



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

**APORTES DE LA PRÁCTICA DE FOCUSING AL DESARROLLO DE LA  
PERSONA DEL TERAPEUTA HUMANISTA**

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

**ISIDORA FERNÁNDEZ HAUSSMANN**

**Profesor Guía:  
Dra. Michele Dufey D.  
Informantes:  
Ps. Mg. Rocío Cerda L.  
Dr. Uwe Kramp D.**

**Santiago de Chile, Julio año 2016**



**APORTES DE LA PRÁCTICA DE FOCUSING AL DESARROLLO DE LA  
PERSONA DEL TERAPEUTA HUMANISTA**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer de corazón a las personas que posibilitaron que pudiera llevar a cabo esta tesis de la mejor forma posible. En primer lugar quiero agradecer a mis papás, por haberme transmitido con su ejemplo la importancia de amar lo que uno hace y de esforzarse todos los días por desarrollarse en eso. Gracias por su apoyo que siempre me ha hecho sentir sostenida y respaldada, y me ha dado fuerza para avanzar en mis proyectos.

Gracias a Ignacio por el amor cotidiano y su forma precisa de acompañarme y apoyarme.

También quisiera agradecer a Camila y Trini, fieles compañeras de travesías, por todas las conversas, preocupación y palabras de aliento.

Gracias a Orieta y Paula, personas esenciales en mi camino profesional, sin las cuales mi formación en focusing y en el magister no hubiera sido la misma.

Finalmente le agradezco a Michele, mi profesora guía, por haberme mostrado el camino del enfoque experiencial, que tanta riqueza ha traído a mi vida personal y profesional. Le agradezco la guía y todo el aprendizaje entregado, y especialmente la confianza en mí y en mi investigación que me fortaleció durante el proceso.

## ÍNDICE

<b>1. Resumen</b> .....	pág 1
<b>2. Introducción</b> .....	pág 2
<b>3. Preguntas Directrices y Objetivos</b> .....	pág 6
<b>4. Marco teórico</b> .....	pág 7
4.1. Paradigma Experiencial.....	pág 7
4.2. Psicoterapia Experiencial.....	pág 9
4.3. Focusing.....	pág 14
4.4. Persona del terapeuta.....	pág 18
<b>5. Metodología</b> .....	pág 30
5.1. Diseño de Investigación.....	pág 30
5.2. Muestra.....	pág 30
5.3. Recolección y análisis de datos.....	pág 32
<b>6. Resultados</b> .....	pág 34
<b>7. Discusión</b> .....	pág 63
<b>8. Conclusiones</b> .....	pág 81
<b>9. Bibliografía</b> .....	pág 83
<b>10. Anexos</b> .....	pág 88
10.1. Anexo 1.....	pág 88
10.2. Anexo 2.....	pág 90

## RESUMEN

Las investigaciones centradas en la persona del terapeuta se comienzan a desarrollar hace más de 20 años. Si bien las investigaciones en el campo de la Psicoterapia Experiencial han aumentado sustancialmente en los últimos 10 años, al considerar la relevancia de la variable del terapeuta en el desarrollo de los procesos de psicoterapia, se vuelve necesario fortalecer esta área de investigación.

Así, la presente investigación se centró en cómo la práctica de focusing aporta al desarrollo de la persona del terapeuta humanista. Respecto a la variable del terapeuta, se consideraron las habilidades clínicas, el auto cuidado, la visión de cambio terapéutico y la visión de la alianza terapéutica como los principales aspectos a explorar.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó un diseño de investigación cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo. La muestra consistió en 12 terapeutas humanistas que practicaran el focusing en el trabajo psicoterapéutico. La información obtenida fue analizada a través de un análisis de discurso, utilizando la codificación abierta y la codificación axial de la teoría fundamentada.

El fenómeno central que emergió en el transcurso de la investigación consiste en un modo de aproximarse y de estar con la experiencia de un otro, el cual emerge y se desarrolla a partir de la integración de la práctica de focusing en el contexto psicoterapéutico. Se observó que este modo permea tanto la dimensión profesional como la personal, constituyéndose así como una forma de funcionar de la persona en su totalidad.

*Palabras clave:* focusing, persona del terapeuta, enfoque humanista, psicoterapia experiencial.

## INTRODUCCIÓN

Las investigaciones en psicoterapia en los últimos años han puesto en manifiesto la importancia de estudiar la interacción entre la variable del paciente y el estilo personal del terapeuta, especialmente cuando se considera la relevancia de la dimensión relacional en el contexto psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2004a). A pesar de esto, se observa que los discursos profesionales se han enfocado principalmente en las consecuencias de la psicoterapia en la vida del cliente, sin considerar lo suficiente el hecho de que la terapia ocurre en medio de las experiencias y construcción del mundo del terapeuta (White, 2002).

Al hablar del *estilo personal del terapeuta* se apunta a la forma particular de ser de todo terapeuta, más allá del enfoque o técnicas que utilice en el trabajo clínico (Corbella y Fernández-Álvarez, 2006). Se considera que este estilo personal del terapeuta influye de manera significativa en su forma de comunicarse y relacionarse con el paciente (Corbella et al., 2009), y que por lo tanto tiene un impacto en el desarrollo y resultados de la psicoterapia (García y Fernández-Álvarez, 2007).

A nivel nacional, Moncada, Guerra, Concha y Carvajal (2014) dan cuenta de las principales temáticas abordadas desde la investigación en torno a la variable del terapeuta. Estos principales aspectos investigados consisten en la visión del terapeuta sobre fenómenos determinados (37,5%), desgaste y autocuidado en psicoterapeutas (25%), la relación terapeuta paciente y su efecto en psicoterapia (18,7%), y entrenamiento de terapeutas e inserción en el campo laboral (18,7%). A partir de estas áreas de interés se explorará la variable de la persona del terapeuta, considerando así las habilidades clínicas, el auto cuidado, la visión de la alianza terapéutica y la visión del cambio terapéutico.

En lo referente al campo de investigación en Psicoterapia Experiencial se observa un crecimiento considerable dentro de los últimos 10 años (Elliot, 2009). A nivel nacional destacan las investigaciones realizadas por Lara (2013) y Concha (2015), las cuales se enfocan en la persona del terapeuta desde el modelo experiencial, a partir de los cuales se visibiliza la importancia de que se realicen estudios que exploren esta variable, debido al lugar esencial que ocupa el sí mismo del terapeuta en los procesos psicoterapéuticos en el enfoque procesal.

En este sentido, si bien se ha demostrado que los distintos enfoques teóricos no muestran diferencias en cuanto a la efectividad psicoterapéutica (Romero, 2008), es evidente que la orientación teórica permea e influye el estilo terapéutico, y por ende el modo en que el terapeuta se relaciona con el cliente.

Así, en el contexto de la presente investigación, destaca el paradigma experiencial como modelo sobre el fenómeno del cambio y dinámica de funcionamiento de los procesos subjetivos. Este modelo de pensamiento fue propuesto por Eugene Gendlin en 1963, teniendo como eje central de la teoría la significación corporal y emocional como el motor del cambio en psicoterapia (Riveros, 2000).

Como marco para comprender el paradigma desarrollado por Gendlin, se encuentran las formulaciones iniciales de Carl Rogers (1951), en las cuales destaca la *tendencia actualizante* como la capacidad inherente de los seres humanos de desplegar sus potenciales de desarrollo y crecimiento, siendo el propio organismo el encargado de dirigirse hacia lo que sienta enriquecedor. Ahora bien, es de especial relevancia señalar que el ejercicio de esta capacidad requiere el contexto de una relación humana positiva, carente de amenaza y no desafiante frente a la percepción que el sujeto tiene de sí mismo (Rogers y Marian, 1967).

Respecto a esta fuerza interna de crecimiento del ser humano, Gendlin enfatiza el poder del cuerpo para cambiarse a sí mismo, y más aún, para sentir el cambio aconteciendo interiormente. Refiere que una vez que le permite al cuerpo *ser él*, sin presiones, accederá a la sabiduría que necesita (Gendlin, 1999b). De esta forma, el cuerpo se constituye como la principal fuente de sabiduría y conocimiento sobre la propia vida y el momento existencial que la persona transita, el cual puede ser escuchado de forma directa a través del acceso al *experiencing*.

Así, sobre la base de esta concepción organísmica de la personalidad, Gendlin (1964) desarrolla el concepto de *experiencing* como el constructo clave de su teoría, el cual consiste en una corriente de sensaciones *sentida corporalmente* en el presente inmediato, la cual remite a la interacción del sujeto consigo mismo y con su existencia (Gendlin, 1964).

De esta forma, Gendlin (1964) desarrolla la técnica y método del *focusing* como una forma de acceder al *experiencing* en curso, definible como el proceso que ocurre cuando se



atiende a una sensación implícita en el cuerpo. Al atender a esta sensación implícita, ocurre espontáneamente la formación de un sentimiento caracterizado por ser difuso y vago a nivel conceptual, pero nítidamente sentido. Esto se conoce como *sensación sentida* (Gendlin, 1964), la cual se constituye como el foco de atención durante el proceso de focusing, el cual cursa por etapas que finalmente permiten el surgimiento de un conocimiento o significado novedoso sobre la experiencia en curso. Este nuevo significado, a su vez, permite que el proceso de *experiencing* vaya retomando su fluidez que lo caracteriza en el estado de salud.

Al pensar el trabajo clínico desde el modelo experiencial destaca su filosofía a la base, la cual entiende la interacción del ser humano con su medio como determinante de su existencia y desarrollo, por lo cual la interacción interpersonal cliente-terapeuta se considera lo esencial en el contexto psicoterapéutico. Así, el foco principal en la terapia orientada al focusing consiste observar cómo la experiencia del cliente está siendo *llevada adelante* por medio de la interacción con el terapeuta (Hendricks, 2002). De esta forma, la dimensión relacional consiste en la piedra angular del trabajo con focusing en psicoterapia, lugar desde el cual emerge el interés por explorar las características que los terapeutas desarrollan en su modo de trabajo clínico, poniendo especial énfasis en la cualidad interaccional de éste.

Así, es posible pensar que la práctica de focusing puede contribuir al desarrollo de la persona del terapeuta, fortaleciendo de forma especial los aspectos relacionales de la psicoterapia, los que permiten generar una atmósfera adecuada para la auto exploración y movilización del proceso experiencial del cliente.

Respecto a la relevancia de este estudio, se propone en primer lugar su relevancia teórica. Con este estudio se pretende aportar al conocimiento sobre el desarrollo de la persona del terapeuta, en el entendido de que la práctica del focusing se configura como un elemento facilitador del bienestar y desarrollo personal. Junto con esto, se plantea cómo el focusing favorece la conexión interpersonal, especialmente en relaciones de ayuda (Hendricks, 2002), por lo que además influye de forma directa en cómo se va construyendo la relación terapéutica.

En segundo lugar, a partir de la importancia que la persona del terapeuta tiene como factor para el proceso psicoterapéutico, es que se plantea la relevancia clínica de este

estudio. Así, se espera que los resultados de esta investigación permitan enriquecer la comprensión de la dinámica de diversos aspectos de la psicoterapia que pueden verse facilitados por la práctica de focusing. Aquí se distinguen aspectos propios del terapeuta, como la forma de cuidar de sí mismos o el modo de trabajar en el espacio terapéutico, así como aspectos de la relación como el establecimiento y desarrollo de la alianza terapéutica y el cambio terapéutico facilitado desde ahí.

Finalmente, la relevancia práctica de esta investigación radica en evidenciar desde los discursos acerca de la práctica clínica los reales aportes de la formación y práctica de *focusing* al desarrollo del terapeuta. Se piensa que el modo de ser terapeuta centrado en la relación que ilustra la presente investigación permitirá a psicólogos evaluar y decidir con mayor respaldo teórico respecto a su formación clínica de postgrado.

## **PREGUNTAS DIRECTRICES Y OBJETIVOS**

### **I. Preguntas Directrices**

Debido a que el presente estudio posee un diseño cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo cuenta con preguntas directrices que guíen la investigación:

- ¿Qué características desarrollan los terapeutas humanistas que utilizan el focusing en la práctica clínica?
- ¿Qué aportes tiene la práctica de focusing en las áreas de habilidades clínicas, auto cuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico?
- ¿Cómo se relacionan los aspectos explorados de la persona del terapeuta entre sí, a la luz de la teoría experiencial?

### **II. Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Explorar los aportes de la práctica de focusing en el desarrollo de la Persona del Terapeuta de orientación Humanista.

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características que desarrollan los terapeutas humanistas que utilizan el focusing en la práctica clínica.
- Describir los aportes de la práctica de focusing en torno a determinados aspectos de la persona del terapeuta: habilidades clínicas, auto cuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico.
- Relacionar las áreas exploradas en los terapeutas entre sí, integrándolas con la teoría experiencial.

## MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se desarrollarán las bases teóricas que se consideraron para el desarrollo de este estudio. Esto permitirá definir y comprender las conceptualizaciones que se utilizarán a lo largo de la investigación, principalmente en el desarrollo de la discusión.

En primer lugar se abordará el Paradigma Experiencial como el marco de referencia más amplio desde el cual situarse. Luego se expondrán las bases y desarrollo de la Psicoterapia Experiencial, para posteriormente profundizar en la técnica y método del focusing.

El recorrido teórico finalizará con una revisión más específica de los aspectos de la persona del terapeuta abordados en esta investigación: habilidades clínicas, auto cuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico.

### 1. Paradigma Experiencial

El año 1963 Eugene Gendlin propone un nuevo modelo sobre el cambio en Psicoterapia, reflejando a través de su propuesta modelo de pensamiento acerca del ser humano y el fenómeno del cambio. La esencia de este modelo consiste en la significación corporal y emocional para dar cuenta del porqué los seres humanos cambian (Riveros, 2000).

En el desarrollo de su teoría, Gendlin incorpora ciertas elaboraciones teóricas claves de la obra de Carl Rogers, relacionadas a la visión de ser humano. Un elemento central del desarrollo teórico de Rogers es su convicción acerca de la dirección positiva del ser humano, conocida también como *tendencia actualizante*. Su propuesta se basa en la confianza en esta capacidad y fuerza interna de crecimiento del individuo como motor de la psicoterapia (Rogers, 1951).

De esta forma, se plantea que la *naturaleza humana* tiene determinadas características: regula de forma óptima la conducta, teniendo más sabiduría que el intelecto; tiene capacidad de auto controlarse, razón por la cual es considerada una guía positiva para el individuo; es eminentemente racional, siendo capaz de dirigir la conducta sin

contradicciones internas, en dirección lógica hacia la expansión y crecimiento; es social, es decir, al liberarse de la defensa el individuo tenderá naturalmente a conductas constructivas y empáticas frente a los otros (Gondra, 1978).

De la mano con estos conceptos organísmicos, el paradigma experiencial surge a partir de una visión del ser humano que tiene sus raíces en una mirada humanista-existencial. Desde aquí se considera al sujeto como un *ser-en-el-mundo*, el cual existe y se desarrolla en interacción con el mundo y sus circunstancias (Ortega y Gasset, 1957), primero vivenciando un modo de estar en el mundo para luego poder conceptualizarlo. Desde esta cosmovisión se podría decir que el sujeto existe y luego piensa. Así, el *dasein* o *ser ahí*, da cuenta de esta condición presente del ser humano que lo sitúa en su existencia en el *aquí y ahora* (Heidegger, 1927/1998). Junto con esto, en la filosofía existencial el ser humano se considera un proyecto que se realiza a sí mismo *viviendo*, sin poder referir a una esencia que explique cómo ser persona. En este sentido, el sujeto es el único *responsable* de sí mismo, el único responsable de su subjetividad particular (Sartre, 1946).

De esta forma, al articular la noción organísmica de la personalidad con los postulados de la filosofía existencial, Gendlin da un paso adelante proponiendo el concepto de *experiencing*. Con esta conceptualización busca referirse al proceso sentido por el individuo que remite a su momento vital, desarrollando el *focusing* como la forma de acceder este conocimiento del sujeto acerca de sí mismo (1964).

Así, el *experiencing* da cuenta de toda experiencia entendida en términos de *proceso*, el cual consiste en la *interacción incesante* entre el ser humano y los símbolos propios y del ambiente, es decir, la interacción de la persona con su entorno. Este proceso de *experiencing* es *sentido corporalmente* y ocurre de forma permanente en el presente (Gendlin, 1964).

De la misma forma en que un organismo biológico interactúa con su ambiente, por ejemplo al intercambiar nutrientes, el organismo humano también se va desarrollando por medio de la *interacción a nivel psicológico* que se produce entre sentimientos de la persona y símbolos. Los símbolos consisten en sucesos internos o externos que tienen significados personales y únicos para cada individuo (Riveros, 2000).

Al decir que el experiencing se encuentra en funcionamiento de forma *implícita* en el presente inmediato, se refiere a que los *significados* de la experiencia en curso se sienten con nitidez e inmediatez. Sin embargo, a pesar de que la persona *sienta* un significado de lo que se está experimentando, aún no es posible expresarlo claramente en conceptos. Así, los significados implícitos sentidos corporalmente necesitan interactuar con símbolos, en el caso de la psicoterapia, ofrecidos por el terapeuta, con la finalidad de explicitar la conceptualización que el individuo sienta *organísmicamente* como adecuada (Gendlin, 1964).

Esta terminación simbólica del significado sentido es lo que se conoce como *llevar adelante* el proceso de experiencing (Gendlin, 1964). Este momento en que ocurre la simbolización correcta es percibida por la persona con una sensación de exactitud, en el cual sobreviene el sentimiento de “estar con uno mismo, de sentir que ese sentimiento le pertenece” (Riveros, 2000, p. 24). Así, el llevar adelante o autopropulsión significa que el proceso de experiencing se ha puesto marcha, lo cual se considera el proceso esencial del cambio de personalidad.

Este mecanismo de cambio de la personalidad, en el cual la interacción que se encontraba detenida vuelve a funcionar, es entendido por Gendlin como la *reconstitución del proceso* (1964). En esta reconstitución el suceso simbólico de mayor peso consiste en la respuesta del terapeuta, la cual afecta directamente el experiencing del sujeto. En otras palabras, la interacción terapéutica adecuada permite poner en marcha el proceso de experiencing (Gendlin, 1964).

## **2. Psicoterapia Experiencial**

Al referirse a la Psicoterapia Experiencial se habla del modelo terapéutico fundado por E.T. Gendlin. A continuación se desarrollarán conceptualizaciones clave que permiten comprender en qué consiste este modelo terapéutico denominado Psicoterapia Experiencial.

En primer lugar se desarrollará el concepto del sí mismo, el cual consiste en una conceptualización central dentro de la teoría de la personalidad.

En el contexto de la psicoterapia se observa que, en la medida en que la *función implícita* del experiencing se encuentra funcionando, la persona es capaz de auto responderse, pudiendo *llevar adelante* su propio experimentar. A esta interacción entre los sentimientos del sujeto y su propia conducta, sea ella simbólica o de hecho, se denomina *sí mismo*, o más exactamente *proceso de sí mismo* (Gendlin, 1964).

Respecto a esto, Gendlin señala que el *sí mismo* en marcha no trata de conceptos sobre el mismo, sino que se encuentra encarnado, sentido corporalmente. Gendlin menciona que todo sujeto siente y vive situaciones más complejas de las que piensa o declara. Así, cada persona es un sí mismo mucho más intrincado, viviendo una vida más compleja de la que es capaz de definir (E. Gendlin, comunicación personal con S. Lara, 15 de diciembre de 2011). Así, si bien existe una autorreferencialidad ligada a la reflexión de sí, la autoexperiencia del sí mismo remite a una instancia prerreflexiva, manifestada en lo carnal (Lara, 2013).

De esta forma, no es posible dar cuenta de una sola conceptualización, sino que se plantean múltiples esquemas del sí mismo. Éstos se van definiendo en la complejidad de la interacción con los otros, en constante construcción (Lara, 2013). En esta línea, Rogers plantea que usualmente el cliente llega a terapia por no saber cuál es su “verdadero” sí mismo, y luego, en el transcurso de la terapia experimenta bienestar al sentir que está siendo “más auténticamente” él mismo (Rogers, 1951).

Por otra parte, antes de las formulaciones realizadas por Gendlin sobre el cambio en psicoterapia, Carl Rogers propone condiciones necesarias para que éste ocurra (1957). Éstas consisten en: (a) dos personas que están en contacto, una se llama cliente y la otra terapeuta; (b) el cliente se encuentra en un estado de vulnerabilidad o inconsistencia; (c) el terapeuta se encuentra en un estado de congruencia; (d) el terapeuta le ofrece aceptación positiva incondicional; (e) el terapeuta le ofrece una actitud de empatía; y (f) el cliente debe percibir dichas condiciones.

Respecto a la congruencia o autenticidad, Rogers incorpora la idea de la autenticidad *personal* dentro de las condiciones de la terapia cuando intuye la importancia de una relación personal *auténtica*. Así, al terapeuta se le exige ser *persona* y no sólo un instrumento auténtico, al considerar la terapia como un encuentro personal (Rogers, 1957).

Sobre esto señala: “El terapeuta ha de ser, dentro de los confines de esta relación, una persona congruente, genuina, integrada. Lo cual significa que, dentro de la relación, el terapeuta es libre y profundamente él mismo” (Rogers, 1957, p. 97).

En este sentido, Rogers señala que para poder ser auténtico, el terapeuta debiera estar consciente de todo sentimiento o actitud que experimente en el espacio terapéutico. De este modo, ser congruente significa que el terapeuta esté familiarizado con su flujo de sentimientos y experiencias en constante cambio (Rogers, 1957).

De acuerdo a la reformulación de Gendlin sobre el concepto de autenticidad o congruencia, es posible afirmar que cuando el proceso de experiencing está auto propulsado la persona está *siendo auténtica* (Gendlin, 1964). Como lo plantea Riveros (2005) la autenticidad “tiene como destino alcanzar el ser propio” (p. 31), por lo que la conexión con la fluidez de los propios sentimientos dota de la cualidad de verdadero y transparente lo que sea que emerja desde ahí.

Así, la *autenticidad en acción* consistiría en una persona en funcionamiento pleno, es decir, una persona que puede auto responderse de forma empática y aceptadora, permitiendo que su proceso experiencial se despliegue con libertad (Riveros, 2005). En contraste, la denominada *inautenticidad experiencial* da cuenta de un funcionamiento ligado a auto respuestas congeladas, es decir, rígidas y no interactuantes con la experiencia en curso. En este caso, la persona con su *proceso experiencial detenido* se vería imposibilitada de escuchar empáticamente, ya que no puede distinguir con claridad los contenidos propios y del otro. De esta forma, la escucha empática sólo es posible cuando existe un yo con fluidez en su forma de responderse a su propio sentir, pudiendo así, a su vez, facilitarle al otro su propia autenticidad (Riveros, 2005).

En segundo lugar, la aceptación propuesta por Rogers tiene la característica de ser incondicional, es decir, sin condiciones de valor. La posibilidad de aceptar ciertas emociones o conductas consideradas socialmente como “negativas”, radica en *comprenderlas* como una consecuencia natural de sus circunstancias, experiencias y sentimientos (Gendlin, 1999b). Este elemento se considera central en la atmósfera terapéutica, ya que al estar libre de amenaza el cliente puede explorar y experimentar con mayor libertad los elementos más profundos y ocultos de su sí mismo (Rogers, 1957). La



aceptación incondicional propuesta por Rogers es posible de reconocer operacionalizada en el focusing a través de la actitud experiencial denominada *aceptación radical de todo* (Weiser, 2001). Aquí se plantea que todo lo que emerge desde la sensación sentida tiene un propósito y sentido en ese proceso experiencial, incluso las partes que se suelen rechazar, como por ejemplo el “crítico interno”. Weiser destaca la importancia de la confianza en la sabiduría inherente del proceso de focusing, en el entendido de que nada de lo que surja del mundo interno es un enemigo para este proceso. De esta forma, propone la riqueza experiencial insospechada que puede surgir al aceptar radicalmente todo lo que emerge desde ahí (2001).

En tercer lugar, la comprensión empática consiste principalmente en poder asumir el marco interno de referencia del cliente. Rogers la describe como la *disposición* y capacidad del terapeuta de percibir este marco interno, esforzándose por entrar y comprender su mundo interior (Rogers, 1957). En esta línea, se reconoce cómo el terapeuta pone su sensibilidad en servicio a la sensación sentida del otro, en servicio a ese espacio del cliente donde se generan sentimientos y se buscan significados, dispuestos a ser completados por el significado que el terapeuta le ofrezca. De la misma forma, se plantea que la empatía debe sostenerse como una actitud coherente y constante, ya que, en primer lugar, permite el avance del proceso experiencial, y además facilita que el cliente avance, a pesar de lo amenazante que puede ser la experiencia de rozar o enfrentarse a zonas congeladas de su experiencing (Riveros, 2005).

Por otra parte, respecto a la cualidad interaccional del desarrollo de la psicoterapia experiencial, Gendlin refiere que los sucesos interpersonales tienen lugar antes de que exista un yo, lo que permite pensar que los otros responden al individuo antes de que éste se responda a sí mismo. Desde aquí se puede afirmar que el yo no consiste en un mero repertorio de respuestas aprendidas, sino un *proceso de respuestas* a los propios sentimientos y sensaciones. De esta forma, los significados implícitos de la experiencia del sujeto son susceptibles de desplegarse con mayor facilidad en la *interacción relacional* con el terapeuta (Gendlin, 1964).

Luego, cuando la persona se encuentra respondiendo a su propio sentir de formas que estancan su proceso de experiencing, es necesaria la ayuda de un otro para ser *ayudado a*

*ser uno mismo* (Gendlin, 1964). Tal como señala Lara (2013), el camino que transita la identidad hacia sí mismo es impulsado por otros que facilitan la exploración y las condiciones para que se pueda llevar a cabo este proceso. De esta forma, las intervenciones psicoterapéuticas responden y facilitan la *auto propulsión* de un proceso en marcha de forma concreta y sentida en la relación dada (Gendlin, 1964).

Una vez que el proceso experiencial de la persona se encuentra auto propulsado, es posible ver cómo emerge de forma espontánea la denominada *función integradora del organismo*. Respecto a ésta, Gendlin (1999b) señala que si existe un proceso corporal dentro de una interacción segura, protectora y de acompañamiento, el organismo es capaz de completar procesos detenidos en momentos anteriores de la vida, por ejemplo en la infancia y adolescencia. Refiere que el organismo por sí mismo es capaz de completar las lagunas que posee de los acontecimientos implícitos que no ocurrieron. Esto ocurre, por ejemplo, en el momento en que una persona con una historia de abandono emocional logra, en el contexto de una relación terapéutica aceptadora y facilitadora de su proceso experiencial, activar una capacidad interna de contenerse y acompañarse en emociones complejas o dolorosas.

En este sentido, Gendlin (1999b) explica que el organismo tiene más posibilidades de completar las lagunas cuando puede hablar de lo que le falta, siendo escuchado y comprendido profundamente por el terapeuta, prestando atención a la cualidad corporal de estar con lo que el cliente necesita que ocurra. Es decir, el organismo despliega su función integradora facilitado por la interacción con otro que lo acompaña, escucha y empatiza con él, apuntando al *experienting* que se encuentra implícito en su experiencia presente.

Así como el infante sabe cómo succionar la leche de su madre, cuándo y cómo comenzar a gatear, e incluso sabe cómo será cuidado, protegido y sostenido, porque esos pasos se encuentran *implícitos* en su organismo, el organismo adulto es capaz de generar los eventos interaccionales que le faltan para completarse. Mientras exista implicación corporal y una relación interpersonal que facilite ciertos patrones, el cuerpo dará un paso hacia delante (Gendlin, 1999b).

Finalmente, al dar cuenta de las bases teóricas y esencia de la Psicoterapia Experiencial, se vuelve necesario mencionar la denominada *dirección hacia la vida*. Gendlin (1999b)

destaca la importancia de que el terapeuta busque y responda ante signos saludables que observe en el consultante: una risa que sale de adentro, un tímido intento inicial de algo nuevo, un sentimiento de interés hacia algo; el deseo de otorgarse más respeto, el espacio para aprender algo, un nuevo proyecto personal; descubrir algo más de su esencia, quizás descubrir su creatividad y fortaleza. Así, propone que cuando el terapeuta sienta el inicio de un proceso hacia la vida tiene que responder y reafirmar estos indicios. No tiene que estar seguro de qué está ocurriendo o hacia dónde se dirige para responder (Gendlin, 1999b).

