



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

**RELACIÓN TERAPÉUTICA Y CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO, DESDE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE  
ADOLESCENTES Y SUS TERAPEUTAS.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil**

**MARCELA PAZ MENDOZA ZAMORA**

**Profesora Guía:  
CLAUDIA CAPELLA SEPÚLVEDA**

**Santiago de Chile, 31 de Agosto de 2016**

## Resumen

Este estudio formó parte del Proyecto de Investigación “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, liderado por la investigadora Mariane Krause, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT.

El estudio tuvo como objetivo caracterizar la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, desde la visión de adolescentes y terapeutas. Su diseño fue cualitativo exploratorio-descriptivo, de enfoque fenomenológico. Los participantes fueron seleccionados de manera intencionada, considerando 6 diadas de adolescentes (entre 13 y 17 años) y sus terapeutas, compuestas por 4 casos con alta terapéutica y 2 casos de deserción terapéutica.

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semi-estructuradas individuales, presenciales, audiograbadas, siendo luego analizadas por el procedimiento de codificación abierta y axial de la Teoría Fundamentada.

Los resultados de este estudio destacan que una relación terapéutica horizontal, cercana y empática, basada en la confianza que desarrollan los adolescentes por sus terapeutas, se encuentra a la base del proceso de cambio psicoterapéutico, modificando resistencias iniciales de los adolescentes y facilitando el trabajo en psicoterapia y la consecución del cambio psicoterapéutico.

Este estudio es relevante porque a través de la experiencia subjetiva de los participantes, da cuenta de aspectos de la relación terapéutica que favorecen y dificultan el cambio en psicoterapia, dando luces acerca de a qué prestar atención en la práctica clínica con adolescentes. Asimismo, este estudio aporta a un área de conocimientos poco explorada, como la investigación en psicoterapia con adolescentes.

## ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	11
1. Adolescencia y psicoterapia.....	11
2. Cambio psicoterapéutico.....	13
2.1. Investigación del cambio en psicoterapia.....	13
2.2. Contenido del cambio psicoterapéutico.....	15
2.3. Proceso de cambio psicoterapéutico.....	19
3. Relación Terapéutica.....	26
3.1. Evolución histórica del concepto de relación terapéutica en psicología.....	26
3.2. La relación terapéutica en adolescentes: Consideración de variables evolutivas.....	31
3.3. Evaluación de la relación terapéutica en adolescentes: Dificultad conceptual y medidas de evaluación.....	34
3.4. Moderadores de la relación terapéutica en adolescentes.....	37
4. Adherencia y deserción en psicoterapia infanto-juvenil.....	42
III. MARCO METODOLÓGICO.....	45
1. Objetivos.....	45
2. Diseño de la Investigación.....	46
3. Muestra.....	48
4. Producción de Datos.....	53
5. Análisis de los datos.....	56
IV. RESULTADOS.....	58
1. Análisis de la visión de los adolescentes acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.....	59
1.1. Evolución del proceso psicoterapéutico de los adolescentes.....	59
1.1.1. Reticencia inicial de los adolescentes	

para participar del proceso de psicoterapia.....	59
1.1.2 Modificación de la actitud inicial de los adolescentes hacia la psicoterapia.....	62
1.1.3. Valoración del espacio psicoterapéutico por parte de los adolescentes.....	64
1.1.4. Término del proceso de psicoterapia.....	66
1.2. Contenido del cambio psicoterapéutico en los adolescentes.....	68
1.2.1. Cambios cognitivos.....	68
1.2.2. Cambios Actitudinales.....	69
1.2.3. Cambios Comportamentales.....	69
1.2.4. Cambios en las relaciones interpersonales.....	70
1.2.5. Cambios afectivos.....	72
1.2.6. Cambios a nivel familiar.....	73
1.3. Caracterización de la relación terapéutica.....	74
1.3.1. Apreciación de la relación terapéutica.....	74
1.3.2. Caracterización del adolescente.....	76
1.3.3. Caracterización del terapeuta.....	77
1.3.4. Elementos que facilitaron la relación terapéutica.....	80
1.3.5. Elementos que obstaculizaron la relación terapéutica.....	81
2. Análisis de la visión de los terapeutas acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.....	83
2.1. Evolución del proceso psicoterapéutico de los adolescentes.....	83
2.1.1. Reticencia inicial de los adolescentes para participar del proceso de psicoterapia.....	83
2.1.2 Modificación de la actitud inicial de los adolescentes hacia la psicoterapia.....	85
2.1.3. Valoración del espacio psicoterapéutico por parte de los adolescentes.....	86
2.1.4. Término del proceso de psicoterapia.....	88
2.2. Contenido del cambio psicoterapéutico en los adolescentes.....	92
2.2.1. Cambios cognitivos.....	92

