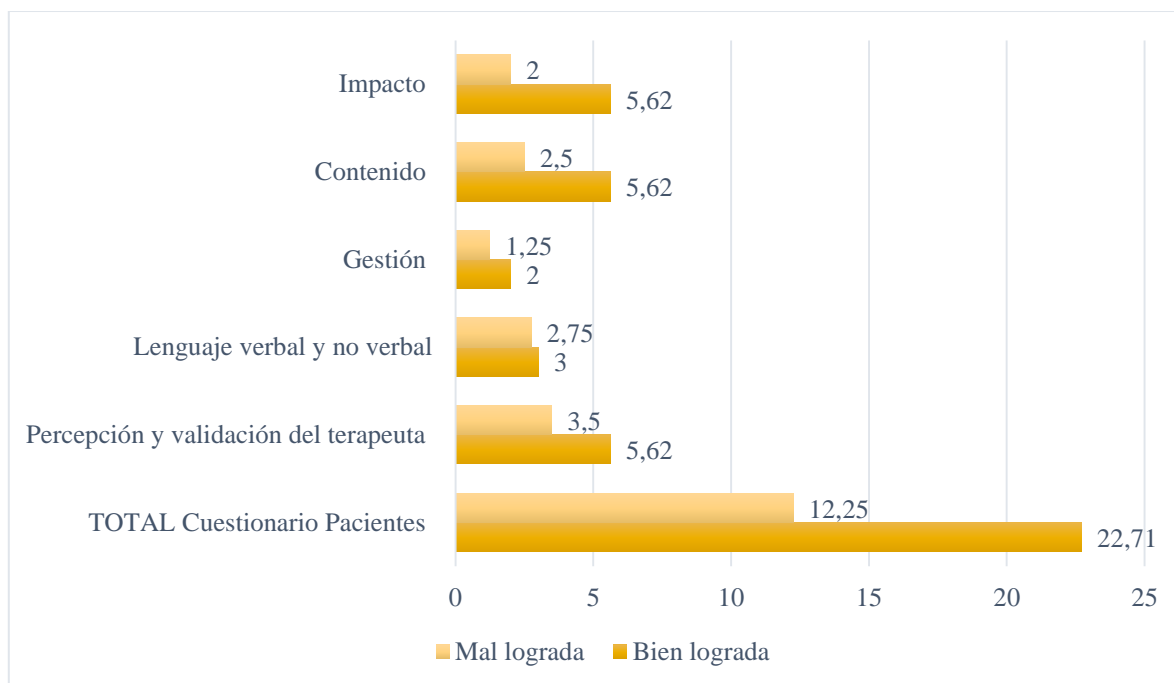
En este apartado se reportan las medias obtenidas en cada escala (y sus respectivas subescalas) tanto en las devoluciones evaluadas como bien logradas, como aquellas evaluadas como mal logradas.

Comparación de la evaluación realizada por los pacientes según el logro de devolución.

En el Cuestionario para pacientes, aquellas devoluciones que fueron clasificadas como “Bien logradas” presentaron medias aritméticas superiores a aquellas clasificadas como “Mal logradas”, tanto para la escala total (Media bien logradas= 22,71; Media mal logradas=12,25) como para las subescalas de la misma. En este sentido, y como es de

esperar, aquellos pacientes que fueron parte de una devolución bien lograda evaluaron de mejor manera la devolución que aquellos que pasaron por devoluciones mal logradas. La comparación de las medias obtenidas la escala total y cada subescala se ilustran en el gráfico a continuación (Gráfico 1).

Gráfico 1: Comparación de medias entre Devoluciones Bien logradas v/s Mal logradas según sus medias en el Cuestionario para Pacientes.

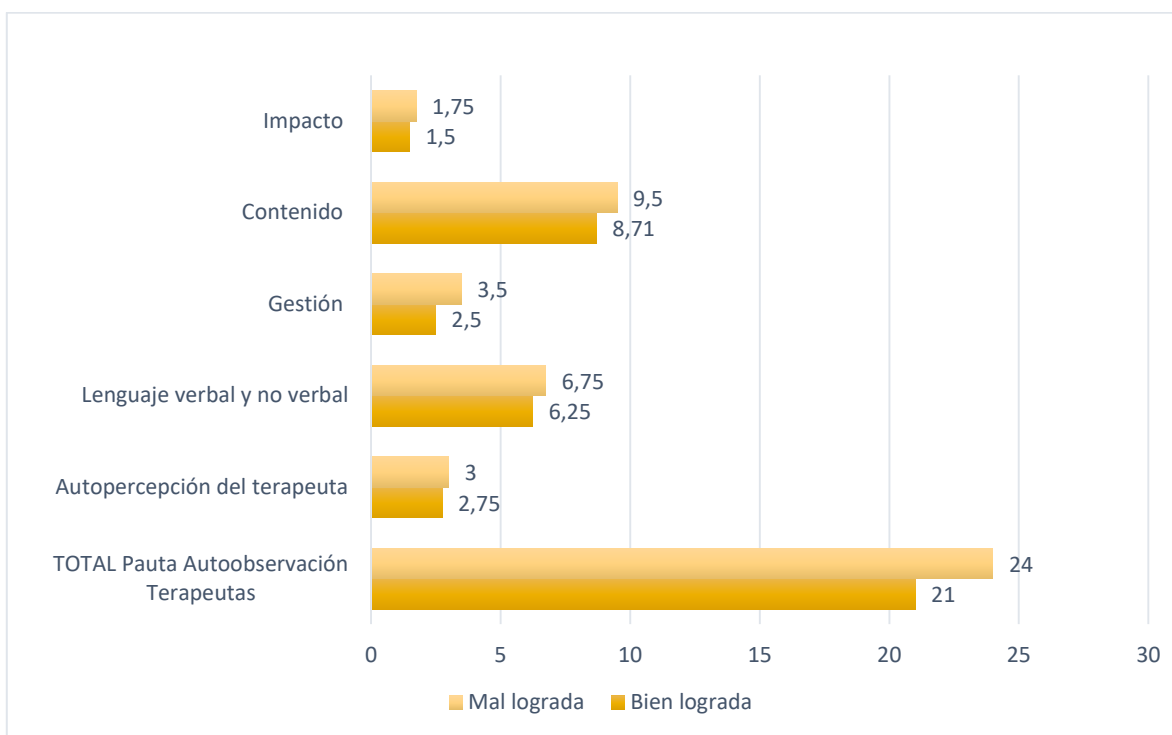


Comparación de la evaluación realizada por los terapeutas según el logro de la devolución.

En la Pauta de autoobservación del Terapeuta, aquellas devoluciones que fueron clasificadas como “Bien logradas” presentaron medias aritméticas inferiores a aquellas clasificadas como “Mal logradas”, tanto para la escala total (Media bien logradas= 21; Media mal logradas=24) como para las subescalas de la misma. En este sentido, y contrario a lo esperable, aquellos terapeutas fueron parte de una devolución mal lograda evaluaron de mejor manera la devolución que realizaron que aquellos que pasaron por devoluciones bien

logradas. La comparación de las medias obtenidas la escala total y cada subescala se ilustran en el gráfico a continuación (Gráfico 2).

Gráfico 2: Comparación de medias entre Devoluciones Bien logradas v/s Mal logradas según sus medias en la Pauta de autoobservación del terapeuta.

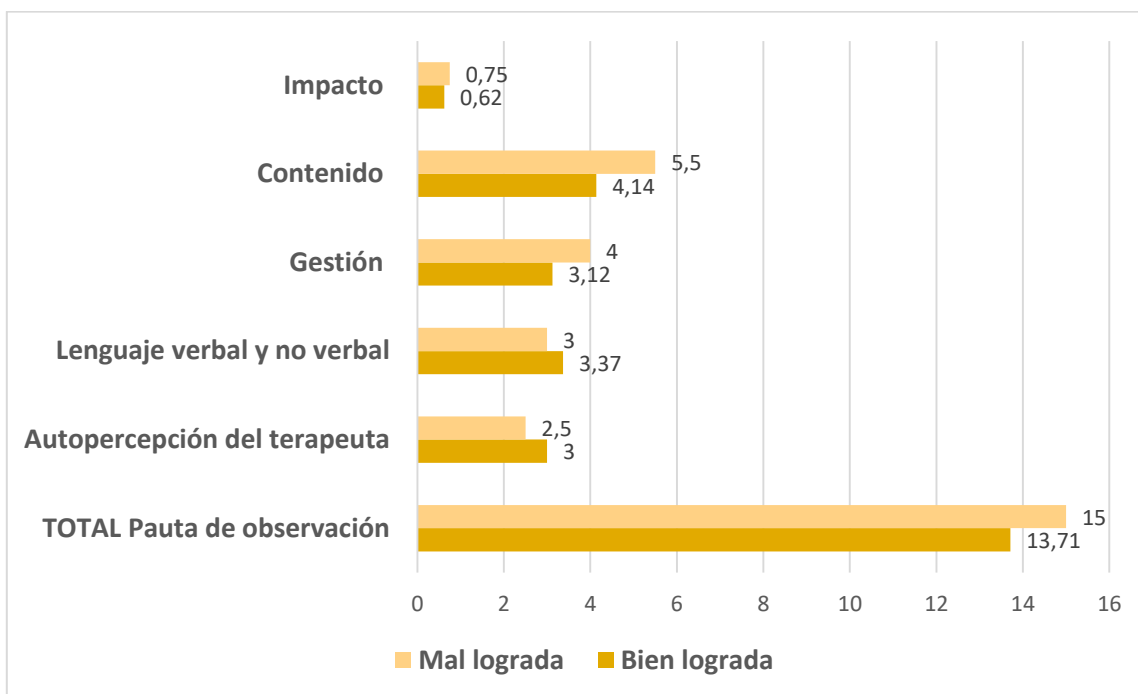


Comparación de evaluación del observador según logro de la devolución.

En la Pauta de observación al terapeuta, aquellas devoluciones que fueron clasificadas como “Bien logradas” presentaron medias aritméticas inferiores a aquellas clasificadas como “Mal logradas”, tanto para la escala total (Media bien logradas= 13,71; Media mal logradas=15) como para dos de las subescalas (Contenido y Gestión). En este sentido, contrario a lo que es de esperar, aquellos observadores evaluaron de mejor manera las devoluciones mal logradas que aquellas clasificadas como bien logradas. Sólo en tres subescalas la evaluación de los procesos bien logrados fue mejor que los mal logrados. La

comparación de las medias obtenidas la escala total y cada subescala se ilustran en el gráfico a continuación (Gráfico 3).

Gráfico 3: Comparación de medias entre Devoluciones Bien logradas v/s Mal logradas según sus medias en la Pauta de observación al terapeuta.



Cuestionario para pacientes (CPD): Comparación de medias según el logro de la devolución.

Como es de esperarse, existió una diferencia significativa en el puntaje de aquellos que tuvieron una devolución mal lograda de aquellos que tuvieron una devolución bien lograda en el Cuestionario para pacientes. De manera que aquellos que reportaron una devolución bien lograda reportaron a su vez mayores puntajes en el cuestionario (U de Mann Whitney= 0,000, p valor=0,007). De esta forma, el cuestionario mostró evidencias de validez respecto a su capacidad de predecir la evaluación subjetiva del proceso como bien o mal logrado.

Estas diferencias se debieron principalmente a las diferencias significativas observadas en las subescalas Percepción y validación del terapeuta (U de Mann Whitney=3,000 , p valor=0,017) Gestión del terapeuta según el paciente (U de Mann Whitney= 4,000, p valor=0,007) ,Contenido de la devolución según el paciente (U de Mann Whitney=0,000 , p valor= 0,006), e Impacto de la devolución (U de Mann Whitney= 0,000, p valor= 0, 004, ya que estas diferencias no se presentaron para la subescala lenguaje verbal y no verbal del terapeuta desde el paciente según el paciente (U de Mann Whitney= 10,500, p valor=0,186). De esta forma, el lenguaje verbal y no verbal del terapeuta no sería percibido como un elemento relevante a la hora de evaluar el proceso de devolución o no sería un predictor respecto a la evaluación de la devolución.

Pauta de observación al terapeuta (PTD): Comparación de medias según el logro de la devolución.

Respecto a las otras escalas, la única que presento evidencias de validez predictiva sobre el éxito de la devolución en la Pauta de observación fue la subescala evaluación del contenido (U de Mann Whitney= 4,5, p valor= 0,037). Ninguna de las subescalas de la Pauta de autoobservación del terapeuta presentó diferencias significativas entre ambos grupos, de manera que la escala no mostró validez predictiva respecto al logro de la devolución reportado por los pacientes.

Relación entre las subescalas de cada escala

En este apartado se evalúa la relación de las subescalas dentro de cada escala, siendo esperable según la teoría a la base de la elaboración de los instrumentos, una asociación significativa entre las subescalas.

Cuestionario para Pacientes

El Cuestionario para pacientes mostró correlaciones altas y significativas para todas las subescalas respecto a la escala tota, con excepción de la subescala Lenguaje – la cual no

indicó correlaciones significativas para ningún caso-. Todas las subescalas –con excepción de Lenguaje- presentaron correlaciones significativas y altas entre sí. Las correlaciones de Pearson obtenidas para cada caso se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 6: Correlaciones entre las distintas subescalas del Cuestionario para Pacientes sobre la Devolución (CPD)

	Total C. Ptes	Percepción	Lenguaje	Gestión	Contenido	Impacto
Total C. Ptes	1	,787**	,295	,804**	,916**	,990**
Percepción		1	-,039	,501	,580*	,784*
Lenguaje			1	,516	,259	,230
Gestión				1	,741**	,775**
Contenido					1	,846**
Impacto						1

Pauta de autoobservación para terapeutas

La Pauta de auto observación para terapeutas mostró correlaciones altas y significativas entre subescala y total para tres de las cinco subescalas (Lenguaje, Gestión y Contenido). Con respecto a las correlaciones entre subescalas, sólo Impacto y Contenido presentaron una correlación significativa, pero moderada.

Tabla 7: Correlaciones entre las subescalas de la Pauta de autoobservación para terapeutas

	Total P. Auto	Percepción	Lenguaje	Gestión	Contenido	Impacto
Total P. Auto	1	,359	,652*	,938**	,939**	,334
Validación		1	-,039	,491	,428	,076
Lenguaje			1	,492	,436	,192
Gestión				1	,384	,163
Contenido					1	,383
Impacto						1

Pauta de observación al terapeuta

En la Pauta de autoobservación, se encontraron correlaciones significativas y altas entre todas las subescalas y la escala total. Respecto a las relaciones entre subescalas, sólo se encontró una correlación entre las subescalas Lenguaje y Percepción, la cual fue significativa y alta.