De esta forma, se plantea que definir o identificar la patología nunca es lo central ni el propósito de la terapia, lo que está bloqueado por la patología es lo que Gendlin llama “el proceso hacia la vida”. El siguiente fragmento de una carta de un cliente a Gendlin ilustra la esencia de esta actitud del terapeuta:

“A veces descubro que influyes en mi crecimiento aunque yo esté intentando ignorarlo. Entonces me siento forzada (si quiero ser honesta) a intentar observar ese proceso o dejarlo correr. Pensaba: ‘Gene, espera a que llegue a mi centro, independientemente de que la gente me haya agredido [en el sentido anímico o físico]’. Eso me calma. La agresión es cierta, pero tú te relacionas más con mi centro que con mi patología” (Gendlin, 1999b, p. 370).

### **3. Focusing**

El *focusing* corresponde al método y técnica descubierto y desarrollado por Gendlin desde su teoría del cambio de la personalidad y sus investigaciones junto a Rogers en procesos de psicoterapia (1964). Al comparar procesos de psicoterapia no exitosos y exitosos, fue posible observar cómo los clientes exitosos tenían una capacidad espontánea de auto exploración (Gendlin, Beebe, Cassens, Klein y Oberlander, 1968).

Este proceso observado fue posteriormente estudiado por Gendlin con la finalidad de generar principios que puedan ser enseñados para el desarrollo de esta habilidad a clientes menos exitosos (Leijssen, 1998). La habilidad que estos clientes exitosos presentan naturalmente se ha conceptualizado como *orientación al focusing*, respecto a la cual Klagsburn (2004) reconoce un modo particular de referirse a su experiencia. Aquí se

observa una forma de hablar más pausada, tentativa y exploratoria, en un ejercicio constante de ajustar las palabras o imágenes a los sentimientos y sensaciones que van emergiendo en el momento presente.

La sensación corporal compleja y poco definida a la que apunta el focusing, se denominada *sensación sentida*, corresponde al conocimiento interno del sujeto sobre sí mismo, que paulatinamente se abrirá en la interacción terapéutica y desde donde surgirán los nuevos significados (Leijssen, 1998). Así, por medio del proceso de focusing, la persona presenta un movimiento desde toda la sensación sentida respecto de una experiencia hacia una resolución corporal del asunto, el cual se denomina *cambio sentido* (Klagsburn, 2004).

El focusing es un proceso que se despliega acorde a ciertos momentos, que si bien no ocurren siempre y necesariamente de manera secuencial, para efectos descriptivos se conceptualizan como: (a) *el referente directo* corresponde al prestar atención al significado sentido que aparece a partir de una situación o temática determinada, permitiendo el proceso de simbolización que explicita lo implícito que se está viviendo en torno a ese asunto; (b) *la develación* consiste a la simbolización que ocurre al permanecer en contacto con ese espacio de sentir corporal, momento en el cual se generan símbolos sentidos y certeros que calzan con la experiencia procesal; (c) *la aplicación global* es el momento en que la persona puede relacionar aspectos de sí mismo, generalizar y explicarse su conducta, pudiendo conocer algunas facetas nuevas de sí mismo; (d) *el movimiento del referente* consiste en la experiencia directa de que algo más que la lógica y la verbalización se ha producido internamente, existe un cambio sentido internamente (Gendlin, 1964).

Es posible reconocer una variante del desarrollo del proceso de focusing denominada “microproceso”, el cual aparece en ciertos momentos de la psicoterapia. Los microprocesos permiten un *acercamiento sentido* a la experiencia del cliente, permitiendo generar una conexión del cliente con sus sentimientos y sensaciones, y así ir facilitando de forma paulatina su auto exploración con mayor profundidad (Leijssen, 1998).

La autora agrupa los distintos microprocesos en tres grupos, los cuales requieren de diferentes habilidades por parte del cliente. El primer microproceso consiste en *encontrar la distancia adecuada* de una sensación sentida. En esta fase no se trabaja el contenido de

un problema, sino la relación con éste. Si el cliente está demasiado lejos de un tema sin poder conectarse o demasiado cerca sintiéndose abrumado, es posible regular la distancia para poder relacionarse con el contenido. También se considera el *despejar un espacio* como un proceso que permite que el cuerpo revele lo que le preocupa, para luego decidir qué se desea trabajar.

El segundo microproceso descrito se denomina *desplegando la sensación sentida*. El acceso usual a la sensación sentida es a través de una sensación vaga ubicada en el centro del cuerpo o en zonas específicas como garganta, pecho, estómago, etc. El terapeuta facilita el despliegue de esta sensación proporcionando elementos (componente corporal, emocional, contextual o simbólico) para que el cliente logre interactuar con ella y obtener los significados que pueda proporcionarle.

El tercer microproceso es llamado *recibiendo y lidiando con las formas interfirientes de reaccionar*. Para poder recibir lo que surja en el proceso de experimentar el cliente tiene que mantener una actitud interesada y amistosa hacia lo que aparezca, momento en el cual se reconoce como obstáculo común la crítica interna, la cual limita el proceso experiencial ya que ataca e irrumpe cada movimiento esperanzador. Así, este microproceso consiste en reconocer, explorar y comprender tales voces obstaculizadoras del proceso de experienciar.

Por otra parte, se reconoce la “actitud de focusing” como un modo adoptado por el terapeuta y por el cliente para poder trabajar con este modo de atención interna. Lo no formado, lo vago, lo pre-conceptual sólo puede darse a conocer con una forma específica de aproximarse (Leijssen, 1998).

De esta forma, esta actitud presupone la tolerancia hacia la incertidumbre, dejar el control y abrirse a la propia vulnerabilidad, ya que ni el cliente ni el terapeuta pueden saber qué surgirá desde lo implícito. El cliente se atreverá a adoptar esta actitud de auto exploración en la medida en que perciba un monto considerable de seguridad interpersonal. Si bien en algunos casos esta forma de prestar atención interiormente surge espontáneamente, en los casos en que no ocurre así es posible de descubrir y fortalecer en el contacto con el terapeuta (Leijssen, 1998).

Por otra parte, Weiser (2001) describe tres propósitos terapéuticos de la escucha al trabajar con focusing.

Para Rogers el propósito de escuchar consistía en corroborar que la comprensión del terapeuta coincidiera con la experiencia del cliente. Sin embargo, pudo ver que frente al reflejo preciso el cliente recibía algo más que sólo la comprensión del terapeuta. Aquí se reconoce una sensación de alivio, algo que resuena internamente. Lo que estaba ahí se expresó y fue escuchado, por unos momentos algo se afloja dentro. Enseguida aparece algo más, lo que estaba ahí tiene algo para comunicar. Esto que se despliega es el denominado proceso de *llevar adelante* (Riveros, 2000).

En segundo lugar, una apropiada escucha transmite una presencia humana segura y consistente que esté dispuesta a acompañar lo que sea que aparezca. Este, señala, es el factor más poderoso para ofrecer como terapeutas. Refiere que si no se intenta mejorar o cambiar algo, y si a pesar de que algo pudiera ser “malo”, nos limitamos a decir lo que comprendimos, ese tipo de presencia que no juzga ayuda al cliente a estar con eso y avanzar un paso más (Weiser, 2001).

Un tercer propósito consiste en apoyar al cliente a que pueda relacionarse positivamente con ese “algo” interno, es decir, con su *sensación sentida*. Gendlin describe la actitud de acompañar *eso* junto al cliente, semejante a la compañía que se le haría a un niño asustado. Sin presionar, ni retar, o sacar del medio porque se encuentra lastimado, asustado, o tenso. Sólo se necesita sentarse a su lado en calma. Este tipo de compañía o contacto no intrusivo es lo que ese *borde*, o en otras palabras la sutil conexión con la dimensión implícita, necesita para que los pasos se realicen (Weiser, 2001).

Así, se reconoce un tipo particular de presencia y escucha por parte del terapeuta que posibilita la movilización del proceso de focusing. Este proceso, por su parte, emerge y ocurre de diferentes formas en el contexto psicoterapéutico, variando según el nivel de contacto experiencial del cliente, el momento del proceso terapéutico y según cómo está ocurriendo esa relación terapéutica.

En este sentido, es posible diferenciar el focusing como proceso y como técnica. Así, al hablar del focusing como proceso se apunta al movimiento interno sentido que se genera en la persona a partir de un tipo especial de presencia y de escucha, y por otra parte, al hablar del focusing como técnica se enfatiza en las formas de operacionalizarlo o tecnificarlo de una manera determinada para facilitar que el proceso ocurra.

#### **4. Persona del Terapeuta**

En torno a la variable del terapeuta se revisarán los aspectos específicos abordados en esta investigación, los cuales corresponden a habilidades clínicas, auto cuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico. En este momento se comienza a entrever con mayor claridad la primacía del aspecto relacional en el contexto psicoterapéutico desde este enfoque, el cual se conjuga como el engranaje central de los demás aspectos explorados.

##### **4.1. Habilidades Clínicas**

De acuerdo a Moncada (2007), existe acuerdo respecto a ciertas habilidades clínicas básicas que deben tener los terapeutas para facilitar procesos de cambio terapéutico. Estas habilidades clínicas son observables desde el *rol* que el terapeuta ocupa en el espacio psicoterapéutico. Las características centrales del rol del terapeuta que destacan consisten en ciertas *condiciones humanas* tales como acompañar, ser sensible, ser ético, y reconocer los propios límites. Así, se ilustra un estilo básico de relacionarse con el cliente que se vincularía a un buen desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Desde el contexto teórico de esta investigación, la efectividad del terapeuta consiste, en primer lugar, en su *respuesta terapéutica*. En este sentido, cuando el cliente interactúa con una persona aceptadora, sentirá de forma intensa, con mayor libertad para auto explorarse y conocerse. Desde este lugar sus problemas adquieren una significación mayor, ya que a partir de la atmósfera terapéutica y empática que el terapeuta provee, el cliente logra sentir más. Por el contrario, si el cliente interactúa con una persona censuradora, interpretativa y poco aceptadora, es probable que toque los temas de forma superficial e intelectual (Dufey y Wilson, 2014).

Otra habilidad central que el terapeuta debiera manejar consiste en ofrecer símbolos *empáticos y certeros* al cliente, los cuales tengan una resonancia real para éste. Estos

símbolos no poseen el mismo efecto si derivan únicamente de una interpretación teórica o desde un marco de referencia externo. Las respuestas certeras son necesariamente fruto de una serie de autorrespuestas a los propios procesos del terapeuta, a partir de lo cual éste puede poner su sensibilidad y autenticidad al servicio del otro (Riveros, 2000). En este sentido, los símbolos son certeros en la medida que apuntan al *experiencing* en curso del cliente, con lo cual se genera en este un efecto experiencial inmediato por su resonancia experiencial, y que alcanza un grado mayor de movilización en la medida que el símbolo ofrecido se ajusta al *experiencing* implícito del cliente.

De acuerdo a lo anterior, el terapeuta debiera ser experto en ofrecer los símbolos apropiados desde su propia creatividad y sensibilidad, en vez de enfocarse en direccionar de forma directiva el curso de la terapia. Una vez que la conexión emergente en la relación terapéutica permita que el terapeuta le ofrezca al cliente los símbolos adecuados, el proceso experiencial del cliente se movilizará de forma autónoma y autodirigida. De esta forma, el *experiencing* del cliente sólo podrá ponerse en marcha si el terapeuta genera un clima de aceptación y relación humana positiva, y es capaz de generar respuestas terapéuticas certeras.

En esta línea, la *sensibilidad* que permite que emerja una respuesta terapéutica certera es entendida también como *resonancia emocional*. Esta capacidad del terapeuta consiste no sólo interactuar desde la comprensión lógica respecto de lo que el cliente refiere, sino que producir en sí mismo una síntesis de los aspectos cognitivos y afectivos de la experiencia del cliente. Desde aquí el terapeuta puede entregar una respuesta más integrada, más viva y más globalizante (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996).

De esta forma, la capacidad de resonar emocionalmente le permite al terapeuta alcanzar un mayor nivel de comprensión sobre la experiencia interna del otro, así como generar en el cliente la sensación de estar acompañado en su existencia y en su sentir, consolidándose así la relación terapéutica. Además de esto, en la medida en el cliente perciba al terapeuta resonando emocionalmente, él mismo aumentará su propia capacidad de resonancia (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996).

Dentro de los aspectos afectivos presentes en la relación terapéutica, destaca la *empatía* como un elemento esencial para la creación de un *ambiente terapéutico*. Más aún, es



posible plantear que empatía se vuelve impensable sin el componente afectivo, el cual permite que la persona se logre sentir profundamente acompañada, característica principal de la respuesta empática efectiva (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996). En efecto, se ha observado un efecto inmediato y significativo entre el experimentar un ambiente empático que apunta a responder al experiencing implícito de otro, y un aumento en el experiencing de quien recibe estas intervenciones (Dufey y Wilson, 2014).

La empatía constituye entonces el *punte* entre terapeuta y cliente, en la medida en que el terapeuta deja su “yo” entre paréntesis y se sitúa en una actitud de estar disponible para el otro. De esta forma, el terapeuta con su sensación sentida en marcha se dispone a significar en función de la sensación sentida del otro, permitiéndole en este encuentro al cliente ir recuperando su congruencia o autenticidad transitoriamente perdida (Riveros, 2005).

Así, desde la mirada experiencial, el terapeuta debiera centrarse en su desarrollo como *persona*, con la idea de usar su *ser* de forma completa al relacionarse con el cliente, en el sentido de la resonancia emocional (Mearns y Schmid, 2011). Así, el desafío del desarrollo del terapeuta que proponen los autores consiste en que éste elabore sus experiencias de vida y así sobreponerse a miedos o aspectos no elaborados que pueda tener. De esta forma puede aumentar su auto aceptación, fortalecerse internamente y estar más preparado para abrirse afectivamente y ofrecer elementos de su resonancia emocional y de sus experiencias al cliente (Mearns y Schmid, 2011).

Finalmente, en el entendido de que la respuesta terapéutica tiene un impacto profundo en la profundización u obstaculización del proceso experiencial del cliente, Hendricks (2002) plantea la necesidad de que los terapeutas tengan formación y experiencia práctica en trabajo con focusing. Tal como señalan los hallazgos empíricos, las sesiones de psicoterapia con mayor éxito percibido por cliente, terapeuta y marcadores concretos, consisten en su mayoría en sesiones donde se trabajó con focusing. Es por esto que la autora afirma la importancia de que los terapeutas de cualquier línea teórica puedan familiarizarse con este método, en cuanto éste se configura como una propuesta para aproximarse y trabajar con la experiencia del cliente que no se contradice ni conflictúa con otras técnicas o enfoques teóricos (Hendricks, 2002).

## 4.2. Auto-cuidado

Varias profesiones se describen como riesgosas de generar situaciones de *burn out*, término que se utiliza para describir el agotamiento extremo que limita a la persona de continuar funcionando cotidianamente. De esta forma, el espacio referente a la vida laboral se presenta como un área sensible a generar dificultades para el sujeto considerando las exigencias que ésta conlleva (Álvarez y Fernández, 1991). En este sentido, el ejercicio de auto cuidado de los terapeutas se puede asociar a la prevención del desgaste laboral que deriva de trabajar en relaciones de ayuda. Es decir, el cuidarse del terapeuta se relaciona al conjunto de acciones que realiza para mantener su salud mental (Concha, 2015).

Desde la mirada experiencial, el auto cuidado del terapeuta se relaciona en primer lugar a la capacidad de focalizar su propia experiencia y a partir de esto poder *llevarla adelante*. Si no lo logra, la experiencia del terapeuta podría sentirse como “detenida”, dificultando el sentir fresco, nuevo y actual de la experiencia en curso. Junto con esto, Concha (2015) señala que el terapeuta debe ser capaz de trabajar consigo mismo, con su propio experiencing, y desde ahí facilitar el espacio para que el experiencing del cliente vuelva a la fluidez que lo caracteriza.

Desde esta comprensión que se ofrece acerca del cuidado del terapeuta el *focusing* consistiría en un “andamiaje” para la conexión con la propia experiencia, por lo que permitiría que el terapeuta se traslade a su “posibilidad más propia”, sin ofrecer una pauta estática de modos impuestos de *ser* (Concha, 2015).

En cuanto al proceso interno llevado a cabo como forma de cuidado de sí, Lara (2013) desarrolla la exploración del sí mismo en terapeutas experienciales por medio del uso del auto focusing en el contexto del espacio entre sesión en psicoterapia. La auto exploración que experimentaron los terapeutas conllevó, en primer lugar, un trabajo con sus propias heridas. Es relevante destacar que éste no se logra únicamente por medio de una elaboración cognitiva, sino que también involucra la dimensión *sentida*, y apunta a explorar conflictos o situaciones no resueltas que se manifiestan en la interacción con el otro y en la relación terapéutica (Lara, 2013).

Por otra parte, en esta exploración aparece la emocionalidad y un encuentro con situaciones afectivas diversas: ciertos sentimientos negativos, el crítico interno y cuestionamientos del terapeuta interno (Lara, 2013). En esta exploración se plantea la autoempatía (Gendlin, 1999b) como la forma en la cual el terapeuta logra un acercamiento adecuado que le permita la contemplación de su propia vivencia.

En este ejercicio de autoobservación también aparecen aspectos positivos de sí mismo, los cuales *facilitan la conexión con el otro* en el espacio de terapia y promueven mayor realización personal (Lara, 2013).

Así, en este espacio el sí mismo del terapeuta se pregunta acerca de sus capacidades y sus necesidades, y así el estar en contacto con estas partes de sí mismo le permite estar más contactado consigo mismo (Lara, 2013). Respecto a esto, Lara reconoce una dimensión de la experiencia que quedaría en un espacio que denomina *transconciente*. Refiere que las interacciones que se van viviendo y que impactan la construcción del sí mismo del terapeuta no se exploran con el tiempo necesario se quedan en el trasfondo, lo cual podría generar consecuencias negativas en la cotidianidad de la vida.

Para la exploración de esta dimensión no bastaría el prestarle atención, sino que requiere de un proceso de auto observación más sistemático, siendo necesario detenerse, “chequear”, hacer consciente y elaborar, simbolizando de forma adecuada lo que le va ocurriendo al terapeuta interiormente. Esta acción permitiría hacerse cargo de este *transconciente* y generar en el tiempo una *integración responsable* de lo que aparece en la interacción terapéutica y en la construcción de sí mismo (Lara, 2013).

En este sentido, la auto exploración de aspectos profundos del sí mismo facilitaría la toma de conciencia de las propias dificultades, así como el disfrute de quién se es y la conexión con una sensación agradable reconocida como “*sensación organísmica* que conecta con la creatividad” (Lara, 2013, p.191). También se reconoce como un espacio de autoempatía, por medio del cual el terapeuta se alinea consigo mismo alcanzando un mayor nivel de profundidad que un simple “darse cuenta”, permitiendo una elaboración que calza con lo sentido interiormente. Este aumento de conciencia permite, a su vez, la posibilidad de acompañar de una forma más auténtica al otro, la cual se manifiesta también en relaciones fuera de la consulta (Lara, 2013).

Junto con esto, cabe mencionar la dimensión relacional que se ve impactada a partir de este espacio de auto exploración del terapeuta. Esto, ya que permite percibir temáticas del paciente y de la interacción, pudiendo abordarlas mejor y hacer distinciones en la forma de intervenir y situarse en el espacio terapéutico. También se reconoce que por medio de esta auto observación se elaboran elementos vinculados a la interacción, ya que al tomar un momento de detención y perspectiva es posible reconocer con mayor claridad qué está ocurriendo en la relación terapéutica y separar de forma apropiada los elementos y sensaciones personales y del otro (Lara, 2013).

### **4.3. Alianza Terapéutica**

El concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en el cual terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía (Weinberg, 1996).

Bordin (1976, p. 208) define alianza como “el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta” e identifica tres componentes de ésta: tareas, metas y vínculo. En primer lugar, las tareas de la alianza corresponden a las responsabilidades asumidas tanto por el terapeuta como por el paciente. Así, ambos llegan a un acuerdo sobre sus roles respectivos, con el convencimiento de que estos son importantes. Las metas consisten en los objetivos que se acuerdan de antemano y a los cuales apuntan los resultados de la psicoterapia. En tercer lugar, el vínculo terapéutico refiere a la cercanía de la relación existente entre terapeuta y paciente, e incluye aspectos como la confianza, aceptación y confidencia mutua. Junto con esto, Bordin (1980) manifiesta que la reciprocidad es el elemento principal de la efectividad terapéutica, observable en colaboración, concordancia y conexión que se genere entre el terapeuta y el consultante.

Desde la mirada experiencial, Gendlin (1999b) enfatiza que la interacción interpersonal es la entrada terapéutica más importante, ya que el resto de las vías de entradas tienen lugar *dentro* de ella. El trabajo por medio de la interacción interpersonal lo entiende, en primer lugar, a través de cómo ésta avanza de manera concreta. En otro sentido, se refiere al

trabajo sobre la interacción como tal. En este caso, la discusión sobre la relación terapéutica es considerada por Gendlin como una opción de enfocar el trabajo psicoterapéutico en un momento dado, siempre y cuando estos temas surjan de forma espontánea, sin imponerlo sobre el consultante.

Sobre la base de que todo lo que se hace en terapia es interacción, en el contexto de esta investigación es de especial relevancia cuestionarse por el *tipo de interacción* que se está produciendo, ya que el efecto terapéutico de cualquier tipo de intervención va a depender de la interacción implícita que la subyace (Gendlin, 1999b).

Un ejemplo que ofrece Gendlin (1999b) sobre la predominancia de la interacción implícita es que el terapeuta refleje: “Estás diciendo que no le gustarías a nadie si realmente te mostraras como eres” (p. 400), pero en esta interacción implícita el cliente se siente aceptado mientras se muestra a sí mismo. Así, a pesar de que haya un contenido verbal “negativo”, la interacción puede ser positiva.

Por otra parte, Gendlin (1999b) destaca un denominado “procedimiento relacional” que denomina “no poner nada en medio”. Refiere que al esperar a un cliente deja entre paréntesis sus propios sentimientos y preocupaciones, así como las teorías y procedimientos. Con esto, el espacio delante del terapeuta queda libre, dispuesto para la otra persona. Junto con este ejercicio, señala que no es necesario que el terapeuta sea un ser humano especial, sabio, bueno, o con motivaciones puras. Sólo importa que pueda estar presente para que la otra persona lo pueda encontrar (Gendlin, 1999b).

Por otra parte, otro elemento que el terapeuta debiera entregar en el espacio terapéutico consiste en mantener la seguridad del cliente. En este sentido, el cliente debe ser libre para expresar cualquier sentimiento, sin que el terapeuta responda, por ejemplo, a sentimientos de atracción sexual o comportamientos ilegales. El mantener imperturbable esta seguridad es una parte importante de la relación terapéutica (Gendlin, 1999b).

Finalmente, es posible referir respecto a los problemas interaccionales, que éstos se pueden convertir en oportunidades para la terapia. Así, se busca responder al cliente de una forma determinada con la finalidad de continuar la interacción presente para llevarla más allá de sus patrones usuales (Gendlin, 1999b).

De esta forma, se plantea que se deben verbalizar los aspectos problemáticos de la interacción y tener prioridad por sobre otras vías de entrada. En esta línea, Gendlin considera que las reacciones internas del terapeuta son el mejor medio para registrar los problemas interaccionales, sobre lo cual se enfatiza que el terapeuta haga o diga algo si sus sentimientos le indican que algo no marcha bien. Aludir a esta dificultad puede ser necesario y liberador para el terapeuta (Gendlin, 1999b).

Por otra parte, respecto al trabajo con focusing desde la dimensión de la alianza terapéutica, se espera que el terapeuta interactúe con el cliente de un modo empático y aceptador, de forma que en este *entorno terapéutico correctivo* el cliente pueda ir incorporando la actitud de focusing. Así, el cliente logra ir interactuando él mismo con su experiencia corporalmente sentida, en la misma forma oyente y amistosa (Leijssen, 1978).

De esta forma, el focusing sólo puede ocurrir si las condiciones interpersonales son las adecuadas, ya que el espacio relacional entre cliente y terapeuta consiste en el espacio vivo en que el proceso del cliente ocurre. Así, si las condiciones relacionales no las adecuadas el focusing pierde su sentido, ya que el proceso interno consiste más bien en una función del incesante proceso interaccional (Leijssen, 1998).

En torno a esto Gendlin (1996, p. 297) señala: “El focusing no es un proceso intrapsíquico para ser contrastado con el relato interpersonal. Tal distinción pierde el hecho que nosotros estamos vivos en nuestras situaciones y relaciones con otros, y que vivimos corporalmente nuestras relaciones”. Esta naturaleza esencialmente interactiva del desarrollo de una sensación corporalmente sentida corresponde a lo que se refirió Rogers al decir que el cliente debe *percibir adecuadamente* la empatía, la autenticidad y la consideración positiva del terapeuta (Leijssen, 1998).

Retomando los componentes de la alianza terapéutica, cabe señalar respecto a las metas u objetivos terapéuticos, que el focusing permite la elección de la dirección de cambio desde el proceso más amplio y profundo que se va desarrollando. De esta forma, por medio del focusing, los objetivos terapéuticos emergen gradualmente desde una sensación renovada de lo que verdaderamente se quiere en la vida (Gendlin, 1999b).

Por otra parte, respecto al elemento del vínculo como componente de la alianza terapéutica, es necesario referirse a la dimensión afectiva de la relación. Dentro de esta

dimensión, Seguí (1963) habla de la Psicoterapia basada en el amor. Este amor es una forma distinta y característica, y se considera como un movimiento hacia la actualización de los “más altos valores” del otro. Al referirse al “otro” se habla de la *persona* del paciente y no considerando al paciente como un enfermo (Seguí, 1963).

De la misma forma, refiere que la experiencia psicoterapéutica está cargada no sólo de un placer momentáneo, sino que también de efectos posteriores y notables. Se plantea que la relación terapéutica, luego de cada encuentro, deja la sensación de algo valioso realizado. Es como si una cosa muy personal se hubiera compartido y eso basta para *ligar* a ambos participantes. Aquí el autor se refiere a la idea de la *comuni3n*, de trascendental importancia en toda real intimidad humana (Seguí, 1963). Entonces, tal como lo define Seguí, el *eros psicoterapéutico* da cuenta de una de las formas más especiales y diferenciadas de relación humana.

Asimismo, desde la visi3n que propone Fromm (1959), el amor del que se habla en psicoterapia sería similar al que él denomina “amor fraternal”. Lo explica como la clase más fundamental y básica en todos los tipos de amor. Respecto a esto refiere que “por él se entiende el sentido de responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento con respecto a cualquier otro ser humano, el deseo de promover su vida [...] en el amor fraternal se realiza la experiencia de uni3n con todos los hombres, de solidaridad humana, de *reparaci3n* humana” (Fromm, 1959, p. 52). También señala que este amor se da entre iguales, pero que sin duda, aún como iguales no son siempre “iguales”. En la medida en que se es humano se puede necesitar ayuda (Fromm, 1959).

De forma concordante con la visi3n presentada, podría considerarse el tipo de relaci3n propuesta por Martin Buber denominada “Yo-Tú” (1984). En este modo de relaci3n cercana se encuentran dos personas sin una finalidad utilitaria y sin relacionarse con el otro como objeto. Si bien es necesario que siempre se mantenga la diferenciaci3n entre las dos personas de la relaci3n, en ese momento se está total y plenamente junto al otro. Además, refiere que en ese encuentro se es posible ser auténtico y genuino. A pesar de no ser un modo de relaci3n en el cual se pueda funcionar cotidianamente, son momentos especiales que dotan la vida de sentido y valor. Por otra parte, al reflexionar sobre los modos de

relación, Buber da a entender que el entrar en relación es entrar a la existencia misma e instalarse en ella, ya que existimos dado que nos relacionamos (Buber, 1984).

Este tipo de encuentro relacional denominado por Mearns y Schmid (2011) como *profundidad relacional* es considerado uno de los desafíos centrales para el psicoterapeuta. Frente a esto, destacan la importancia de que el terapeuta no sea disuadido por los aspectos más complejos del cliente ni se coluda con ellos, sino que perciba un rango más amplio de visión sobre el otro. Proponen que el compromiso con su propia congruencia, es decir, poder mostrar qué le ocurre y qué va sintiendo en el transcurso de la terapia y frente al otro, es una apuesta de ofrecer algo realmente distinto al cliente, lo cual éste podría aceptar y así comenzar a abrirse paulatinamente a estos momentos de profundidad relacional (Mearns y Schmid, 2011).

De este modo, las conceptualizaciones desarrolladas iluminan la idea del encuentro relacional profundo como un elemento esencial al pensar en el *tipo de interacción* que se desarrolla y su importancia en la constitución de la alianza terapéutica en el trabajo con focusing.