2.2.2. Cambios Actitudinales.....	94
2.2.3. Cambios Comportamentales.....	95
2.2.4. Cambios en las relaciones interpersonales.....	95
2.2.5. Cambios afectivos.....	97
2.2.6. Cambios a nivel familiar.....	98
2.3. Caracterización de la relación terapéutica.....	99
2.3.1. Apreciación de la relación terapéutica.....	99
2.3.2. Caracterización del adolescente.....	102
2.3.3. Caracterización del terapeuta.....	103
2.3.4. Elementos que facilitaron la relación terapéutica.....	105
2.3.5. Elementos que obstaculizaron la relación terapéutica.....	105
2.4. La persona del terapeuta en la relación terapéutica y en el proceso de cambio psicoterapéutico.....	108
2.4.1. El terapeuta reflexiona en torno al proceso psicoterapéutico.....	108
2.4.2. Emociones y sentimientos del terapeuta en el proceso psicoterapéutico.....	110
3. Análisis de las convergencias y divergencias entre las visiones de los adolescentes y de sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.....	111
4. Análisis de las convergencias y divergencias entre casos de alta terapéutica y abandono terapéutico, acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.....	119
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	124
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
VII. ANEXOS.....	143

## **I. INTRODUCCIÓN.**

Se ha señalado la importancia de la relación terapéutica en el proceso de psicoterapia y el consecuente cambio psíquico, siendo considerada como uno de los aspectos que explicarían fuertemente el éxito terapéutico (Baldwin y Imel, 2013; Krause, 2005).

Dentro del estudio de factores que son comunes a los distintos enfoques psicoterapéuticos, se ha señalado que la relación terapéutica ha demostrado ser la variable que mayor efecto tendría sobre los resultados (Baldwin y Imel, 2013). Se ha estimado que entre un 20 y 30% de los resultados en psicoterapia se explicarían por la contribución positiva de ésta (Zack, Castonguay y Boswell, 2007).

Se ha señalado además que la relación terapéutica evaluada tempranamente, predice los resultados del tratamiento (Fernández, 2013; Zack et al., 2007). Krause (2005) señala que la etapa inicial de la psicoterapia sería crucial para el establecimiento de la relación terapéutica, momento en el cual el consultante negocia con el terapeuta la noción del problema que lo ha llevado a buscar ayuda profesional, además de las expectativas frente al tratamiento que se llevará a cabo. Según la autora, ya en la primera sesión las personas se darían cuenta de si podrían o no establecer una relación positiva con su terapeuta.

Es así, que la relación terapéutica ha sido considerada como uno de los elementos centrales de toda psicoterapia (Fernández, 2013; Krause, Altimir y Horvath, 2011; Norcross, 2010; Waizmann y Roussos, 2009; Weisz, Huey y Weersing, 1998; Zack et al., 2007). La relación terapéutica puede ser entendida como una relación entre el paciente y el terapeuta de tipo profesional, en donde el terapeuta se preocupa de manera genuina por su paciente, sin pertenecer a sus relaciones interpersonales cotidianas (Santibáñez, 2001).

Ha sido definida por varios investigadores como curativa en sí misma, así como necesaria para la continuidad y la efectividad de la terapia, o bien, crítica para la motivación y el compromiso del paciente (García y Weisz, 2002). Se ha planteado además que la relación terapéutica es una precondition para el cambio, e incluso se ha pensado como un mecanismo de cambio en sí misma (Norcross, 2010). Se ha llegado a pensar que incluso es más importante que las técnicas usadas en el tratamiento (García y Weisz, 2002; Lambert y Barley, 2001; Zack et al., 2007).