Tabla 8: Correlaciones entre las subescalas de la Pauta de observación al terapeuta

	Total P. Obs.	Percepción	Lenguaje	Gestión	Contenido	Impacto
Total P. Obs.	1	,677*	,829**	,705*	,731*	,702*
Percepción		1	,734**	,121	,206	,426
Lenguaje			1	,413	,370	,383
Gestión				1	,589	,454
Contenido					1	,491
Impacto						1

Relación entre las escalas

Evaluando la correlación entre escalas, contrario a lo esperado, no se encontraron correlaciones significativas entre éstas, toda vez que, a pesar de estar referidas a los mismos procesos de devolución, la tríada paciente-terapeuta-observador, respondieron de forma independiente y no concordante.

	Cuestionario Pacientes	Pauta de autoevaluación	Pauta de observación
Cuestionario Pacientes	1	-,259	-,450
Pauta de autoevaluación		1	,547
Pauta de observación			1

Indicadores predictores de una devolución bien lograda

En la siguiente tabla se detallan aquellos indicadores que de forma independiente funcionaron como predictores de una devolución percibida subjetivamente por el paciente como bien lograda. Todos los indicadores correspondieron a ítems del Cuestionario para pacientes, ya que ningún ítem de la Pauta de autoobservación del terapeuta o de la observación al terapeuta, funcionaron como un predictor para la evaluación subjetiva del paciente respecto a la devolución. Como puede observarse en la columna “Sub” que indica la subescala a la que pertenece cada indicador, todos ellos aludieron a subescalas: Validación del terapeuta, Gestión, Contenido e Impacto. Esto fue concordante con los resultados anteriores en que la dimensión Lenguaje verbal y no verbal pareció no ser relevante ni discriminante entre los pacientes.

Tabla 9: Indicadores predictores de una devolución bien lograda

Indicador	V Cramer	Interpretación	Sub	Esc
1. Le pareció que su terapeuta es un experto	,598*	Existe una asociación significativa y moderada entre la percepción de la expertiz del terapeuta y una devolución bien lograda.	V	C U E S T I O N A R I O P A C I E N T E S
2. Le pareció seguro de lo que decía	,632*	Existe una asociación significativa y moderada entre la percepción de la seguridad del terapeuta y una devolución bien lograda	V	
4. Siente que será capaz de ayudarlo	,632*	Existe una asociación significativa y moderada entre la percepción de la capacidad de ayuda del terapeuta y una devolución bien lograda	V	
6. Se manejó con sus temas e historia personal	,632*	Existe una asociación significativa y moderada entre la percepción de la expertiz del terapeuta y una devolución bien lograda	G	
15. Le dijo algo novedoso acerca de su forma de ser	,625*	Existe una asociación significativa y moderada entre la incorporación de novedad y una devolución bien lograda	C	
16. La devolución tuvo algún efecto emocional o de tensión para usted	,816*	Existe una asociación significativa y alta entre la percepción del efecto emocional o de tensión y una devolución bien lograda	I	
23. La devolución cumplió con sus expectativas	1,000*	Existe una asociación significativa y perfecta entre el cumplimiento de las expectativas de la devolución y una devolución bien lograda	I	
24. Le habló de sus habilidades y fortalezas	,598*	Existe una asociación significativa y moderada entre la incorporación de habilidades y fortalezas y una devolución bien lograda	C	
26. Le fortaleció la idea de hacer terapia	,816*	Existe una asociación significativa y alta entre el fortalecimiento de la idea de hacer terapia y el percibir una devolución como bien lograda	I	
28. Hubo cambio de perspectiva de sus dificultades	,837*	Existe una asociación significativa y alta entre la percepción de un cambio de perspectiva en las dificultades y el percibir el proceso como una devolución bien lograda	I	
29. Relacionó datos de su historia con lo que actualmente le pasa	,632*	Existe una asociación significativa y moderada entre la incorporación de la historia en la devolución y el percibir una devolución como bien lograda	C	

Resultados cualitativos del estudio.

Las encuestas de respuesta abierta y breve, tanto de pacientes, como de terapeutas y del observador, fueron analizadas mediante la estrategia de análisis de contenido. Los resultados fueron agrupados en 3 categorías, definidas por el actor del discurso: Discurso del Paciente, Discurso del Terapeuta y Discurso del Observador. A continuación, se define, para cada una de las categorías, las subcategorías y códigos emergentes.

Categoría: Discurso del Paciente

En la categoría *Discurso del paciente*, se agruparon todas aquellas subcategorías que surgieron a partir del discurso de los mismos pacientes respecto al proceso de devolución. En las subcategorías y códigos, se hará alusión tanto a los pacientes que definieron su proceso de devolución como Bien logrado, como también a aquellos que pasaron por un proceso de devolución Mal logrado.

Subcategoría: Relación paciente-terapeuta

En esta subcategoría se agruparon todas aquellas alusiones que realizaron los pacientes a la relación con sus terapeutas. Esta subcategoría se compone de dos códigos: percepción de la sintonía paciente-terapeuta; validación paciente-terapeuta, la que a su vez se divide en la validación del terapeuta, la validación percibida desde el terapeuta a su paciente y la validación del vínculo.

Código: Percepción de la sintonía paciente-terapeuta (P1, P4, P5, P8, P10, P12)

Un elemento muy relevante que se evaluó respecto a la Relación paciente-terapeuta fue la percepción que tuvo el paciente respecto a la sintonía paciente-terapeuta.

Entre las percepciones positivas respecto a la sintonía, los pacientes indican “*Estábamos en sintonía y eso me tranquiliza*” (Paciente 1), “*Hubo buena conexión entre las dos*” (Paciente 4), “*Ella entiende lo que digo*” (Paciente 4), “*Se conectó conmigo y me hizo conectar, me hizo sentido*” (Paciente 5), “*Entiende lo que me pasa*” (Paciente 5), “*Sentí una buena conexión*” (Paciente 8), “*Me sentí bien*”, “*También me da a entender que entienden lo que yo expreso*” (Paciente 8), “*Ella... creo que sabe lo que me pasa*” (Paciente 10), “*Realmente me escuchó*” (Paciente 10), “*Hubo acople, como en las radios*” (Paciente 10), “*Se conectó con mi esencia, con quien soy yo*” (Paciente 12), “*Estaba en mí misma onda*” (Paciente 12).

Entre las percepciones negativas, asociadas principalmente a devoluciones mal logradas, indican una mala sintonía paciente-terapeuta *“No logró comprender lo que me pasaba”* (Paciente 7), *“Yo me reía por nervio, y él se enojaba”* (Paciente 7), *“Él no me entendió”* (Paciente 7), *“No estuvo en sintonía conmigo”* (Paciente 7).

Duarte (2012) plantea que *“La capacidad del terapeuta de lograr una sintonía emocional con el paciente y la vivencia de éste de la receptividad del terapeuta, permiten que el terapeuta se constituya como un otro significativo y que se establezca la interafectividad entre paciente y terapeuta”*

La sintonía, así como fue descrita por los pacientes, da cuenta de un espacio de intimidad y vínculo seguro, en donde el paciente puede develarse. Considerando la perspectiva de estos, investigaciones de Krause (2001) han llevado a plantear que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, la no presencia de ésta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda (Santibáñez et al 2008).

Código: Validación de la relación, del Paciente y del Terapeuta (P2, P4, P5, P7, P8, P10, P12)

Un elemento que surgió respecto a la relación paciente-terapeuta y muy relacionada con el aspecto anterior, fue la valoración respecto al vínculo formado por el paciente-terapeuta en torno a la devolución. Entre las valoraciones positivas los pacientes indican *“Necesitaba el respaldo”* (Paciente 2), *“Me sentí acompañada”* (Paciente 2, Paciente 12), *“Me sentí acogida, eso que no debe faltar”* (Paciente 2), *“Me da seguridad”* (Paciente 5). Entre las valoraciones negativas respecto al vínculo, los pacientes indican *“Sentí que se enojó conmigo”* (Paciente 7), *“Es importante el cariño y el cuidado”* (Paciente 7), *“Al paciente hay que tratarlo con cuidado y con respeto”* (Paciente 7), *“Uno necesita que lo acojan”* (Pacientes 7), *“Que lo acepten tal cual es, o como viene acá”* (Paciente 7).

Otro aspecto relevante, sería la validación del paciente, es decir percepción del paciente respecto de cómo se siente validado por su terapeuta. Entre las percepciones negativas

respecto a la validación por parte del terapeuta, los pacientes declararon *“No me vio a mí”* (Paciente 7) *“Ni respeto lo que yo quería”* (Paciente 7). Por otro lado, entre las percepciones positivas respecto a la validación por parte del terapeuta, los pacientes indicaron valorar hechos como *“Me hablo de mis habilidades sociales”* (Paciente 8), *“Habló de cosas que son importantes para mí”* (Paciente 8), *“Como que yo tenía capacidad para resolver mis problemas”* (Paciente 8).

Por otro lado, se observaron alusiones respecto a la validación por parte del paciente respecto del terapeuta como un otro válido y capacitado para ayudarlo. Entre las validaciones positivas realizadas al terapeuta, asociadas en general a procesos bien logrados, los pacientes indican: *“Me sentí cómoda, segura, en un lugar protegido”* (Paciente 2) *“Creo que vio un poco más allá, mi problema”* (Paciente 4) *“Saca conclusiones importantes para mí”* (Paciente 4) *“Hablo cosas profundas de mí”* (Paciente 5) *“Confíe en ella, en que me puede ayudar”* (Paciente 5) *“Me agrada saber que ella me entiende”* (Paciente 10). Entre las validaciones negativas realizadas al terapeuta, asociadas a un proceso mal logrado, un paciente: *“Estaba involucrado como un amigo, no como un psicólogo, como un terapeuta”* (Paciente 7), *“Era muy joven”* (Paciente 7), *“No creí que pudiera ayudarme porque no me comprendió”* (Paciente 7). Estos resultados concuerdan con el análisis cualitativo, en el indicador: *“Le pareció que su terapeuta es un experto”* y *“Le pareció seguro de lo que decía”*.

Por lo anteriormente señalado, se hace necesario priorizar respecto al concepto de validación, el cual tiene 3 aspectos relevantes, por un lado, el paciente necesita validar la relación paciente terapeuta lo que indicaría el vínculo interrelacional; el sentimiento de que su terapeuta lo valida como ser humano capaz de enfrentar y superar lo que le ocurre; y la validación que el paciente hace de su terapeuta en el sentido de ser un otro capacitado para entregar la ayuda profesional necesaria.

Subcategoría: Evaluación de la gestión de la devolución

Esta subcategoría responde a todas aquellas opiniones vertidas por los pacientes correspondientes a una evaluación de la gestión de la devolución realizada, respecto a dos puntos principales: Contenido utilizado (tipo de contenido, suficiencia de éste) y Tiempo de duración.

Código: Contenido utilizado (P3, P6, P7, P8, P10)

Las evaluaciones realizadas respecto al contenido escogido, utilizado y manejado durante la devolución por parte del terapeuta se dividen en evaluaciones principalmente positivas, evaluaciones principalmente negativas y sugerencias abiertas. Las evaluaciones positivas o negativas en este punto no fueron determinantes de una devolución bien o mal lograda, ya que procesos bien logrados igualmente se expresaron respecto a sus expectativas y mejoras posibles respecto al proceso de devolución.

Entre las evaluaciones principalmente positivas alusivas al contenido, los pacientes indican *“Fue asertivo”* (Paciente 8) *“Estuvo en base a lo que yo había dicho”* (Paciente 8) *“Abarco las cosas que hay que trabajar”* (Paciente 10).

Entre las evaluaciones principalmente negativas alusivas al contenido, los pacientes indican *“No se vio todo”* (Paciente 6) *“Me gustaría que me hubiesen dicho más cosas”* (Paciente 6) *“Me habría gustado que conectara mi pasado con hoy”* (Paciente 8) *“Fue como un resumen o algo como eso”* (Paciente 3) *“Yo creía que me diría algo más”* (Paciente 3) *“Se enfocó mal”* (Paciente 7).

Entre las evaluaciones correspondientes a sugerencias abiertas *“Sugiero hacer más hincapié en la historia personal”* (Paciente 6), *“Que el centro sea la explicación de la problemática por la cual uno viene”* (Paciente 6), *“En lo que hay que trabajar, mostrar donde es bueno trabajar”* (Paciente 6) *“Como poner más foco de trabajo, y que hay que trabajar día a día”* (Paciente 6).

Lo anteriormente señalado, es concordante con los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, en donde aparece como elementos indicadores de una devolución bien lograda: “Se manejó con sus temas e historia personal”, “Le dijo algo novedoso de su forma de ser”, “Relacionó datos de su historia con lo que actualmente le pasa”

Código: Tiempo de la devolución (P6, P9, P10)

Las evaluaciones realizadas respecto al tiempo de la devolución se refirieron exclusivamente a la duración corta de ésta.

Los pacientes indicaron “*Como que fue muy corta*” (Paciente 6), “*Me hubiera gustado que fuera más larga y más completa*” (Paciente 9), “*Toda la hora hablé yo y los últimos 3 minutos me dieron la devolución*” (Pacientes 9) *Me hubiera gustado que fuera más larga y más completa*” (Paciente 9). La gran mayoría indicó que le habría gustado una devolución más larga, mientras sólo un paciente indicó “*Fue algo breve, conciso y preciso*” (Paciente 10). Así, la recomendación principal por parte de los pacientes fue “*Hay que ampliar el tiempo de la devolución*” (Paciente 6) “*Me gustaría la devolución más larga*” (Paciente 10).

La misma queja apareció en la parte cuantitativa del estudio, donde frente a la afirmación: “La duración de la Devolución le pareció adecuada”, la mayoría respondió que no y de ellos todos aludieron a que fue demasiado corta. Es importante señalar aquí que se midió el tiempo de duración de la devolución y esta duró en promedio 9,6 minutos.

Subcategoría: Impacto de la devolución.

En la subcategoría *Impacto de la devolución* se agruparon todos aquellos códigos referidos a los efectos o implicancias que los pacientes adjudican al proceso de devolución vivenciado. Muchos de los códigos emergentes dentro de esta categoría fueron concordantes con la teoría a la base de la devolución desde el Modelo Constructivista

Cognitivo, de manera que, cuando sea el caso, se especificará dentro del código correspondiente.

Código: Legitimación de las ideas del paciente (P1, P5, P10, P12).

Un efecto de la devolución que fue reportado como relevante por los pacientes fue que ésta le permitió reforzar ideas respecto a su motivo de consulta y la problemática que lo aqueja. A modo de ejemplo, un(a) paciente indica *“Me corroboró lo que yo ya intuía”* (Paciente 1) clarificando que *“Me da una segunda opinión que refuerza mi propia idea de donde está mi problema”* (Paciente 1).