#### **4.4. Cambio Terapéutico**

Sobre la perspectiva del cambio terapéutico en Psicoterapia Experiencial, cabe reforzar que, desde esta mirada, la persona que asiste a terapia se encuentra funcionando en su *experiencing* de forma parcial, habiendo ciertos aspectos internos detenidos y no interactuantes (Gendlin, 1964). Así, el propósito de una psicoterapia consiste en reestablecer el *experiencing* detenido o no funcionante a partir del ya funcionante. En forma posterior o simultánea se produciría el *proceso auto propulsado* de crecimiento personal. Esto se refiere a que el proceso de cambio tiene un locus de control interno y el terapeuta es únicamente el compañero existencial de éste (Riveros, 2000).

De esta forma, el proceso de cambio no requiere de una dirección guiada de forma externa, ya que tiene su propia dirección, siendo intrínsecamente energético y dinámico. El hecho de respetar y acompañar el camino que la auto propulsión va tomando es afirmar la



autenticidad de esa persona, ya que ese particular modo de ser puesto en movimiento consiste en lo que ese cuerpo, esa persona y esa vida *están siendo* (Riveros, 2000).

Junto con lo anterior, destaca la idea de que los hallazgos clínicos y empíricos muestran que el cambio en psicoterapia no se asocia al trabajo en torno al contenido, ya sea la persona o la relación. Más bien, lo central para el cambio psicoterapéutico consiste en que la persona se comprometa en el proceso, entendido como la *interacción en marcha* que ocurre en la relación terapéutica. Esta interacción posibilita que el cliente se relacione y sienta de nuevo modo los aspectos del experiencing que se han ido reconstituyendo en el proceso (Gendlin, 1964).

Por otra parte, en el contexto de este estudio, es relevante agregar cómo la propuesta del funcionamiento interno que propone Dimaggio (2006) posibilita comprender aspectos centrales del trabajo en psicoterapia. Aquí se refiere a la multiplicidad de voces internas, concepto también desarrollado desde un enfoque centrado en el cliente como el *pluralismo del self* (Cooper, Mearns, Stiles, Warner y Elliott, 2004). Desde esta mirada, una parte significativa del trabajo y cambio psicoterapéutico consistiría en que tanto terapeuta como cliente comprendan las voces y personajes internos del consultante, muchas veces completamente diferentes y en casos contradictorios, con el fin de lograr algún tipo de relación dialógica entre éstos.

Se plantea que por medio de la integración de algunas de las voces y personajes internos es posible ir experimentando con nuevas *estrategias relacionales* (Dimaggio, 2006). Este trabajo debiera ir acompañado del reconocimiento adecuado de la experiencia emocional de cada personaje o parte interna, su punto de vista y las relaciones con las otras voces, tomando así una metaposición y regulando la distancia respecto a éstas.

Por otra parte, Warner (2008) plantea un acercamiento a experiencias difíciles de los clientes, a partir de su experiencia con procesos frágiles y psicóticos. La autora señala que en casos se asume que la terapia centrada en el cliente no podría ser efectiva con casos de clientes más graves y que éstos necesitarían intervenciones más fuertes e interpretativas. Sin embargo, refiere que una relación interpersonal empática combinada con un acercamiento cercano y cuidadoso a las experiencias más difíciles del cliente, se constituye

como condición de posibilidad para la curación profunda de aspectos de la persona que consulta.

En un primer momento, se plantea que la respuesta empática disminuye la sensación de soledad existencial del cliente, lo que lo ayuda a tolerar las experiencias complejas con menos ansiedad. Luego, a largo plazo, se observa cómo una relación terapéutica empática permite que el cliente se pueda mantener conectado a sus experiencias difíciles, lo que posibilita que tendencias fundamentales del desarrollo se reconecten y el fortalecimiento de la capacidad de procesar la experiencia interna en curso (Warner, 2008). El desarrollo de esta habilidad permite que los clientes logren interactuar de forma más productiva con otros, sostener un sentido de su propia experiencia y la del otro al mismo tiempo, la disminución de los síntomas y la integración de la propia experiencia (Warner, 2008).

En la misma línea, Greenberg y Alberta (2005) investigan el nivel de *profundidad experiencial* con el cual el consultante vivencia sus temáticas centrales o *core themes*, como un elemento catalizador del cambio psicoterapéutico. Respecto a esto, se plantea que independientemente del nivel de experiencing del cliente en el transcurso general de la terapia, un proceso terapéutico que promueve principalmente un foco en el mundo interno y que oriente al cliente a experimentar sentida y emocionalmente los problemas, le permitirá hacer sentido de sus experiencias de un nuevo modo, lo cual en el estudio de Goldman et al. (2005) se observó vinculado a la disminución de la sintomatología depresiva y aumento de la autoestima percibida. Por otra parte, se desconfirma la idea de que el experiencing es una variable que no puede ser facilitada en terapia, ya que el nivel de contacto con el experiencing alcanzado por los consultantes se observó como un claro resultado de lo que ocurría en terapia, y el grado en que se profundizó en la experiencia sentida del cliente fue un predictor único de éxito psicoterapéutico (Goldman et al., 2005).

## **METODOLOGÍA**

### **I. Diseño de Investigación**

Para la realización de este estudio se utilizó un diseño de investigación cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo. Es decir, el problema se desarrolló de manera inductiva, centrándose en primer lugar en explorar y describir, y posteriormente generar perspectivas teóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Cabe señalar que las investigaciones en la orientación humanista se han asociado históricamente a una fundamentación metodológica de carácter fenomenológico, la cual tiene sus orígenes formales en la Obra de Edmund Husserl (1859-1938) y que plantea un modo de acercarse a lo estudiado eliminando la barrera entre lo objetivo y lo subjetivo. De esta manera, se entiende que el investigador conduce la indagación de manera subjetiva y reconociendo sus tendencias personales (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).

Hernández et al. (2006) proponen que el diseño exploratorio se utiliza al examinar un problema de investigación poco estudiado o si se desea abordar éste desde una nueva perspectiva. Así, debido a la naturaleza poco explorada de la presente investigación es que un diseño exploratorio parece apropiado para aproximarse al fenómeno. Junto con esto, el elemento descriptivo apunta a la caracterización de los terapeutas que trabajan con focusing, considerando uno de los objetivos específicos de este estudio.

### **II. Muestra**

En cuanto a la selección de los participantes, la muestra consistió en un grupo de 12 terapeutas humanistas de ambos géneros que tuvieran formación en focusing y que lo practicaran en el contexto psicoterapéutico. Los criterios de inclusión consistieron en que los terapeutas tuvieran al menos 2 años de experiencia clínica y de utilización del focusing.

Se utilizó una muestra de expertos y los participantes fueron contactados a través de un muestreo no probabilístico basado en la técnica de bola de nieve (Hernández et al., 2006).

*Tabla 1. Información sociodemográfica y clínica básica de terapeutas entrevistados.*

	Género	Edad	Formación Clínica (Enfoques)	Años de Práctica Clínica	Años de utilización del Focusing	Cantidad aprox. de atención de pacientes semanales
Entrevistado I	Masculino	35	Humanista Transpersonal, Humanista Existencial	15 años	8 años	23
Entrevistado II	Femenino	45	Reichiano, Humanista Existencial	6 años	2 años	20
Entrevistado III	Femenino	31	Sistémico Relacional, Humanista Experiencial	6 años	2 años	25
Entrevistado IV	Femenino	40	Psicoanálisis Intersubjetivo, Psi. Experiencial	20 años	12 años	22
Entrevistado V	Femenino	29	Enfoque Integrativo, Humanista Experiencial	6 años	6 años	8
Entrevistado VI	Masculino	30	Humanista Transpersonal, Psicología Budista	8 años	8 años	15
Entrevistado VII	Femenino	51	Humanista Transpersonal, Psicología Junguiana	27 años	8 años	15
Entrevistado VIII	Masculino	26	Humanista: Alba Emoting y Focusing	2 años	2 años	8
Entrevistado IX	Masculino	27	Humanista: Alba Emoting y Focusing	4 años	4 años	10
Entrevistado X	Femenino	42	Humanista Experiencial	12 años	12 años	6
Entrevistado XI	Femenino	28	Humanista Experiencial, Psicología Junguiana	5 años	3 años	25
Entrevistado XII	Femenino	43	Humanista Experiencial, Psicología Junguiana	19 años	16 años	20

En la Tabla 1 se presenta la información sociodemográfica y clínica básica recolectada sobre los terapeutas entrevistados. En ella aparecen datos referentes al género y edad de los participantes, a los enfoques en los cuales se formaron y a la cantidad de pacientes atendidos semanalmente. Junto con esto, la tabla expone la información referente a los años

de práctica clínica y de trabajo con focusing, ambos considerados criterios de inclusión para la selección de la muestra. Así, estos datos permiten generar un perfil inicial de los terapeutas respecto a su trayectoria y trabajo clínico actual.

### **III. Recolección y análisis de datos**

La recolección de los datos se encontró principalmente influida por las prioridades y experiencias de los participantes, más que por la medición estandarizada, estructurada y determinada. De esta forma, los significados se obtuvieron a partir de los datos, sin ser necesario reducirse a números ni analizarse estadísticamente, buscando más bien dispersión y expansión de la información obtenida (Hernández et al., 2006).

En este caso, la técnica para recolectar datos fue la entrevista semi-estructurada, elaborada a partir de las preguntas directrices de este estudio. La modalidad de entrevista semi-estructurada fue escogida para la recolección de datos, ya que consiste en una entrevista compuesta por preguntas abiertas que se llevan a la situación de entrevista en forma de una pauta. Así, las preguntas se contestan libremente por los entrevistados, siendo posible desviarse en un momento determinado o incorporar elementos de forma espontánea (Flick, 2004). Antes de realizar las entrevistas se explicitó lo referente al consentimiento informado, frente a lo cual todos los participantes estuvieron de acuerdo. Luego de la realización de las entrevistas (Anexo 1) estas fueron transcritas en su totalidad, resguardando la confidencialidad de los participantes.

Posteriormente se procesó la información recabada a través de un *análisis de discurso*, en el cual se utilizaron elementos de la teoría fundamentada correspondientes a las etapas de la codificación abierta (Anexo 2) y la codificación axial.

La teoría fundamentada consta de tres etapas principales que permiten llevar a cabo el proceso de generar teoría en torno a un fenómeno determinado (Corbin y Strauss, 2002). Estas etapas consisten en la *codificación abierta*, la *codificación axial*, y la *codificación selectiva*. En esta oportunidad se utilizarán elementos de las dos primeras etapas del proceso de la Teoría Fundamentada, ya que éstas permiten desarrollar de manera satisfactoria los objetivos de naturaleza exploratoria y descriptiva de este estudio.

La primera etapa de la teoría fundamentada (Corbin y Strauss, 2002) consiste en la *codificación abierta*, momento del proceso en que se descomponen los datos en partes, se examinan de manera minuciosa y se realizan comparaciones para encontrar similitudes y diferencias. Luego, las partes que se consideran similares conceptualmente en su naturaleza o que mantengan una relación en su significado, se agrupan como “categorías” y “subcategorías”. De esta forma, a través de la búsqueda de diferencias y similitudes es posible realizar una sutil discriminación entre las categorías emergentes.

La segunda etapa corresponde a la *codificación axial*, y ha sido definida por Corbin y Strauss (2002, p.134) como “el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado *axial* porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones”. Durante este proceso la finalidad consiste en reagrupar los datos fracturados durante el paso anterior, intentando generar explicaciones más precisas sobre el fenómeno estudiado. Así, al realizar la codificación axial, se buscan respuestas a preguntas tales como dónde, cuándo y por qué sucede, y qué resultados tiene, descubriendo relaciones entre estas categorías. Esto es, estudiar tanto la *estructura* como el *proceso*, con la finalidad de captar la dinámica y naturaleza evolutiva de los acontecimientos (Corbin y Strauss, 2002).

## RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados de la investigación que emergieron a partir del análisis de la información obtenida a través de las entrevistas realizadas a los participantes. El análisis que se presentará corresponde al análisis de discurso llevado a cabo por medio de las dos primeras etapas de la teoría fundamentada: la codificación abierta y la codificación axial. Se expondrán los resultados obtenidos de acuerdo a cada aspecto de la persona del terapeuta abarcados en este estudio: habilidades clínicas (focusing y auto focusing), auto cuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico.

### 1. Habilidades Clínicas

El primer apartado a desarrollar corresponde a los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas sobre el aspecto de habilidades clínicas. En el contexto de la presente investigación se consideraron el focusing y el auto focusing como las principales habilidades clínicas a explorar.

De esta forma, se desarrollarán los resultados que emergieron a partir de la codificación abierta y la codificación axial respecto a la utilización del focusing en el espacio clínico. En segundo lugar, se explorará el uso del auto focusing. En este aspecto de la persona del terapeuta se reconoce tanto la dimensión del terapeuta, como la del cliente y del proceso, proporcionando así una mirada completa del escenario clínico.

En primer lugar, se mencionarán las motivaciones que refirieron los terapeutas para formarse en focusing. Dentro de estas, fue de gran peso para la decisión de formarse, el considerar este método como una forma de trabajar en psicoterapia profundamente distinta a lo aprendido en la formación de pregrado.

Respecto a esto, se destaca la dimensión de cuerpo, ya que desde esta mirada se propone un cuerpo que contiene la historia viva de la persona, y en el cual coexisten de forma presente el pasado, presente y futuro. También destacan la sabiduría interna con la

que es posible contactar por medio del focusing, así como el acceso a respuestas de otra cualidad que las respuestas alcanzadas sólo de forma racional.

“...como lo corpóreo es espacio donde está toda la historia contenida, y si uno quisiera ir un poco más allá esta historia que uno arrastra desde los padres, familia, y que está toda presente y coexistiendo” (I, 18).

Junto con esto, a diferencia de otros modelos corporales humanistas, se plantea un acceso distinto al cuerpo, por medio de un acercamiento sutil, posibilitado a través de la denominada sensación sentida. A través de este tipo de acercamiento, los terapeutas señalan la sorpresa al notar la rapidez de movilización de los procesos acompañados.

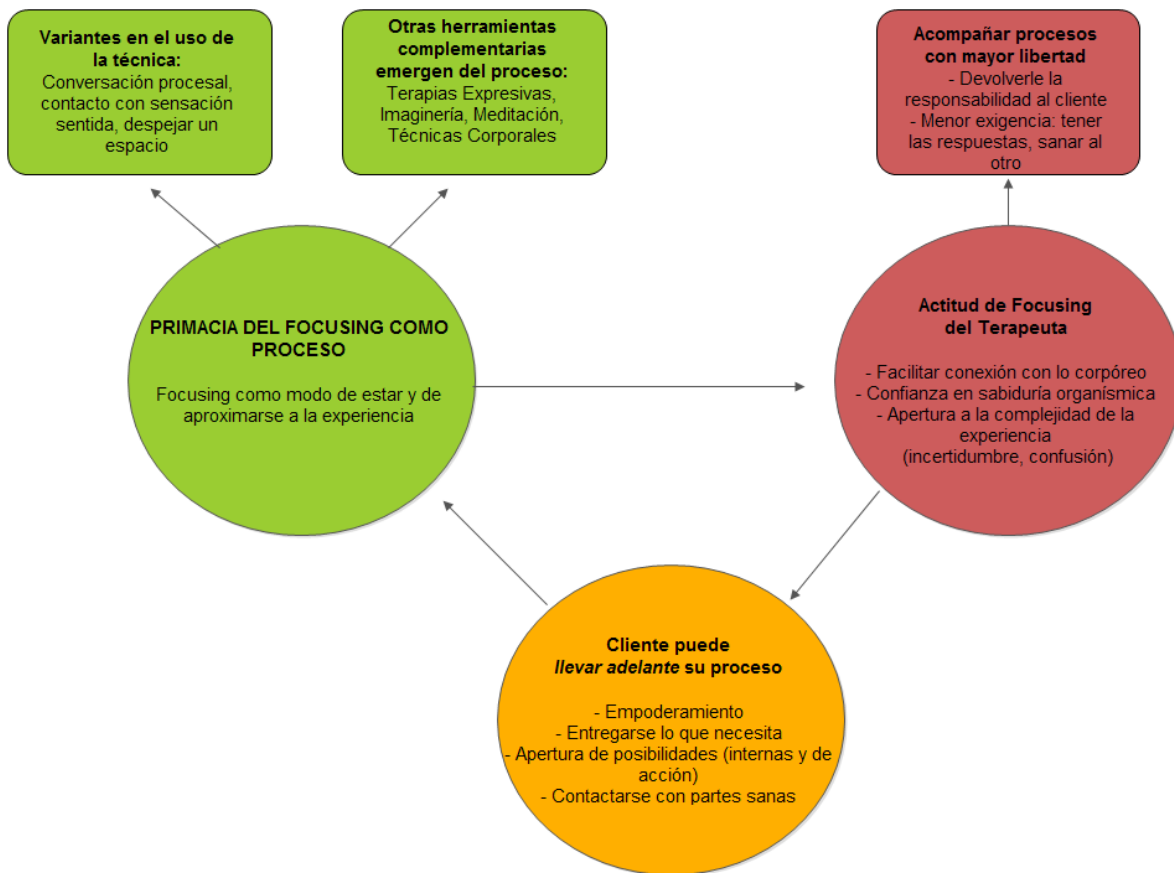


Figura 1. Focusing como habilidad clínica.



Luego de desarrollar los resultados respecto a la motivación de los terapeutas para formarse en focusing, se continuará con la codificación axial respecto a la utilización del focusing.

El principal fenómeno que emergió al explorar esta temática, tal como se observa en la figura 1, consiste en la primacía del focusing como proceso. En otras palabras, se observó un desprendimiento de la técnica del focusing por parte de los terapeutas, constituyéndose más bien como un modo de acercamiento a la experiencia. Así, de acuerdo a la experiencia de los terapeutas entrevistados, el focusing pasa a constituirse como un modo de estar con un otro, en este caso, en el espacio terapéutico.

En este sentido, los terapeutas señalan que, al desprenderse de la técnica, logran percibir que todo lo que ocurre en el proceso del cliente es importante y que no hay un proceso mejor que otro. De esta forma, el proceso y pasos que el consultante vaya dando son los adecuados para él. Así, señalan que al encontrarse con una nueva persona que consulta habría que preguntarse por los pasos que esa persona en ese momento es capaz de dar, entendiendo que siempre existe la posibilidad de dar un nuevo paso aunque parezca algo sutil.

“Entonces, desde ahí [...] para mí no habría un proceso mejor que otro, todo proceso está siendo útil, y ese es el proceso justo y adecuado para la persona que esta ahí” (I, 39).

Entonces, sobre la base del focusing como proceso, es que deriva el uso del focusing como técnica, al considerar algunas formas de operacionalización. Cabe señalar que los terapeutas entrevistados consideran que al utilizar el focusing como un modo de aproximarse a la experiencia y no como una forma estandarizada de trabajo, es que deriva una técnica orgánica, respetuosa con los procesos de los consultantes y flexible en su utilización.

“...[sobre la técnica] súper amable también, cuidadosa con el proceso. Además no necesitas hablar de los contenidos, entonces eso también es fundamental. O sea puedes hablar de tu experiencia sin tener que re traumatizarte hablando de como de los detalles del evento traumático, y eso también yo creo que no está muy presente en otras técnicas” (IV, 88).

En este sentido, los terapeutas señalan que la principal forma de tecnificar el focusing consiste en la *conversación procesal*. Así, destacan su uso por sobre otras formas de tecnificarlo, refiriendo que se encuentra de forma transversal al trabajo psicoterapéutico que realizan. Respecto a esto, otorgan especial importancia a que la respuesta empática emerja desde la resonancia con el cliente, retomando la idea de la utilización orgánica de la técnica en contraposición a la implementación mecánica de ésta.

Junto con la conversación procesal, refieren utilizar el *contacto con la sensación sentida* en el trabajo con el consultante. Esto correspondería a lo que se denomina un mini focusing, respecto a lo cual los terapeutas señalan que estas “pequeñas entradas” permiten ir generando un mayor contacto del cliente consigo mismo de forma paulatina. Así, este acotado momento de auto contacto es considerado suficiente para empezar a producir movimiento del proceso del cliente y darle un curso menos mental a la sesión.

Por otra parte, el despejar un espacio es utilizado principalmente para identificar las temáticas relevantes a explorar, o cuando existe ruido mental que interfiere con la capacidad del consultante de auto observarse con claridad. Al igual que el contacto con la sensación sentida, los terapeutas refieren que ese tipo de intervenciones generan un cambio intra sesión claramente reconocible, y además van “preparando el terreno” para posibilitar una auto exploración con mayor profundidad al avanzar el proceso psicoterapéutico.

“...el *despejar* como técnica ayuda aunque no pasemos a los siguientes pasos [...] ya el anclar en el cuerpo y salir, [...] volver al presente y estar en la sesión y como apoderarse del espacio, ya le da un curso distinto a la sesión” (IV, 54).

Por otra parte, tal como se observa en el diagrama, a situarse desde el focusing como proceso, deriva de forma natural la utilización de ciertas herramientas clínicas complementarias. Dentro de estas herramientas se identifican: las terapias expresivas, dentro de las cuales se describe el uso de técnicas de arte terapia; la terapia floral, para facilitar el nivel de contacto experiencial y reequilibrar estados emocionales; las imagerías, para calmar sensaciones intensas y sellar procesos; la meditación o *mindfulness*, consideradas técnicas hermanas del focusing, con la finalidad de desarrollar la actitud contemplativa; técnicas corporales como la respiración abdominal, para comenzar a focalizar o regular estados ansiosos.

Así, los terapeutas destacan que estas herramientas complementarias no estarían sujetas a una planificación, sino que responden a las necesidades del consultante que van emergiendo en el curso de su proceso. Junto con esto, también se describe la finalidad de consolidar, por medio de estas herramientas complementarias, algunos procesos emergentes en el cliente.

Luego de explorar la dimensión del proceso en la utilización del focusing, se desarrollará cómo aparece la dimensión del terapeuta en relación a esta temática. De esta forma, a partir de los relatos de los terapeutas entrevistados, se identificó que esta forma de aproximarse a la experiencia ya descrita, se traduce en la denominada “actitud de focusing”. Así, se señala que esta actitud consiste en un modo particular del terapeuta de aproximarse al consultante y al proceso. Este modo consiste, en primer lugar, en facilitar y promover la conexión del cliente con su cuerpo sentido. Esto se describe como el ejercicio de volver constantemente al cuerpo, generando un “zigzageo” entre la exploración de los temas por medio de la conversación y el contacto del cliente con el correlato sentido de lo que se está hablando.

“... podemos irnos en un discurso más cognitivo, pero siempre volver, siempre volver; cómo te estas sintiendo ahora, por qué crees que me estás contando esto, cómo lo sientes, en qué parte del cuerpo...” (VII, 78).

Por otra parte, los terapeutas destacan la importancia de confiar en la sabiduría orgánsmica que va a ir guiando los pasos del cliente. De esta forma, se describe en la actitud de focusing, la confianza en el ritmo orgánsmico de despliegue del proceso, al comprender que hay aspectos que se están moviendo a nivel implícito y que, por lo tanto, no son observables de forma inmediata. Desde este lugar, al considerar el movimiento constante y no siempre observable de la dimensión implícita, se relativizan las nociones de estancamiento y avance, al comprender como terapeuta que un aparente estancamiento o retroceso puede consistir únicamente en el aspecto observable del proceso, o metafóricamente hablando, a “la punta del iceberg”.

Junto con esto, se reconoce la importancia de la apertura del terapeuta a la complejidad de la experiencia, al estar acompañando a un otro. Esta complejidad se reconoce, por ejemplo, en aspectos ambiguos, paradójales, inciertos y confusos de la experiencia. Así, al

integrar aspectos paradójales y superar la tendencia a la dicotomización, los elementos del proceso terapéutico se reordenan en un nivel de integración distinto, caracterizado por la riqueza simbólica y la aparición de posibilidades novedosas.

Respecto a esto, los terapeutas señalan que esta mirada les permite manejar su propia impaciencia, recordando la importancia no interpretar de forma anticipada, así como de respetar y sostener los silencios y tiempos necesarios para que emerjan elementos nuevos.

“Quizás antes en muchas ocasiones como que no, no permitía ese espacio también de construcción o de silencio también, que es súper necesario para crear algo nuevo, como que se llenaba quizás muchos espacios entonces yo creo que en este momento yo también permito mucho más y me permito a mí como, como tener más, como duda, como decir no sé para donde va esto (risas)” (III, 81).

Así, la actitud de focusing deriva en un modo particular de acompañar los procesos psicoterapéuticos, de lo cual se desprenden características del rol que los terapeutas ejercen. Este punto es especialmente destacado por los entrevistados, señalando que al legitimar al cliente como agente activo de su proceso, disminuye considerablemente la exigencia que en ocasiones los terapeutas sienten. De esta forma, desde esta mirada se posibilita un modo más libre de acompañar los procesos psicoterapéuticos, validando al terapeuta en su calidad de ser humano, y por lo tanto, comprendiendo que no posee la verdad, la respuestas o la capacidad de sanar al otro.

“Para mí es súper como liberador [...] como que bajo el escalón de no estar allá siendo la profesional y la que lo sabe todo, porque no es así la verdad, o sea si soy profesional pero no lo sé todo de todo...” (X, 413).

“...no tengo que exigirme por hacer algo determinado o para que esta persona haga algo determinado. Sino que como que yo le devuelvo la responsabilidad, que pueda como hacerse cargo de su vida, que pueda conectarse con lo que le está pasando” (III, 79).

Junto con esto, los terapeutas señalan un cambio significativo al comprender que no es necesario “llevar” al otro a un estado idealizado de bienestar, sino más bien poder trabajar juntos en torno a objetivos realistas.

Finalmente, se observa un tercer momento que consiste en que el cliente puede *llevar adelante* su proceso, posibilitado a partir de los elementos ya expuestos. En este sentido, se

observa cómo el cliente se apropia de la responsabilidad de su proceso, generando una sensación de empoderamiento sobre éste y sobre su vida.

“...y siento que ahí la diferencia que uno puede hacer de un buen focusing entre comillas es que no sana, lo que hace es apropiarse a la persona de su experiencia, porque a veces duele más pero la persona lo siente como suyo al fin. Esto es mío, este es mi dolor. Y al final siento que los pacientes lo que agradecen es eso y la sanación viene de ellos mismos una vez que se han apropiado de lo que les pasa” (IX, 217).

En segundo lugar, los terapeutas refieren cómo la persona que consulta comienza a entregarse a sí misma lo que necesita. En otras palabras, se observa una especie de “auto nutrición” en aspectos incompletos o debilitados. Así, se desprende que el enriquecimiento del mundo interno facilita procesos de auto apoyo y auto regulación.

En tercer lugar, el enriquecimiento simbólico ya mencionado posibilita a su vez la apertura en las posibilidades tanto de resignificación como de acción. Los terapeutas describen cómo este enriquecimiento del mundo interno del cliente lo conecta con más posibilidades en la vida, tanto de resignificación personal como de caminos concretos.

“Entonces en el fondo [el focusing] enriquece todo, como las posibilidades de verse el paciente a sí mismo, las posibilidades [del terapeuta] de facilitar en el espacio terapéutico, lo que pasa en la terapia, todo lo que esté en juego gana” (II, 115).

En la misma línea, los terapeutas describen cómo, a través de este proceso, el cliente logra una mayor conexión y fortalecimiento de aspectos sanos de sí mismo. De esta forma, las partes del cliente que van ganando protagonismo corresponden a aquellas que le reportan posibilidades de desarrollo y crecimiento, en desmedro de las partes autodestructivas o estancadoras de su proceso.

“...a veces son temáticas no gratas, pero a veces son temáticas fabulosas, que tienen que ver con recursos, tienen que ver con fortalezas, tienen que ver con instancias de armonización con nosotros mismos, de calma de equilibrio. Y entonces como también descubrir que tengo esas posibilidades [desde el lugar del cliente]” (II, 143).

Finalmente, este proceso auto propulsado se conecta con el primer momento descrito, siendo observable la cualidad procesal del trabajo con focusing en el espacio clínico.

Por otra parte, en los resultados obtenidos en torno al auto focusing, fue posible observar que su utilización aparece tanto en el ámbito clínico como personal. La información que se presentará a continuación corresponde a los resultados obtenidos por medio de la codificación abierta.

En primer lugar, respecto al uso en el ámbito personal, los terapeutas dan cuenta de las situaciones en que lo utilizan. Aquí se destaca el uso del auto focusing cuando el terapeuta tiene un malestar sentido, como por ejemplo dolor de estómago o sensación de angustia. Asimismo, destacan su utilización en momentos de confusión respecto a algo, o cuando necesitan tomar una decisión en la que aún no tienen claridad. Esto se observa tanto en el ámbito cotidiano o doméstico, como en dilemas profesionales o personales.