Es tanta la importancia que se le ha atribuido a la relación terapéutica, que incluso se ha pensado que problemas en su desarrollo, podrían asociarse al abandono de los adolescentes de sus psicoterapias (García y Weisz, 2002). En este sentido, se ha planteado que la falta de un ajuste emocional entre terapeuta y consultante, expresado en una falta de simpatía y confianza, podría poner en riesgo el proceso de cambio psicoterapéutico y conllevar una ruptura de la relación terapéutica (Krause, 2005)

No obstante, pese a su importancia, ésta ha sido poco estudiada en población adolescente (Fernández, 2013; Fernández-González, Herrera-Salinas y Escobar-Martínez, 2016), y cuando estos estudios existen, éstos se basan principalmente en el reporte que los padres o terapeutas realizan acerca del proceso psicoterapéutico, reportes que suelen diferir del punto de vista de los adolescentes (Levitt, Butler y Hill, 2006; Olivera, Braun, Gómez Penedo y Roussos, 2013).

Por otra parte, aun cuando se considere la importancia de la relación terapéutica en el proceso de cambio psicoterapéutico, existe un vacío de conocimiento en cuanto a comprender la manera en que ésta podría favorecer la mantención de los adolescentes en psicoterapia, o bien, el abandono del proceso de intervención por parte de éstos, debido a la escasez de estudios que consideren la perspectiva de los mismos adolescentes (Fernández-González et al, 2016).

Esto resulta relevante al considerar el bajo acceso y uso de servicios de salud que éstos realizan (Berger, 2004), sumado al aumento en consultas de salud mental a nivel público y privado, y al aumento en la atención de urgencia psiquiátrica y de hospitalizaciones en adolescentes (Fernández, 2013; Fernández-González et al, 2016). Este panorama resulta preocupante al ser la salud mental infantil y adolescente, una prioridad para la Salud Pública en nuestro país (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012).

Si bien, durante los últimos años se ha avanzado en cuanto a la investigación en psicoterapia con adolescentes, los estudios desarrollados han sido realizados principalmente desde un enfoque cuantitativo, centrándose en la evaluación de los resultados terapéuticos de determinadas psicoterapias o tipos de tratamientos (Levitt, et al., 2006; Levitt, 2015; Weisz et al., 1998). Desde esta línea de investigación, se ha reportado que más del 70% de los adolescentes que reciben psicoterapia, muestran mejorías, comparados con grupos controles. No obstante, tales resultados dependerían de quién los evalúa, existiendo escaso acuerdo entre los adolescentes y sus padres (Gergov, Kalska, Marttunen, Lipsanen, Tainio y Lindberg, 2015).

Asimismo, estas psicoterapias basadas en la evidencia, no serían ampliamente implementadas en la práctica clínica, puesto que no estarían extensamente representadas en la literatura de investigación, por lo que tampoco se encontrarían disponibles para su uso (Gergov et al., 2015).

De esta manera, algunos investigadores han planteado la relevancia de la investigación cualitativa en psicoterapia, señalando que es a través de ésta que se puede acceder a las experiencias de los clientes y terapeutas, para de este modo, interiorizarse en la psicoterapia y su relación con los mecanismos de cambio (Levitt, 2015).



Es así, que el análisis de las experiencias de los clientes puede dar luces acerca de los procesos internos de éstos, sensibilizando a los terapeutas con sus experiencias (Levitt, 2015).

Por otra parte, el análisis de las experiencias de los terapeutas, puede dar cuenta de sus procesos internos, poniendo de manifiesto intenciones, estresores y experiencias de desarrollo de los psicólogos, siendo útil para facilitarles la reflexión de sí mismos o para desarrollar programas de capacitación y entrenamiento de habilidades (Levitt, 2015).