De esta forma sería relevante el refuerzo que surgiría en la devolución de las propias ideas, al respecto, un(a) paciente indica *“Me impactó el tema que efectivamente yo pensaba eso, coincidíamos”* (Paciente 10). A su vez, al ser compartidas estas ideas por el terapeuta, se generaría una mayor comprensión de su propio problema, como indica un(a) paciente *“Era algo que sabía, pero cuando te lo dicen, te llega más y distinto”* (Paciente 12).

Este impacto, no aparece descrito en la teoría, si se puede inferir mediante la frase *“El paciente es el experto en si mismo”*. Al parecer el paciente llega a terapia en un estado de tal de confusión y perturbación que duda de sus percepciones e ideas respecto de lo que le ocurre, el que su terapeuta legitime sus apreciaciones tendría un efecto doble, por una parte, tranquiliza al paciente en tanto no está tan perdido con eso que piensa y siente, por otra parte, percibiría al terapeuta como otro del que recibe apoyo, tanto en su forma de pensar, como otro que lo comprende y empatiza. Este impacto se relaciona estrechamente con la validación mutua y con el efecto clarificador enunciado más adelante.

Al relacionar estos resultados con los arrojados con el análisis cuantitativo, se aprecia la concordancia con el indicador *“siente que su terapeuta será capaz de ayudarlo”* y con *“El terapeuta le genera confianza”*, se podría abstraer de aquí que, el paciente requiere de ese alguien que concuerde con sus ideas y se las devuelva de manera que él mismo se comprenda mejor, con esto se asegura respecto de si mismo y confía en la ayuda que se le ofrece.

Código: Refuerzo de la idea de hacer psicoterapia (P1, P2, P3, P4, P5, P7).

Un elemento que emergió como un aspecto central entre los efectos esperables del proceso de devolución, es que ésta permitiría un reforzamiento de la idea de hacer psicoterapia en los pacientes, aumentando la confianza en el proceso psicoterapéutico, reforzando su decisión de buscar ayuda profesional, y aumentando su compromiso con el proceso.

Así, respecto al aumento de la confianza en el proceso psicoterapéutico un paciente indica *“Me hizo confiar en la terapia”* (Paciente 1), *“Me cambio la perspectiva de lo que es ir al psicólogo”* (Paciente 2)

Respecto al refuerzo de su decisión de buscar ayuda, los pacientes indican *“Me refuerza la idea de que debo venir”* (Paciente 1) *“Sé que esto que estoy haciendo está bien”* (Paciente 1) *“Esto refuerza que el paciente venga, siga, crea, no se desanime”* (Paciente 1) *“Supe que había que buscar ayuda, eso lo reforzó”* (Paciente 2).

Finalmente, respecto al refuerzo del compromiso por parte del paciente con el proceso psicoterapéutico, los pacientes indican *“Ahora sé lo que hay que profundizar y hacer”* (Paciente 4) *“Me dejo satisfecha los temas a tratar”* (Paciente 5).

Si bien todos los pacientes que reportaron percibir un refuerzo en su idea de hacer psicoterapia reportaron procesos de devolución bien logrados, este elemento surgió como un aspecto relevante en un proceso de devolución mal logrado, en el cual el paciente indicó que luego del proceso *“Me quede pensando que no quería hacer esto”* (Paciente 7), observándose una clara pérdida de confianza e interés en el proceso. Así, se espera que el proceso de devolución sea *“Algo que motive, que den ganas de seguir adelante con todo esto”* (Paciente 3).

Este impacto es esperado para el modelo Constructivista Cognitivo, en el cual señala que la devolución confirmar y valida la decisión del paciente para iniciar un proceso psicoterapéutico (Yáñez, 2015), sin embargo, pareciera ser más acertado decir: Refuerza la idea de hacer psicoterapia.

Al relacionar este resultado con la parte cuantitativa del estudio, se aprecia concordancia, ya que, dentro de los elementos predictores de una devolución bien lograda, aparece el indicador positivo a la frase: “Le fortaleció la idea de hacer terapia” y “El terapeuta le genera confianza”.

Código: Reconocer necesidad de Ayuda (P1, P2).

Un aspecto que no se presentó con tanta fuerza, pero que sí se reportó como un elemento importante de la devolución, es que se generaría una aceptación de la ayuda. Ante esto, un paciente indica “*Lo mejor es que el paciente se da cuenta que necesita ayuda*” (Paciente 1), mientras otra experimentó “*Me di cuenta de que no puedo hacerlo todo sola*” (Paciente 2).

El Constructivismo Cognitivo no había considerado como parte de los aspectos de la devolución, el reconocimiento de la necesidad de ayuda que se genera a partir de la devolución, quizás como un acto previo al refuerzo de hacer terapia. Al respecto cabe señalar que los pacientes daban a entender que van a las primeras sesiones “No muy convencidos” tanto de su real necesidad de ayuda como de realizar un proceso terapéutico.

Se puede encontrar en la literatura, como parte de los factores de cambio y de adherencia terapéutica, la idea de que el paciente reconozca que necesita ayuda porque se encuentra entrampado; un estudio en Chile reveló que la aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda es uno de los indicadores de cambio psicoterapéutico (Krause et al, 2006).

Código: Clarificación del paciente (P1, P2, P4, P6, P8, P10, P12).

Gran parte de los pacientes encuestados, reportaron como un efecto relevante del proceso de devolución el que éste le permitiría cierta clarificación “*La devolución es importante porque aclara*” (Paciente 10) , tanto respecto del problema que le aqueja y sus síntomas, como al proceso de psicoterapia y ciertos aspectos sobre sí mismos.

La clarificación respecto del problema o motivo de consulta, los pacientes indican que el terapeuta funcionaría como un mediador que ayudaría a comprender mejor lo que sienten, lo que ocurre y sus ideas, a modo de ejemplo, un paciente indica *“Agarró las ideas, y armó mi problema”* (Paciente 10) mientras otro recalca que el terapeuta *“Me ayudó a ver el tema como desde más afuera”* (P4). De esta forma, los pacientes indican respecto a la devolución *“Pude entender mejor lo que me está pasando”* (Paciente 1), *“Me sirvió para entender mis cosas”* (Paciente 2), *“Me aclaró”* (Paciente 10). En este sentido, el proceso de devolución estaría generando *“Una comprensión más profunda”* (Paciente 12) respecto al motivo de consulta por parte de los pacientes.

La clarificación de elementos sobre la terapia y aspectos sobre sí mismo, en primer lugar, la devolución serviría para que el paciente desmitifique pensamientos y ansiedades sobre ir al psicólogo, a lo que un paciente indica *“Me calmó eso de que el psicólogo no atiende locos”* (Paciente 2). A su vez, permitiría clarificar el proceso de trabajo que implicará la psicoterapia y cómo ésta se relaciona con los aspectos de sí mismo que se deben trabajar *“Como más claro lo que hay que trabajar, y más claro como soy”* (Paciente 4), *“Ahora estoy más clara, sé cómo va a ser la cosa, por donde vamos a empezar”* (Paciente 4), *“Me dí cuenta ahí, qué es lo que hay que trabajar”* (Paciente 6).

Si bien no todos los pacientes reportaron una clarificación asociada a su proceso de devolución, gran parte de ellos lo reportaron como una expectativa importante, dentro de esas expectativas aparece la idea de la necesidad de saber qué le está pasando, como el recibir un diagnóstico que calme su incertidumbre: *“Ojalá sea distinto, que a uno le digan lo que tiene”* (Paciente 3) *“Me habría gustado un diagnóstico”*, *“El saber por qué estoy así o qué es lo que tengo”* (Paciente 5), *“Que el centro sea la explicación de la problemática por la cual uno viene”* (Paciente 6), *“Saber si hay algo bueno o malo dentro de uno”* (Paciente 10) *“Saber cómo un pronóstico, lo que tengo bien y lo que debo mejorar”* (Paciente 10).

Otros manifestaron expectativas de cómo les hubiese gustado que fuera la devolución, *“Pensé que iba a ser de tratar el pasado y fue todo lo contrario”* (Paciente 9), *“Que conectara mi pasado con hoy”* (Paciente 9). También el deseo de clarificar aspectos sobre

los focos de trabajo y el proceso de terapia: *“En lo que hay que trabajar, mostrar dónde es bueno trabajar”* (Paciente 6), *“Como poner más foco de trabajo, y que hay que trabajar día a día”* (Paciente 6), *“Me gustaría saber el tiempo exacto del proceso”* (Paciente 12).

En este aspecto aparece relación con los resultados obtenidos en el método cuantitativos, en el indicador: *“El terapeuta le ayudó a reordenar sus ideas”*, *“El contenido de lo dicho fue claro para usted”*, *“Hubo cambio de perspectiva de sus dificultades”*, *“La forma de expresarse es clara”*. Respecto al pronóstico cabe señalar que (en lo cuantitativo) ningún terapeuta le habló a su paciente de su pronóstico.

Código: Aumento de la esperanza (P1, P3, P5, P6, P7).

Otro elemento que surgió como un efecto del proceso de devolución, fue el hecho de que éste proceso permitiría un *“aumento de la esperanza”* por parte de los pacientes, esto, en relación a un aumento de la esperanza de mejorar, de sentirse mejor y *“salir adelante”*. Ante esto un paciente indica *“Me dio ánimo de que esto tiene solución”*, *“Tengo la ilusión de que voy a salir adelante”* (Paciente 1) mientras otros indicaron, luego de salir del proceso de devolución, sentirse *“Esperanzada de que las cosas van a cambiar”* (Paciente 5).

Si bien no todos los pacientes reportaron haber sentido un aumento de la esperanza posterior a su proceso de devolución, gran parte de ellos (tanto pacientes de devoluciones bien logradas como mal logradas) lo reportaron como una expectativa asociada al proceso de devolución:

Un paciente indicó *“No me animo ni nada”* (Paciente 3), mientras que el esperaba *“Que me diera animo de que voy a andar mejor”* (Paciente 3) *“Decirme si se arregla de verdad o no el problema”* (Paciente 3) *“Que diera más esperanza”* (Paciente 3). En la misma línea, otro paciente indica que es relevante *“Animar al paciente un poco más”* (Paciente 6) *“Darle esperanzas en lo bueno que hay”* (Paciente 6). Un paciente indica que esto sería relevante ya que *“Uno llega mal y necesita que lo afirmen, lo ayuden”* (Paciente 7).

Al respecto es necesario destacar la importancia declarada por los pacientes tanto en devoluciones bien y mal logradas, que el terapeuta sea quien prodigue la esperanza necesaria para trabajar en un proceso psicoterapéutico.

Resulta novedoso este elemento, puesto que el modelo constructivista cognitivo no se ha detenido a comprender el valor de este refuerzo que puede imprimir el terapeuta en su discurso y que agrega una motivación positiva al trabajo conjunto, con expectativas de ser ayudado por el terapeuta y de poder superar sus problemas.

En la literatura psicológica, aparecen autores que han señalado la esperanza como un factor precursor del cambio, aludiendo a que el paciente llega a terapia en un estado de *desmoralización* (Frankl, 1971, 1982 en Krause y Cols, 2006). Posterior a éste se alude a que el proceso ha de generar una *remoralización*, rehabilitación y levantar sentimientos de competencia en el paciente (Berg y Long, 1996 en Krause et al 2006)

De los elementos encontrados en los resultados cuantitativos, se relaciona con este punto, el indicador que dice: “Le habló de sus habilidades y fortalezas” lo paciente que tuvieron positivo en este ítem, también mostraron el aumento de la esperanza y aumento en la decisión de hacer terapia.

Mahoney (2003) advierte que *“La esperanza no se renueva a si misma de una forma automática y constante”*. En la devolución se debe animar, motivar y devolver la esperanza al paciente, porque necesita de ese fortalecimiento que es en parte subsidiado por la puesta a su servicio por parte del terapeuta, porque *“Afirmar a alguien es esencialmente darle fuerza o reconocer la fuerza que ya tiene”* (Mahoney, 2003, p.53).

Código: Reducción de síntomas (P2, P6).

Un elemento que surgió con menor frecuencia fue el hecho de que la devolución aportaría a una reducción de síntomas por parte de los pacientes, evidenciándose una reducción del malestar. A modo de ejemplo, los pacientes indican *“Mejoré mucho con lo que se me dijo”* (Paciente 2) *“Sentí que voy avanzando”*, mostrando menos ansiedad (Paciente 6).

Al relacionarlo con los resultados de la evaluación cuantitativa, dice relación con el indicador: “La devolución tuvo un efecto emocional o de tensión para usted”. Estos pacientes luego en la entrevista manifestaron lograr mayor tranquilidad y alivio, posterior a la devolución, lo que no necesariamente coincidió con el impacto en el momento de la devolución.

Código: Efecto reflexivo – Movilizador (P4, P6, P8, P10, P11, P12).

Un aspecto central que se buscaría con el proceso terapéutico es generar un efecto reflexivo, es decir, movilizar al paciente. En alusión a esto, los pacientes indican que el proceso de devolución les impactó y desencadenó un proceso de reflexión “*Me dejo pensando*” (Paciente 4) “*Me sorprendió*” (Paciente 4) “*Me hizo mucho sentido*” (Paciente 8) “*Me hizo pensar hartito*” (P8) “*Fue quizá como un despertar de muchas cosas*” (Paciente 12) “*Abrí los ojos*” (Paciente 12).

Esto estaría principalmente relacionado a la novedad del contenido de la devolución, en cuanto a la interpretación de su motivo de consulta y al foco de trabajo “*El problema abarca más de lo que yo creí*” (Paciente 4) “*Me impactó que íbamos a tratar mis inseguridades*” (Paciente 4) “*Lo que recibí me sirvió para reflexionar*” (P6) “*Yo ser protagonista de mi vida, esa frase me dejo pensando hartito*” (P8) “*Me dijo cosas novedosas que me estimularon*” (P8) “*Hubo cosas extrañas pero las sentía*” (Paciente 10). Así, en general este proceso reflexivo estaría asociado a cambios positivos para el paciente “*Fue un despertar que ha generado cambios positivos para mí*” (Paciente 12).

Si bien no todos los pacientes reportaron un efecto reflexivo producto de su proceso de devolución “*No podría decir que me impactó*” (Paciente 11), “*Nada me impactó*” (Paciente 3), se reportó como una expectativa importante la novedad asociada al proceso de devolución: “*Yo creía que me diría algo más, espere algo distinto, o que yo no supiera*” (Paciente 3), “*Que me hubiesen dicho más cosas*” (Paciente 6).

Código: Impacto emocional (P5, P6, P7, P9).

Un efecto reportado por los pacientes sería que la sesión de devolución implicaría cierto Impacto emocional, el cual, según la teoría, sería esperable e incluso positivo. Los pacientes indican “*Me fui entre emocionada y sensible*” (Paciente 5), “*Me emocionó reconocer que algo que creí que estaba bien, ahí me di cuenta de que no*” (Paciente 6).