Respecto al modo de uso del auto focusing, los terapeutas entrevistados refieren utilizarlo principalmente a través del contacto con su *sensación sentida*. Aquí se describe cómo el estar en contacto con esta “dimensión implícita” se ha transformado en un *modo de estar en contacto* consigo mismos, el cual se encuentra en funcionamiento constante. Señalan que este modo opera como parte de su funcionamiento personal y respecto a todos sus procesos internos.

“...[uso del auto focusing] como algo mucho más cotidiano, más, como más mixturado, como que... como... uso como mucha esta imagen; como si mezclas dos colores como que después de que está mezclado hay un color nuevo y no puedes saber dónde empieza uno y termina el otro; es como eso, en la forma de afrontar lo que me va pasando no podría decir donde empieza o donde termina el focusing, como que está dentro” (VIII, 52).

Sí refieren que este *modo* requiere de un desarrollo, es decir, inicialmente requiere de una intencionalidad personal y práctica que se sostenga en el tiempo. Señalan que con el tiempo esta forma de contactarse consigo mismos se va generando más espontáneamente y la *sensación sentida* se encuentra cada vez más disponible.

Por otra parte, los terapeutas señalan que la práctica de *despejar un espacio* es una forma de utilizar el auto focusing que necesita más dedicación, ya que implica detenerse y prestar mayor atención interna para realizar el ejercicio de despeje interno. Por ejemplo, se describe su uso al terminar la jornada de atenciones para identificar y elaborar qué puede

haber quedado “dentro” del terapeuta, con la finalidad de irse a su casa de forma despejada y no en contacto con lo que ocurrió en las sesiones. En otro caso, la terapeuta llega a su casa a escribir una palabra, imagen o sensación que le quedó con cada paciente que atendió ese día. Esto le permite registrar información importante sobre el paciente y el proceso, así como despejarse internamente.

Asimismo, los terapeutas identifican ciertos “beneficios” más allá de su utilidad práctica, como ya se ejemplificó. En primer lugar, refieren la posibilidad de experienciarse de forma más presente, en el “aquí y el ahora”. Señalan que el auto focusing facilita el desarrollo de una actitud contemplativa respecto a sí mismos, así como la posibilidad de volver a su cuerpo y al presente, en casos en que están ansiosos o excesivamente mentales.

“...cómo el desarrollar la capacidad de estar presente en el experienciarse en ese espacio me permite estar más presente en la vida, y funcionar de una manera más coherente conmigo mismo, y en relación al entorno que me rodea. Y eso para mí significa el estado de salud” (I, 19).

Junto con esto, se observo cómo este espacio de autoobservación constante, y en algunos casos de autoexploración con mayor profundidad, permite obtener información relevante sobre sí mismos, diferenciarse internamente, y poder acompañarse en lo que surja. Este acompañamiento interno genera, a su vez, una sensación de tranquilidad, de menor ansiedad, y de validación o aceptación personal de lo que se está sintiendo.

Respecto a la toma de decisiones, los entrevistados señalan que las decisiones tomadas con auto focusing siempre son más *certeras*, y que por lo general, a pesar de que en casos sus decisiones impliquen situaciones desafiantes o complejas, llevan finalmente a espacios de crecimiento personal, en la medida en que es la “brújula corporal” la que va guiando los procesos.

Finalmente, los terapeutas destacan que la práctica del auto focusing los ha llevado a funcionar de forma más *auténtica*. Aquí señalan cómo les permite funcionar de forma más coherente consigo mismos, en la medida en que pueden identificar cuál es su estado interno en un momento dado. Así, logran hablar y actuar a partir de lo que realmente les pasa, sintiendo que en eso pueden *ser ellos mismos*.

“...cuando yo estoy focalizando espontáneamente y estoy viviendo y tomando decisiones desde ahí y estoy hablando contigo desde ese espacio, mi sensación es estar siendo mucho más auténtico, ¿cachay? Como sin tener que jugar ningún papel, proyectar ninguna máscara, sin tener que hacer nada que no sea lo que está siendo no más, ¿cachay?” (VI, 206).

Luego de ilustrar los resultados referentes al espacio personal del terapeuta, se describirán los aspectos relacionados al trabajo con auto focusing en el espacio clínico.

En primer lugar, se destacó la idea de la utilización del auto focusing cuando, antes de comenzar una sesión, el terapeuta se encuentra “interferido” emocionalmente. Esta interferencia emocional puede estar relacionada a un tema personal o a un cliente, por ejemplo, cuando no hay completa disposición para recibirlo o quedó alguna sensación no elaborada de la sesión anterior. El *despejar un espacio* es especialmente utilizado cuando el terapeuta se siente agobiado por la jornada de atenciones que viene, o por un cliente que le cueste atender.

También se refiere su uso en momentos en que el terapeuta identifica ciertas sensaciones que le genera un consultante, dentro de las cuales señalan la ansiedad o la sensación de estar exigido. Asimismo, se utiliza en casos de confusión respecto de lo que ocurre con la persona, o para “redondear” alguna percepción ya existente sobre ésta.

Finalmente, el contacto con la *sensación sentida* nuevamente se reconoce como un *modo* de funcionar en el espacio de terapia, ya que se encuentra presente de forma transversal al trabajo clínico. Así, destaca la idea de que este contacto permite obtener información para reflejar, por lo general permitiendo profundizar a partir de lo que se encuentra implícito en lo que el cliente refiere. Este tipo de contacto le permite al terapeuta tomarse el tiempo necesario para entregar la respuesta o símbolo que siente como adecuado para ofrecer.

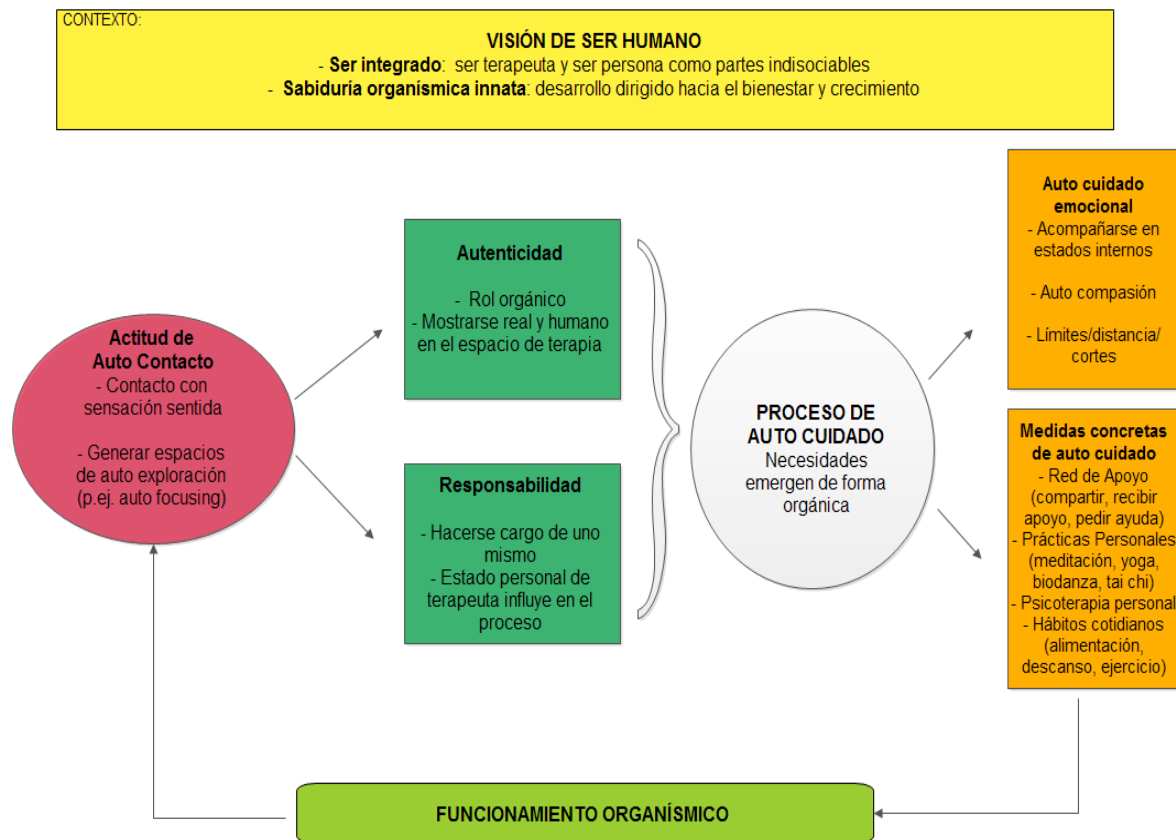
“...las indicaciones que estoy dando para ir guiando su proceso, como que yo entro en una dimensión de ir chequeando yo mis propias sensaciones, y de ir registrando lo que va emergiendo, y para mi eso es material de donde tomo elementos para reflejar y devolver, y desde ahí ir compartiendo la experiencia” (I, 28).



En la misma línea, los terapeutas refieren que si, por diferentes razones, se sienten desconectados de sí mismos, tienen la sensación de estar desvinculados del espacio de terapia, ya que no cuentan con esta brújula interna que se constituye como guía principal del proceso terapéutico.

“...para mí es *la* herramienta terapéutica que tengo y cuando me cuesta, cuando ando un poco más rígido por decirlo así, me siento ajeno en terapia, me siento raro, sin poder estar chequeándome” (IX, 76).

## 2. Auto Cuidado



Luego de la presentación de los resultados obtenidos en torno al primer aspecto explorado de la persona del terapeuta, se continuará con el desarrollo de los resultados emergentes en torno al aspecto del auto cuidado. En este aspecto en particular aparece de forma principal la dimensión del terapeuta, en función de la cual se desarrollará el siguiente apartado.

En primer lugar, antes de describir el principal fenómeno emergente en torno al auto cuidado, es necesario desarrollar la idea principal que se sitúa como contexto de esta temática. Este contexto, tal como aparece en la figura 2, consiste en la visión de ser humano que comparten los terapeutas entrevistados, la cual influye en cómo ellos entienden y viven este aspecto de su quehacer clínico.

Esta visión de ser humano consiste en la idea de un ser integrado, con múltiples niveles y aspectos coexistiendo de manera interconectada dentro de sí. Esta idea implica, tal como apareció en la mayoría de los relatos de los terapeutas entrevistados, la imposibilidad de dissociar el ser terapeuta del ser persona. De esta forma, los elementos relacionados a su auto cuidado como terapeutas, en realidad consisten en la forma en que se cuidan y atienden a sí mismos en cuanto personas y considerando su vida de forma global: vida laboral, vida familiar y vida personal, entre otras áreas.

“Para mí la persona del terapeuta o la facilitadora de biodanza no son separados de lo que soy en la vida, aunque para mí eso también es coherente con el enfoque, estoy siendo una persona, no estoy siendo como la terapeuta, y eso implica hacerme cargo de mí” (V, 192).

Junto con lo anterior, la visión de ser humano que se observa de manera transversal en cómo los terapeutas entrevistados viven su auto cuidado, considera la capacidad innata de los individuos de acceder a una fuente de sabiduría interna que permite conectar con lo que cada uno necesita para lograr bienestar, desarrollo y expansión. De esta manera, se desprende que al estar en contacto con esta sabiduría orgánica se accede naturalmente a procesos de autorregulación que facilitan el cuidar de sí mismos.

“Sí, no es como que yo piense “ah tengo que”, no, siento que es orgánico. Porque se autorregula no más, no, si no estoy entera aquí, sino dormí bien, sino me siento conectada, no va, no puedo hacer sesión bien” (V, 158).

Al comenzar con el segundo nivel de análisis fue posible observar cómo el tema del auto cuidado emerge en términos de proceso en vez de una categoría inmóvil, pudiendo referirnos a éste como el “proceso de auto cuidado”, lo cual da cuenta principalmente de cómo las necesidades de la persona del terapeuta en un momento dado emergen de forma natural para poder ser reconocidas y satisfechas.

“Entonces desde ahí el focusing abre esto, permite cuidarse en la medida que uno está funcionando implícitamente. El resto del cuidado, que es este cuidado más como desde la salud, viene por sí solo, el cuerpo te va a pedir estar bien, el cuerpo te va a pedir agua o te va a pedir más verduritas dependiendo de lo que necesites” (IX, 171).

Así, al hablar en términos de proceso se entiende que el auto cuidado consiste en distintos momentos que forman parte de él y que experimenta variaciones de acuerdo a las necesidades que emergen en un momento dado. Así, depende de sus circunstancias vitales lo que el terapeuta necesite para cuidar de sí mismo y la forma de llevarlo a cabo varía según cada persona, sin ser posible determinar una sola forma de vivir esta temática.

“Cómo puedo ser la mejor versión de mí en un momento dado para abrirme a la ayuda de otro. Y la mejor versión de mí según lo que soy y no lo que debo ser. Tu sensación sentida no te exige un ideal” (IX, 158).

Continuando con la descripción del fenómeno es posible identificar un primer momento del proceso de auto cuidado denominado “actitud de auto contacto”. Aquí se observó una disposición e intencionalidad personal de los terapeutas a estar en contacto consigo mismos como un modo de funcionar cotidianamente. Este contacto consiste en atender a la propia sensación sentida con la finalidad de chequear su estado interno en un momento dado, tanto en su vida personal como en el ámbito clínico. Los terapeutas entrevistados señalan que el trabajo con su sensación sentida en el contexto del auto cuidado permite, por ejemplo, clarificar sensaciones personales, generar un alivio inicial al estar en contacto con lo que les sucede, obtener información sobre sí mismos, sobre el consultante y sobre el proceso, y por consecuencia tomar decisiones más certeras.

Dentro de la misma actitud de auto contacto se señala la importancia de generar espacios que permitan un auto chequeo con mayor profundidad, ya sea de forma individual o acompañada. Este espacio permite profundizar en la sensación sentida y dejar que se

produzca un movimiento interno, lo que no sólo entrega información, sino que además genera un cambio sentido y aparición de nuevos significados asociados a una temática. Uno de los espacios de este tipo de auto exploración con mayor profundidad consiste en el auto focusing.

“Preguntarnos una y otra vez en que estamos, o sea creo que eso es parte también como de, del autocuidado, o sea el estar consciente de qué nos está pasando porque desde ahí podemos como acompañarnos también nosotros mismos” (III, 47).

“Generalmente cuando medito, finalmente, al final focalizo, o sea en la práctica de la meditación sentada tú meditas ojala 20 minutos al día y al final de la meditación chequeo cuerpo, como estoy hoy día, hay algún tema que me esté dando vuelta, como que es parte de la práctica diaria” (IV, 106).

Esta actitud de auto contacto es reconocida por los entrevistados como un eje central de este “proceso de auto cuidado”, ya que conecta con la dimensión implícita, la cual posibilita la continuación y desarrollo de éste.

En un segundo momento se observa cómo la actitud de auto contacto posibilita el funcionamiento de un modo auténtico y responsable de sí en el espacio de terapia. La autenticidad en este contexto se entiende como la capacidad del terapeuta de ejercer su rol en el espacio terapéutico sin dejar de ser sí mismo. Así, es posible reconocer un rol más orgánico en vez de un rol únicamente técnico, en la medida en que el rol emerge desde el terapeuta como persona en lugar de una idea del deber ser.

“Si me puedo permitir ser yo mismo en el fondo yo soy el mismo conversando aquí contigo, que con mis pacientes, que con mis amigos, con mi señora, que con mis colegas en el colegio, en la universidad con mis alumnos; es pura salud” (VI, 202).

Junto con esto, se considera la autenticidad como una forma de generar el encuentro con el otro, es decir, apareciendo de forma real y humana en la interacción con el paciente. Esta forma natural de aparecer como se es permite a su vez una mayor fluidez del proceso, disminuyendo la sensación de desgaste que resulta desde la apropiación rígida del deber ser de un terapeuta.

“También otra forma de autocuidado siento que es ser uno mismo en terapia, ¿cachay? O sea ya me imagino ser psicoanalista clásico o lacaniano cagao de miedo porque mi

paciente me va a dar un regalo porque estoy de cumpleaños, bueno de partida no sé cómo lo averiguó porque nunca lo dije (risas)” (VI, 206).

Por otra parte, la responsabilidad es descrita por los terapeutas como el estar consciente de sí mismo siendo capaz de observar, sostener y hacerse cargo de lo que emerge internamente, tanto en el espacio personal como en el espacio de terapia. En ese sentido, podría entenderse como una auto responsabilidad o una responsabilidad existencial en cuanto se refiere al responsabilizarse de quien *se es*.

“Pero auto cuidado tiene que ver con estar conciente de mi mismo y hacerme cargo de lo que me ocurre, no no tener problemas, los problemas son parte de la vida” (I, 51).

Junto con esta dimensión más personal, la idea de responsabilidad que refieren los terapeutas también considera la implicancia del estado personal en lo que ocurre en la terapia. De esta forma, se considera que la responsabilidad también involucra el impacto que el estado interno del terapeuta tiene en el espacio terapéutico, al modificarse su capacidad empática, forma de acompañar y de estar en el espacio ocurriendo con el otro.

“Evidentemente el cómo estamos como terapeutas influye muchísimo en cómo podemos acompañar. Qué tan conectados podemos estar con el otro, cuan empáticos podemos ser, entonces creo que es súper relevante, fundamental, es como ético también como, el estar como todo el tiempo velando también por nuestro cuidado” (III, 47).

Así, tanto la autenticidad como la responsabilidad derivan a partir de la ya descrita actitud de auto contacto. Esta forma de funcionar auténtica y responsable facilitaría a su vez que las necesidades del terapeuta emerjan de forma orgánica, dado que ambas implican un estado de conexión por medio del cual es posible ir pesquisando las propias necesidades de forma constante.

A partir de esto aparecen, como consecuencia, formas de cuidar de sí mismo. Por una parte, el auto cuidado emocional, y por otra, las medidas específicas de auto cuidado. El auto cuidado emocional considera, en primer lugar, el auto acompañamiento en ciertos estados internos o emociones del terapeuta. En este sentido, se plantea la importancia de que el terapeuta pueda acompañarse a sí mismo de forma amable en momentos de cansancio, confusión, angustia u otras sensaciones displacenteras.

“Entonces el focusing siento que permite eso, permite ser amable con uno mismo, con su dolor, con su malestar” (IX, 169).

“...o sea lo que yo he descubierto más importante en los procesos es como aceptar lo que te está pasando, poder contenerlo un rato, cosa que se produzca un movimiento interno y después aparece como un resultado, ¿cachay? Que es como “ah, a partir de esta contención yo pude darme cuenta de esto otro” (VII, 128).

En un segundo momento puede ser necesario realizar ajustes, como por ejemplo el establecer límites, el regular la distancia interna respecto a un paciente o situación, hacer cortes entre sesiones y al finalizar la jornada de atenciones, entre otros.

“Tener higiene en términos de la distancia suficiente, de límites que te protejan, de dejar que el otro entre, pero solo hasta el lugar que es el espacio de la terapia” (II, 65).

Otro elemento que se considera al pensar en el auto cuidado emocional consiste en una denominada “higiene existencial”, la cual trata de concientizar cuando no se está en el aquí y el ahora, ya que se señala que el estar completamente en el espacio terapéutico y en los otros espacios de la vida permite hacer un corte al terminar, y de esa forma respetar los diferentes tiempos y espacios.

“Cuando tu estás con el otro, estas 100% con el otro. O sea ahí como que el mundo se para y yo solo estoy para el otro, en terapia. Entonces si yo logro estar en ese espacio así, no necesito estar después en otros espacios” (II, 71).

“Si estoy trabajando, estoy trabajando; si estoy aquí contigo, estoy aquí contigo; si después me voy a la casa a descansar, estoy descansando. Y las cosas no se mezclan. Para mí esa es la, en mi experiencia por lo menos para mí, la mayor estrategia de autocuidado que uno puede implementar” (VI, 188) .

Por otra parte, los terapeutas dan cuenta de medidas concretas de auto cuidado que utilizan en momentos determinados o como hábitos que sostienen en el tiempo. Dentro de estas medidas se considera el compartir con la red de apoyo (familia, amigos, pareja y otros terapeutas), así como ser capaces de pedir ayuda y recibir el apoyo necesario por parte de estos. También refieren integrar prácticas personales como la meditación, el yoga, la bio danza y el tai chi, así como hábitos cotidianos relacionados al descanso, el ejercicio y la alimentación.

Finalmente, se observa cómo el responder de forma apropiada a las necesidades que van surgiendo en el terapeuta va generando un denominado “funcionamiento organísmico”, el cual consiste en un funcionamiento que reporta principalmente una sensación de bienestar general y fluidez de la propia existencia, en contraste con estados asociados al “burn out” como la sensación de estancamiento, cansancio, e irritabilidad, entre otros.

“No ando tratando de encajar cosas, ¿cachay? Como artificialmente, encajar respuesta, encajar pega, encajar ideas, encajar relaciones, sino que es una vida que es fluida, que va con el organismo, que va conmigo” (VI, 196).

Así, este funcionamiento organísmico retroalimenta a su vez la actitud de auto contacto que se describe en un primer momento, constituyéndose así el denominado “proceso de auto cuidado”.

### **3. Visión de la Alianza Terapéutica**

Luego de profundizar en la temática del auto cuidado del terapeuta, se presentarán los resultados en torno al aspecto de la alianza terapéutica. Se expondrá la visión de la relación terapéutica que han desarrollado los participantes de la investigación por medio de su formación y experiencia clínica de trabajo con focusing. En este aspecto se reconoce con especial claridad la interacción entre las dimensiones del cliente, del terapeuta y del proceso psicoterapéutico.

Antes de describir el fenómeno principal que emerge desde la visión de los terapeutas entrevistados sobre la alianza terapéutica, es necesario dar cuenta del contexto que posibilita y sostiene su desarrollo. A continuación se desarrollarán los elementos expuestos en la figura 3.

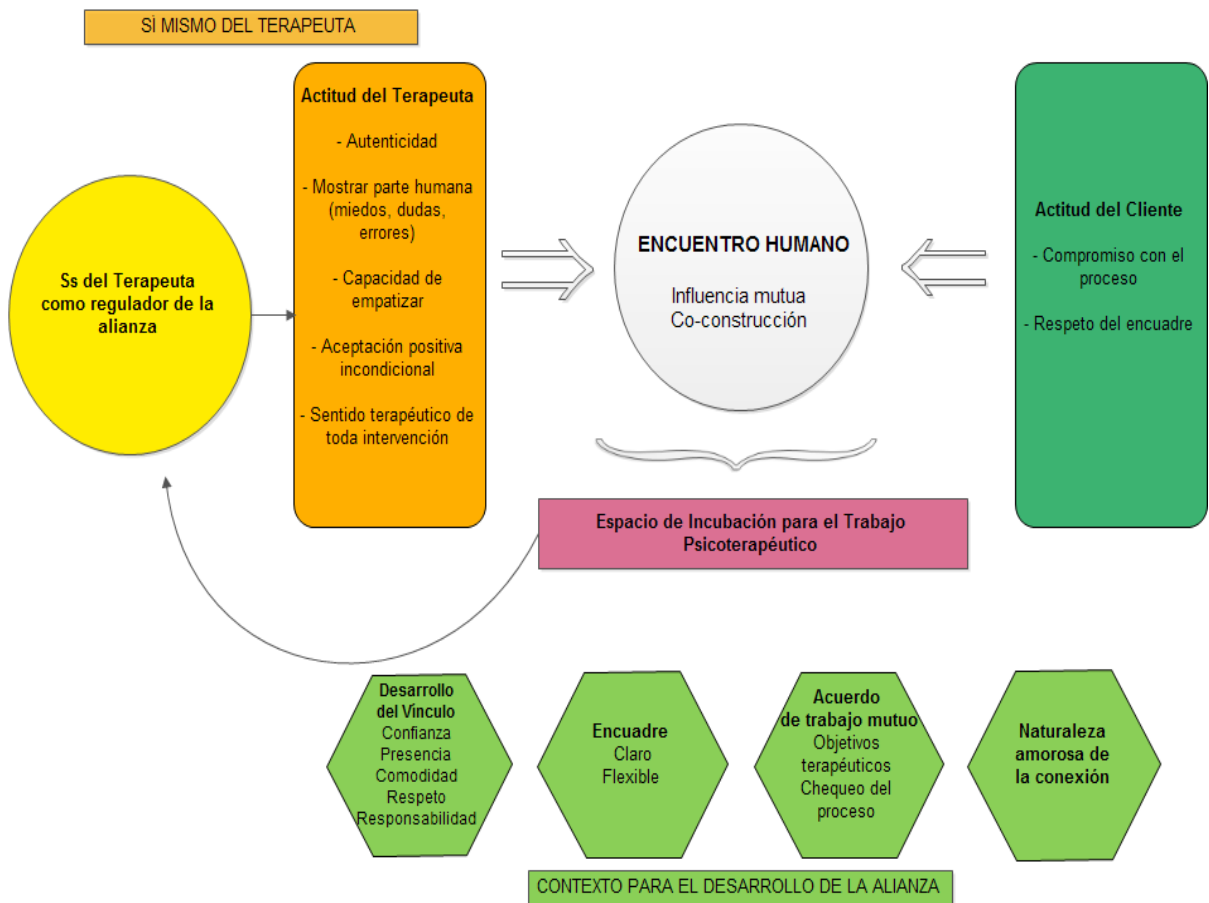


Figura 3. Visión de la alianza terapéutica.

En primer lugar, los terapeutas describen cómo el desarrollo de aspectos vinculares se constituyen como una de las bases para poder pensar en una alianza terapéutica. Estos aspectos son sentidos y percibidos tanto por terapeuta como cliente, y se refieren principalmente a la confianza, la presencia, la comodidad, el respeto mutuo y la responsabilidad.

En segundo lugar, se plantea la necesidad de contar con un encuadre desde el comienzo del proceso, con la finalidad de ordenar y sostener el encuentro, así como una forma de protección tanto para el terapeuta como para el cliente, y por consecuencia para el proceso. Se describe que el encuadre debiera ser principalmente claro, pero además contar con la flexibilidad necesaria para adaptarse al cliente y a las circunstancias que pudieran surgir. El encuadre considera los elementos que cada terapeuta estime necesarios, incluyendo



acuerdos concretos como horarios y tarifa, así como elementos propios de cada terapeuta, como por ejemplo invitar al cliente a chequear su sensación respecto al terapeuta luego de la primera sesión, evaluar si hubo *feeling*, y a partir de eso que el consultante decida si desea continuar con un proceso psicoterapéutico.

“...la primera vez que van a mi consulta, cuando voy a explicitar el encuadre final, les digo que es importante que ambas partes estemos de acuerdo en trabajar juntas, y si en lo poco que han visto de mí en esos 50 – 60 minutos les parezco adecuada para iniciar un proceso conmigo, porque el camino es largo y tenemos que gustarnos mutuamente” (II, 87).

Un tercer elemento del contexto consiste en el acuerdo de trabajo y colaboración mutua, respecto a lo cual se destaca la importancia de acordar objetivos terapéuticos entre terapeuta y cliente, así como ir evaluando el proceso cada cierto tiempo de forma conjunta. Esto ilustra el principio de la co-construcción que se instala como uno de los elementos principales en la alianza terapéutica desde esta visión.

Finalmente, la naturaleza amorosa de la conexión consiste en un elemento que los terapeutas destacan por su importancia en la constitución y desarrollo de la alianza terapéutica. Esta naturaleza amorosa consiste, según lo que refieren los terapeutas entrevistados, en el amor como la sustancia que une, el “pegamento” de la relación, así como la posibilidad de generar una conexión interpersonal desde un lugar compasivo. Se señala que este tipo de encuentro generado a partir de una conexión amorosa tiene el potencial de ser un elemento sanador tanto para la persona que consulta como para el terapeuta.

Junto con esto, los terapeutas refieren que este tipo de conexión amorosa también admite sensaciones displacenteras que puede sentir el terapeuta respecto al cliente, como la rabia, la angustia, o el miedo, entre otras. Esto implicaría comprender y devolver lo que el cliente genere en el terapeuta, desde esta conexión compasiva y siempre con una finalidad terapéutica que guíe la intervención.

“...él [Rogers] le pone este nombre “aceptación positiva incondicional” pero es amor para mí, tenemos un poquito de miedo de nombrar el amor. Pero en general eso es lo

que sana y nos sana a nosotros mismos como terapeutas [...] si mi trabajo deja de ser amoroso, deja de ser terapéutico como yo creo” (V, 212).

“...sentir que estoy, eh... queriendo a ese paciente sin excluir que de repente hay pacientes que es como “ah que lata que vino este paciente” que es como no me gustaría tomarme un café con él ¿cachay? Pero aun así quererlo, que es validarlo como un legítimo otro, aunque ese otro me provoque rabia, me provoque miedo, me provoque angustia, me saque mis demonios, mis fantasmas, etc., pero eso es mío” (VIII, 118).