De este modo, como una forma de contribuir a este vacío y acceder a la experiencia subjetiva de la relación terapéutica de los adolescentes y sus terapeutas, la presente investigación se planteó como objetivo caracterizar la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, desde la visión de adolescentes y sus terapeutas, en casos de alta y deserción terapéutica.

Este estudio tiene importantes implicancias prácticas, ya que al acceder a la experiencia subjetiva de los adolescentes y sus terapeutas, se pudo conocer cuáles son aquellos aspectos que consideran relevantes en la construcción de una relación terapéutica, que conlleva a la finalización de un proceso terapéutico asociado a un alta terapéutica, potenciando éstos, además de conocer aquellos elementos de la relación terapéutica que asociarían a un abandono de la psicoterapia, de manera de evitarlos.

El presente estudio contribuye a profundizar en cuanto a cómo, desde la experiencia subjetiva de los adolescentes, la relación terapéutica podría ser un aspecto importante para aquellos que llegan a establecer un cambio psicoterapéutico y bajo qué circunstancias esto es posible.

Por otra parte, este estudio orienta respecto de las necesidades de los adolescentes, sus eventuales resistencias para participar de un proceso de intervención psicológica y las razones que les llevarían a abandonar un determinado tratamiento.

Adicionalmente, el conocer la perspectiva de los terapeutas permite orientar acerca de qué elementos de la relación terapéutica relevan al momento de contribuir al cambio psicoterapéutico en los adolescentes, de modo de potenciar éstos y mejorar las intervenciones en este grupo en particular.

Dada la escasez de estudios acerca de la relación terapéutica en población adolescente, este estudio resulta también relevante porque contribuye al desarrollo de conocimiento en un área que ha sido poco explorada en la investigación en psicoterapia infanto juvenil, pudiendo incentivar al lector a nuevas interrogantes e investigaciones en el área.

De esta manera, la presente investigación se guió bajo la pregunta: ¿Cómo es la visión de los adolescentes y sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico?.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. Adolescencia y psicoterapia.

A pesar de que ha aumentado el interés por desarrollar políticas sociales y programas de intervención para adolescentes en nuestro país (Martínez, 2007), se ha observado un escaso uso de los servicios de salud mental por parte de éstos, estimándose que un 66% de la población infanto juvenil diagnosticada con algún tipo de trastorno, no recibe atención, cifra que aumentaría a un 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal (Vicente et al., 2012). Más aún, se estiman altas tasas de deserción en aquellos que han iniciado un proceso de intervención en salud mental (Deakin, Gastaud y Nunes, 2012; García y Weisz, 2002; Gearing, Schwalbe y Short, 2012; Kazdin y Mazurick, 1994; Zulic, Gutiérrez, Barañao, Pérez, Rojas y Poblete, 2010), observándose cifras entre un 40% y un 60 % de deserción infanto juvenil (Kazdin, Holland y Crowley, 1997).

Se ha planteado que tal subutilización de los servicios de salud mental por parte de los adolescentes, podría estar mediada por una serie de factores que dificultarían su intervención.

Por lo común, los adolescentes no suelen percibir que tienen un problema ni tampoco ven que sea necesaria la terapia (Fernández, 2013; Páramo, 2011; Weisz et al., 1998), ya que por lo general, son llevados por los padres, derivados del colegio u otros adultos, quienes identifican algunos o todos los objetivos y las metas del tratamiento (Páramo, 2011; Weisz et al., 1998; Zack et al., 2007). Por este motivo, los adolescentes presentarían frecuentemente escasa o nula motivación hacia la psicoterapia (Páramo, 2011).

Se ha señalado además que la información obtenida desde los padres, profesores u otros adultos, pudiese ser inexacta, dando cuenta de conductas que no necesariamente son problemáticas en los adolescentes, lo cual también interferiría al

momento de que un adolescente se plantee la necesidad de ir a terapia (Weisz et al., 1998). Sumado a ello, muchos padres no presentan disposición para participar del tratamiento, dificultando la asistencia de sus hijos al tratamiento (Weisz et al., 1998).