Sin embargo, habría casos en los que este impacto emocional estaría asociado a devoluciones mal logradas, en los cuales los pacientes indicarían un impacto emocional marcadamente negativo “*Me sentí retado*” (Paciente 7) “*Sentí tristeza, salí mal*” (Paciente 7) “*Salí más serio, antes estaba más alegre*” (Paciente 9) “*Un poco apagado salí*” (Paciente 9).

Los resultados fueron concordantes con la parte cuantitativa del estudio, donde los indicadores de una devolución bien lograda, está “La devolución tuvo un efecto emocional o de tensión para usted”, en ella aparece una asociación significativa entre el impacto emocional y lo bien lograda de la devolución fue considerada por el paciente.

Se evidencia entonces que las devoluciones bien logradas presentaron efecto emocional perturbador, que las devoluciones mal logradas que reportaron efecto emocional, su efecto fue negativo y desbordante. Y aquellas devoluciones mal logradas que no reportaron efecto emocional alguno, también declararon que la devolución no tuvo ningún efecto ni significaron nada en ellos. Por tanto, se puede sugerir que la devolución debe perturbar, no desbordar.

Categoría: Discurso del terapeuta

En esta categoría se agrupan todos aquellos códigos y subcategorías que surgieron desde el discurso del Terapeuta al contestar las preguntas abiertas de la Pauta de autoobservación. Se divide en tres subcategorías: Relación paciente-terapeuta, autoevaluación de la gestión e Impacto de la devolución.

Subcategoría: Relación paciente-terapeuta.

Código: Percepción de la sintonía paciente-terapeuta (T2, T4, T8, T11)

En cuanto a la percepción de la sintonía paciente-terapeuta, la mayor parte de los terapeutas percibió una adecuada sintonía en el espacio terapéutico, tanto en cómo ellos trabajaron acorde a las necesidades del paciente y como éste fue respondiendo y recibiendo la devolución. Cabe mencionar, que estas percepciones no siempre fueron concordantes con las percepciones que los pacientes tuvieron del vínculo. Así, algunos terapeutas indican “*La paciente se mostró bastante receptiva, había conexión*” (Terapeuta 2), “*Sus ojos se pusieron llorosos, sentí su angustia*” (Terapeuta 4). “*No me sentí completamente conectada con la instancia*” (Terapeuta 8), “*Una buena alianza terapéutica que permitía atención y conexión positiva con el paciente*” (Terapeuta 11).

Subcategoría: Autoevaluación de la gestión

Los terapeutas se refirieron a la autoevaluación de la gestión en torno a 2 aspectos: Autopercepción de la gestión global y Autopercepción del estado emocional.

Código: Autopercepción global de la gestión (T1, T5, T7)

Respecto a la autopercepción de la gestión de la devolución, los terapeutas se evaluaron en dos aspectos principales:

Respecto al **contenido**, indicaron “*Sentí que me estaba enfocando en los temas pertinentes y relevantes para el paciente*” (Terapeuta 1) “*Me fue muy útil hacer uso de elementos de su historia y relato para sentirme más segura de lo que planteaba*” (Terapeuta 1) “*Me preocupé de aclarar aquellos puntos que sentí un poco confusos*” (Terapeuta 1). Un terapeuta más inseguro del proceso que llevó a cabo indicó “*Sentía que estaba hablando cosas sin coherencia*” (Terapeuta 5).

Respecto al **ritmo de la devolución**, un terapeuta indica “*De pronto sentí que iba muy rápido*” (Terapeuta 1) “*En algunos momentos sentí que di pausas necesarias*” (Terapeuta 7).

Código: Autopercepción del estado emocional (T1, T2, T3, T5, T6)

Respecto a la autopercepción del estado emocional, la mayor parte de los terapeutas aludieron a dos estados principales: el sentirse seguros y cómodos, el estar ansiosos o inseguros. Los que reportaron sentirse cómodos y/o seguros emocionalmente en el proceso de devolución “*Me sentí cómoda al iniciar la devolución*” (Terapeuta 1) “*Me sentí cómoda*” (Terapeuta 2), “*No tuve dudas*”(Terapeuta 2), “*Se me hizo fácil entregar mi apreciación clínica*”(Terapeuta 6)

Sin embargo, algunos terapeutas reportaron cierta ansiedad e inseguridad en algún momento de la devolución, lo cual dificultó en distinta medida el proceso “*Apareció cierta ansiedad que me hizo un poco más difícil expresar lo que quería decir*” (Terapeuta 1) “*Me sentí nerviosa, no sabía si era acertada mi apreciación como terapeuta*” (Terapeuta 5), “*Mientras hablaba quería ser clara*” (Terapeuta 3)

Subcategoría: Impacto de la devolución.

Código: Percepción del impacto de la devolución (T1, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T11, T12)

Respecto a la percepción del impacto que tuvo la devolución en los pacientes, los terapeutas reportaron tanto impactos movilizadores y no movilizadores. Cabe mencionar que no todas estas percepciones fueron concordantes con la percepción por parte de los pacientes respecto al impacto que dicha devolución tuvo para ellos.

Entre los terapeutas que reportaron un impacto positivo, algunos terapeutas reportaron un **impacto reflexivo** “*Lo observé bastante pensativo durante mi exposición*” (Terapeuta 1) “*Creo que todo lo que dije le hizo sentido*” (Terapeuta 1) “*Siento que le hacía sentido lo dicho*” (Terapeuta 8) “*Creo que se quedó pensativo*” (Terapeuta 9). Por otro lado, algunos

terapeutas reportaron un **refuerzo de las propias ideas del paciente**: “*Creo que la paciente sintió que la apreciación era correcta*” (Terapeuta 6) “*Creo que la paciente estuvo de acuerdo con la propuesta de trabajo*” (Terapeuta 8). Otros, reportaron percibir un **efecto clarificador** para el paciente, por ejemplo, un terapeuta indica “*Me dio la impresión de que fue una devolución comprensiva y clarificadora*” (Terapeuta 11).

Entre aquellos que reportaron impactos más negativos o neutros, algunos terapeutas indicaron percibir que el **impacto fue demasiado perturbador** para los pacientes, por la forma en la que fue llevada la devolución, por ejemplo, un terapeuta indica “*Sentí que no se esperó todo lo que le dije ni cómo se lo dije*” (Terapeuta 7). Por otro lado, algunos pacientes percibieron un **impacto neutro**, percibiendo el proceso de devolución como demasiado pasivo o poco movilizante: “*Siento que no lo perturbé como debería hacerlo*” (Terapeuta 8) “*Creo que acoge la devolución sin embargo no la convence la explicación propuesta*” (Terapeuta 12).

Categoría: Discurso del observador

En esta categoría se agrupan todos aquellos códigos y subcategorías que surgieron desde el discurso del Observador al contestar las preguntas abiertas de la Pauta de observación. Se divide en tres subcategorías: Relación paciente-terapeuta, evaluación de la gestión, e Impacto de la devolución.

Subcategoría: Relación paciente-terapeuta

Código: Percepción de la sintonía paciente-terapeuta (O1, O5, O7, O9)

En parte de los procesos el observador apreció una adecuada alianza y sintonía terapéutica, a las que se refirió como: “*Se ven acoplados*” (Observador 9) “*La terapeuta se muestra interesada y atenta*” (Observador 1) “*La alianza parece buena, el paciente se muestra participativo, colaborador, confiado*” (Observador 5). Sin embargo, en procesos más difíciles, el observador reportó no sólo una falta de sintonía, sino que esta falta afectaría

directamente al contenido y el impacto de devolución, por ejemplo, en el proceso 7: “ *No hay conexión, no están en sintonía afectiva paciente-terapeuta*” “*Creo que la forma de realizar la devolución no está acorde con lo que el paciente está preparado para recibir*” (Observador 7) “*El contenido de lo dicho me parece que supera las capacidades del paciente de recibirlo*” (Observador 7). Las percepciones marcadamente negativas de los procesos fueron concordantes con las percepciones de los pacientes respecto al proceso. No así con la percepción del terapeuta en las devoluciones mal logradas.

Código: Percepción de la validación hacia el terapeuta (O2, O4, O11)

Las alusiones por parte del Observador respecto de la percepción de la validación hacia el terapeuta por parte del paciente fueron escasas, ya que en general los comentarios desde el observador apuntaron a la gestión de la devolución y el impacto de esta. Sin embargo, entre los comentarios que se pudieron rescatar por parte del observador, se reporta, en las devoluciones bien logradas, una validación del terapeuta como otro seguro, un espacio de escucha en la cual las propuestas son bien recepcionadas “*La paciente valida el espacio de escucha*” (Observador 2) “*El terapeuta se percibe seguro, acogedor*” (Observador 11) “*Aparentemente la paciente acepta la propuesta de la terapeuta*” (Observador 4). Si bien se puede entender que en los procesos mal logrados no existió una validación positiva hacia el terapeuta, los comentarios que se encontraron en dichos procesos por parte del observador apuntaron a otros elementos anteriormente indicados.

Subcategoría: Evaluación de la gestión

En esta categoría se agruparon las alusiones por parte del observador respecto a la evaluación de la gestión del terapeuta en el proceso de devolución. La gestión se evaluó en tres contenidos principalmente: según el contenido utilizado y según el lenguaje utilizado.

Código: Según el contenido utilizado (O2, O5)

Los comentarios por parte del observador respecto al contenido se enfocaron principalmente en las falencias de contenido de la devolución realizada: *“Le faltó abordar otros temas presentes en forma solapada en el discurso” (Observador 2) “Debió explicitar más” (Observador 2) “Faltó incluir áreas personales” (Observador 2)*. Así mismo, una falencia importante que se detectó por parte del observador fue la extensión de la devolución, tanto en tiempo como contenido implicado *“Entrega una devolución corta” (Observador 2) “La devolución pareció corta, con un solo foco de trabajo, algo corta y poco significativa” (Observador 5)*.

Código: Según el lenguaje utilizado (O1, O8, O9)

Respecto al lenguaje utilizado en la devolución, si bien se presentan comentarios positivos respecto a los procesos, como por ejemplo *“La terapeuta hace buen uso de los silencios y pausas” (Observador 9)*; la mayor parte de los comentarios del observador hacen alusión a aspectos mejorables respecto al lenguaje y entonación del proceso: *“La terapeuta tiene voz temblorosa, con entonación baja, de a poco se recupera y se afirma en su gestión” (Observador 8) “Lenguaje plano, pocas inflexiones de voz” (Observador 1) “La devolución tiende a enlentecerse” (Observador 1) “Algo monótono” (Observador 1)*.

Subcategoría: Impacto de la devolución

Código: Percepción del impacto de la devolución (O2, O3, O4, O5, O7, O9, O10, O11, O12)

En las devoluciones que se percibió un impacto positivo, es decir, en las que se percibe cierto grado de perturbación y movilización en el paciente, el observador reporta un **efecto reflexivo** de la devolución *“Logra movilizar al paciente” (Observador 9) “La paciente se muestra interesada, responde ‘me hace mucho sentido todo esto’ (Observador 11)*.

En las devoluciones en las que se percibió un impacto neutro de la devolución, el observador indica *“No se aprecia mayor efecto en el paciente durante la devolución”* (Observador 3) *“La devolución no es muy potente”* (Observador 10) *“No parece que la devolución cause mayor conmoción”* (Observador 12), *“La paciente no parece impactarse ni emocionarse en ningún momento”* (Observador 12). Así, ante devoluciones neutras el observador considera *“Podría haber dejado a la paciente con una idea que le quedara girando”* (Observador 2).

En algunos casos, el observador reportó un impacto negativo, en los cuales la devolución podría haber dificultado el proceso terapéutico *“La paciente se muestra perturbada, indica no saber por dónde empezar”* (Observador 4) *“La paciente aparenta estar algo desconfiada de cómo trabajar”* (Observador 5) *“Se muestra resistente a asumir un proceso, indica “Venir, hasta eso me cuesta, ando tan cansada”* (Observador 5)

Dentro de las devoluciones mal logradas, aparece la percepción acorde en 3 de un total de 4 de ellas *“El paciente se muestra interesado, no impresiona sorprendido”* (Observador 9), *“No se aprecia mayor efecto en el paciente durante la devolución”* (Observador 3)

Destaca acá la claridad con que evalúa el efecto negativo que tuvo la devolución en el proceso 7: *“Al parecer el terapeuta no considera o no se da cuenta del efecto que está produciendo en el paciente”, “El paciente se ve defensivo, angustiado, molesto”, “Creo que el paciente no querrá continuar la terapia”, “Siento que el paciente está temeroso, que se siente sobre exigido o amenazado”* (Observador 7).

SÍNTESIS CONCEPTUAL Y PRÁCTICA PARA TERAPEUTAS EN FORMACIÓN

La mayor riqueza conceptual respecto a los elementos de experiencia de la devolución, ya sea en tanto a lo que genera, lo que se espera de ella y los elementos que la componen, provienen del paciente (en relación tanto a los resultados cuantitativos como cualitativos), lo que permite aseverar que la Devolución se explica fundamentalmente desde el paciente, lo que nos plantea que las respuestas de qué, cómo cuándo, cuánto, Para qué, están supeditados al QUIÉN; por lo tanto cualquier protocolo o guía sobre cómo llevar a cabo una devolución y los elementos a incorporar en ella, deben estar contruidos según características particulares del paciente que se trate.

Por lo anterior, se sugiere que el terapeuta al momento de plantearse la devolución debe evaluar una serie de elementos relacionados con su paciente, en cuanto a necesidades de estos, motivos de consulta, pedido de ayuda, personalidad, sensibilidad, autoestima, características relacionales, momento vital, edad, nivel educacional, red social, familia de origen, creencias, expectativas, nivel de vínculo logrado, etc.

Es imprescindible hacer notar que todos los indicadores predictores de una devolución bien lograda, desde el punto de vista cuantitativo, como de los aspectos relacionados desde el discurso del paciente, en tanto impacto, gestión y relación paciente terapeuta son los mismos señalados como componentes de la alianza terapéutica, por lo que es pertinente plantear que se trata de un acto que refuerza la alianza terapéutica.

La validación desde la perspectiva del paciente, aparece en tres aspectos, el primero es que el paciente valide a su terapeuta como otro confiable, capaz de ayudarlo; la segunda es la validación que el paciente supone le es conferida por su terapeuta como otro capaz de superar sus problemas y cambiar las condiciones que lo afligen, y por último necesita validar la relación la cual se relaciona con la idea de que está en un espacio protegido, de confianza, donde no será juzgado, sintiendo que él y su terapeuta están en sintonía, lo que implica que hay un espacio intersubjetivo nutricional para el trabajo psicoterapéutico conjunto;

como señala artísticamente Mahoney, que la psicoterapia se transforma en una enérgica danza íntima y emocional entre sus participantes (Mahoney, 2003).