Luego de describir los elementos contextuales que posibilitan que se constituya la alianza terapéutica, es posible comprender el fenómeno principal que emerge en esta temática. Un primer momento consiste en cómo la sensación sentida del terapeuta se constituye como un núcleo regulador de la alianza. En este sentido, se observa que el contacto constante con la sensación sentida por parte del terapeuta permitiría experimentarse en relación al otro desde ahí. Así, este auto contacto facilitaría el obtener información respecto de sí mismo y del cliente, con la finalidad de estar chequeando y regulando el modo de acompañar y de situarse en el espacio.

“...en el fondo todo esto igual te pasa en el cuerpo. Por ejemplo, con esos pacientes con los que necesito ser más rígida, ehh, hay como ciertas sensaciones que, si no lo soy, me aparecen como ciertas molestias a nivel corporal. Y cuando siento que está todo bien, también está en el cuerpo” (II, 107).

“...empiezo también como a resonar un poco o a chequear también que es lo que me está pasando a mí, como me estoy sintiendo en las sesiones, como la persona va sintiéndose, como, eh, no sé, como desde ahí también como ir planteándome como caminos también, si noto que a lo mejor no es tan cómodo ir por este lado, como que me replanteo como otra forma de acompañar” (III, 69).

En un segundo momento se identifica cómo el trabajo del terapeuta con su sensación sentida se va traduciendo en una actitud, denominada en la figura 3 como “actitud del terapeuta”. Ésta se encuentra compuesta por una serie de elementos que los terapeutas entrevistados consideran de especial relevancia.

En primer lugar, uno de los componentes de la actitud del terapeuta necesaria para el establecimiento y desarrollo de la alianza terapéutica consiste en la autenticidad, que es

descrita por los terapeutas como la capacidad de aparecer como se es y de forma coherente consigo mismos en el espacio terapéutico.

“...que la persona, yo como terapeuta sea muy autentica en la relación, que aparezca yo de verdad como soy, eh, creo que eso genera un vínculo y una alianza que es muy profunda y es muy, eh, sanadora ¿no? En el sentido bueno, como dice Rogers, que igual conecta con la posibilidad de la autenticidad del otro” (VII, 154).

Esto además implica ser capaz de acompañar al otro manteniendo la propia forma de ser, así como también poder mostrar la parte humana e imperfecta de sí mismo. Así, se desmitifica la idea del terapeuta dueño de la verdad y se transmite la necesidad de que el cliente pueda auto explorarse para encontrar su verdad, y a partir de ahí trabajar juntos. Por otra parte, la autenticidad del terapeuta facilita a su vez la expresión de un modo de ser auténtico del cliente, como también la disminución de su auto juicio.

“Además esa autenticidad tiene que ver con mostrarme como ser humano también ¿no? Con mis miedos, con mis dudas, con mis cosas, lo que genera un espacio donde el otro también pueda abrir esas dudas y esos espacios, eh, sin tanto auto enjuiciamiento” (VII, 154).

“...creo que cada vez más es como que uno se va soltando y te atreves a hablar también de las cosas en las que uno se equivoca, ocupar el sentido del humor, eh... como mostrarte más, no sé “sí a mí también me pasó”, o sea no tomarse el espacio y hablar así de uno (risas), pero no esta cosa como tan de perfección” (IV, 116).

Continuando con la exploración de la actitud del terapeuta, se señala que la capacidad de empatizar con el cliente también consiste en un componente central de la alianza terapéutica. Este elemento en particular se considera la base para poder acompañar un proceso psicoterapéutico posibilitando que éste se movilice.

“Pero creo que lo básico, así como si ya tuviera que decir como algo básico, básico, es la capacidad como desde mí de poder empatizar con un otro. Si yo siento que eso no, no está pudiéndose, eh, yo ahí me cuestiono otras cosas en el fondo, si esta persona en realidad yo puedo acompañarla, si en realidad no será mejor otra cosa para ella porque creo que eso es básico para poder como movilizar en el fondo procesos” (III, 75).

Junto con este elemento central se destaca la aceptación como actitud necesaria del terapeuta hacia el cliente, descrita también como la aceptación positiva incondicional. Los terapeutas entrevistados otorgan especial relevancia a estos aspectos (empatía y aceptación) al compartir su visión de lo que el terapeuta entrega para la constitución y desarrollo de la alianza.

Finalmente, junto con los elementos ya descritos, se reconoce el sentido terapéutico de toda intervención, componente de la actitud del terapeuta que se relaciona además al sentido de la ética del terapeuta. Esto se traduce en que toda intervención, por ejemplo un reflejo o una auto revelación, esté principalmente al servicio de lo que sea terapéutico y aportativo para el cliente. Se señala que este criterio de lo terapéutico emerge naturalmente desde la conexión y que protege frente a la posibilidad de dañar o retraumatizar al cliente.

“Porque desde el yo terapeuta, para mí el estar chequeando sensaciones en un vivenciar constante dentro del espacio terapéutico. Ahora, la revelación o reflejo de esa experiencia va a tener que ver con el vínculo, con el momento del vínculo, del momento del proceso, de lo atingente o no para el proceso, ahí ya entra el estar viendo al otro” (I, 67).

Luego de la presentación de los resultados obtenidos en torno a la actitud del terapeuta se continuará con la denominada “actitud del cliente”. Este elemento se describe principalmente como el compromiso con el proceso psicoterapéutico y el respeto del encuadre, al menos en un primer momento de la constitución de la alianza.

“Claro, que tiene que ver también con cómo se pone en el proceso y cómo se compromete con él. Y la norma que se establece, que es el encuadre para proteger el proceso y protegernos a ambos. Entonces también ver un poco qué le pasa al otro con esa normativa. Ahí se pone un poco también el vínculo. Porque también es verte y ver el proceso que está aconteciendo” (II, 99).

Finalmente, es posible observar cómo a partir de los elementos ya desarrollados se desprende el fenómeno central que emerge respecto a la visión de la alianza terapéutica. Este elemento consiste en el denominado “encuentro humano”, el cual es entendido por los terapeutas como una forma especial de relación interpersonal, la cual se encuentra sostenida por roles, por un encuadre y por objetivos en común.

“Hay roles y no es una relación simétrica, pero sí se sustenta en el respeto, ambos son sujetos activos y responsables de ese espacio, desde el rol de cada uno” (I, 63).

Si bien existen estos elementos que “ordenan” la relación, este encuentro humano es vivenciado más bien como una propiedad emergente de esta relación terapéutica y que consiste, en primer lugar, en el encuentro de dos seres humanos con la intención de abrirse y conectarse, junto con la intencionalidad del terapeuta de entregar alivio y ayuda. Este encuentro humano real es afín a la idea de la “humanidad compartida”, la cual posibilita la sensación de vinculación afectiva y disminución de la soledad interpersonal.

“...pero para mí la alianza es un aspecto de algo mucho más profundo y fundamental que es esto que también te decía antes que es que en el encuentro empieza a surgir algo [...] Y es que ese nosotros es espontáneo, aparece por sí mismo, no lo puedo buscar y es necesariamente sanador, ¿cachay? Porque pucha esta la inclusión, está la confirmación del otro” (VI, 238).

“...sentirme y no pensarlo, sentirme, eh, abierto a encontrarme con ese otro ser humano que está ahí, y desde ahí ir desplegando todo esto otro [trabajo psicoterapéutico]” (VIII, 110).

Junto con lo anterior, los terapeutas entrevistados describen la importancia de la co-construcción de este encuentro, así como la influencia mutua que genera este tipo de interacción interpersonal.

“Creo que la entiendo [la alianza terapéutica] como el asumir radicalmente que no somos entidades separadas [...] es decir, lo que está pasando acá, todo el conflicto y la forma en que lo dice, no es que sea intrapsíquico y tú me lo traigas para acá sino que es, se dice, se hace, se muestra de esa manera porque estamos coexistiendo” (IX, 201).

Es entonces a partir de esta forma especial de conexión interpersonal que se posibilita el desarrollo del trabajo psicoterapéutico. En este sentido, los terapeutas describen cómo esta conexión se constituye como el espacio de “incubación” de cualquier trabajo psicoterapéutico que emerja posteriormente. Así, se describe cómo el trabajo con focusing, siendo considerado tanto como técnica o como proceso, y otras herramientas clínicas, sólo es posible de ser pensado en el contexto de una relación en curso, ya que emerge, se desarrolla y sostiene desde ahí.

“...claro, el focusing como que en mi experiencia clínica emerge, es como si el focusing se explicitara en la relación, ¿cachay?” (VI, 110).

También se describe cómo el explicitar aspectos de la relación misma, es decir, de cómo se va constituyendo esa diada en particular, puede ser facilitador para superar momentos de *impasse* del proceso psicoterapéutico.

Junto con esto, se describe cómo esta dimensión más relacional del trabajo psicoterapéutico permite también visibilizar y elaborar temáticas vinculares de ese paciente en esa relación en un momento dado. Esto, al considerar la alianza terapéutica como el espacio donde se despliegan y reconocen los modos de vinculación, y además como un espacio de aprendizaje y elaboración tanto a nivel implícito como explícito.

“...se abre otra arista del proceso que ya no tiene que ver con el motivo de consulta, sino que con algo más relacional y ya más asociado a la relación psicoterapéutica. Entonces ahí aparece como otra dimensión del proceso que es súper bonita yo creo, y que tiene que ver con la alianza, tiene que ver con las expectativas, con el vínculo, con el cariño, con los afectos” (IV, 120).

“También dentro de ese marco [encuadre] hablo de un espacio de harta libertad en términos como de abrir un espacio como de meta comunicación, como de decir este es tu espacio, puedes decir lo que te está pasando, tanto de tu vida como de la relación terapéutica, expresarte ahí” (VII, 154).

#### **4. Visión del Cambio Terapéutico**

Finalmente, luego de exponer los resultados obtenidos en los anteriores aspectos de la persona del terapeuta, se desarrollarán los resultados que brotaron respecto a la visión del cambio terapéutico. En este aspecto en particular el centro se encontrará en la dimensión del cliente, a diferencia de otros aspectos en los cuales se expuso tanto la dimensión del cliente, como del terapeuta y del proceso. Sin embargo, se nombrarán de forma acotada aspectos puntuales de la dimensión del terapeuta y del proceso.

En cuanto a la dimensión del terapeuta, fue posible reconocer en los entrevistados una visión de cambio que ha estado en constante modificación durante su desarrollo

profesional. En este sentido, desde su experiencia es evidente el desarrollo de sus concepciones en torno al cambio, señalando que aún hoy es algo en constante movimiento.

Junto con esto, varios entrevistados refieren cómo la teoría experiencial les permitió conceptualizar nociones personales sobre el cambio terapéutico que tenían previamente y que no habían sido satisfechas teóricamente desde ningún modelo presente en su formación de pregrado. De esta forma, la propuesta experiencial sobre el cambio en terapia les proporcionó un modelo coherente su experiencia clínica, junto con una propuesta para trabajar en psicoterapia a partir de esa mirada.

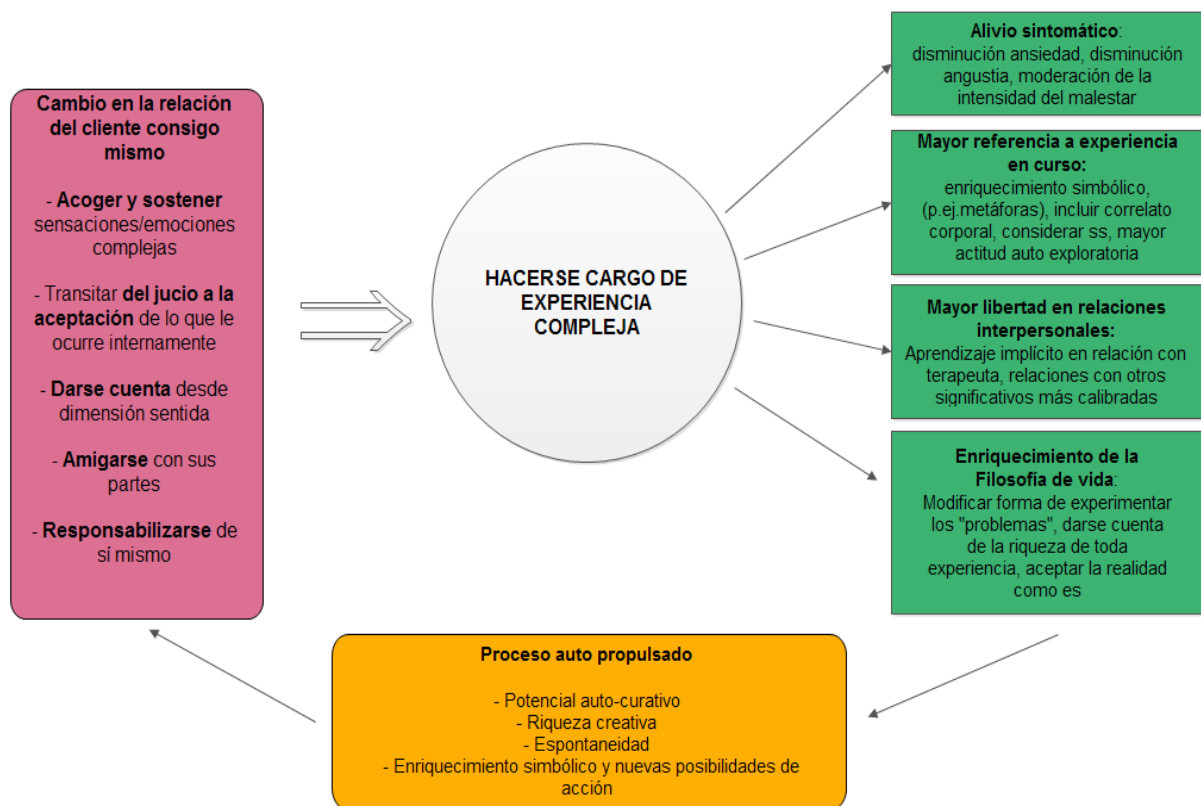


Figura 4. Visión del cambio terapéutico.

Luego de describir los resultados en torno a la dimensión del terapeuta, se continuará con la presentación de los resultados que se observan en la figura 4, el cual corresponde a la visión del cambio terapéutico en la dimensión del cliente.

En un primer momento se observan movimientos internos que se comienzan a producir en el consultante en el curso de la terapia. Estos primeros movimientos percibidos por los

terapeutas en el consultante, se denominan como “cambios en la relación del cliente consigo mismo”. Cabe señalar que los terapeutas describen estos pasos del cliente como posibilidades, entendiendo que en cada caso existen aspectos que cobran mayor relevancia, así como hay otros que no se manifiestan.

En primer lugar, se reconoce una mayor capacidad del consultante de acoger y sostener internamente sensaciones y emociones complejas. Estas consisten, por ejemplo, en el dolor, el miedo, la inseguridad y la incertidumbre. Así, el consultante logra sostener ciertos estados internos que antes eran abrumadores o insostenibles internamente, momentos en los cuales, por ejemplo, se ahogaba o por el contrario, se desconectaba de una emoción.

En segundo lugar, se observa un tránsito desde una actitud auto crítica y enjuiciadora a una actitud de mayor aceptación de su experiencia interna, reconociéndose una relación más amorosa del cliente consigo mismo.

“Entonces para mí el cambio terapéutico es la aceptación de lo que somos y como puede cambiar la relación que establecemos con nosotros mismos desde una cosa más agresiva y más castigadora y más crítica a una, eh, actitud de más aceptación y más amor” (VII, 190).

En tercer lugar, los terapeutas describen cómo el darse cuenta del cliente, entendido también como *insight*, se genera a partir de una dimensión sentida corporal y emocionalmente, en vez de un entendimiento puramente racional.

Luego, considerando los pasos ya descritos del cliente, es posible que se vaya “amigando” con las partes de sí mismo que ha podido descubrir en el proceso. Si bien no se considera realista que la persona se encuentre satisfecha con todos sus aspectos, sobre todo con los más complejos, se describe que puede transitar desde una postura de lucha contra sí mismo hacia una postura de mayor comprensión y aceptación.

Finalmente, dentro de los cambios en la relación del cliente consigo mismo, los terapeutas señalan cómo los pasos ya descritos derivan en la decisión que toma la persona de hacerse responsable de sí mismo. En este sentido, se observa en el cliente una apropiación y toma de postura respecto a su experiencia interna, convirtiéndose así en un agente activo en su proceso personal.



Estos cambios que se van generando en el consultante posibilitan que emerja el principal fenómeno que se reconoció, el cual consiste en la capacidad del cliente de hacerse cargo de su experiencia compleja. Este “hacerse cargo” considera, en primer lugar, la apertura perceptual interna y externa. En un segundo momento, implica que el cliente se relacione con lo que esta apertura le trae, considerando tanto las experiencias complejas ya mencionadas, como la nutrición del mundo simbólico que deriva de esta forma de mirarse a sí mismo.

“...no creo que sea el cambio más importante [cambio externo], sino que creo que tiene que ver con cómo se relaciona [el cliente] con esa experiencia de frustración o de conflicto, como aprende a recoger eso, como aprende a tomar esa experiencia como una fuente de posible significado...” (IV, 136).

De esta forma, la apertura del cliente frente a la experiencia compleja deriva de forma natural en un enriquecimiento de su subjetividad, siendo considerados como parte del enriquecimiento los aspectos complejos de su situación vital.

Como consecuencia de esta nueva relación del cliente con su experiencia, se derivan una serie de nuevos cambios. Estos cambios se generaron de forma inicial en una dimensión interna y en este momento del proceso tienen un impacto observable en su vida “externa”.

En primer lugar, siendo considerado por los entrevistados como uno de los primeros indicadores de cambio, se señala el alivio sintomático. Respecto a esto, se describe principalmente la disminución de la angustia y ansiedad, así como la moderación de la intensidad del malestar más que la desaparición de éste.

Otro elemento al cual se le otorga especial importancia consiste en la mayor referencia por parte del cliente a su experiencia en curso. De esta forma, se reconoce el enriquecimiento simbólico, por ejemplo, cuando el cliente comienza a utilizar metáforas al relatar una experiencia o sensaciones internas. El lenguaje figurativo, por definición, se encuentra sujeto a múltiples significados, por lo que la simbolización proviene del enriquecimiento interno del cliente.

“...por ejemplo ocupan mucho más las metáforas, la imágenes o las analogías, hablan de personajes de películas, es como que igual están apareciendo símbolos todo el rato,

entonces cuando también aparece esa manera de indicar su experiencia que considera esa dimensión más sentida, también lo considero un cambio” (IV, 138).

Continuando con el punto sobre la mayor referencia a la experiencia en curso, se señala que en el relato del cliente comienza a observarse mayor correlato corporal, por ejemplo, incorporando su sensación sentida al referirse a algo. Además, se observa una disminución del ritmo al hablar, lo que revela una mayor actitud auto exploratoria de éste.

Junto con los elementos ya descritos, los terapeutas refieren la mayor libertad con la cual la persona comienza a experimentar sus relaciones interpersonales. En primer lugar, se señala el aprendizaje implícito que el cliente incorpora a partir de la relación terapéutica. En este sentido, se entiende que la relación terapéutica debiera ofrecer elementos relacionales reparadores, entre los cuales se encuentran, por ejemplo, la apertura y disponibilidad emocional, la contención y la aceptación. Estos elementos se encuentran descritos y desarrollados en el apartado anterior, correspondiente a la visión de la alianza terapéutica. Así, se observa cómo el consultante logra calibrar de mejor forma sus relaciones interpersonales.

“...voy a ser capaz de ver esa necesidad en mí, tener más conciencia del espacio de donde emerge esa necesidad, alguna herida, etc., lo que sea, y poder sostenerla sin tanta ansiedad o angustia. Y eso va a tener claramente impacto en cómo me relaciono, voy a estar menos ansioso en la búsqueda, voy a tener menos ansiedad” (I, 71).

Finalmente, sumándose a los cambios ya descritos, se observa un enriquecimiento en la filosofía de vida. Esto consiste, por ejemplo, en que el cliente modifica la forma de experimentar los “problemas” de su vida, incorporando la idea de la riqueza que existe en toda experiencia. También se señala la capacidad de aceptar la vida “como es”, modificando expectativas irreales y aceptando lo que la vida le entrega en ese momento.

De esta forma, como consecuencia natural de los pasos ya descritos, se reconoce la auto propulsión del proceso del cliente. Esta auto propulsión consiste en la activación del potencial auto curativo de todo organismo, así como la riqueza creativa y espontaneidad que se comienzan a desplegar de forma autónoma.

“...tener la distancia adecuada; le sigue pasando lo mismo pero él puede acceder a todas sus riquezas, creativa y espontánea, para buscar alternativas de solución, para buscar formas de afrontar, en el fondo, eso, para mí ese es el núcleo” (VIII, 142).

Junto con esto, a partir del enriquecimiento simbólico de la persona, se desprenden nuevas posibilidades de acción y caminos por los cuales optar, los que se van visibilizando en el trabajo psicoterapéutico por medio de la interacción con el terapeuta.

Así, la auto propulsión del proceso continúa, a su vez, retroalimentando y fortaleciendo la relación del cliente consigo mismo. De esta forma, los momentos inicialmente separados de acuerdo a una finalidad explicativa, se constituyen en realidad como un gran proceso de continuo desarrollo y avance.

## DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación consistió en explorar los aportes de la práctica de focusing a la persona del terapeuta humanista en las áreas de habilidades clínicas, autocuidado, visión de la alianza terapéutica y visión del cambio terapéutico, junto con relacionar estos aspectos a la luz de la teoría experiencial.

En primer lugar, a partir de los resultados desarrollados en el apartado anterior, es posible reconocer un modo de ser terapeuta que se ha ido perfilando a partir de los resultados emergentes. Así, en el siguiente apartado se discutirá en torno a este modo de trabajo en psicoterapia a la luz de la teoría presentada.

De forma inicial, cabe mencionar la dificultad que se presentó al intentar separar los resultados obtenidos en torno a los aspectos de la persona del terapeuta. Así, es posible entrever lo profundamente relacionados que se encuentran estos aspectos entre sí, evidenciándose la relevancia de la relación terapéutica, el modo de funcionamiento auténtico que facilita el focusing en terapeuta y cliente, y la implicación personal del terapeuta como elementos transversales a las áreas exploradas. Estas ideas se profundizarán a lo largo del desarrollo de este capítulo.

### 1. Habilidades Clínicas

Respecto al focusing como habilidad clínica, es relevante considerar el desprendimiento de la técnica que se observó, lo cual ocurre de forma paulatina en la medida en que los terapeutas han ido integrando la práctica de focusing en su trabajo clínico. Este punto guarda relación con una idea que se observa presente en variados autores, la cual apunta a lo que señala Gendlin (1999b) al decir que el *experiencing* en su estado de “salud”, es decir, de fluidez, se movilizará de forma autónoma con el ritmo y dirección que emerja en esa persona. Así, más que esforzarse en guiar el proceso experiencial del cliente por medio de una técnica o procedimiento aplicado en forma rigurosa, el real objetivo terapéutico consiste en facilitar que tipo de conexión se produzca, con la finalidad de que el proceso se comience a desplegar.

Sobre la base de la importancia central de facilitar y acompañar el ritmo espontáneo de despliegue del proceso de focusing en el consultante, se reconocen variantes en lo que respecta a su tecnificación. Por una parte, el proceso completo o *round* de focusing con los 4 momentos descritos (Gendlin, 1964), no se reconoce como una forma común aplicada en terapia. Si bien todos los terapeutas refieren haberlo utilizado o utilizarlo ocasionalmente, principalmente con consultantes que tienen un buen nivel de contacto experiencial (Gendlin, 1969), no aparece de forma cotidiana en el trabajo clínico. Por el contrario, la conversación procesal, el contacto con la sensación sentida y el despejar un espacio destacan por su uso transversal en la psicoterapia. La *conversación procesal*, la cual se genera a partir de la *respuesta empática* (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996), consiste así en el modo principal de los terapeutas de llevar el foco de la sesión a la dimensión implícita de la experiencia del cliente. En la medida en que el terapeuta puede ofrecerle al consultante los símbolos apropiados desde la *resonancia emocional* (Reyes y Ortiz de Zúñiga, 1996), éste puede sentirse acompañado en su experienciar y así profundizar su auto exploración, percibiendo más intensamente lo que le ocurre. Así, el especial valor que los terapeutas le atribuyen a la conversación procesal es que no requiere de un determinado nivel de contacto experiencial del consultante, sino más bien se constituye como un modo de responder que lleva inevitablemente a contactar, en la medida de lo posible, con todo el conocimiento y riqueza que ese *borde* puede proporcionar sobre el momento existencial del consultante.

Junto con esto, las “pequeñas entradas” que los terapeutas describen en el trabajo con la sensación sentida del cliente posibilitan el ir contrastando constantemente el discurso cognitivo, el cual también forma parte necesaria del desarrollo de la psicoterapia, con el correlato sentido respecto de lo que se está hablando. Este principal foco de la terapia en el *mundo interno sentido* del cliente es uno de los elementos que Goldman et al. (2005) reconocen como uno de los principales predictores de remisión de la sintomatología en psicoterapia.

Por su parte, el ejercicio de despejar un espacio (Leijssen, 1998) permite regular la distancia de la persona con sus contenidos internos. Los terapeutas dan cuenta de este micro

proceso como un ejercicio potente de diferenciación interna del consultante, especialmente en casos donde éste se ve interferido por su nivel de confusión.

Así, estas variantes en la tecnificación del focusing se condicen con lo planteado por Leijssen (1998) sobre los micro procesos como una forma cuidadosa y no invasiva de generar una *conexión paulatina* con la experiencia interna del cliente. En este sentido, se piensa que por medio de la utilización de estos micro procesos es posible respetar en mayor medida los diferentes estilos de cada consultante de relacionarse con su mundo interno.

Junto con esto, de acuerdo a lo que se pudo observar en la investigación, se corrobora el planteamiento del focusing como un método que no es exclusivo al enfoque experiencial y que no se contradice con la utilización de otras herramientas clínicas (Hendricks, 2002). En este sentido, los terapeutas responden a lo que surge de forma espontánea como necesidad del consultante, y consolidan o fortalecen aspectos de ese proceso emergente a través de variadas herramientas terapéuticas. En esta línea, Gendlin (1999b) señala que el focusing, al no enfocarse en los *contenidos* de la persona, sino en su *relación* con éstos, es posible de integrar en el ejercicio de la psicoterapia por terapeutas de diversas orientaciones teóricas. Esta idea permite pensar en la riqueza del focusing en tanto es posible de utilizarse desde variados enfoques teóricos, en vez de considerarse un método exclusivo de la corriente humanista.

Así, es posible identificar una primera contribución de la práctica de focusing a la persona del terapeuta humanista, la cual consiste en una propuesta de respuesta terapéutica que apunta hacia la dirección hacia la vida (Gendlin, 1999b). En este sentido, el focusing no aporta sólo con la forma de respuesta, por ejemplo el reflejo, sino que además propone a qué responder, o en otras palabras, con qué empatizar. Así, mientras el terapeuta responda a aspectos *vivos* del experiencin, el proceso del consultante se desplegará en esa misma dirección.

Luego de ilustrar lo referente a la aplicación y tecnificación del método del focusing se profundizará en la forma en que el terapeuta lo integra en su modo de situarse en el espacio y en la relación terapéutica. En este sentido, tal como se describe en la literatura, la actitud de focusing (Leijssen, 1998) consiste en lo que los terapeutas consideran la esencia del trabajo terapéutico desde este enfoque. Respecto al modo específico de atención interna que

se describe en la actitud de focusing, los terapeutas destacan la *fe en el proceso*, o en otras palabras, la *confianza en el despliegue orgánico* del proceso, necesaria para sostener la incertidumbre y los momentos de aparente estancamiento. A este punto en particular se le otorga especial valor, ya que permite situarse desde un rol de terapeuta que *acompaña* un proceso terapéutico.

Esto implica, de forma concordante a lo que plantea Riveros (2000) sobre el rol del terapeuta, que los terapeutas no se consideran los encargados de direccionar a la persona hacia cierto estado interno o metas decididas de forma unilateral. Así, desde esta mirada, el rol del terapeuta consiste en primer lugar, en facilitar un ambiente terapéutico empático, aceptador, no interpretador y no censor que promueva la auto exploración del cliente. En segundo lugar, el rol implica el poder ofrecer símbolos certeros que le ayuden al cliente a nombrar y comprender su experiencia a partir de sus sentimientos.

Esta idea consiste en uno de los principales hallazgos relacionados al sello que se observa en el modo de ser terapeuta, donde se reconoce cómo la menor exigencia de esta forma de situarse en su rol permite mayor libertad al acompañar los procesos psicoterapéuticos.

Junto con lo anterior, al pensar el rol del terapeuta, destaca la experiencia personal de focalizar como un elemento esencial para poder comprender el tipo de acompañamiento que se necesita para llevarse a cabo. Esta idea corrobora lo planteado por Hendricks (2002) respecto a la necesidad de que los terapeutas tengan experiencia práctica en focusing, y a su vez guarda relación con lo desarrollado por Riveros (2005), al decir que una persona con su *proceso experiencial detenido* no se encuentra posibilitada para distinguir con claridad los contenidos propios y los del otro, y que de esta forma la *escucha empática* sólo es posible en una persona con su experiencing en estado de fluidez.

En este sentido, es posible reconocer cómo la importancia del tipo de auto respuestas que se entrega el terapeuta para el acompañamiento del proceso experiencial del otro se conecta con la práctica de auto focusing que los terapeutas describen.

Un primer resultado respecto a esto consistió en que los terapeutas han integrado la práctica de auto focusing como un *modo de estar en contacto* consigo mismos, el cual se encuentra en funcionamiento constante tanto en el trabajo clínico como en su vida personal.

Así, el contacto con la propia *sensación sentida* del terapeuta se configura como la guía para ir acompañando el proceso terapéutico, por ejemplo al tomar elementos para reflejar o ajustar el modo de acompañar. Esta forma de estar en el espacio terapéutico es afín a lo que plantean Mearns y Schmid (2011) respecto a la necesidad del desarrollo personal del terapeuta que le permita *usar su ser* de forma completa en la relación terapéutica. De esta forma, desde el paradigma experiencial, una persona que se encuentra suficientemente contactada con su *experiencing*, pudiendo responderse a sí mismo en forma aceptadora y empática, se encuentra en un proceso de desarrollo personal *constante*. En otras palabras, esta aceptación del propio ser y el fortalecimiento de sí, puesto al servicio del otro, se constituyen como la principal herramienta que se despliega en el encuentro con el consultante.

De esta forma, se hace evidente que las habilidades clínicas que el terapeuta desarrolla en el trabajo con focusing se entienden únicamente en un *contexto relacional* en el cual, además, la dimensión del *desarrollo personal del terapeuta* juega un rol esencial. Esto, debido a que una condición de posibilidad para que haya resonancia emocional y se pueda otorgar una respuesta terapéutica empática y certera, es la conexión interpersonal que se genera a partir del tipo específico de relación terapéutica que se propone desde este enfoque.

## **2. Auto Cuidado**

En primer lugar, respecto a la forma en los terapeutas comprenden y vivencian el cuidar de sí mismos en el contexto de la praxis clínica, se reconoce en primer lugar una visión orgánismica del ser humano que la sustenta. Así, la vivencia del auto cuidado en los terapeutas se encuentra permeada de forma transversal por una manera de entender la naturaleza humana concordante con los planteamientos de Rogers (1951), en los cuales ésta se considera una guía positiva para el individuo, y por ende, los terapeutas revelan en su visión la necesidad de *escuchar las necesidades de su organismo* como la forma de sostener un funcionamiento saludable.



Junto con esto, se identificó que los terapeutas consideran de forma unánime la imposibilidad de separar su dimensión personal de la dimensión profesional al cuidarse a sí mismos. Este punto también es concordante con la visión organísmica Rogeriana que da cuenta del interconectado funcionamiento psicológico de los seres humanos, frente a lo cual cobra más sentido pensar en una adecuada integración de estas partes del terapeuta, más que la separación o disociación de éstas. Esta forma en que la *persona* se encuentra íntimamente conectada a su dimensión *profesional* parece contrario a lo que se espera en otras líneas teóricas, por ejemplo en el psicoanálisis, donde aún se considera relevante que el terapeuta pueda hacer la adecuada separación entre su dimensión personal y profesional, tratando de alcanzar así una neutralidad que lo proteja en el contexto psicoterapéutico.

Continuando con el desarrollo del aspecto del auto cuidado, fue posible observar lo que se denominó *actitud de auto contacto*, la cual da cuenta de una intencionalidad y disposición interna del terapeuta a mantenerse contactado con sus sentimientos y sensaciones internas en su cotidianeidad. Tal como propone Concha (2015), el ejercicio de estar en contacto consigo mismos a través del focusing se configura como un “andamiaje” para la conexión con la experiencia interna.

De la misma forma, este punto se condice con lo señalado por Lara (2013), respecto a que la auto exploración que los terapeutas llevan a cabo en su proceso de auto cuidado no consiste únicamente en una elaboración cognitiva, sino que involucra de manera central la dimensión sentida. En ese estudio se reconoció la auto empatía (Gendlin, 1999b) como la principal forma en que el terapeuta puede lograr el acercamiento adecuado para contemplar su propia vivencia, lo cual pone en evidencia un elemento central en lo que refiere a la auto exploración de los terapeutas por medio del auto focusing. Si bien este punto no se reconoció de forma explícita en los resultados, permite hipotetizar que la auto empatía juega un rol importante en este momento denominado “actitud de auto contacto”.

En esta actitud de auto contacto también existe una modalidad de auto observación y auto exploración de mayor profundidad, la cual consiste principalmente en el *despejar un espacio*, ya sea antes de una jornada de atenciones o de un paciente en particular, y al terminar el día de trabajo. Tal como plantea (Leijssen, 1998) este ejercicio permite, en primer lugar, identificar qué se está sintiendo, y en segundo lugar regular la distancia

interna respecto de las distintas temáticas y del paciente mismo, posibilitándose así la diferenciación interna y el “procedimiento relacional” planteado por Gendlin (1999b) como *no poner nada en medio*. Esta idea es afín a lo que plantea Lara (2013) respecto a la necesidad de espacios de auto observación más profundos y sistemáticos. Así, se entiende que las interacciones que el terapeuta va viviendo en el espacio de terapia, las cuales impactan la construcción de su sí mismo, al no ser explorados podrían estancarse en una dimensión *transconciente* y tener potenciales consecuencias negativas. Este ejercicio permite además un “desenganche” con los pacientes y sus variados temas.

Asimismo, a partir de los resultados obtenidos, se reconoció que esta actitud de auto contacto ha facilitado en ellos el desarrollo de un *modo de ser auténtico*. Respecto a esto, se reconoce la capacidad de funcionar, relacionarse y tomar decisiones de forma coherente con lo que se está sintiendo en un momento dado. Es posible afirmar que este modo promueve el auto cuidado del terapeuta, ya que posibilita un funcionamiento más fluido y por lo tanto menos desgastante al no estar intentando ajustarse a un rol estandarizado. Esto corrobora lo señalado por Lara (2013), respecto a que el aumento de conciencia que deriva de esta forma específica de auto exploración permite estar junto a otro de forma más auténtica, dentro y fuera de la consulta.

Por otra parte, esta actitud de auto contacto, conlleva una responsabilidad de hacerse cargo de quien *se está siendo* y de lo que *se está necesitando*. Este elemento cobra mayor sentido al comprenderlo a la luz de la filosofía existencial, donde se plantea que la responsabilidad de la propia existencia del ser humano le corresponde únicamente a él (Sartre, 1946). De acuerdo a esto, es posible inferir que en la medida en que el terapeuta, a través del reconocimiento y contacto con su proceso experiencial va conquistando su propia autenticidad, tiene la responsabilidad de *hacerse cargo* de quien es y de lo que necesita, pudiendo además disfrutar de la libertad que eso le permite.

Junto con la visión desde la filosofía existencial, la idea de la responsabilidad relacionada al cuidado de sí no aparece únicamente en la dimensión del terapeuta, sino que además es entendida como la responsabilidad que tienen como terapeutas frente al consultante que acompañan, en el entendido de que su salud y bienestar personal impactan de forma directa el desarrollo del proceso terapéutico. Al considerar al terapeuta y su estado

interno como el ambiente con el cual la sensación sentida del consultante está en interacción, idea también entendida como *implicación mutua* (Gendlin, 1998), cobra sentido la responsabilidad con la que el terapeuta se encuentra investido.

A partir de esta idea de implicación mutua que los terapeutas consideran en su vivencia del auto cuidado, se suma lo observado por Lara (2013) respecto al impacto que tiene este tipo de auto observación en la dimensión relacional. De esta forma, por medio de la elaboración de aspectos propios de la interacción es posible identificar y diferenciar los elementos propios, del otro y de la relación. Así, es posible reconocer una ética de la responsabilidad personal y profesional que posee un lugar de relevancia en la experiencia de auto cuidado de los terapeutas.

De acuerdo a lo que los terapeutas refieren respecto a la autenticidad y responsabilidad que derivan de la actitud de auto contacto, en un momento posterior es posible observar cómo se articula un *proceso de auto cuidado*, el cual se caracteriza por la emergencia de forma orgánica de las necesidades del terapeuta. Al hablar de este *modo orgánico* por medio del cual el terapeuta va reconociendo lo que necesita para su bienestar, se apunta a la visión organísmica de ser humano (Rogers, 1951), reconociendo el experiencing como la forma de conectar sentidamente con la tendencia actualizante (Gendlin, 1964). Así, a través del contacto con su experiencing, el terapeuta puede sentir encarnadamente la fuerza interna de movilización hacia espacios de bienestar y crecimiento personal. En la misma línea, a partir de esta conexión con su dimensión implícita es posible acceder naturalmente a procesos de autorregulación que facilitan el cuidar de sí mismos.

Por otra parte, de acuerdo a lo que señala Concha (2015), el hecho de que el proceso de auto cuidado emerja desde la experiencia interna, permite que el terapeuta se traslade a *su posibilidad más propia*, lo que implica el desarrollo de un modo propio y flexible según el momento vital, contrario a la apropiación de una pauta estática de manual.

De esta forma, a partir de las diferentes formas de cuidar de sí mismo que cada terapeuta pueda ir implementando, sobre la base de la conexión con el propio proceso interno, llevará a mantener, con los altos y bajos propios de la existencia, un *funcionamiento organísmico* homologable a la idea de la autopropulsión del proceso experiencial (Gendlin, 1964). En otras palabras, el funcionamiento personal que los terapeutas van desarrollando por medio

del proceso de auto cuidado consiste en contactar con un proceso interno con una fuerza propia, dirigida hacia lo que esa persona necesita en ese momento para su equilibrio y crecimiento.

### **3. Visión de la Alianza Terapéutica**

Luego de dar cuenta de cómo la actitud de auto contacto, también entendida como la exploración del sí mismo del terapeuta, se configura como un elemento esencial en el proceso del auto cuidado, se continuará desarrollando cómo el sí mismo del terapeuta interacciona con el consultante en el espacio terapéutico generando un tipo particular de encuentro humano.

Para poder comprender la relación terapéutica en el contexto de esta investigación, se discutirá en primer lugar acerca de los elementos que posibilitan que ésta se desarrolle. En otras palabras, se presentará la base sobre la cual se constituye y posteriormente construye la alianza terapéutica desde un modelo procesal.

En primer lugar, se reconocen los *aspectos vinculares* básicos para el desarrollo de la alianza, donde se reconocen aspectos mutuos como la comodidad, el respeto, la responsabilidad, la confianza y la presencia. Estos son aspectos que los terapeutas consideran esenciales para que una alianza terapéutica se pueda constituir. Este primer aspecto apunta a lo mismo que indica Bordin (1976), al señalar que estos elementos vinculares dan cuenta de la *cercanía* de la relación terapéutica.

En segundo lugar, el encuadre como un aspecto ordenador de la relación también se encuentra en sintonía con lo dicho por Bordin (1976), acerca del establecimiento explícito de las *responsabilidades y roles* de terapeuta y paciente como una condición necesaria para poder entablar la alianza. Si bien este punto no se encontró explicitado en la literatura, cabe mencionar que para la mayoría de los terapeutas la *flexibilidad* del encuadre fue considerado importante, lo cual se evalúa y ajusta de acuerdo al desarrollo del proceso psicoterapéutico y las características personales del consultante.

En tercer lugar, los terapeutas refirieron la importancia de establecer objetivos terapéuticos que fueran guiando el foco de la terapia. En este punto cabe destacar lo que

refiere Bordin (1980) acerca de la reciprocidad como uno de los principales elementos relacionados a la efectividad terapéutica. En este sentido, esta “correspondencia mutua” puede ser pensada en torno a la concordancia y co-construcción que debiera desarrollarse para definir los objetivos de la terapia, siempre en el entendido de que éstos pueden modificarse durante el proceso terapéutico.

En la misma línea, respecto a la modificación de los objetivos terapéuticos, los terapeutas plantean la necesidad de hacer el ejercicio conjunto de evaluación de éstos cada cierto tiempo. Esto se alinea con la idea de que el focusing, en la medida en que va facilitando un proceso de mayor amplitud y profundidad en la persona, genera una sensación renovada de lo que esa persona desea para sí mismo y para su vida, por lo cual los objetivos terapéuticos pueden emerger de forma gradual y también experimentar modificaciones en el transcurso de la terapia (Gendlin, 1999b).

Finalmente, un cuarto elemento fundamental considerado para la constitución y desarrollo de la alianza terapéutica consiste en la denominada *naturaleza amorosa de la conexión*. En este punto los terapeutas ponen especial énfasis, al ser un tema poco desarrollado en la literatura en psicoterapia. Más aún, al referirse a esto plantean la reticencia que perciben que existe en general en ámbito de la psicoterapia para nombrar directamente al amor como un elemento de ésta.

Aquí hablan del amor como un elemento afectivo fundamental de la relación terapéutica, el cual tiene la capacidad de ligar y sostener gran parte de este particular encuentro humano. Esto se condice con lo que señala Sewell (2002), al decir que el amor sería el “ingrediente activo” de la psicoterapia, y lo define como “considerar la *existencia total* del otro como un tesoro” (p. 124). Junto con esto, el autor plantea un punto relevante al reflexionar sobre esta temática, el que consiste en que este amor emerge en una relación que no es completamente recíproca. En otras palabras, aquí se observa con claridad el principio de la *incondicionalidad* (Rogers, 1957), en la medida en que el terapeuta no pide cariño ni cuidados para poder sostener la relación, como lógicamente sí ocurre en las otras relaciones de la vida del consultante (familia, pareja, amigos, etc.). Esto en particular se piensa que dotaría del elemento *sanador* la relación entre terapeuta y cliente.

En la misma línea, Segúin (1963) desarrolla el denominado *eros psicoterapéutico*, apuntando a la comunión existencial que se da en el encuentro psicoterapéutico, y que da cuenta del nivel de intimidad que ahí se genera. Así, al pensar el amor en psicoterapia es posible hablar de una *intimidad existencial* entre terapeuta y cliente, la cual permite que emerja este tipo de relación humana particular.

Cabe señalar que esta conexión amorosa no excluye los sentimientos desagradables o complejos que el cliente le puede generar al terapeuta, sino que implica poder ver al otro con la perspectiva y la compasión necesarias para *comprender* y posteriormente devolver lo que sea necesario y terapéutico para el consultante. Tal como lo plantean Mearns y Schmid (2011) el terapeuta debiera percibir el rango más amplio del otro sin atraparse sus partes complejas o destructivas que pueden aparecer.

Luego de sentar las bases que se identificaron para la constitución de la alianza terapéutica, se profundizará en el tipo de interacción que facilita la emergencia de este tipo particular de encuentro humano.

Un hallazgo significativo consistió en reconocer cómo la sensación sentida del terapeuta se constituye como el principal *núcleo regulador de la alianza*, en el sentido de que le permite experimentarse en relación al otro desde ahí. Esta conexión y trabajo del terapeuta vinculado al modo en que se responde a sí mismo en su sentir, en este caso, en el contexto de la psicoterapia, se traduce en la denominada actitud del terapeuta. De esta forma, a partir de la elaboración de su sensación sentida, el terapeuta accede a material que le permite regular el modo de estar ocurriendo junto al cliente. Esto se alinea claramente con lo propuesto por Lara (2013) al referir que cuando está en auto observación de su sí mismo, el terapeuta *fluye* más en la interacción con el otro.

Así, la forma en que el trabajo con la sensación sentida del terapeuta se expresa en el espacio psicoterapéutico se traduce en la denominada “actitud del terapeuta”, la cual emergió en los resultados obtenidos. En otras palabras, el trabajo del terapeuta con su propia sensación sentida sería un elemento central del *modo de estar* junto al otro en psicoterapia que se desarrolla mediante el trabajo con focusing.

Respecto a esta actitud, se reconoce cómo los terapeutas entienden la autenticidad como la posibilidad de que el terapeuta pueda aparecer de forma genuina, es decir,

transparentando lo que le va ocurriendo, en el espacio terapéutico y al acompañar el proceso del otro. En este sentido, Rogers (1957) plantea el valor terapéutico de que en la relación el terapeuta se sienta “libre y profundamente él mismo” (p.97). Esto se traduciría en que el terapeuta esté en un proceso constante, tal como señala Riveros (2005) de alcanzar su “ser propio”, entendiendo que esto es a lo que apunta Gendlin al hablar del funcionamiento pleno o sí mismo en proceso, es decir, un proceso de *experiencing* que se puede desplegar con libertad. Así, en la medida en que el terapeuta es auténtico, en el sentido de la fluidez de su corriente experiencial, podrá otorgarle las respuestas al consultante que permitan la movilización de su proceso experiencial, o sea, facilitarle su propia autenticidad (Riveros, 2005).

Esta autenticidad se conecta con un elemento que los terapeutas destacan, el cual consiste en la importancia de que el terapeuta transparente su parte “humana”. Frente a esto plantean, por una parte, la exigencia irreal que esto les quita, y por otra, que frente a esto se hace evidente el verdadero fin del espacio terapéutico: que el consultante se pueda auto explorar e ir encontrando su propia verdad. Esto se condice con el rol del terapeuta que plantea Gendlin (1964), donde el terapeuta consiste, en vez de alguien que dirige y conoce a priori cómo cursará el proceso terapéutico del otro, en el *compañero existencial* del cliente.

Si bien el elemento de la empatía se considera una condición “básica” en la relación terapéutica compartida por la mayoría de los terapeutas de variados enfoques (Moncada, 2007), desde la mirada de los terapeutas que trabajan con *focusing* la empatía no es posible de ser pensada sin la *apertura afectiva* del terapeuta, concordante con lo que desarrollan Reyes y Ortiz de Zúñiga (1996). Aquí plantean que el componente afectivo dotaría a la respuesta empática de la capacidad de hacer sentir al consultante profundamente acompañado, lo que implica la necesidad de chequeo y corroboración de que efectivamente se está comprendiendo al otro en su sentir. De esta forma, la empatía pensada como el “puente” entre terapeuta y cliente es necesariamente un fruto de la resonancia emocional que emerge desde la conexión interpersonal.

Por otra parte, la condición de la aceptación incondicional que los terapeutas refieren como un elemento profundamente sanador que debiera formar parte de lo que el terapeuta

le ofrece al consultante, se vincula en primer lugar a una de las condiciones básicas para el cambio terapéutico que planteó Rogers (1957). Así, por medio de la percepción del cliente de la aceptación incondicional del terapeuta, éste es capaz de explorar con mayor profundidad sus aspectos más profundos. Sin embargo, en lo anterior no se explicita un elemento fundamental de la actitud de aceptación del terapeuta, el cual sí desarrolla Weiser (2001) al hablar de la denominada *aceptación radical de todo*. En este sentido, la aceptación radical, de todo lo que emerja *desde la sensación sentida* de la persona que consulta es posible de sostener a partir de la confianza profunda en el proceso de focusing, en el entendido de que *todo* lo que surja desde ahí, aunque no sea evidente en un primer momento, tiene un propósito en el proceso experiencial del otro.

Finalmente, todos los aspectos discutidos sobre la “actitud del terapeuta” necesaria para el desarrollo de la alianza terapéutica tienen a la base el *sentido terapéutico* de toda intervención. Frente a las críticas que en algún momento se le plantearon a la aplicación dogmática de, por ejemplo, la congruencia, Gendlin (1964) reformula esta actitud y enfatiza la condición del sentido terapéutico como “brújula” para toda intervención. Este punto coincide con lo que los terapeutas sostienen como un elemento central de su forma de acompañar a la persona en su proceso psicoterapéutico.

De este modo, se desprende que para poder acompañar a otro, a través de la denominada actitud del terapeuta, éste debiera en primer lugar poder acompañarse y responderse empáticamente a sí mismo. Así, al llevar adelante su propio proceso dispondrá de la capacidad interna de apertura afectiva y resonante para encontrarse con un otro.

Por otra parte, respecto a la “actitud del cliente” se plantea que para que la alianza pueda constituirse y sostenerse para poder llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico, el consultante debiera sentir compromiso con su proceso de terapia y respeto hacia el encuadre acordado, esto último entendido como el respeto básico que el terapeuta necesita para poder sostener el espacio. Así, se reconoce con claridad el principio de que, entre terapeuta y cliente, existe *simetría en cuanto personas* pero no en relación a los roles que cada uno tiene en el espacio de terapia (Gendlin, 1999b).

De este modo, la cualidad de la alianza terapéutica como un *encuentro profundamente humano*, sobre la base de la autenticidad e intimidad relacional que el terapeuta le ofrece a



la persona que consulta, es el elemento central que los terapeutas consideran *sanador* de esta forma de relación que facilita el trabajo con focusing.

Esta visión se corrobora con lo desarrollado por Mearns y Schmid acerca de la *profundidad relacional* (2011), el cual plantean como un desafío para el psicoterapeuta, en la medida en que su apertura personal y afectiva lo sitúa en un lugar de exposición y vulnerabilidad. Sin embargo, a partir del trabajo personal del propio mundo interno y de la propia relación consigo mismo, el terapeuta puede ofrecer este tipo de encuentro al consultante con toda la riqueza que significa. En relación a este punto los terapeutas enfatizaron la importancia de los procesos de psicoterapia personal u otros procesos personales terapéuticos, así como el propio acompañamiento de lo que les va ocurriendo en la cotidianidad, lo cual va fortaleciendo su sí mismo y así poder *ofrecerse como persona* en este encuentro. La idea del encuentro humano como el principal elemento reparador del espacio terapéutico es afín a lo que plantea Fromm (1959) acerca del amor de tipo fraternal, el cual trata principalmente de una experiencia de unión, solidaridad y reparación humana.

En este tipo de experiencia interpersonal concordante con la relación “Yo-Tú” que desarrolla Buber (1984), existen dos personas que en su diferenciación personal y de vida, en *ese momento* logran estar total y plenamente junto al otro. Si bien señala que son *momentos relacionales* y no una forma de relación fija y constante, idea que también cobra sentido al pensar en el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, estos momentos son considerados únicos desde la vivencia personal y dotan de sentido la propia existencia.

De esta forma, se ilumina la idea de la co-construcción e implicación mutua que los terapeutas refieren, en la medida en que ambos involucrados, tanto terapeuta como cliente, se afectan y transforman positivamente en esta relación (Gendlin, 1998). Así, este tipo de encuentro, además de la experiencia de agrado y placer momentáneo que genera, también tiene un impacto positivo a largo plazo para el terapeuta (Seguín, 1963).

Asimismo, a partir de este encuentro auténtico, es que se reconoce cómo es posible llevar a cabo el trabajo con focusing y también el trabajo sobre la dimensión relacional propiamente tal. En este sentido, la relación interpersonal particular de este tipo de encuentro genera el nivel de cercanía y resonancia emocional necesario para poder ofrecer los símbolos certeros y permitir la movilización del proceso experiencial del otro. Por otra

parte, la interacción implícita (Gendlin, 1999b) va generando un aprendizaje constante en el consultante acerca de los modos de relación, reconociéndose cierto efecto reparador en términos relacionales. Junto con esto, se reconoció la relevancia de que el terapeuta exprese si percibe que algo ocurre en la relación, pudiendo generar un espacio de conversación sobre ésta, siendo esto un ejercicio liberador y facilitador del proceso psicoterapéutico (Gendlin, 1999b). Se piensa que esta posibilidad de explicitar aspectos de la relación en curso se constituye como un facilitador significativo de superación de momentos de *impasse* en la alianza terapéutica.

Así, se reconoce cómo se configura un modelo de alianza terapéutica desde el trabajo con focusing, el cual permea profundamente el modo del terapeuta de relacionarse con otro, al estar dispuesto a *ofrecerse como persona* abierta a resonar emocionalmente y a transformarse en este encuentro. Es entonces posible, desde esta particular interacción, que el consultante se sienta lo suficientemente acompañado para profundizar en su sí mismo y así permitir el despliegue paulatino de su proceso experiencial y reconocimiento de su propia verdad.

## **5. Visión de Cambio Terapéutico**

Luego de profundizar en el entendimiento de la dimensión relacional que posibilita el cambio psicoterapéutico desde el modelo procesal, es posible explorar con mayores bases la comprensión del proceso interno que cursa el cliente.

En primer lugar, los terapeutas reconocen una serie de movimientos internos iniciales en la experiencia interna del cliente, los cuales se relacionan a un cambio en la *relación del cliente consigo mismo*, o en otras palabras, en el desarrollo de su sí mismo (Gendlin, 1964).

Así, en primera instancia, a partir de la presencia y respuesta empática orientada al proceso experiencial sentido, el cliente comienza a ser capaz de sentir con la *distancia adecuada* (Leijssen, 1998) y de esta forma poder sostener internamente sentimientos y emociones de mayor complejidad. Además de el trabajo que el focusing facilita para ir generando la diferenciación y distancia interna necesaria para el consultante, Warner (2008) indica cómo la respuesta empática disminuye la sensación de *soledad existencial* del

cliente, lo cual, dentro de un primer momento en el proceso de terapia, genera disminución de la ansiedad y de la intensidad del malestar del consultante. En el mismo sentido, Dufey y Wilson (2014) dan cuenta de cómo la respuesta empática del terapeuta genera un efecto inmediato en el cliente, momento en el cual puede *sentir más* y percibir la libertad y confianza para auto explorarse y conocerse. Así, este tipo de respuesta que el terapeuta ofrece es posible de considerarse esencial en el proceso de cambio terapéutico del cliente.

En segundo lugar, se reconoció cómo la persona comienza a transitar desde una actitud autoenjuiciadora a una de mayor auto aceptación y auto compasión. Esto se explica a partir de lo que señala Weiser (2001) sobre la integración que el cliente hace de la actitud *aceptadora* del terapeuta, y a su vez desarrollando el entendimiento implícito o en casos por medio de estrategias de psicoeducación, de que todo lo que siente y lo que le ocurre tiene un *sentido y un propósito* para su proceso personal.

Por otra parte, un elemento central que los terapeutas señalan respecto a la relación del cliente consigo mismo que se comienza a fortalecer en el proceso de psicoterapia, consiste en que el *darse cuenta* o “insights” provienen principalmente desde una *dimensión sentida*. En este sentido, plantean que el entendimiento cognitivo que el terapeuta puede entregar acerca de lo que le ocurre o sobre sus posibilidades de cambio personal, no tienen el efecto transformador que sí genera una comprensión que proviene desde su forma interna de sentir su experiencia en curso. Respecto a este punto Hendricks (2002) revela que en las sesiones en que se trabaja con focusing los pacientes suelen hacer comentarios positivos acerca de lo que se trabajó, lo que fortalece la idea de el cambio *se siente acontecer* en el momento presente, y que no es algo que sólo el terapeuta observe desde fuera sin que el consultante se percate (Gendlin, 1964).

Junto con esto, se observa en este proceso la identificación de las diferentes voces internas que coexisten dentro del cliente, pudiendo reconocer y validar el sentido y el mensaje que cada una de estas partes tiene, incluso el rechazado “crítico interno” (Warner, 2001). Así, de forma concordante con esta mirada del funcionamiento interno que proponen autores como Dimaggio (2006) y Cooper et al. (2004), es posible pensar en desarrollar cierta integración, o al menos una relación dialógica, entre estas partes internas del cliente. De esta forma, el cliente puede tomar una metaposición o distancia adecuada frente a estos

aspectos de sí, y de esta forma poder experimentar con nuevas estrategias relacionales (Dimaggio, 2006) que le permitan funcionar de mejor forma con su complejidad interna.

De esta forma, a partir de la fortalecimiento del sí mismo del cliente, al aumentar su capacidad de responderse y acompañarse en su sentir, se observa cómo emerge una capacidad de *hacerse cargo de su experiencia compleja*. En este sentido, se entenderá experiencia compleja a partir de lo que plantean Goldman et. al. (2005) acerca de los *core themes* o temas centrales del cliente. De este modo, se plantea que el hecho de que consultante logre *profundidad experiencial*, o en otras palabras, poder acceder a los significados sentidos de los temas más importantes de su momento vital, se constituye como un predictor principal de éxito psicoterapéutico. De esta forma, el hacerse cargo de la experiencia compleja implica, en primer lugar, la apertura perceptual que conlleva la activación del proceso experiencial, y por otra parte, poder relacionarse con todo lo que esta apertura le trae.