El sentido personal se entenderá como aquel elemento de la identidad personal, que le permite tener una noción de sí mismo como un sujeto único, continuo y permanente en el tiempo (Vergara, 2011). Por tanto, se podría hipotetizar que el efecto de sentido correspondería a aquellos elementos captados a través de la comunicación con el terapeuta que el paciente reconoce como propios, mediante operaciones cognitivas, hay una correspondencia en tanto eso que se ha dicho pertenece a mi ser. Cuando los pacientes declaran “Me hace sentido” o “esto tiene sentido para mi” están aludiendo a algo de lo dicho, es coherente con su identidad personal, relacionado consigo mismos (sin tanto componente explicativo), el concepto alude a que hay una noción de correspondencia de eso que recibe, le pertenece.

En el presente estudio, el efecto de sentido fue evidenciado dentro del impacto de la devolución, contenido principalmente en el código Efecto reflexivo – Movilizador; donde en las declaraciones los pacientes aludían a algo que les pertenece a si mismos, a su identidad, algunos pacientes expresaron literalmente “Me hizo sentido”

El significado personal, es el elemento de la identidad personal que le otorga dinamismo y posibilidades de evolución. Se refiere a las formas de interpretación de las vivencias del sujeto, que se van construyendo y reconstruyendo en las dinámicas sociales, según los recursos cognitivos y emocionales de éste. Dado que, se lleva a cabo en el ámbito social en donde, los intercambios constantes con el medio le otorgan flexibilidad, cambio y por ende, complejidad a la identidad personal (Vergara, 2011).

Cuando el paciente alude a que aumenta su comprensión y entendimiento más en concreto de una temática, alude a “eso que significa algo en particular para mí”, tiene relación con las ideas de aclarar, ponerle nombre, explicación de lo que le pasa, y principalmente comprender o recomprender las cosas de otra manera. Por el efecto de significado, el paciente adquiere, complejiza y robustece el entendimiento, juicio, conciencia discernimiento con carácter explicativo y sobretodo comprensivo de si.

Contenidos de la devolución (el QUÉ).

Es importante recordar que el paciente ha esperado este momento, que equivaldría al ¿Qué tengo? Para el modelo médico. Es muy probable que en la fantasía del paciente esté el deseo de que su terapeuta le dé un diagnóstico, donde pueda externalizar el problema y le prescriba el qué hacer para mejorarse o resolver sus problemas, en este caso no esperará fármacos, pero sí quizás alguna técnica que funcione y lo libere de su padecer o que sea el terapeuta le diga cómo actuar y que hacer frente a sus conflictos. No debemos olvidar que Guidano nos previene de dos cosas: la primera es no escondernos tras las técnicas como único instrumento válido para tratar a un paciente y, por otra parte, el paciente debe apropiarse de su problema, solo así se podrá intervenir adecuadamente (Guidano, 2001).

El terapeuta teniendo una hipótesis tentativa de quién es su paciente, debe comunicar su juicio clínico sobre el motivo de consulta, los problemas y condiciones que debieran abordarse durante el proceso; para realizarlo, debe este hacer mención a la historia del paciente, relacionando esta con lo que le pasa en la actualidad, y el motivo de consulta sin profundizar en ningún tema. El paciente debe sentir que eso que se le comunica tiene directa relación consigo, es decir debe tener un *efecto clarificador*, que asocie, explique e integre el Quién, con el síntoma y /o el problema, ser un acuerdo racional y lógico, pero además un acto emocional con *efecto de sentido*.

El terapeuta debe entregar una *propuesta de trabajo*; con objetivos y metas las que deben acordarse conjuntamente; esta ha de ser una propuesta novedosa y desafiante que implique un proyecto conjunto. Lo que implica transmitir el deseo de unirse al paciente en un proceso exploratorio para el cambio, que pretende poner a prueba o trascender las limitaciones de la visión que éste tiene del mundo (Neymeyer, 1998).

Esto es importante, porque permite por una parte llevar una senda de trabajo y no intervenir sesión a sesión con el material que trae el paciente, y que ambos persigan un destino común. Al respecto Guidano plantea que, si uno como terapeuta trabaja con lo que el paciente trae, aunque no se note, quién conduce la sesión es el paciente, no el terapeuta, pudiendo convertirse cada sesión en algo inconexo sesión a sesión, al momento y como

venga (Guidano, 2001). Lo anterior no implica un recorrido pre establecido de la sesión ni mucho menos, porque lo que trae sesión a sesión el paciente debe ser abordado y acogido, pero sin perder el norte trazado con objetivos y metas mutuamente decididas.

Los contenidos de la devolución deben *propiciar la reflexión*, esto es abrir un horizonte de posibilidades para el paciente, no se trata de encontrar las respuestas a lo que hay que hacer o cambiar, debe haber cierta ambigüedad, no como defecto, sino como condición de trabajo, que permita resignificar aspectos de su historia.

De acuerdo con ésta investigación, dentro de aquellos contenidos que son predictores de una devolución bien lograda, destaca la importancia de que el terapeuta se maneje con la historia personal de su paciente y la utilice durante la devolución, relacionando datos de su historia personal con el problema actual; que sea capaz de levantar una idea novedosa para el paciente, también aparece relevante el que el terapeuta le hable de sus fortalezas y habilidades, en un diálogo que *abra un camino de esperanza*, que movilice la voluntad de trabajar en conjunto, no solo mediante reconocer y confirmar la decisión del paciente de hacer psicoterapia, sino explicitando los recursos del paciente, que el terapeuta reconoce y valora. Es pertinente declarar aquellas ideas y pensamientos del paciente con las cuales se concuerda y las que le generarían un sentimiento de saber de si y de ser capaz de cambiar aquello que reconoce como problema, esto redundaría en la remoralización del paciente y probablemente a la disminución de la sintomatología.

La forma de entregar los contenidos (el Cómo).

Cualquier QUÉ se puede decir si se sabe CÓMO, en esta investigación se observó que los terapeutas con mayor experiencia, daban devoluciones con contenidos más potentes con mayor impacto en el paciente y sin amenazar el vínculo.

La teoría propone que durante la devolución el terapeuta debe estar atento a lo que el paciente refiere, sobre todo en el lenguaje ilocutivo, dado que quién más habla en este momento del proceso es el terapeuta, pero esto no debe confundir, puesto que “en silencio” el paciente responde, le pasan cosas, devuelve algo que debe ser captado, así nos previene

Yáñez (2015), cuándo nos dice que en éste momento hay que tener “*Especial atención de la dimensión hablante oyente simultáneo*”. A través de los aspectos no verbales o ilocutivos, se logra ese acople como lo refiere Mahoney: “Una preciosa experiencia de coordinación y validación experiencial en sus formas más íntimas y elegantes” (Mahoney, 2003).

La manera de entregar los contenidos debe *propiciar el contacto emocional*, para ello el terapeuta no resguardará el equilibrio emocional de paciente, más bien estará atento a él. Se sugiere como parte de los hallazgos de esta investigación que el paciente debe irse perturbado, conmovido y movilizado hacia la reflexión de los contenidos entregados, no desbordado por ellos. Para propiciar el contacto emocional el terapeuta debe haber trabajado el vínculo con su paciente, este debe sentirlo seguro y de confianza, solo así se atreverá a contactarse con sus emociones y expresarlas, sin amenazar la alianza (Caputto, 2015).

En este estudio se vio la estrecha relación entre en impacto emocional y una devolución bien lograda, por lo que se puede plantear que la devolución “*Debe tocar la carne del paciente*” (A. Zagmutt, comunicación personal, 2016)

Es muy importante la *Sintonía con el paciente*, una empatía sincrónica, correspondiente a un acople particular, en ritmo, clima, complementariedad emocional, en un lenguaje único compartido, donde el acople interpersonal sea sentido por el paciente y donde el terapeuta se constituya como un otro significativo y confiable, estableciéndose así la interafectividad vincular. Para lograrlo el terapeuta debe estar situado con su paciente, intentando comprender y ser comprendido en un lenguaje común. Han de evitarse distractores o factores que lo alejen de la experiencia con su paciente, como sería distraerse en evaluar su propia gestión por ansiedad de rendimiento, pensar en sus problemas personales o evitando que el paciente se conmocione no permitiendo que se contacte con emociones negativas.

La forma de entregar los contenidos requiere de una adecuación contextual del terapeuta al actuar, en cuanto sabe qué hacer, decir o callar, realizar una intervención o permitir la libre

divagación del paciente; por tanto, en la devolución, deben permitirse los silencios movilizados (Yáñez, 2015).

Si bien es cierto que, durante la devolución, es el terapeuta quién habla en su mayoría, este acto pertenece a un diálogo en el sentido constructivo, ya que se trata de un proceso abierto y emergente, en el que los participantes se enriquecen mutuamente, para ello no debemos olvidar que el paciente responde también desde un lenguaje no verbal a lo que recibe de su terapeuta. El diálogo es algo más que un intercambio de palabras, más que un hablar de cosas, elicitando dificultades o la negociación para llegar a acuerdos (Mahoney, 2003).

Se sugiere utilizar un *lenguaje propositivo y no instruccional*, más allá de lo que se le diga al paciente, el terapeuta debe considerar su decir, no como una verdad absoluta, así debe poder transmitirlo al paciente, señalando el carácter hipotético de su juicio. Kelly nos previene señalando que: “El psicólogo funciona mejor cuando habla el lenguaje de las hipótesis que cuando impone certidumbres” (Kelly, 1969 citado en Botella, L.; Feixas, G. 1998).

El *lenguaje al ser hipotético* da espacio al paciente para que el los *reafirme, los cuestione, los refute, o reconfigure* puesto que el paciente “Es el experto en sí mismo”. Si tuviera el carácter de “verdad demostrada”, paralizaría las posibilidades del paciente y su protagonismo en el proceso terapéutico. La refutación, no debe ser entendida como un simple rechazo, sino como un razonamiento, de tal naturaleza que cuestiona la veracidad de lo dicho (Raffin, 2009). En ese mismo acto refutatorio, podría iniciarse un emerger del cambio, mediante el acto reflexivo engendrado.

Argumentar la devolución, es decir que tenga una intensión clarificadora, que contribuya a la comprensión por parte del paciente. La argumentación no es una demostración, puesto que ésta nunca se hace sobre cuestiones que pueden ser resueltas a través de procesos indiscutibles, si no sobre asuntos que pueden ser sometidos a una discusión razonable. Una argumentación jamás constriñe, a diferencia de la demostración (Raffin, 2009). Por ello se sugiere dar ejemplos, relacionar episodios de la historia del paciente, aclarar aspectos e integrarlos con la sintomatología.

Evitar lo vago, ya que lo vago no aclara, no moviliza, tampoco dan la posibilidad de refutación, porque no puede ser comprendido. El despliegue comunicativo del terapeuta debe generar *Asombro, novedad*; desde el punto de vista filosófico, el asombro interrumpe el curso natural de la vida y nos constriñe a suspender la acción, abriendo un inmenso campo para la reflexión.

Generar asombro y novedad durante la devolución, es una manera de movilizar al paciente hacia el acto reflexivo, hacia la búsqueda de significados, a mirar su historia y a avanzar en su evolución vital. El asombro puede ser visto como Ipseidad, en el sentido que lo Ipse o desconocido nos impacta por su desconocida naturaleza, aparece la inquietud, entendida como ausencia de reposo. Así es como cuando algo extraño tiene lugar, se despierta la necesidad de conocimiento; la imposibilidad de comprender e integrar despierta la búsqueda de comprensión, la tensión y emociones asociadas al asombro proporcionarán la energía y el impulso necesario para poner en movimiento el proceso.

Evitar lo críptico, es decir, aquellos conceptos técnicos o rebuscados, excepto aquellos que se justifiquen y sean del dominio del paciente. Usar lenguaje con coordinación de dominios lingüísticos del paciente, haciendo uso del potencial del acto del habla conjunta, utilizando una cadencia comunicativa, lenta y reiterativa de algunos conceptos centrales, para lograr el entendimiento mutuo (Yáñez, 2015). Dentro de esta idea, se agrega la necesidad de adaptarse a la realidad y el lenguaje del paciente, lo dicho debe ser concordante con el nivel de instrucción del paciente, la forma de hablar de éste, y hasta las capacidades cognitivas de abstracción y concreción. Cave aquí señalar que la lengua materna mediatiza siempre nuestra visión de mundo. No es un mero instrumento de comunicación y expresión, sino que es una parte constitutiva de lo que somos, la parte que teje nuestra relación con el mundo como afirma Ruffin: “La lengua piensa y nosotros heredamos” ...Es decir que la lengua estructura nuestra representación de lo real. Para Gadamer; la lengua encarna más bien la interpretación previa y global del mundo.

Al momento de aprender la lengua materna, el mundo se articula para nosotros, esto no constituye un extravío sino una apertura a los significados (En Gadamer “La filosofía

hermenéutica). Siguiendo con lo anterior, no existiría una mirada “virgen” carente de una expectativa previa, sin presupuestos arraigados a la base del insertarse en el mundo de los significados, el terapeuta debe procurar un acercamiento hacia esa lengua que le es propia al paciente.

Para Watzlawick, Es beneficioso usar el lenguaje del paciente tanto en el sentido metafórico como lineal. El uso de ciertas palabras, revela las modalidades de sentido con que las personas afrontan primariamente al mundo; existen “tipos de expresión visual”, otros a través de sus “sensaciones corpóreas”, donde estas modalidades de concepción se expresan también en el lenguaje cotidiano del interesado, mediante un: “no lo veo claro”, “se me abrieron los ojos” o describen una foto; los de lenguaje propioceptivo o cinestésicos pueden decirnos algo como: “ sentí un calosfrío”, “se me apretó todo el pecho” (Watzlawick, 1977).

De acuerdo con el presente estudio, se puede afirmar que, el decir del terapeuta, debe ser considerado por el paciente como seguro y confiado, dando la sensación de estar con un experto en salud mental, eso le genera seguridad de que está frente a alguien que puede ayudarlo.

En síntesis, se puede afirmar que el cómo (Acompañado al qué) debe pretender lograr efecto de sentido y de significado, lograr la validación de paciente-terapeuta en sus tres aspectos, para que tenga como función principal, el fortaleces la alianza terapéutica.

El momento de realizarla (El cuándo).

El momento cronológico o más bien temporal de la devolución se establece en la 3ra o 4ta sesión, dependiendo de la apreciación del terapeuta, respecto a qué tan preparado se encuentre respecto a lo que sabe y comprende de su paciente. El momento como un estar preparado para, supone que el terapeuta se encuentre en condiciones de realizar una devolución significativa para su paciente. Frente a esto planteo que debe realizarse cuando

éste crea que comprende en parte o de manera general, la problemática que aflige a su paciente y la forma de ser de éste. No cuándo crea tener la explicación de lo que le ocurre.