Así, a partir de este eje central del cambio psicoterapéutico, los terapeutas reconocen una serie de cambios que se dan por añadidura a esta apertura a la experiencia compleja, entendiendo que la complejidad no sólo significa relacionarse con los aspectos “negativos”, si no que al nutrir su mundo simbólico se accede a la posibilidad de nuevas formas de vivirse su subjetividad. Aquí se reconoce en primera instancia el alivio sintomático, la mayor libertad que el cliente comienza experimentar al vivirse sus relaciones interpersonales, una mayor actitud auto exploratoria al referirse a su experiencia en curso, y el enriquecimiento simbólico, comunmente observado, por ejemplo, en el uso de metáforas y consideración del correlato corporal en su relato.

Todo esto consiste en la forma concreta de observar cómo el consultante va pudiendo *llevar adelante* su experiencia, o en otras palabras, se reconoce la *auto propulsión* del proceso experiencial (Gendlin, 1964). De acuerdo a la ley de reconstitución del experiencing, el organismo es capaz de generar la capacidad de *completarse a sí mismo* en aspectos carentes o debilitados. De esta forma, en los elementos que los terapeutas señalan como indicadores de cambio psicoterapéutico, se reconoce la función integradora que el organismo despliega cuando se encuentra en una relación interpersonal lo suficientemente aceptadora y empática (Gendlin, 1999b).

De esta forma, al considerar cómo los terapeutas relacionan el cambio terapéutico a la posibilidad del cliente de funcionar de forma auténtica y coherente consigo mismo, se refuerza la idea de que con la función implícita del cliente en funcionamiento, al respetar y seguir el camino que emerge desde la auto propulsión, se confirma la *autenticidad* de esa persona. En otras palabras, se valida esa forma singular de ser “que se pone en movimiento en un mar de sentimientos y emociones, en un *cuerpo nuestro*, en el cual es posible sentir *nuestra persona y nuestra vida*” (Riveros, 2005, p. 52).

En este sentido, es posible reconocer cómo la dimensión referente al cambio terapéutico es posible de ser comprendida únicamente en el contexto de la interacción interpersonal que se encuentra en curso. Desde este lugar se genera el clima empático y aceptador que permite que el consultante se auto explore, y a partir de la interacción implícita con el terapeuta pueda ir construyendo y fortaleciendo su sí mismo en proceso.

Finalmente, es necesario señalar que la presente investigación cuenta con la limitación asociada a la muestra que se utilizó al considerar un número bajo de participantes. Una segunda limitación es la utilización de elementos de la teoría fundamentada para el análisis de la información obtenida en vez del método completo. En este sentido, se sugieren como proyecciones para futuras investigaciones en torno a esta temática el aumento del número de participantes y la utilización de la teoría fundamentada, con la finalidad de corroborar y ampliar los hallazgos que emergieron en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

En primer lugar, es posible señalar que los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian que el principal aporte o contribución de la integración del focusing en el contexto psicoterapéutico consiste en un *modo de trabajo psicoterapéutico* y de *funcionamiento personal* que los terapeutas desarrollan.

Así, se observa cómo el tipo de vinculación interpersonal afectiva y auténtica que facilita el trabajo con focusing se configura como una principal característica que los terapeutas desarrollan en su quehacer clínico. En este sentido, esta forma de vincularse no sólo se configura como un elemento esencial de la alianza terapéutica, sino que también se constituye como el engranaje del resto de los aspectos de la persona del terapeuta explorados en esta investigación.

De este modo, se observó cómo las habilidades clínicas sólo son posibles de pensar en el contexto de una relación interpersonal en marcha, conexión a partir de la cual el terapeuta puede responder desde la apertura afectiva y en resonancia con el proceso experiencial del otro, contando además con un marco teórico y práctico que le permite empatizar con los aspectos vivos de la persona, con la finalidad de que su proceso se comience a movilizar espontáneamente en esa dirección.

Por otra parte, respecto a la práctica de auto focusing, la que ocupa un lugar transversal en torno a la praxis clínica, se observó cómo se configura como un elemento esencial en el proceso de auto cuidado, a partir de lo cual el terapeuta se encuentra en constante auto observación y auto exploración de su sí mismo. En este aspecto, sobre la base de una conceptualización orgánica de la personalidad, se hace imposible la separación entre la dimensión personal y profesional del terapeuta. Así, a partir de la actitud de auto contacto con su sí mismo, las necesidades del terapeuta como persona global van emergiendo de forma orgánica, y en este sentido, la forma de cuidar de sí mismo va variando según su momento vital.

La vivencia del auto cuidado del terapeuta también se observa en interrelación con la dimensión relacional, en la medida en que la auto exploración constante del terapeuta le

permite distinguir elementos del proceso y de la relación terapéutica que facilitan el desarrollo de éstos.

Así, a partir de un terapeuta en conexión y fortalecimiento constante de su sí mismo, respondiéndose y acompañándose de forma que su propio proceso experiencial se encuentre en funcionamiento pleno, es posible la apertura hacia un encuentro humano íntimo y genuino, a partir del cual emerge y se despliega todo trabajo psicoterapéutico.

De esta forma, sobre la base de las características que los terapeutas desarrollan por medio de la integración del focusing, se entiende que el tipo de interacción que se facilita en la relación terapéutica permite que los pasos implícitos del proceso del cliente se desplieguen. En este sentido, la finalidad del trabajo psicoterapéutico de los terapeutas que practican focusing consiste en que la persona pueda desarrollar esta forma de responderse y acompañarse en su sentir. Así, en el futuro sólo necesitará ser acompañado, de la misma forma en que los mismos terapeutas necesitan ese tipo de ayuda, en momentos en que aspectos de su experiencia se encuentren detenidos, pero sobre la base de una construcción de su sí mismo más fortalecida para poder acompañarse en su camino existencial.

De este modo, es posible afirmar que la esencia de la contribución de la práctica de focusing al terapeuta humanista consiste en que posibilita el desarrollo un modo de trabajo psicoterapéutico que tiene el corazón en la cualidad transformadora del encuentro humano auténtico. Así, desde este el lugar, el terapeuta puede acompañar a la persona en el camino hacia su verdad interna.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional, Revisión de estudios. *Revista Asociada Española de Neuropsiquiatría*, 9, 39, 257-265.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 151-260.
- Bordin, E. (1980). Of human bonds that bind or free. Discurso presidencial en la reunión de la Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA, Estados Unidos.
- Buber, M. (1984). *Yo y tú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Concha, F. (2015). *El cuidado del psicoterapeuta a la luz del cuidado nuclear*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia: España.
- Corbella, S. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Editorial Visión Libros.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.
- Cooper, M., Mearns, D., Stiles, W.B., Warner, M.S., y Elliot, R. (2004). Developing self-pluralistic perspectives within the person-centered and experiential approaches: A round table dialogue. *Person-centered and experiential psychotherapies*, 3, 176-191.
- Corbin, A. y Strauss, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquía.
- Dimaggio, G. (2006). Changing the Dialogue Between Self Voices During Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 16:3, 313-345.



- Dufey, M. y Wilson, J. E. (2014). *Modulación psicofisiológica durante la experiencia de empatía: comprensión empática, nivel experiencial, frecuencia cardiaca y tono vaginal a través de una conversación empática y una neutral*. Tesis no publicada para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile.
- Elliott, R. (2009). *Advances in process-experiential/emotion-focuced therapy: New Populations and Measures: Person-Centred/Experiential Approaches to Social Anxiety:Initial Outcome Results*. Santiago de Chile: 40<sup>th</sup> Meeting of the Society for Psychotherapy Research.
- Flick, U. (2004). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. Ciudad de México: Ediciones Paidós Iberica.
- García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: Una actualización.
- Gendlin, E.T., J. Beebe, J. Cassens, M. Klein y M. Oberlander (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy*. 3, 217-241. Washington, DC: APA.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. En J.T. Tart & T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client centered therapy*, 129-178. Boston: Houghton Mifflin.
- Gendlin, E.T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(I), 4-15.
- Gendlin, E.T. (1997). *Experiencing and the Creation of Meaning. A Philosophical and Psychological Approach to the Subjective*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Gendlin, E.T. (1999b). *El Focusing en Psicoterapia, Manual del Método Experiencial*. Barcelona: Paidós.
- Gondra, J. (1978). *La psicoterapia de Carl Rogers*. Sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heidegger, M. (1998). *Ser y tiempo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria (Trabajo original publicado en 1927).

- Hendricks, M. (2002). Focusing Oriented/Experiential Psychotherapy. *Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice*, American Psychological Association.
- Hernández R, Fernández C, Baptista L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw Hill.
- Klagsbrun, J. (2004). *Eliciting the Patient's Wisdom: Focusing, a New Tool for Effective Psychotherapy*. The Psychology of Health, Immunity & Disease Conference, December 12th.
- Lara, S. (2013). *Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales. Acercamiento desde la teoría humanista-experiential*. Tesis para optar al título de Doctor en Psicología, Universidad de Chile.
- Leijssen, M. (1998) *Focusing microprocesses*. "Experiential Psychotherapy". Guildford Press. Traducción por Luis Robles.
- Mearns, D., & Schmid, P. (2006). Being with and being counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 255-265.
- Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los psicólogos*. Tesis para optar al Título de Doctor en Psicología, Universidad de Chile.
- Moncada, L., Guerra, C., Concha, F., Carvajal, C. (2014) ¿Qué revelan una década después los estudios chilenos sobre la variable del terapeuta? Un análisis bibliográfico. *Revista Argentina Clinica Psicológica*, vol XXIII. N°1.
- Ortega y Gasset, J. (1955). *Historia como Sistema. Obras Completas, Tomo VI*. Madrid: Ediciones Altamira.
- Quitmann, H. (1989) *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Reyes, G. Y Ortiz de Zúñiga, B (1996). La resonancia afectiva del terapeuta y su importancia para el trabajo en psicoterapia. *Revista Chilena de Psicología*, 17:1, 82-88.

- Rhonda N. Goldman Ph. D, Leslie S. Greenberg & Alberta E. Pos (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15:3, 248-260.
- Riveros, E. (2000). *El nuevo paradigma del experiencin*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Riveros, E. (2005). *Focusing Experiencial y Existencial*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Rogers, C.R. (1951). *Client centered Therapy. Its current practice implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1958). A process conception of Psychotherapy. *American Psychologist*, 4, 142-149.
- Romero, A. (2008). Factores atribucionales de la efectividad terapéutica. España: Servicio de publicaciones de la universidad de Murcia. *Anales de psicología*, 24, 88-99.
- Sartre, J. (1964). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Editorial Edhasa.
- Seguín, C. (1963) *Amor y psicoterapia: el eros psicoterapéutico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sewell, K. (2002). Psicoterapia con clientes traumatizados y en duelo: Un marco constructivista para el amor y la curación. *Revista de Psicoterapia*. 7, 48, 123-132.
- Todd, Z., & Nerlich, B. (2004). Future directions. En Z. Todd, B. Nerlich, S. McKeown & D. Clarke (Eds.), *Mixing methods in psychology*, 231–237. Hove, East Sussex, UK: Psychology Press.
- Warner, M. (2008). *A Client-Centered Approach to Difficult Client Experiences*. “State of the Art” address presented at the 5th Congress of the World Council for Psychotherapy in Beijing, China.

- Weinberg, G. (1996). *The heart of Psychotherapy*. Nueva York: St. Martin's Griffin.
- Weiser, A. (2001a). *El poder de escuchar*. Trabajo presentado para la conferencia internacional de Focusing en Shannon, Irlanda. Traducción por Micky Welsh, adaptación en Chile por Edgardo Riveros.
- Weiser, A. (2001b). *La aceptación radical de todo*. The Focusing Connection.
- White, M. (2002) *El Enfoque Narrativo en la experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa Editorial.

## ANEXOS

### *Anexo 1. Entrevista semi-estructurada.*

#### **Datos Formales**

Nombre:

Enfoque en el/los cual/es se formó:

Años de práctica clínica:

Años de utilización del focusing:

Cantidad aproximada de atención de pacientes semanal:

Otras actividades laborales realizadas (docencia, clínica en otro lugar, etc.):

#### **Preguntas**

##### Generales

1. ¿Cuándo y dónde realizaste tu formación en Focusing?
2. ¿Qué te motivó a realizar esta formación?

##### Auto-focusing

1. ¿Utilizas el focusing en ti mismo/a? (ya sea auto-focusing o siendo acompañado por un focalizador)
2. ¿De qué forma utilizas el focusing en ti mismo/a?
3. ¿En qué contexto te haces focusing?
4. ¿Qué te motiva a hacerte focusing?
5. ¿Con qué frecuencia utilizas el focusing en ti mismo/a?

##### Focusing como herramienta clínica

1. ¿Bajo qué circunstancias utilizas el Focusing como herramienta clínica?
2. ¿Cómo lo implementas o tecnificas?
3. ¿Con qué pacientes lo utilizas?
4. ¿Cómo evalúas si está siendo efectivo?
5. ¿Junto a qué otras herramientas clínicas has utilizado el focusing?
6. A partir de tu experiencia, ¿cuál crees que es la particularidad del focusing como herramienta clínica?

##### Auto-cuidado

1. ¿Qué significa para ti el auto-cuidado del terapeuta?
2. ¿Qué elementos de tu formación y experiencia te han aportado en cuanto a tus nociones actuales de auto-cuidado?
3. ¿Puedes hacer algún tipo de conexión entre tu práctica de focusing (personal o con los pacientes) y el auto-cuidado como lo entiendes o vives en la actualidad?

##### Alianza Terapéutica

1. ¿Cómo entiendes tú la alianza terapéutica?
2. ¿Qué elementos son centrales para ti en el desarrollo de la alianza terapéutica?

3. ¿Cómo evalúas el tipo de alianza terapéutica que establecen con cada paciente?
4. ¿Qué elementos del paradigma experiencial y el focusing han influido en tu manera de vincularte con tus pacientes?

#### Cambio Terapéutico

1. En términos generales, ¿qué significa para ti el cambio psicoterapéutico?
2. ¿Cuáles consideras tú que son indicadores de cambio?
3. ¿Cómo se ha desarrollado tu visión del cambio terapéutico durante tus años de ejercicio clínico? (qué ha cambiado, qué se ha mantenido o fortalecido, etc.).
4. A partir de tu experiencia clínica, ¿qué elementos de la mirada experiencial y del focusing te hacen sentido en torno al cambio terapéutico?

Anexo 2. Codificación abierta.

**1) HABILIDADES CLÍNICAS**

a) DIMENSION DEL TERAPEUTA

**i) Focusing**

(1) Motivación a formarse

- (a) Distinto a lo que conocía (III, 14), (V, 38), (IX, 42), (X, 37)
  - (i) Rapidez de la movilización de los procesos (III, 14)
  - (ii) No sólo psicoterapia racional (V, 38)
  - (iii)Reflejos (IX, 8)
    - 1. Acceder a algo potente (IX, 8)
  - (iv)Integración de todo el ser (X, 37)
- (b) Herramienta transversal a cualquier enfoque (III, 14), (IV, 24),
- (c) Sentir seguridad de estar haciendo una intervención terapéutica (VI, 44)
- (d) Resonar con el modelo (I, 17), (II, 23), (III, 14), (VI, 46)
  - (i) El aquí y el ahora del focusing (II, 13)
  - (ii) Tendencia actualizante (III, 14)
  - (iii)El proceso del cliente como lo central (III, 14)
  - (iv)Concordante con forma de ser (VI, 46)
  - (v)
- (e) Desde la propia experiencia (I, 17), (IV, 24), (IX, 36) (X, 41)
  - (i) Experiencia de focalización (I, 17)
  - (ii) Propia terapia experiencial (IV, 24)
  - (iii)Ejercicio en la Universidad (IX, 36)
    - 1. Movilización de un tema “pegado” (IX, 44)
- (f) Dimensión del cuerpo (I, 19), (II, 13),(V, 24), (VIII, 28)
  - (i) Historia que contiene el cuerpo (I, 19)
  - (ii) Acceso más sutil al cuerpo (II, 13)
  - (iii)El cuerpo en el aquí y el ahora (II, 13)
  - (iv)Cuerpo que tiene respuestas (VIII, 28)
- (g) Rol del terapeuta
  - (i) Acompañar (III, 14)
- (h) Actitud que se desarrolla
  - (i) No sólo una técnica (III, 14)
  - (ii) Actitud de acompañar (III, 14)

(2) Actitud de focusing

- (a) Más que la técnica (III, 14),(VI, 50), (IX, 58)
- (b) Acompañar procesos (III, 14)
  - (i) Confianza en la sabiduría de cada persona (III, 45)
  - (ii) Apertura a lo que vaya pasando (III, 42)
  - (iii)Facilitar la instancia de conexión (III, 45)
- (c) Apertura a la incertidumbre
  - (i) No interpretar de forma anticipada (IV, 126)

- (ii) Permitir la incertidumbre (III, 81)
  - (iii) Darle lugar al no saber (III, 81)
  - (iv) Permitirse tiempo para que emerja lo que me pasa con el paciente (IV, 130)
    - 1. Por miedo a sentir puede haber apuro en teorizar respecto al paciente (IV, 132)
  - (d) Volver constantemente al cuerpo (VII, 70)
  - (e) Terapeuta humano
    - (i) Busca la conexión (IX, 58)
- (3) Tecnificación del Focusing
- (a) Comenzar a focalizar
    - (i) Proponer un ejercicio (III, 36)
    - (ii) Invitación a la auto exploración (I, 32)
    - (iii) Invitación a explorar de una manera diferente (IV, 48)
    - (iv) Comenzar el focusing con un reflejo (I, 34)
    - (v) Comenzar con respiración de relajación (II, 45) (V, 134)
    - (vi) Condicionado según la capacidad del consultante (I, 37)
  - (b) Despejar un espacio
    - (i) Para identificar las temáticas (II, 47)
    - (ii) Cuando hay mucho ruido mental (IV, 50)
    - (iii) Para personas ansiosas (IV, 50)
      - 1. Permite entrar y luego salir (IV, 54)
      - 2. Da un curso distinto a la sesión (IV, 54)
  - (c) Ofrecer símbolos certeros (II, 49)\*
  - (d) Desprendimiento de la técnica (VI, 48), (IX, 8)
  - (e)
- (4) Focusing como proceso
- (a) Detenerse si algo sucede (III, 38)
  - (b) Acompañar desde ese lugar (III, 38)
  - (c) Asombro frente a la movilización de los procesos (III, 45)
    - (i) Procesos frágiles (III, 45)
    - (ii) Todos congelados (III, 45)
- (5) Acompañar procesos psicoterapéuticos
- (i) Antes del focusing
    - 1. Exigencia (III, 81), (IV, 112), (IX, 137)
      - a. De responder con inmediatez (IV, 44)
      - b. De dar una respuesta precisa (IV, 44)
    - 2. Ansiedad (III, 81)
    - 3. Impaciencia (III, 81)
    - 4. Llevar al otro a un estado idealizado de bienestar (III, 81)



5. Necesidad de rellenar los espacios (III, 81)
6. Rigidez (IV, 112)
- (ii) Con el focusing
  1. Cambio radical al trabajar con focusing (III, 77)
  2. Menor exigencia (III, 79), (IV, 82), (IV, 112), (V, 264)
  3. Devolverle la responsabilidad al otro (III, 79), (IV, 82) (IX, 137)
  4. Silencio creativo (III, 81)
  5. Flexibilidad (IV, 112)
- (iii) Única forma conocida para acompañar procesos (VIII, 58)

- (6) Conversación procesal
  - (a) Uso transversal a la terapia (IV, 54), (V, 100), (VIII, 62), (IX, 8)
  - (b) Con pacientes racionales (IX, 66)
  - (c) Respuesta empática (VI, 110)
    - (i) Surge desde la resonancia con el cliente (VI, 110)
    - (ii) Emerge orgánicamente (VI, 114)
    - (iii) Reflejos que apuntan al proceso experiencial del otro (VI, 112)
    - (iv) Respuesta empática desde lo implícito vs respuesta técnica (VI, 122)
- (7) Ofrecer propia SS al cliente (IV, 58)
  - (a) Evaluar qué le pasa al cliente con eso (IV, 60)
  - (b) Construir desde ahí (IV, 60)
- (8) Aportes dimensión del terapeuta
  - (a) Información de lo que le ocurre con un paciente (II, 23)
  - (b) Enriquecimiento de lo que puede facilitar en el espacio (II, 115)
  - (c) Ha respondido inquietudes espirituales (V, 36)

## ii) Auto Focusing

- (1) Espacio Personal
  - (a) Cuándo se utiliza
    - (i) Cuando hay un malestar sentido (I, 24), (V, 59), (IX, 18)
      1. Dolor de guata (I, 24)
      2. Angustia (I, 24) (V, 59), (IX, 18)
    - (ii) Discusión con pareja (VI, 94)
    - (iii) Cuando hay confusión (II, 21), (II, 33) (V, 46), (IX, 18)
    - (iv) Para interpretar un sueño (V, 60)
    - (v) Para tomar decisiones (VI, 94) (VII, 34)
      1. Dilema profesional (VI, 94)
      2. Comprar algo (VII, 34)
  - (b) Contacto con la SS (III, 16), (VII, 30), (V, 46), (VI, 66), (VIII, 44)

- (i) Contacto con dimensión implícita (VIII, 44)
- (ii) Acompañarse (III, 16), (VIII, 48)
  - 1. Identificar cuando sólo es necesario sostener un tema (VIII, 48)
- (iii) Espacio de tranquilidad (III, 16)
- (iv) Claridad de lo que estoy percibiendo (III, 16)
- (v) Con la práctica está más disponible la SS (V, 46)
- (vi) Espontáneamente (VI, 66)
- (vii) Frente a todos mis procesos (VII, 30)
- (viii) Parte de mi funcionamiento (VII, 30), (VIII, 52)
  - 1. Registrar SS constantemente (VII, 34)
    - a. Relajo (VII, 34)
    - b. Contracción (VII, 34)
- (ix) Antes de formarse
  - 1. Focalización innata (IX, 18)
- (c) Despejar un espacio
  - (i) Chequeo diario (IV, 34)
- (d) Fluir con lo implícito (IX, 74)
- (e) Ha sido un camino (V, 54)
  - (i) Requiere otro tipo de concentración (V, 50)
  - (ii) Algo se ha desarrollado (V, 56)
- (f) Facilita
  - (i) Experienciarme de forma más presente (I, 19) (I, 24)
  - (ii) Autenticidad (VI, 99)
    - 1. Funcionar más coherente con uno mismo (I, 19)
    - 2. Sentir que estoy “siendo yo” (VI, 98)
    - 3. Hablar desde lo que siento (X, 47)
  - (iii) Tener un espacio para la auto observación (I, 24)
    - 1. Auto observarse con mayor profundidad (V, 46)
  - (iv) Menor ansiedad (I, 24)
  - (v) Validar forma personal de procesar la experiencia (IV, 40)
    - 1. Lentitud (IV, 40)
    - 2. Decantamiento emocional (IV, 40)
  - (vi) Decisiones son más certeras (VI, 94)(VII, 34)
    - 1. Llevan a espacios de crecimiento (VI, 94)
    - 2. Cuerpo guía por dónde ir (VI, 98)
    - 3. Brújula (VII, 34)
  - (vii) Volver al presente (VII, 84)
  - (viii) Diferenciarse internamente (IX, 20)
  - (ix) Obtener información de sí mismo (IX, 20)

- (2) Espacio Clínico
  - (a) Cuándo se utiliza
    - (i) Situaciones variadas (III, 36)
    - (ii) Para clarificarse (II, 21)(IV, 34)
    - (iii) Existen sensaciones desagradables
      - 1. Exigencia (III, 28)
      - 2. Ansiedad (III, 28)
      - 3. Respecto a un cliente (II, 21)
    - (iv) Confusión de qué le ocurre con un paciente (II, 21) (V, 62)
      - 1. Para “redondear” (V, 68)
    - (v) Empezar bien la jornada de atenciones(II, 21), (IV, 34)
    - (vi) No hay completa disposición para recibir a un paciente (II, 23)
    - (vii) Quedar interferido emocionalmente (IV, 34)
  - (b) Contacto con la sensación sentida
    - (i) Información para reflejar (I, 22), (VI, 78), (IX, 90)
    - (ii) Percibir su SS constantemente en sesión (III, 28), (IX, 74)
      - 1. No lograr conectarse consigo mismo (IX, 76)
        - a. Estar ajeno en el espacio (IX, 76)
    - (iii) Tomarse el tiempo para transmitir la palabra que calce (VI, 72)
  - (c) Despejar un espacio
    - (i) Diferenciarse internamente (II, 23)
    - (ii) Agobiada por el trabajo que viene (IV, 34)
    - (iii) Antes de atender a un paciente difícil (IV, 34)
- (3) Frecuencia
  - (i) Diaria (I, 24) (IV, 34)(VI, 72)(VII, 46)
    - 1. Despejar un espacio (IV, 34)
    - 2. Chequeo interno (VI, 72), (VII, 46)
  - (ii) Una vez a la semana (II, 35)(V, 70)
    - 1. Hacer todo el proceso (V, 74)
      - a. Quedarme un rato y permitir el movimiento (V, 82)
  - (iii) Depende de la etapa (III, 34)
- (4) Importancia de entrenamiento experiencial del terapeuta (VI, 152), (IX, 103)
  - (a) Aprender a facilitar ese tipo de conexión en el otro (VI, 152)

### iii) Teoría Experiencial

- (1) Conceptualiza una sensación previa (I, 55)(III, 83)
- (2) “Cada vez me hace más sentido” (V, 138)

## b) DIMENSION DEL CLIENTE

### i) Focusing

#### (1) Cuándo se utiliza

- (a) Alto contacto experiencial
  - (i) Entrampe en una temática (III, 37)
- (b) Se observa contacto emocional (I, 30)
  - (i) Quedar en silencio (I, 30)
  - (ii) Ocurre un lapsus (I, 30)
  - (iii) Gesto en la cara (I, 30)
  - (iv) Cambio en el tono de voz (I, 30)
- (c) Existe confusión (II, 41), (V, 96), (VII, 48)
- (d) Sensaciones cristalizadas (III, 37), (IX, 82)
- (e) Va apareciendo durante el proceso (IV, 48)
  - (i) Dado por la interacción (V, 108)
- (f) Ruido mental (IV, 50)
- (g) Sensación del cliente de que hay algo importante en un tema (V, 92)
- (h) Sesión está muy intelectual (VII, 48), (IX, 80)
  - (i) Circularidad (VII, 48)
  - (ii) Repetitivo (VII, 48)
  - (iii) Se acaban respuestas racionales (IX, 80)
- (i) Necesidad de dar un paso (VII, 48)
- (j) Paciente no trae una temática (IX, 82)
  - (i) Despejar un espacio (IX, 82)
- (k) Sintomatología fuerte (IX, 84)
  - (i) Encontrar un primer alivio (IX, 84)
  - (ii) Encontrar lugar seguro (IX, 84)
  - (iii) Procesos de auto empatía (IX, 86)
  - (iv)
- (l) Necesidad de restauración emocional (IX, 82)
- (m) Dureza de crítico interno (IX,

#### (2) Precaución en su utilización

- (a) Emociones complejas
  - (i) Emociones antiguas (II, 55)(V, 92)
  - (ii) Desborde emocional (IV, 62)(V, 108)
  - (iii) Adheridos a una emoción (IV, 62)
  - (iv) Temáticas auto destructivas (IX, 93)
- (b) Sesiones iniciales (III, 36)(V, 86)(VII, 48)
  - (i) Conocer cómo funciona el cliente (III, 36)
- (c) Procesos frágiles (IV, 62) (V, 108), (IX, 99)
- (d) Trauma (IX, 101)

- (3) Dificultades en el proceso
  - (a) Manifiesta no poder (III, 40)
    - (i) Evaluar si continuar o cerrar (III, 40)
  - (b) Invitar a observar las interrupciones (I, 37)
    - (i) Detección del crítico interno (I, 37)
    - (ii) Culpa por no satisfacer al terapeuta (I, 37)
  - (c) Contacto con sensaciones desagradables
    - 1. Temas fóbicos (II, 53)
    - 2. Angustia (II, 53)
    - 3. Miedo (II, 53)
  - (d) Salir de la dificultad con auto empatía (V, 130), (IX, 86)
  