Así lo señala Mahoney al plantear que si no conocemos los patrones con los que los individuos ordenan sus realidades, no vamos a poder entender su necesidad de ayuda. Él propone que los contextos con los que un individuo ordena su experiencia, es una meta prometedora para la psicoterapia, porque somos capaces de cambiar algunos de nuestros marcos referenciales, por tanto, los significados que le damos a las cosas (Mahoney; 1988)

Para Dilthey la explicación pertenece a las ciencias naturales, mientras que la comprensión es específica de la ciencia del espíritu, es decir de la ciencia del hombre. Comprender supone una aprehensión global, intuitiva y sintáctica. Comprendemos cuando somos capaces de visualizar la totalidad y sustraer su significado. La explicación supone un distanciamiento con el objeto, en tanto la comprensión es el acto mediante el cual podemos descifrar el sentido del mundo que nos rodea. Cuando señalo comprender por parte del terapeuta, no quiere decir que se tenga todo sabido ni mucho menos, si no que ha logrado una forma de concebir y aproximarse al mundo del paciente, siempre preliminar y sujeta a cambios del devenir del proceso, desde donde intentará desplegar su intervención. Para explicar mejor este punto, es pertinente citar a Hanna Arendt: “Comprender es una actividad sin fin, por la cual nos ajustamos a la realidad, nos reconciamos con ella y nos esforzamos por estar de acuerdo con el mundo” Es decir podemos de algún modo comprender el particular mundo del paciente, lo suficiente como para hacerle la propuesta terapéutica (Raffin, 2009).

Qué decir y que no decir (El cuánto).

Por lo vertido en este estudio es plausible proponer que se debe decir tanto como para perturbar al paciente y tan poco como para no desbordarlo o crearle más emociones negativas de las que pueda soportar en ese momento; para lograrlo ha de haber un vínculo seguro, el terapeuta debe estar *en sintonía con su paciente* y alerta a la comunicación y del

emergente interpersonal. Es imprescindible que lo que se le diga al paciente debe ser sobre él, lo que significa que el terapeuta no entregará contenido propio ni moral, ni de su visión de mundo ni con el objetivo de que el paciente actúe como éste haya determinado que es lo mejor. Se hace necesario prevenir a los terapeutas en formación, que eviten el furor curandis, la falsa idea que saben más de su paciente que éste o que conocen del todo su problema y lo que debe hacer para resolverlo. El terapeuta debe abstenerse de interpretar a partir de sí mismo, con una teoría rígida, sino más bien olvidarse ahí de la teoría.

El terapeuta debe tomar conciencia que en la tercera sesión tiene una idea vaga y general de su paciente, sobre esto debe plantear su propuesta de trabajo y búsqueda de una interpretación compartida de la experiencia vivida por el paciente, es decir, una co-interpretación que solo tiene valor si el otro la acepta.

Es necesario volver a plantear que la devolución ha de ser precisa y concisa, además si se considera que se realiza en la tercera sesión, el contenido que se debe devolver no necesita ser extenso, sino contundente, sintético de ordenamiento que le permita tener mayor comprensión al paciente de lo que le está sucediendo.

Las razones de hacer devolución (Para qué)

La principal razón es que la devolución es un acto clínico que *fortalece la alianza terapéutica* y *crea condiciones para el cambio*. Estas dos potentes razones se sustentan en que la devolución tiene Efecto de sentido y significado, los que serían el resultado del impacto provocado por la devolución, en donde lo dicho por el terapeuta y lo elaborado por el propio paciente encuentran un lugar de apropiación en la experiencia de éste. Esta afirmación se sustenta en que todos los indicadores que aparecen como consistentes en las devoluciones bien logradas están pesquisadas en otras investigaciones como componentes que fortalecen la alianza terapéutica y crean condiciones para el cambio, tanto los correspondientes a las variables inespecíficas de la relación y del terapeuta.

Por tanto y según lo arrojado en el presente estudio, la devolución tiene impactos positivos en el paciente porque contribuye a combatir la desesperanza, permite la aceptación de recibir ayuda, compromete al paciente en su proceso, estimula el deseo de cambio, refuerza aspectos positivos y adaptativos al reconocer sus logros, devuelve una imagen más clara, integrada y coherente de sí mismo, de su historia y el motivo de consulta, refuerza sus propias ideas, lo que aumenta a su vez la sensación de ser capaz de lograr sus metas, permite un ordenamiento y clarificación de lo que le ocurre, facilita un proceso reflexivo y comprensivo, la reducción de síntomas principalmente la ansiedad y tristeza. Además, el paciente valida a su terapeuta y a sí mismo como dos agentes comprometidos en sintonía emocional, con una base de alianza, con un objetivo de trabajo y con una complicidad interpersonal que profundiza las bases del vínculo necesarias para el cambio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio tuvo por objeto comprender los elementos e implicancias de la devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador; en éste se analizó un total de 12 procesos psicoterapéuticos.

De todos los invitados a participar hubo un terapeuta que se negó a ser filmado y a completar la encuesta correspondiente, el resto de ellos fue muy colaborador al igual que sus pacientes. Fueron considerados 8 procesos con devoluciones bien logradas, debido a la amplia aceptación y los efectos positivos declarados por los pacientes de dicho acto clínico, hubo 4 procesos donde las devoluciones fueron mal logradas. Se consideró una devolución mal lograda, a aquella en donde el paciente declara que No le sirvió de nada, o le fue perjudicial. De las devoluciones mal logradas, en 3 de ellas los pacientes declararon que no tuvieron efecto alguno y uno de ellos asegura que le generó solo efectos negativos. Del total de procesos, continuaron en sesión (al menos hasta la sesión N° 7) un total de 11, solo en uno de los procesos mal logrados, el paciente pide cambio de terapeuta o de lo contrario abandonaría la terapia. De las devoluciones mal logradas, continuaron en proceso 3 de ellas, coincidentes con aquellos pacientes que declararon que la devolución no les afectó en nada o no la recuerdan, por lo que se podría plantear que una devolución mal lograda sin efectos negativos no es determinante para la ruptura del vínculo, ya que este comienza a gestarse desde el primer encuentro.

Con respecto al primer objetivo específico *“Identificar los aspectos de la devolución (de forma y contenido), que los pacientes resaltaron como importantes”*, los pacientes relevaron tres aspectos centrales sobre la devolución: la relación paciente-terapeuta, evaluación de la gestión de la devolución, e impacto de la devolución. Respecto de la **relación paciente-terapeuta**, los pacientes se enfocaron en dos elementos, uno, la percepción de la sintonía paciente-terapeuta, en la cual se destacó como crucial el sentirse en sintonía emocional con el terapeuta, y otro, más amplio, la validación de la relación, del paciente y del terapeuta, respecto a lo cual el paciente necesita sentir que su terapeuta confía en él, como otro capaz de superar sus conflictos, la validación que el paciente hace

de su terapeuta como otro capaz de ayudarlo y por último la validación que el paciente hace de la relación al sentirla un vínculo seguro y de confianza. Respecto de la **evaluación de la gestión**, el paciente se refirió a dos aspectos principales: el contenido utilizado y el tiempo de la devolución. En cuanto al contenido, si bien se reportaron algunos casos satisfechos con el contenido abordado en la devolución, fueron regulares las alusiones a sugerencias o expectativas sobre el contenido utilizado, principalmente sobre incorporar aspecto de la historia personal, hacer énfasis en el motivo de consulta, y en el plan de trabajo con metas y objetivos, e incorporar elementos novedosos para el paciente. En cuanto al tiempo, los pacientes la mayoría de ellos señaló que les pareció muy corta y que les gustaría que ésta fuera más larga y completa. El promedio de duración de las devoluciones fue de 9.6 minutos. Respecto del **impacto** de la devolución, este fue el aspecto que arrojó mayor riqueza de contenido desde el discurso del paciente, identificándose siete tipos de impacto, que generaría la devolución, los cuales se detallarán en función del segundo objetivo específico.

Con respecto al segundo objetivo específico *“Describir el impacto reportado por el paciente, en las devoluciones bien y mal logradas”*, los pacientes reportaron los siguientes: (i) Legitimación de las ideas del paciente, dado que se genera un refuerzo de sus ideas, con la sensación de que comprende lo que le ocurre y a la vez la idea que el terapeuta comparte sus creencias. Este impacto no está descrito en la teoría, sin embargo se desprende de la idea de que el paciente es un experto en si mismo; (ii) Refuerzo de la idea de hacer psicoterapia, porque aumenta la confianza en el proceso psicoterapéutico, se refuerza la decisión de buscar ayuda profesional y aumenta su compromiso con el proceso; destaca que en la devoluciones mal logradas aparece una desmotivación de hacer psicoterapia; (iii) Reconocer la necesidad de ayuda, los pacientes que declaran no haber estado muy seguros de realizar el proceso, manifiestan que la devolución les permitirían darse cuenta de que necesita ayuda y que no puede hacerlo solo; (iv) Clarificación del paciente, este impacto da cuenta de dos aspectos, lo relacionado al motivo de consulta y el problema que lo aqueja, como al proceso psicoterapéutico al que se enfrenta. Respecto a las expectativas que se reportaron en los casos mal logrados, también se aludió a la necesidad de clarificación,

tanto respecto al motivo de consulta como lo referente al trabajo terapéutico; (v) Aumento de la esperanza, la que se refiere a que la devolución permitiría creer que las cosas van a cambiar, que el paciente podrá superar sus problemas; aquellos pacientes que no reportaron aumento de la esperanza, producto de la devolución, aludieron a ella, destacándola como una expectativa importante; en el modelo constructivista cognitivo, no ha sido considerado este punto como relevante y es muy importante para reforzar y mejorar el proceso; (vi) Reducción de síntomas, los pacientes reportaron sensaciones de alivio, mayor tranquilidad y reducción de su malestar. Este elemento no surgió con mucha frecuencia como los anteriores; (vii) Efecto reflexivo movilizador, en este el paciente describe que este efecto comienza en el box y continua fuera de este, se alude también a la novedad de lo dicho, genera una perturbación, un cambio de perspectiva que lo moviliza en torno a su motivo de consulta y los focos de trabajo. En las devoluciones mal logradas no aparece este impacto, pero si fue mencionado en las expectativas respecto de lo que esperaban; (viii) Impacto emocional, en general este impacto es esperable y descrito por los pacientes, que dan cuenta del efecto perturbador, sin embargo cuando la emocionalidad es intensa y negativa, tiene efectos desbordantes lo que amenaza la permanencia del paciente en psicoterapia, por lo que se puede concluir que el impacto emocional debe ser perturbador, no desbordante.

Considerando el tercer objetivo específico *“Identificar los aspectos de la devolución que los terapeutas resaltaron como relevantes”*, los terapeutas identificaron tres: relación paciente-terapeuta, autoevaluación de la gestión e impacto de la devolución. En función a la **relación paciente-terapeuta**, los terapeutas señalaron solo lo referente a la sintonía paciente-terapeuta, en la cual se percibió que una buena sintonía, permitía atención y conexión positiva con el paciente, la mayor parte de los terapeutas señaló haber identificado tener una buena sintonía con su paciente. Respecto a la **autoevaluación de la gestión**, los terapeutas se refirieron a dos aspectos: autopercepción global de la gestión y autopercepción del estado emocional. (i) Autopercepción global de la gestión, se evaluó tanto el contenido como el ritmo de la devolución, (ii) Autopercepción del estado emocional, los terapeutas reportaron como se sintieron durante la devolución, ellos mencionaron sentirse seguros o cómodos, no seguros, y ansiosos principalmente. En cuanto

al **impacto** de la devolución, los terapeutas identificaron, tres tipos de impacto en sus pacientes: impacto reflexivo, refuerzo de las propias ideas de los pacientes, e impacto clarificador. A su vez identificaron para aquellas devoluciones mal logradas, un impacto reflexivo demasiado perturbador o un impacto reflexivo neutro.

Con respecto al objetivo específico cuarto “*Describir las percepciones del observador no participante con relación a los aspectos que surgieron como relevantes sobre la devolución clínica*”, el observador identificó tres elementos principales: relación paciente-terapeuta, evaluación de la gestión e impacto de la devolución. Con respecto a la **relación paciente-terapeuta**, el observador identificó dos elementos: (i) percepción de la sintonía paciente – terapeuta y (ii) percepción de la validación del terapeuta, en este da cuenta de lo que el observador consideró que el paciente validaba a su terapeuta como otro que puede ayudarlo. Con respecto a la **evaluación de la gestión**, el observador se refirió a dos elementos: (i) el contenido utilizado por el terapeuta, enfocándose principalmente en la carencia de elementos incorporados y la escasa exhaustividad de la devolución; (ii) el lenguaje utilizado por el terapeuta, en la cual se hizo alusión a aspectos positivos y aspectos mejorables del lenguaje paraverbal utilizado por el terapeuta. Respecto **al impacto** de la devolución, destaca el efecto reflexivo de la devolución, en el cual se reportaría el efecto movilizador en el paciente. En los casos mal logrados, se reportó por un lado un impacto neutro, es decir sin mayor efecto en el paciente y por otro, un impacto desbordante que pondría el riesgo el proceso. En el paciente que se reportó un efecto desbordado, se presenció un estado de confusión y no de aclaración como resultado, lo que podría estar refiriéndose a un impacto de clarificación negativo.

Lo correspondiente al objetivo específico quinto “*Identificar los elementos que facilitarían una devolución exitosa*”, los indicadores que surgieron del análisis cuantitativo del instrumento aplicado a los pacientes, indican que son 11 características que aparecen como muy buenos predictores, a saber: que el que el terapeuta sea visto como un experto, que aparezca como seguro de lo que dice, el que el paciente crea que su terapeuta será capaz de ayudarlo, que el terapeuta se maneje con la historia personal del paciente y relacione datos de su historia con lo que le ocurre actualmente, que el terapeuta diga algo novedoso acerca

de la forma de ser su paciente, que haya significado un impacto emocional y de tensión lo dicho por el terapeuta, , que al paciente se le hablara de sus habilidades y fortalezas, que el paciente sienta que se ha fortalecido su idea de hacer terapia, el sentir que tuvo un cambio de perspectiva de sus dificultades, finalmente que la devolución cumpliera con las expectativas del paciente. Estos indicadores se relacionan estrechamente con lo que el apartado cualitativo mostró referente a la validación en sus tres niveles (hacia el terapeuta, del terapeuta hacia el paciente y de la relación), esto aparece ligado a la percepción de sintonía mutua, a la declaración de los pacientes al señalar la importancia de tener esperanzas y sentir que podrá superar sus conflictos, el impacto emocional ligado a la reflexión y a movilización de este y adquirir mayor claridad de lo que le ocurre.

Con respecto al objetivo sexto “*Evaluar la relación existente entre las tres miradas respecto al fenómeno de la devolución clínica*”, se observa discordancia entre las 3 miradas, donde ni el terapeuta ni el observador podrían captar el éxito de la devolución. Contrario a lo que podría esperarse, los terapeutas con devoluciones mal logradas evaluaron de mejor manera la devolución realizada que aquellos terapeutas que hicieron devoluciones bien logradas.

En tanto a lo reportado por el observador no participante de la devolución, se pudo observar que también evaluó de mejor manera las devoluciones mal logradas en comparación a las bien logradas.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado y considerando los resultados cualitativos del presente estudio se podría afirmar que es el paciente el único que puede dar cuenta de lo que le ocurrió con la devolución y si esta fue bien o mal lograda.

Respecto al último objetivo específico “ *Proponer una síntesis conceptual y práctica que guíe al terapeuta constructivista cognitivo para la realización de la devolución* “está en el apartado anterior las propuestas pertinentes.

Se observa en este estudio que algunos elementos relevados por los pacientes como importantes en la devolución, coinciden con aquellos señalados por otros autores como partes de los componentes del cambio y fortalecedores de la alianza terapéutica.

Tanto en los predictores cuantitativos como en los aspectos relevados en el análisis cualitativo aparecen elementos que refieren directamente a los componentes de la alianza terapéutica como la sintonía y la validación, sin embargo, aparecen otros elementos que no apuntan a la relación que son destacados como los correspondientes al impacto y la gestión, aparecidos en lo cuantitativo y cualitativo y que según la literatura también fortalecen la alianza terapéutica.

En relación al impacto mencionado por los pacientes cabe destacar como relevante el Efecto de validación en 3 perspectivas: La que el paciente hace de su terapeuta, como otro capaz de ayudarlo; la que el paciente siente que su terapeuta hace de si, como otro que es capaz de resolver sus conflictos y la validación de la relación misma, caracterizada como de confianza y sintonía mutua.

El efecto de sentido y significado de la devolución, reportado por los pacientes, está dado por los siguientes elementos: reforzamiento de las propias ideas, refuerzo de la idea de hacer psicoterapia, aceptación de la ayuda ofrecida, clarificación del paciente, aumento de la esperanza, reducción de síntomas, efecto reflexivo, impacto emocional, contenido utilizado en la gestión del terapeuta. Efecto de sentido y significado, serían el resultado del impacto provocado por la devolución, en donde lo dicho por el terapeuta y lo elaborado por el propio paciente encuentran un lugar de apropiación en la experiencia del paciente. Llama la atención que la mayoría de los pacientes alude a que clarificar lo que les sucede genera un efecto de alivio y sensación de estar comprendiendo paulatinamente.

Se evidencia entonces que las devoluciones bien logradas presentaron efecto emocional perturbador, que las devoluciones mal logradas que reportaron efecto emocional, su efecto fue negativo y desbordante. Y aquellas devoluciones mal logradas que no reportaron efecto emocional alguno, no presentaron los impactos necesarios para suponer efecto de sentido y significado. No obstante lo anterior, lo que se pudo evidenciar en esta investigación que los pacientes con devoluciones mal logradas, sin efecto desbordante, no abandonaron la terapia (hasta la sesión 7 al menos) y la devolución mal lograda con efecto desbordante la abandonó, por lo que se puede inferir que una devolución mal lograda no implicaría una

amenaza de abandono de la terapia a menos que sea desbordante. Se puede sugerir que la devolución debe perturbar, no desbordar. Este aspecto está fuertemente ligado a la idea de sintonía emocional, puesto que las devoluciones bien logradas, la percepción general del paciente era que su terapeuta estaba en sintonía con ellos; así también en las devoluciones mal logradas, los pacientes no reportaron sintonía, y dentro de las quejas apareció esa falta de acople, de estar alineados aludiendo a esto mismo, coincidió esto también por lo apreciado por el observador quién señaló en tres devoluciones mal logradas que el terapeuta parecía más preocupado de su gestión que estar con su paciente, destacando la ausencia de acople y sintonía. Investigaciones de Krause (2001) que han considerado la perspectiva de los pacientes, han llevado a plantear que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda (Santibáñez et al 2008).

Es preciso destacar la importancia declarada por los pacientes tanto en devoluciones bien y mal logradas, que el terapeuta sea quien prodigue la esperanza necesaria para trabajar en un proceso psicoterapéutico. Parece importante detenerse a comprender el valor de este refuerzo que puede imprimir el terapeuta en su discurso y que agrega una motivación positiva al trabajo conjunto.

Este estudio ha concluido la dificultad que presenta tanto el terapeuta como el investigador de determinar si la devolución ha sido bien o mal lograda para el paciente, probablemente debido a que la atención y observación de la devolución en ambos, se centró principalmente en la gestión del terapeuta, en cuanto a los contenidos entregados y las habilidades comunicacionales, sin poder capturar lo que le ocurría al paciente.

Se puede hipotetizar que la Devolución corresponde a un acto clínico que fortalece la alianza terapéutica y contribuye al cambio, esta afirmación se sustenta en que todos los indicadores que aparecen como consistentes en las devoluciones bien logradas están pesquisadas en otras investigaciones como componentes del cambio, tanto los correspondientes a las variables inespecíficas, las correspondientes a la relación paciente terapeuta y las propias del terapeuta.

El aporte que entregaría esta investigación corresponde al ámbito clínico y teórico, puesto que permite robustecer el modelo, mediante el reconocimiento de aquellos elementos que deben ser considerados por el terapeuta para organizar una devolución para que tenga impacto positivo en el paciente.

Dentro de las fortalezas de este estudio se encuentra el que metodológicamente fue mixto, esto permitió, considerar distintas técnicas para evaluar un fenómeno complejo, mejorando así la riqueza teórica asociada; también poder explorar la mirada de los actores de la devolución (paciente y terapeuta) y agregó una mirada de un no involucrado en la interacción con la presunción de objetivar lo ocurrido durante la devolución.

En cuanto a las debilidades, se puede mencionar el tamaño de la muestra, la que contempló 12 procesos, por lo que podría cuestionarse el alcance de sus conclusiones.

Respecto de Proyecciones y desarrollo futuro de esta línea de investigación, sería pertinente indagar aspectos de la alianza terapéutica antes de la devolución y después de la 3ra sesión, también parece pertinente realizar estudios longitudinales que permitan evaluar cambio post devolución en dos o tres momentos. En tanto a las devoluciones bien y mal logradas sería interesante reconocerlas y anticiparlas según algunos datos que se pudieran obtener de estudios posteriores, así se mejoraría la reparación del vínculo en el caso de las mal logradas con efectos negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (1992). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychologist, 47, 1597-1611
- Arciero, G. (2005) “*Estudios y diálogos sobre la identidad personal*”. Editorial Amorrortu.2005
- Arciero, G. (2009) “*Tras las huellas del sí mismo*”. Editorial Amorrortu.2009
- Balbi, J. (1994) *Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano*. Buenos Aires, Biblos.
- Balbi, J. (2004) *Fundamentos epistemológicos y teóricos de las terapias cognitivas constructivistas: Los últimos desarrollos del Posracionalismo*
- Becerra, G. (2016) De la Autopoiesis a la objetividad. La epistemología de Maturana en debates Constructivistas. Revista científica Redalyc.org
- Botella, L.; Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales*. Aplicaciones a la práctica psicológica En Barcelona: Lsertes S.A.
- Bulacio, J. (2006) *Factores Inespecíficos en Psicoterapia*. Según el modelo Cognitivo Constructivista Realista. Editorial Akadia
- Caputto, I. (2015) *Facilitadores y Obstáculos de la Alianza Terapéutica*. Taller llevado a cabo en el X Congreso ALAPCO. Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas, Santiago de Chile
- Chacón, H. (2010) *El terapeuta como perturbador estratégicamente orientado*. Tesis para optar al grado de Magíster. Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003) *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación* Anales de Psicología, Vol. 19, Nº 2 (diciembre), pp. 205-221. Universidad Ramon Llull, Barcelona.

Daset, L y Graco, C (2003) *Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática*. Evidence Based Psychology: Basic concepts and literature review. *Universidad Católica del Uruguay*

Duarte, J. (2012) *Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Flick, U. (2007) *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Editorial Morata. 2da. Edición

Frías, M.D.; Pascual, J. y Monterde, H. (2004). Impacto de la búsqueda de la evidencia en la formación universitaria del psicólogo. V Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 1-28 febrero.

Frías, M. y Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento Papeles del Psicólogo. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808701.pdf>

Gabbard, G. (2009) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 3ra. Edición.

Greenberg, L.; Rise, L.; Elliot, R. (1996) *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.

Guidano, V. (2001). *El modelo cognitivo post-racionalista: hacia una reconceptualización teórico-práctica*. (Quiñones, A. compilación y notas) Barcelona: Descleé Brouwer.

Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Editorial Paidós.

Herbert, J.D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*. 27, 3, 412-430. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808701.pdf>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 5ta. Edición.

Horvath, A. & Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4),561-573.

Krause, M. (1995) *Inicio de una investigación cualitativa: formulación de "preguntas directrices"* La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. Revista temas de educación no 7, año 1995, pp. 19-39

Krause, M; de la Parra, G; Arístegui, R., Tomicic, A; Dagnino, P., Echavarri, O., Valdés, N., Vilches, O., Ben-Dov, P., & Altimir, C. (2006). *Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica*. Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología, 38 (2), 299- 235.

Llobel, J; Frías, M; Monterde, H (2004) *Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia*. Universitat de València, Papeles del Psicólogo, 2004. Vol. 25(87).

Mahoney, M. y Neimeyer, R. (1998) *Constructivismo en Psicoterapia*. Ed. Paidós. Barcelona.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva*. Una Guía Práctica. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Neimeyer, R. (2011). *Psicoterapia Constructivista, rasgos distintivos*. Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwe

Noreña, L; Alcaraz-Moreno, J; Rebolledo, D (2012), *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*.

Ocampo, M. (2011) *Devolución, Poder y Retórica* Publicación Universidad del Salvador. Archivos de psicología.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Una delimitación clínica*. Santiago de Chile Ediciones ICPSI.

Pascual, J; Frás. M; Monterde.H (2004) *Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica, clínica basada en la evidencia*, Abril, 2004, ISSN 0214-7823 ESPAÑA vol. 25, número 087

Pereira, R (2009) *La devolución en terapia familiar*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. VIII, 35. Bilbao España evntf@euskalnet.net

Raffin, F. (2009) *Pequeña introducción a la filosofía*. Madrid, Editorial Anaya.

Real Academia Española, (2014) *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid: Espasa, 23ª Edición.

Rodríguez, M y Bello, A (2003) *Relación terapéutica en el marco constructivista*. Ponencia del Curso sobre Psicoterapia Constructivista. Asociación Madrileña de Salud Mental-Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós.

Safran, J. y Muran, C. "La Alianza Terapéutica". Ed. Desclée. 2005.

Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Iribarra, D., y Müller, P. (2008). *Variables Inespecíficas en Psicoterapia*. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.

Siquer de Ocampo, L; García, M. (2011) *"Las técnicas proyectivas y el proceso Psicodiagnostico"*. Ediciones Nueva Visión. Argentina

Valdebenito, M. (2014) *Aspectos del modelo de Milán en la práctica clínica del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica: Análisis de las devoluciones en sesiones individuales*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Valles, J.M. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, Síntesis, capítulo 3, 5 y 7.

Vergara, P. (2011) *El sentido y el significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica de Adultos. Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Waizmann, V, Espíndola, I y Roussos, A (2009). *Acerca de las rupturas de alianza terapéutica*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Watzlawick, P (1977) *El lenguaje del cambio, nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Ed. Herder, 2002.

Watzlawick, P; Beavin J; Jackson D. (1991) *Teoría de la comunicación. Humana*. Barcelona, Ed. Herder, 2002

Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). *Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia*. Revista de Psicología. Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Chile. Vol. X, Número 1. 97 – 110. Santiago, Chile. 90.

Yáñez, J. (2015). *Apuntes Asignatura Clínica de Adultos*. Magister Constructivista Cognitivo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Zagmutt, A. (2006) *La evolución de la terapia cognitiva posracionalista*. Conferencia VI Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas. Bs.As. Argentina.

Zagmutt, A. (2005) *La Terapia Cognitiva Posracionalista: un salto integrador en el Cognitivismo en Psicoterapia*". Conferencia. IV Congreso Psicoterapia. Bs. As. Argentina.

Zagmutt, A. (2010) "Vínculos afectivos, mentes conectadas". Ed. Uqbar. Santiago Chile.

Zúñiga, A. (2015) *Una aproximación a los resultados de la psicoterapia de adultos de la Clínica de Atención Psicológica de la Univ. de Chile*. Simposio. X Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas. ALAPCO.

ANEXOS

Anexo I

Cuestionario para Pacientes sobre la Devolución Clínica (CPD)

Paciente: _____ (Código)

Marque con una X donde corresponde (Si, No) en las frases, respecto a su experiencia de la Devolución entregada por su terapeuta en la sesión pasada. En caso de ser necesario clarificar alguna idea, puede usar el apartado de observaciones.

	SI	NO	Observaciones
1 Le pareció que su terapeuta es un experto			
2 Le pareció seguro de lo que decía			
3 Se veía involucrado			
4 Siente que será capaz de ayudarlo			
5 Le genera confianza			
6 Se manejó con sus temas e historia personal			
7 La forma de expresarse es clara			
8 Siente que está atento y mantiene su mirada			
10 El terapeuta es receptivo con lo que le pasa			
11 Le comentó que en la 3ra sesión se le daría una devolución			
12 Le informó en que consistía la devolución			
13 Le habló de su motivo de consulta			
14 Le mencionó que la terapia es un proceso activo de trabajo en conjunto			
15 Le dijo algo novedoso acerca de su forma de ser y su historia			
16 La devolución tuvo algún efecto emocional o de tensión para usted			
17 Lo que le dijo el terapeuta fue significativo			
18 El terapeuta le ayudó a reordenar sus ideas			
19 Consideró los objetivos y metas que usted tiene de la psicoterapia			
20 La duración de la Devolución le pareció adecuada			
21 El contenido de lo dicho fue claro para usted			
22 Tuvo algún cambio en su estado de ánimo			
23 La devolución cumplió con sus expectativas			
24 Le habló de sus habilidades y fortalezas			
25 Le planteó un posible pronóstico			
26 Le fortaleció la idea de hacer terapia			
27 Algo de la devolución no le agradó o no estuvo de acuerdo			
28 Hubo cambio de perspectiva de sus dificultades			
29 Relacionó datos de su historia con lo que actualmente le pasa			
30 Aumentó su motivación por hacer la terapia			
31 Cree que su terapeuta puede ayudarlo			

¿Qué le ocurrió a usted al recibir la devolución?

¿Qué de lo dicho por su terapeuta fue lo que más le impacto durante la devolución?