- (4) Nivel de contacto experiencial
  - (a) Diagnóstico de contacto experiencial
    - (i) Evaluar si el cliente tiene capacidad para focalizar (II, 39)
      - 1. Cómo el cliente responde a los primeros pasos del proceso (III, 36)
    - (ii) A través de indicadores (III, 40)
      - 1. Forma de hablar (III, 40)
      - 2. Silencios (III, 40)
      - 3. Expresiones faciales (III, 40)
  - (b) Clientes con alto contacto experiencial
    - (i) Entrenamiento permite focalizar de forma más autónoma (I, 32)
    - (ii) Solicitan trabajar con focusing (IX, 86)
    - (iii) Condición para utilizar el focusing (II, 39)
      - 1. Condición para utilizarlo desde el principio (V, 90)
    - (iv) Proceso autopulsado
      - 1. Clarifican sensaciones (II, 55)
      - 2. Conectan con símbolos (II, 55)
      - 3. Fluidez del proceso (II, 55)
  - (c) Clientes con bajo contacto experiencial
    - (i) Aprovechar atisbos de contacto emocional (I, 32)
    - (ii) Mayor utilización de conversación procesal (I, 34), (I, 35)
    - (iii) Reflejar cuando ocurre algo distinto (I, 35), (IV, 68)
    - (iv) Reflejar cuando logran contactar con un tema complejo (IV, 68)
    - (v) Guía con instrucciones más concretas (I, 35)
    - (vi) Invitar a explorar “de una forma distinta” (IV, 50)
    - (vii) Focalizar experiencias positivas (IV, 62)
      - 1. Entrenamiento de conexión con el cuerpo (IV, 62)
  
- (5) Focusing como proceso
  - (a) Todo lo que ocurre en el proceso es relevante (I, 37)
  - (b) No hay proceso mejor que otro (I, 37)

- (c) El proceso de cada cliente es el adecuado para sí mismo (I, 37),(III, 45)
  - (d) Habilidad desarrollable (I, 47)
  - (e) Abrirse a sostener la experiencia (I, 41)
  - (f) Pasos del proceso
    - (i) Cada persona va a dar los pasos que necesite (III, 103)
    - (ii) Preguntarse por los pasos posibles para esta persona (III, 103)
    - (iii) Siempre existe posibilidad de dar un nuevo paso (III, 91)
- (6) Contacto con la SS
- (a) Suficiente para empezar a producir movimiento (IV, 94)
  - (b) Forma de empezar a generar el contacto (V, 90)
    - (i) “Pequeñas entradas” (V, 90)
- (7) Facilita en el cliente
- (a) Relación consigo mismo
    - (i) Integración entre yo real y yo ideal (I, 47)
    - (ii) Poder acompañarse a sí mismo (III, 45)
    - (iii) Entregarse lo que necesita (III, 45)
    - (iv) Re-significar (IV, 54)
    - (v) Empoderamiento (IV, 80)
    - (vi) Sorpresa que surge de sí mismo (IV, 82)
    - (vii) Funcionamiento distinto (VII, 48)
    - (viii) Aumentar contacto experiencial (III, 36)
    - (ix) Registro constante del cuerpo (VII, 84)
    - (x)
  - (b) Relación con un tema
    - (i) Conectarse con más claridad con sus temáticas (II, 41)
    - (ii) Salto en forma de mirar lo que le pasa (VII, 48)
    - (iii) Se enriquece posibilidad de vivenciar una temática (II, 109)
  - (c) Apertura de posibilidades (II, 109), (II, 143), (VII, 48)
    - (i) Desde el cuerpo emergen más posibilidades (II, 109)
    - (ii) Integrar nuevas posibilidades (II, 143)
    - (iii) Sentir matices (II, 109)
  - (d) Contactarse con partes sanas (II, 145)
    - (i) Acceder a fortalezas (II, 143)
    - (ii) Auto regulación (II, 143)
    - (iii) Energía de calma y equilibrio (II, 143)
    - (iv) Contactar con sabiduría del cuerpo (IV, 86)
  - (e) Acceder a una vivencia personal (VII, 48)
    - (i) No es cuestionable (VII, 48)
    - (ii) Surge de sí mismo (VII, 48)
    - (iii) Conexión directa con su experiencia (VII, 94)
  - (f) Desarrollo de conciencia en el aquí y el ahora (I, 47) (VII, 70)
    - (i) Volver constantemente al presente (VII, 70)

c) DIMENSION DEL PROCESO

i) **Focusing**

- (1) Como herramienta clínica
  - (a) Altamente aportativo al proceso psicoterapéutico (I, 47)
  - (b) Entrega una mirada
    - (i) De la vida (IV, 26)
    - (ii) Del ser humano (IV, 26)
  - (c) Única herramienta que acoge la experiencia en esta dimensión sentida (IV, 80)
- (2) Como técnica
  - (a) No exclusiva a la psicoterapia (I, 47)(VI, 88)
  - (b) Fácil de aplicar (VI, 38)
  - (c) Flexibilidad (II, 55), (VIII, 66)
    - (i) Adecuable a lo que va surgiendo (II, 55)
  - (d) Entrenable (IV, 82)
    - (i) Empieza a ocurrir naturalmente (IV, 82)
  - (e) Técnica cuidadosa con el proceso del cliente (IV, 88)
    - (i) No es necesario hablar de los contenidos (IV, 88)
    - (ii) Protege de re-traumatización (IV, 88)
    - (iii) Respeto el ritmo de la persona (IV, 94)
- (3) Como proceso
  - (a) Primacía del proceso sobre el resultado (I, 41), (VI, 48)
  - (b) Pasado, presente y futuro coexistiendo en el hoy (I, 49)
  - (c) Más posibilidades de lo que puede ocurrir en el proceso terapéutico (II, 115)
  - (d) Sutileza del proceso genera cambio transformador (II, 136)
  - (e) Elementos novedosos para el proceso (II, 141), (IV, 80)
  - (f) Generar un espacio distinto (III, 38)
  - (g) Conecta con el flujo de la vida (III, 45)
  - (h) Enraizamiento (III, 45)
  - (i) Organicidad del proceso
    - (i) Dialógico vs directivo (III, 38)
    - (ii) Espontáneo vs resultadista (VI, 108)
  - (j) Cuando un símbolo calza el proceso avanza (VI, 88)
  - (k) Pausas para auto chequeo (IV, 86)
  - (l) Experiencing
    - (i) Forma de acceso a la información del mundo (VI, 140)
- (4) Complementación con otras herramientas clínicas
  - (a) Terapias Expresivas
    - (i) Expresar lo sentido con focusing (I, 43)

- (b) Terapia Floral (I, 43)
  - (i) Fomentar el contacto con el experiencin (I, 43)
  - (ii) Facilitar el trabajo con los todos congelados (I, 43)
- (c) Imaginería (II, 51) (V, 108)
  - (i) Calmar sensaciones angustiosas (II, 51)
  - (ii) Sellar (II, 53)
  - (iii) Para facilitar diagnostico de nivel de contacto experiencial (V, 122)
- (d) Mindfulness o meditación (III, 42), (IV, 50), (VI, 160)
  - (i) Generar actitud contemplativa (III, 42)
  - (ii) Diferenciarse internamente (IV, 50)
  - (iii) De tarea (V, 136)
  - (iv) Técnicas hermanas (VI, 160)
- (e) Psicodrama (IX, 10), (IX, 103)
  - (i) Para cerrar proceso de focusing (IX, 10)
- (f) Respiración (III, 42)
- (g) Prácticas generativas (IV, 78)
- (h) Prácticas budistas (IV, 78)
- (i) Alba Emoting (VIII, 70), (IX, 115)
- (j) Técnicas corporales (IX, 103)
- (k) El proceso experiencial del cliente hace que la técnica emerja de forma orgánica (VI, 152), (VIII, 68)
  - (i) Qué hacer emerge de forma natural desde la conexión con lo implícito (VI, 157), (VIII, 68)
  - (ii) Técnicas teñidas por actitud experiencial (VI, 158)
  - (iii) Focusing genera la conexión (VII, 110), (IX, 129)
    - 1. Permite trabajar con una técnica (VII, 100)

## ii) Auto Focusing

- (1) Aportes al proceso psicoterapéutico
  - (a) Ayuda a esclarecer el proceso (II, 79)
  - (b) Mejor visión de lo que está ocurriendo en el espacio (II, 81)
- (2) Contactar con SS
  - (i) Guía para el proceso psicoterapéutico (I, 24), (VI, 78)

## 2) AUTO CUIDADO

- a) DIMENSION DEL TERAPEUTA
  - i) Deber ético (I, 51), (III, 49)
  - ii) Forma de amor propio (V, 156)
  - iii) Higiene emocional (II, 63)
    - (1) Cuidar nuestra herramienta (II, 63)
    - (2) Distancia necesaria ( II, 65) (VIII, 78) (II, 65)
      - (a) Poder hacer corte al terminar (II, 71), (VIII, 78)
        - (i) Con qué me quedo de cada paciente (VIII, 78)



- 1. Ficha clínica permite chequeo (VIII, 94)
  - (b) Establecer límites (II, 65)
- (3) Desarrollar calma emocional (III, 47)
  - (a) Poder transmitirla (III, 47)
- (4) Ser amable con uno mismo (IX, 169)
  - (a) El dolor (IX, 169)

**iv) Higiene existencial (VI, 196)**

- (a) Estar completamente en el espacio terapéutico (II, 71), (VI, 190)
- (b) Concientizar cuando no estoy en el aquí y el ahora (VI, 188)
- (c) Respetar cada espacio (VI, 188), (VIII, 78)
  - (i) Descanso
  - (ii) Familiar
  - (iii) Recreación
  - (iv) Trabajo
- (d) Vida que fluye organísmicamente (VI, 196)

**v) Ser terapeuta como ser humano**

- (1) Ser terapeuta indisoluble del ser persona (I, 51), (V, 158), (VI, 202), (IX, 159)
  - (a) Auto cuidado surge de forma orgánica (V, 158)(IX, 171)
    - (i) La ss no exige un ideal (IX, 179)
  - (b) Cuidado de mi como persona (IX, 159)
- (2) Lo que me afecta como persona influye en el espacio terapéutico (I, 51)
- (3) Aceptar luces y sombras (I, 53)
- (4) Superar fantasía de que “estar bien” es no tener problemas (I, 61)

**vi) Autenticidad (I, 51) (VI, 194), (VI 210), (IX, 167)**

- (1) Distintos roles sobre la misma persona (VI, 212)
  - (a) Rol es más orgánico (VI, 212)
  - (b) Rol no sólo técnico (VI, 218)
- (2) En espacio terapéutico
  - (a) Ser uno mismo en terapia (VI, 206), (X, 167)
    - (i) Desde ahí encontrarse con el otro (X, 167)
  - (b) Fluir con el otro (VI, 210)
    - (i) Aceptar un abrazo (VI, 210)
    - (ii) Aceptar un regalo (VI, 210)

**vii) Responsabilidad**

- (1) Estado personal influye en el proceso (III, 47),(V, 192)
  - (a) Capacidad empática (III, 47)
  - (b) Capacidad de acompañar (III, 47)

- (c) No hay separación (V, 192)
- (2) Hacerse cargo de propias temáticas
  - (a) Hacerme cargo de lo que me ocurre (I, 51), (III, 55), (V, 192)
  - (b) Poder sostener lo que me ocurre (I, 53)
  - (c) Estar consciente de uno mismo (III, 49), (V, 192)
  - (d)
- (3) No hablar desde un ideal (III, 47)
- (4) Condición para ser “buen” terapeuta (VII, 116)

**viii) Medidas de autocuidado**

- (1) Red de apoyo
  - (a) Compartir
    - (i) Red Afectiva (I, 53)
    - (ii) Red Profesional (IV, 96)
      - 1. Supervisión (IV, 96),(VI, 202), (VII, 118)
        - a. Elaborar lo que te va pasando con los pacientes (IV, 96), (VII, 118)
  - (b) Recibir apoyo y sostén desde otros espacios (I, 53) (IV, 96)
  - (c) Pedir ayuda (VII, 142)
- (2) Auto focusing
  - (a) Focalizar (IV, 96)
    - (i) Diariamente (IV, 106)
      - 1. Orientación (IV, 106)
      - 2. Tomar decisiones (IV, 106)
      - 3. Identificar tono emocional del día (IV, 108)
  - (b) Clarificar sensaciones respecto a un cliente (II, 79), (VII, 118)
    - (i) Sensaciones poco gratas (II, 79)
    - (ii) Sensaciones confusas (II, 79)
    - (iii) Simbolizarlo correctamente (VII, 118)
  - (c) Estar en contacto con uno mismo (V, 158), (VIII, 74)
    - (i) Acompañarse (III, 55), (VII, 142)
    - (ii) Aceptación de lo que le ocurre a uno mismo (VII, 128)
    - (iii) Contener lo que está ocurriendo (VII, 128)
      - 1. “Incubadora” (VII, 134)
    - (iv) Dejar que se produzca el movimiento interno (VII, 128)
    - (v) Generar espacio de auto chequeo (VIII, 100)
  - (d) Auto chequeo
    - (i) Semanal (VIII, 74)
      - 1. “En qué estoy” (VIII, 74)
- (3) Prácticas personales
  - (a) Meditación (III, 55), (IV, 74),(V, 166), (VII, 118), (VIII, 96)
  - (b) Yoga (V, 166)
  - (c) Biodanza (V, 166)

- (d) Contact (V, 166)
- (e) Tai chi (VIII, 96)
- (f) Alba Emoting VIII, 96)
- (g) Estar en proceso personal permanente (VII, 118)
- (h) Prácticas cotidianas
  - (i) Descanso (VII, 118)
  - (ii) Alimentación (VII, 118)
  - (iii)Hidratación (VII, 118)
- (4) Psicoterapia personal (IV, 96),(IV, 100), (VI, 202)
  - (a) Pacientes te conectan con temáticas propias (VII, 118), (VI, 96)
  - (b) Inversión a largo plazo (IV, 100)
  - (c) Tan importante como el estudio (IV, 102)
- (5) Durante las sesiones
  - (a) Tomar líquido (VII, 116)
- (6) Corte entre atenciones
  - (a) Preparar disposición personal para recibir al próximo cliente (II, 75)
  - (b) Mecanismos concretos
    - (i) Tomarse minutos de *break* entre pacientes (V, 178)
    - (ii) Generar una corriente de aire (II, 75)
    - (iii)Respirar (V, 178)
    - (iv)Comer algo (V, 188)

#### **ix) Influencias**

- (1) “Varios caminos me nutrieron” (V, 192)
  - (a) Coherentes con mi forma de ser (V, 192)
- (2) Enfoque Experiencial (I, 57), (III, 49)
- (3) Rogers (I, 57)
- (4) Existencialismo (I, 57)
  - (a) Hacerse cargo de uno mismo (I, 59)
  - (b) Hacerse cargo de dimensión oscura y dolorosa (I, 59)
- (5) Formación Humanista (III, 49)
  - (a) Énfasis en auto cuidado (III, 49)
- (6) Corrientes espirituales (I, 57)(VI, 202)
  - (a) Sufismo (I, 57)
  - (b) Budismo (III, 55), (IV, 48)
  - (c) Cultivar disciplina espiritual
    - (i) Protección (VI, 202)
    - (ii) Liberación (VI, 202)
- (7) Práctica Profesional (II, 71)

#### **x) Dificultades**

- (1) Cargarse con las temáticas (II, 63)
- (2) Quedarse enganchado a un paciente (II, 63), (VIII,

- (3) Momentos de agotamiento (III, 47), (IV, 96)
  - (a) Fuentes del cansancio
    - (i) Pacientes te conectan con partes de ti mismo (IV, 96)(VII, 82)
      - 1. Trabajo interior intenso (IV, 96)
      - 2. Procesos propios acompañados por procesos de pacientes (VII, 66)
  - (b) Aprender a ayudarse en eso (III, 47)
    - (i) Alimentación (III, 47)
    - (ii) Ejercicio (III, 47)

### 3) VISIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

#### a) DIMENSION DEL TERAPEUTA

##### i) Actitud del terapeuta

- (1) Autenticidad (I, 63), (VII, 154), (VIII, 110)
  - (a) Acompañar manteniendo la autenticidad (I, 63)
  - (b) Aparecer como soy (VII, 154)
    - (i) Posibilita en el cliente
      - 1. Su autenticidad (VII, 154)
      - 2. Disminución del auto juicio (VII, 154)
    - (ii) Mostrar parte humana
      - 1. Miedos (VII, 154)
      - 2. Dudas (VII, 154)
- (2) Sentido terapéutico de toda intervención (I, 69), (V, 212), (VII, 166)
  - (a) Emerge desde la conexión con el cliente (I, 69)
  - (b) Posibilidad de dañar o retraumatizar (I, 69)
  - (c) Elaborar lo propio al servicio del otro (V, 212)
- (3) Adecuación a cada cliente
  - (a) Sentida corporalmente (II, 107)
    - (i) Necesidad de más límites (II, 101)
      - 1. Corregir postura corporal (II, 103)
      - 2. Forma de saludar y despedirse (II, 103)
      - 3. Respetar hora de inicio de sesión (II, 103)
    - (ii) Poner límites amorosos (V, 244)
      - 1. Desde la conexión con la esencia de la otra persona (V, 244)
- (4) **Encuentro Humano** (III, 59) (VIII, 110) (IX, 207)
  - (a) Transmitir que estoy “con todo mi ser” para el otro (III, 59)
  - (b) Apertura a encontrarme con otro ser humano (VIII, 110)
  - (c) Cliente ve al terapeuta como otro humano (IX, 207)
    - (i) Sin poseer la verdad
    - (ii) Errores

- (5) Actitud empática (III, 59), (VIII, 110)
- (6) Confianza en la tendencia actualizante (III, 59)
  - (a) Sentirlo (III, 59)
  - (b) Transmitirlo (III, 59)
- (7) Mostrarse como otro ser humano (IV, 112), (VII, 158)
  - (a) Explicitar si siento que me equivoque (IV, 112)
  - (b) No está el ideal de transmitir perfección (IV, 116)
- (8) Facilitadores
  - (a) Humor (V, 300)

**ii) Sensación sentida del terapeuta**

- (1) Experimentarme en relación al otro desde la SS (I, 67)
  - (a) Chequeo constante de la SS (I, 67) (III, 65)
- (2) Capacidad de auto-develación (I, 67) (VII, 158)
  - (a) Indicador de buena alianza (I, 67)
  - (b) Mostrar lo que me está pasando (VII, 158)
  - (c) Siempre en función de lo terapéutico para el cliente (I, 67)
    - (i) Naturaleza amorosa (VII, 160)
- (3) Chequear el vínculo terapéutico (II, 107)
  - (a) Comodidad v/s incomodidad sentida (III, 59)
    - (i) Replantearme forma de acompañar (III, 59)

**iii) Elementos centrales para su constitución**

- (1) Responsabilidad ética (I, 69)
- (2) Capacidad de empatizar con el cliente (II, 95), (III, 75), (III, 59)
  - (a) Base para poder acompañar (III, 75)
  - (b) Base para la movilización del proceso (III, 75)
- (3) Aceptación (III, 59), (IV, 112), (V, 218), (VII, 160), (VIII, 114)
  - (a) Aceptación positiva incondicional (V, 216)
  - (b) Aceptación de ese ser humano (VIII, 14)
- (4) Naturaleza amorosa de la conexión (V, 212), (VII, 158), (VIII, 114)
  - (a) Amor como la sustancia que nos une (V, 212)
  - (b) Conexión desde un lugar compasivo (V, 216), (VII, 158)
  - (c) Sana a paciente y terapeuta (V, 220)
  - (d) Independiente de lo que genere el cliente (VIII, 122)
    - (i) Rabia (VIII, 122)
    - (ii) Angustia (VIII, 122)
    - (iii) Miedo (VIII, 122)

**iv) Desagrado frente a concepto de alianza (VI, 232)**

- (1) Contractual (VI, 234)

- v) **Encuentro** (VI, 232)
  - (1) Alianza es una sola parte del encuentro humano (VI, 232)
  - (2) Yo-tú (VI, 238)
    - (a) Experiencia mística relacional (VI, 244)
    - (b) No forzable (VI, 244)
    - (c) Desde la conexión relacional (VI, 246)
    - (d) Un nosotros espontáneo (VI, 238)
  - (3) Orientarse a este tipo de encuentro (VI, 250)
    - (a) Espontáneo (VI, 250)
    - (b) Auténtico (VI, 250)
    - (c) Vulnerable (VI, 250)

vi) **Elaborar lo que me ocurre con el paciente** (VIII, 114)

**vii) Teoría Experiencial**

- (1) Conceptualiza forma previa de entender la alianza (III, 77)

b) DIMENSION DEL CLIENTE

**i) Indicadores en el cliente de buen desarrollo de AT**

- (1) Indicadores concretos (I, 65)
  - (a) Adherencia (I, 65)
  - (b) Respeto del encuadre (I, 65)
- (2) Indicadores relacionales (I, 65)
  - (a) Manifestar lo complejo de la AT al terapeuta (I, 63) , (IV, 112)
    - (i) Molestia (I, 65)
    - (ii) Sentirse atacado (I, 65)
    - (iii) Sentirse ofendido (IV, 112)
  - (b) Capacidad de soltarse frente a terapeuta (V, 300)

**ii) Elementos centrales para su constitución**

- (1) Respeto del proceso (II, 95)
- (2) Respeto del encuadre (II, 95)
- (3) Compromiso con el proceso (II, 99)

c) DIMENSION DEL PROCESO

**i) Múltiples niveles coexistiendo**

- (1) Lo que me pasa a mí (I, 69)
- (2) Lo que me pasa con el otro (I, 69)
- (3) Lo que ocurre entre nosotros (I, 69)
  - (a) Pacientes reflejan temáticas del terapeuta (V, 202)

**ii) Características**

- (1) Ocurre en tiempo presente (I, 63)
- (2) Es co-construida (I, 63), (III, 59)

(3) Relación simétrica con roles asimétricos (I, 63)

**iii) Elementos centrales para su constitución**

(1) Relacionales

- (a) Vínculo (I, 63)
- (b) Confianza (I, 63) (II, 91) (IV, 112)
- (c) Presencia (I, 63)
- (d) Comodidad (II, 81)
- (e) Respeto (IV, 112)
- (f) Responsabilidad (IV, 112)
- (g) Ir acomodándose (V, 116)

(2) Encuadre (I, 65), (II, 87), (IV, 112), (VII, 154)

- (a) Características
  - (i) Claro (IV, 112)
  - (ii) Flexible (IV, 112)
- (b) Invitación al cliente a chequear SS luego de primera sesión (I, 65), (II, 89)
  - (i) Chequear *feeling* hacia el terapeuta (I, 65), (II, 87)
- (c) Espacio para que pueda expresarse (VII, 154)
  - (i) Lo que le ocurre en su vida (VII, 154)
  - (ii) Lo que le ocurre con el terapeuta (VII, 154)

(3) Acuerdo de trabajo mutuo (II, 81)

**iv) Chequeo del proceso terapéutico (IV, 118)**

- (a) Evaluar conjuntamente objetivos terapéuticos (IV, 118), (V, 250)
- (b) Evaluar conjuntamente continuidad según nuevo motivo de consulta (IV, 118)
- (c) Ajustes intuitivos (V, 250)

**v) Foco relacional del trabajo terapéutico**

- (1) Se abre arista más relacional a trabajar (IV, 120)
  - (a) Expectativas (IV, 120)
  - (b) Afectos (IV, 120)
  - (c) Relacionarse como iguales (IV, 20)
- (2) Siempre las temáticas son vinculares (V, 298)
  - (a) Construcción de identidad (V, 298)
  - (b) Forma de resolver problemas (V, 298)
- (3) Visibilizar aspectos del vínculo refuerza la alianza (IV, 120)
- (4) Devolver terapéuticamente lo que me ocurre con el otro
  - (a) Lo que molesta del otro (V, 226)
  - (b) Ver más allá de la conducta (V, 226)
- (5) Asumir que no son entidades separadas (IX, 201)

- (a) Influencia mutua (IX, 201)
- (b) Ocurrimos en conjunto (IX, 207)

**vi) Focusing aparece en la relación terapéutica (VI, 110)**

- (1) Conexión relacional permite que surja la respuesta empática (VI, 110)
- (2) Espacio relacional es lugar donde se explicitan los símbolos (VI, 152)
  - (a) El proceso comienza a movilizarse solo (VI, 52)

**vii) Lo terapéutico ocurre desde lo implícito de la conexión (VI, 152)**

**4) VISIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO**

a) DIMENSION DEL TERAPEUTA

**i) Desarrollo de la visión de cambio**

- (1) “Se mueve todo el rato” (II, 127)
- (2) De la mano de proceso personal (VII, 226)

**ii) Inicios de práctica clínica**

- (1) Frustración al no observar cambios concretos (II, 131)

**iii) Teoría Experiencial**

- (1) Permite conceptualizar nociones ya existentes sobre cambio terapéutico (I, 77), (V, 264)
- (2) Respuesta me la dio enfoque experiencial (V, 264)
- (3) Fe irreductible en la experiencia (VII, 174)

b) DIMENSION DEL CLIENTE

**i) Indicadores de cambio**

- (1) Alivio sintomático
  - (a) Disminución ansiedad (I, 71)
  - (b) Disminución angustia (I, 71)
  - (c) Moderación de la intensidad del malestar emocional general (I, 71)
- (2) Relación consigo mismo

**(a) Apropiarse de su experiencia (IX, 217)**

- (i) Sanación viene de si mismos (IX, 217)

**(b) Acoger internamente**

- (i) Poder sostener lo que antes era insostenible (I, 73)
- (ii) Sostener el dolor (I, 73)
- (iii) Acoger su experiencia (IV, 70), (VIII, 136)
- (iv) Aceptar emociones complejas (IV, 136), (VII, 192)
  - 1. Miedo (VII, 192)
  - 2. Inseguridad (VII, 192)

**(c) Dimensión sentida**

- (i) Darse cuenta sentido (II, 117)
- (ii) Cambio no sólo discursivo (II, 119)



- (iii) Relacionarse con su experiencia desde otro lugar (II, 121) (IV, 70)
    - 1. Cambio de perspectiva (VIII, 134)
    - 2. Cambio de significados (VIII, 134)
    - 3. Forma de referirse a su experiencia
      - a. Utilizar símbolos (IV, 138), (IV, 72)
      - b. Utilizar metáforas (IV, 138), (IV, 72)
      - c. Considerar dimensión sentida (IV, 138)
      - d. Correlato corporal (IV, 72)
      - e. SS con más detalle (IV, 72)
      - f. Bajaron el ritmo (V, 298)
  - (d) Cambios observables en la corporalidad
    - (i) Forma de hablar (V, 298)
    - (ii) Postura (V, 298)
  - (e) Auto conocimiento (II, 125)
    - (i) Conciencia de sí mismo (II, 125)
    - (ii) Amigarse con sus partes (V, 292)
    - (iii) Aumentan posibilidades de verse a sí mismo (II, 115)
  - (f) Tolerar lo no claro (IV, 70)
    - (i) Confusión (IV, 70)
    - (ii) Ambivalencia (IV, 70)
    - (iii) Incertidumbre (IV, 70)
  - (g) Responsabilizarse de sí mismo (II, 125)
  - (h) Menor auto juicio (IV, 70) (VII, 154)
    - (i) Libertad de ser (VII, 218)
  - (i) Auto aceptación (VII, 188)
    - (i) Paso de la crítica a la aceptación amorosa (VII, 190)
  - (j) Auto contención (VII, 199)
  - (k) Espontaneidad
  - (l) Creatividad
    - (i) Conexión con riqueza creativa (VIII, 144)
      - 1. Recursos (VIII, 144)
      - 2. Darse cuenta (VIII, 144)
      - 3. Alternativas (VIII, 144)
- (3) Relación con otros
- (a) Menos ansiedad en la búsqueda de un otro (I, 73)
  - (b) Menos ansiedad en la separación (I, 73)
  - (c) Forma de vincularse con terapeuta (V, 298)
    - (i) Capacidad de soltarse (V, 300)
    - (ii) Se disuelven tensiones en el vínculo terapéutico (VI, 268)
- (4) Relación con la vida
- (a) Modificar forma de experimentar los “problemas” (I, 73)
  - (b) Forma de relacionarse con lo que le ocurre v/s cambiar lo que le ocurre (II, 129), (IV, 136)

- (c) Darse cuenta de la riqueza en toda experiencia (IV, 136)
- (d) Abrirse al fluir de la vida (V, 292), (IX, 219)
- (e) Aceptar la realidad como es (VII, 228), (VIII, 134)

**ii) Dificultades en el proceso de cambio**

- (1) Auto apuro (V, 284)
  - (a) Contagiable al terapeuta (V, 284)

**iii) Distintos tipos de cambio (III, 91) (V, 264)**

- (1) Distintos potenciales/posibilidades para desarrollar en terapia (III, 91)
- (2) Todos los cambios son importantes (III, 91)
  - (a) Cambio cognitivo
    - (i) Incorporar una narrativa (III, 91)
- (3) Procesos más lentos
  - (a) Importancia de comprender contexto histórico (III, 91)
  - (b) Respeto (III, 91)
- (4) Siempre existe posibilidad de dar un nuevo paso (III, 91)