Entréguenos su comentario respecto a su experiencia personal con la devolución, agradecemos alguna sugerencia para mejorar:

Anexo II

Pauta de autoobservación del Terapeuta de la Devolución Clínica (PTD)

Fecha: _____ Paciente: _____ Terapeuta: _____

Marque con una X donde corresponde (Si, No) en los enunciados referidos a la devolución realizada por usted en esta sesión. En caso de ser necesario clarificar alguna idea, puede usar el apartado de observaciones.

Usted considera que...	SI	NO	Observaciones
1 Hizo mención del trabajo conjunto en el proceso de psicoterapia			
2 Se mostró receptivo			
3 Se percibió seguro de lo dicho			
4 Se percibió involucrado emocional y cognitivamente			
5 La entonación de su voz fue pertinente			
6 La cadencia para entregar los contenidos fue la adecuada			
7 Hizo uso apropiado de pausas y silencios			
8 Comprobó si el paciente comprendió lo que le ha dicho			
9 Usó un lenguaje apropiado con el lenguaje de su paciente			
10 Usó lenguaje proposicional			
11 Mantuvo contacto visual adecuado con su paciente			
12 El acto de devolución fue concordante al nivel de vínculo terapéutico			
13 Hizo uso del potencial del lenguaje corporal (facialidad, corporalidad)			
14 Creó un ambiente propicio para el despliegue emocional del paciente			
15 Sostuvo alrededor del 80% de la actividad comunicativa			
16 La duración de la devolución fue de 15 min. Aproximadamente			
17 El momento de la devolución se realizó al final de la sesión			
19 Reforzó la necesidad de hacer psicoterapia			
20 Hizo referencia al motivo de consulta			
21 Aludió a la sintomatología			
22 Planteó una propuesta de trabajo con focos			
23 Asoció y reordenó contenidos de la historia o relatos del paciente			
24 El contenido de lo dicho le pareció coherente y sustancial			
25 Lo planteó como un juicio clínico no como diagnóstico			
26 Hizo mención a aspectos novedosos del modo de ser del paciente			
27 Cree haber generado ciertos niveles tensión o ansiedad			
28 Consideró los objetivos y logros que tenía el paciente en el proceso			
29 Planteó un posible pronóstico			
30 Hizo mención de aspectos positivos y recursos personales del paciente			
31 Cerró con la frase ¿tiene alguna pregunta o duda sobre la devolución?			
32 Respondió concretamente y deja para la siguiente sesión preguntas complejas			

¿Qué le ocurrió a Ud. durante la devolución?

¿Qué cree que ocurrió con su paciente durante la devolución?

Otras observaciones:

Anexo III

Pauta de observación al terapeuta en la Devolución Clínica (POD)

Fecha: _____ Paciente: _____ Terapeuta: _____

Según su observación al terapeuta, éste...	SI	NO	Observaciones
1.Hace mención del trabajo conjunto en el proceso de psicoterapia			
2.Se muestra receptivo			
3.Se percibe seguro de lo que dice			
4.Se percibe involucrado emocional y cognitivamente			
5.La entonación de voz fue pertinente			
6.La cadencia para entregar los contenidos era adecuada			
7.Hace uso apropiado de pausas y silencios			
8.Comprobó si el paciente comprendió lo que usted dijo			
9.Usó un lenguaje apropiado al lenguaje de su paciente			
10.Usa lenguaje proposicional			
11.Mantiene contacto visual adecuado con su paciente			
12.El acto de devolución es concordante al nivel de vínculo terapéutico			
13.Hace uso del potencial del lenguaje corporal (facialidad, corporalidad)			
14.Crea un ambiente propicio para el despliegue emocional del paciente			
15.El terapeuta lleva alrededor del 80% de la actividad comunicativa			
16. La duración de la devolución es de 15 min. Aproximadamente			
17.El momento de la devolución es al final de la sesión			
19.Refuerza la necesidad de hacer psicoterapia			
20.Hace referencia al motivo de consulta			
21.Alude a la sintomatología			
22.Plantea una propuesta de trabajo con focos			
23.Asocia y reordena contenidos de la historia o relatos del paciente			
24.El contenido de lo dicho pareció coherente y sustancial			
25.Se plantea como un juicio clínico no como diagnóstico			
26.Hace mención a aspectos novedosos del modo de ser del paciente			
27.Genera ciertos niveles tensión o ansiedad			
28.Consideró los objetivos y logros que esperaba el paciente del proceso			
29.Plantea un posible pronóstico			
30.Hace mención de aspectos positivos y recursos personales del paciente			
31.El terapeuta cierra con la frase ¿tiene alguna pregunta o duda sobre la devolución?			
32.Responde concretamente y deja para la siguiente sesión preguntas complejas			

Otras observaciones:



18-20/2016

Informe de Evaluación

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título	Exploración de la Devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del ente, el terapeuta y el observador.
Investigador(a) Responsable	Mila Medina Guerra
Departamento	Psicología
Concurso al que se presenta	Tesis para optar al grado de magister en psicología clínica constructivista cognitivo

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Este proyecto se inscribe en una de las líneas de investigación en psicología clínica referida a la exploración de prácticas del psicoterapeuta. Específicamente, el estudio se orienta a la exploración de la devolución clínica en situaciones de terapia según el modelo constructivista cognitivo, sustentando el problema en la consideración de que la devolución - dentro de las tres primeras semanas- es la primera muestra de trabajo conjunto en beneficio del paciente, por lo que la forma en que ésta se dé y el impacto que tenga en el paciente resulta de interés clínico para el modelo. El objetivo general del estudio es, por tanto, describir el impacto de la devolución clínica desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador, en un proceso psicoterapéutico desde el modelo constructivista cognitivo, en modalidad individual de adulto, atendido en el Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile. Los objetivos específicos se concentran en explorar las consideraciones de los pacientes sobre cómo la devolución afectaría en su proceso terapéutico; las consideraciones de los terapeutas sobre cómo la devolución afectaría su gestión terapéutica, y sistematizar la opinión de los pacientes y terapeutas respecto de los aspectos de la devolución, que resaltaron como importantes. Como último objetivo se plantea proponer una síntesis conceptual y práctica que guíe al terapeuta Constructivista Cognitivo para la realización de la devolución. La metodología es cualitativa, y hace uso de tres técnicas: la observación, la auto-observación y la percepción de los pacientes, todas focalizadas en la sesión de devolución. Los participantes son observadores, terapeutas y pacientes. Los instrumentos son: una pauta de observación, una pauta de autoobservación del terapeuta y una encuesta breve para pacientes que incorpora preguntas abiertas y cerradas. Los observadores podrán estar en espejo durante la sesión de devolución, contestando la pauta de observación, o podrán filmar la sesión para su posterior análisis. La investigación se realizaría con un grupo de 8 a 12 pacientes, mayores de 18 años, que se atiendan en el CAPS en el modelo constructivista cognitivo y cuyos terapeutas tengan al menos un año de experiencia profesional en dicho modelo.

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable. Se han revisado los objetivos del proyecto, su marco teórico y metodología, estimándose que está bien fundamentados en dichos aspectos.

Se considera que el proyecto tiene valor científico ya que busca aportar información empírica y sistematizada sobre el proceso de devolución clínica, buscando dar a conocer los aspectos relevantes que incorpora o debiese incorporar esta etapa. De esta forma, el estudio busca, no solo hacer un aporte teórico a la disciplina sino también mejorar el proceso psicoterapéutico.

El Comité considera que, si bien el proyecto presenta riesgo medio al trabajar con pacientes que serán filmados en instancias clínicas, se han propuesto medidas adecuadas para resguardar los derechos de los participantes, las cuales incluyen formularios de consentimiento tanto para los pacientes como los terapeutas, en los que se informa y autoriza la filmación únicamente en un momento específico.

Respecto a las medidas que se toman para el resguardo de los datos, se indica que todas las opiniones serán confidenciales, tanto de pacientes como de terapeutas, y serán mantenidas en estricta reserva. A su vez, se les explicita a ambos que el estudio no tendrá ninguna implicancia en el proceso terapéutico que están llevando a cabo, y que ni el terapeuta no conocerá las opiniones de su paciente, y viceversa. Se detalla que en las presentaciones y publicaciones de esta investigación, los nombres no aparecerán asociados a ninguna opinión, sino que cada participante aparecerá identificado con una letra y un número, conociéndose sólo su condición de paciente o terapeuta. La información recolectada y los datos obtenidos, serán guardados por la investigadora, sin acceso a otras personas, hasta finalizar el estudio, para luego de ser debidamente destruidos, una vez finalizada la investigación y publicados los resultados. Particularmente los registros audiovisuales se resguardarán según el protocolo de CAPs, en un disco duro o computador destinado a ello y con acceso restringido. Este material sólo podrá ser usado previa autorización del director de CAPs, y no podrá salir de sus dependencias.

Sobre el procedimiento para la devolución de la información, se les solicita el correo electrónico a los participantes para enviar un informe con los resultados finales una vez terminado el estudio.

Se han revisado los Formularios de Consentimiento Informado elaborados para terapeutas y pacientes y se considera que están redactados conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos, preservándose en todo momento los derechos de los/as participantes mediante procedimientos adecuados. Se adjuntan formularios visados.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con este proyecto, calificándolo como **aprobado**, dentro de las especificaciones aquí detalladas, las cuales la IR se compromete a no exceder.



Prof. Dra. Sonia Pérez
Presidenta (s)
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Santiago, 28 noviembre de 2016

Anexo V



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

“Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador.”

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “**Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador**”. El objetivo de este estudio, es describir el impacto de la devolución clínica desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador, en un proceso psicoterapéutico desde el modelo constructivista cognitivo, en modalidad individual de adulto, atendido en el CAPs de la Universidad de Chile.

Usted ha sido seleccionado(a) por ser parte de la población que podría colaborar en este estudio. La investigadora responsable de este estudio es la psicóloga Mila Medina Guerra, alumna de Magister de Psicología Clínica del modelo Constructivista Cognitivo, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de consultar respecto de cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en una encuesta (que tiene respuestas cerradas y libres) con la investigadora, respecto de la devolución clínica recibida en la 3ª sesión con su terapeuta: nos interesa su experiencia personal al respecto. Esta información sólo la conocerá la investigadora, no su terapeuta, quién tendrá acceso únicamente a los resultados finales y generales de este estudio. Este estudio no afecta el desempeño de su terapeuta ni es de carácter evaluativo, tampoco afecta el proceso terapéutico que lleva con su psicólogo. La 3ª sesión, será observada tras el espejo por la investigadora, quién llenará una pauta de observación, en esta sesión será grabada la Devolución que usted reciba.

Como usted podrá deducir, este es un campo de estudio que pretende ir mejorando la calidad de atención a los pacientes del CAPs mediante la investigación permanente, por ello su colaboración nos es muy necesaria.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información valiosa para ampliar los conocimientos respecto de la gestión de los terapeutas en esta institución.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento y sin dar razón alguna. Esto no implicará ningún perjuicio para usted, ni su proceso terapéutico.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión.



Para efectos de este estudio, usted sólo aparecerá identificado con una letra y el número 1, este corresponde a su condición de paciente.

Custodia de los datos:

La información recolectada y los datos obtenidos, serán guardados por la investigadora responsable, sin acceso a otras personas, hasta finalizar el estudio, para luego de ser debidamente destruidos, luego de finalizada la investigación y publicados los resultados durante 2017. Particularmente los registros audiovisuales se resguardarán según el protocolo de CAPs, en un disco duro o computador destinado a ello y con acceso restringido. Este material sólo podrá ser usado previa autorización del director del CAPs, y no podrá salir de sus dependencias.

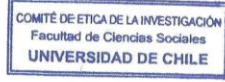
Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Una vez concluida la investigación, le será enviado el texto completo a su correo electrónico, si usted así lo desea indique su correo más abajo.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Mila Medina Guerra
Correo: mila_mmg05@yahoo.es
Teléfono: 954083022
Dirección: CAPs, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues
Presidenta
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl
Teléfonos: (56-2) 2978 9726
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.



II. FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en el estudio:

“Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del observador, el terapeuta y el paciente”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Su Correo Electrónico (para recibir los resultados): _____

Lugar y Fecha: _____

(Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPEUTAS

“Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador.”

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “**Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador**”. El objetivo de este estudio es describir el impacto de la devolución clínica desde la perspectiva del paciente, el terapeuta y el observador, en un proceso psicoterapéutico desde el modelo constructivista cognitivo, en modalidad individual de adulto, atendido en el CAPs de la Universidad de Chile.

Usted ha sido seleccionado(a) por ser parte de la población que podría colaborar en este estudio, ya que pertenece a los terapeutas del modelo Constructivista Cognitivo. La investigadora responsable de este estudio es la psicóloga Mila Medina Guerra, alumna de Magister de Psicología Clínica de Adultos, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de consultar respecto de cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder un cuestionario auto administrado, el que abarcará varias afirmaciones sobre la devolución clínica realizada por usted. Se solicita marcar con una “X” lo que represente su pensamiento en cuanto a la gestión clínica durante la Devolución, además de escribir sus apreciaciones personales en preguntas abiertas. El llenado del cuestionario es posterior a la Devolución clínica entregada por usted en la 3ª Sesión, en el Caps, al paciente que haya sido también invitado a este estudio. Esta información sólo la conocerá la investigadora, por lo que no tiene ningún carácter evaluativo de su desempeño. Posteriormente, Ud. Podrá tener acceso a los resultados finales del estudio, como se detalla más adelante. Únicamente la 3ª sesión, será observada tras el espejo por la investigadora, quién llenará una pauta de observación, en esta sesión será grabada la devolución que usted entregue.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información valiosa para ampliar los conocimientos respecto de la gestión terapéutica que le contribuirá a su formación clínica.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento sin dar razón de ello. Esto no implicará ningún perjuicio para usted ni para el proceso terapéutico de su paciente.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión.



Custodia de los datos:

La información recolectada y los datos obtenidos, serán guardados por la investigadora responsable, sin acceso a otras personas, hasta finalizar el estudio, para luego de ser debidamente destruidos, luego de finalizada la investigación y publicados los resultados durante 2017. Particularmente los registros audiovisuales se resguardarán según el protocolo de CAPs, en un disco duro o computador destinado a ello y con acceso restringido. Este material sólo podrá ser usado previa autorización del director del CAPs, y no podrá salir de sus dependencias.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Una vez concluido el estudio, le podrá ser enviado el texto completo a su correo electrónico si lo indica más abajo.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a las Investigadoras Responsables de este estudio:

Ps. Mila Medina Guerra
Correo Electrónico: mila_mmg05@yahoo.es
Teléfono: 954083022
Dirección: CAPs, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues
Presidenta
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl
Teléfonos: (56-2) 2978 9726
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.



II. FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en el estudio:

“ Exploración del proceso de devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del observador, el terapeuta y el paciente”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Su Correo Electrónico (para recibir los resultados): _____

Lugar y Fecha: _____

(Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte)