Características evolutivas de la adolescencia que llevarían a relativizar el punto de vista de los adultos (autonomía, autodeterminación, nivel de desarrollo cognitivo formal), también podrían influir en la baja participación de los adolescentes en psicoterapia (Fernández, 2013; Fernández-González et al, 2016).

Según Berger (2004), la escasa utilización de los servicios de salud por parte de los jóvenes, se debería a una tensión entre lo que se les ofrece y lo que demandan éstos, sin considerar la subjetividad adolescente. Es por esta razón que resulta fundamental que se promueva la participación de los adolescentes en psicoterapia, de modo que éstos se sientan responsables de su proceso, sintiéndose considerados como interlocutores válidos en espacios que promuevan la reflexión de sí mismos (Páramo, 2011). Esto pudiese significar una oportunidad evolutiva para reconstruir modos de funcionamiento psicológico (Fernández-González et al, 2016; Páramo, 2011) y por tanto, favorecer el desarrollo de la identidad, ayudando a los adolescentes a resolver aspectos contradictorios que no han podido ser integrados hasta el momento (Krause, 2005).

## **2. Cambio psicoterapéutico.**

### **2.1. Investigación del cambio en psicoterapia**

En la investigación en psicoterapia, el cambio terapéutico comúnmente se ha estudiado desde los resultados, siendo éstos evaluados a través de la remisión sintomática (Levitt et al., 2006; Weisz et al., 1998). Bajo esta modalidad, se ha establecido la efectividad de diversas terapias en el tratamiento de diversos problemas emocionales y conductuales (Weisz et al., 1998), así como también, se han elaborado listados de tratamientos y manuales de intervención para problemas específicos (Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir y Ramírez, 2006).

En la investigación de resultados, el cambio terapéutico se ha estudiado por lo común bajo condiciones experimentales, siendo menor la investigación en los contextos clínicos naturales a los cuales asisten los niños y adolescentes que frecuentemente presentan problemas (Weisz et al., 1998). Esto ha llevado a algunos investigadores a criticar la aplicabilidad de determinados tratamientos, puesto que no se corresponderían con la población que realmente consulta por problemas específicos.

La investigación de resultados ha sido criticada por ser considerada reduccionista, puesto que al abordar el cambio terapéutico desde la disminución sintomática, omitiría los cambios más significativos que se pueden desarrollar en psicoterapia, los cuales pudiesen ser incluso más generales (Henry, 1998 citado en Krause et al., 2006).

De esta manera, algunos investigadores en los últimos años han comenzado a centrar su atención en estudiar cuáles serían los ingredientes activos que se relacionan

con el cambio, es decir, aquellos factores comunes o inespecíficos que serían transversales a los distintos tipos de terapia, y que serían responsables de éste (Altimir, Krause, De la Parra, Dagnino, Tomicic, Valdés, Pérez, Echávarri y Vilches, 2010).

Con respecto a los factores comunes, se han descrito por un lado elementos extra-terapéuticos (eventos fortuitos, apoyo social, etc.), así como también, aspectos propios de la terapia (expectativas de los pacientes, técnicas terapéuticas, etc), llegándose a establecer el porcentaje con que cada uno contribuiría a los logros de la psicoterapia (Lambert y Barley, 2001).

En cuanto a los factores terapéuticos, se ha llegado a estimar que las expectativas de los pacientes y las técnicas terapéuticas específicas determinarían, cada una, un 15% de los resultados terapéuticos. Por su parte, los factores comunes a las distintas psicoterapias, explicarían en un 30% los resultados psicoterapéuticos, siendo los factores que contribuirían más significativamente a los resultados positivos. Dentro de éstos factores se encuentran la relación terapéutica, las condiciones que facilitan los resultados terapéuticos (empatía, calidez, comprensión, afirmación del paciente), así como los atributos del terapeuta, siendo todos interdependientes entre sí (Lambert y Barley, 2001).

Asimismo, la investigación en psicoterapia se ha focalizado en el último tiempo en el proceso de cambio terapéutico, es decir, en cómo ocurre el cambio durante el tratamiento, señalando que éste se desarrollaría en una sucesión heterogénea de fases o episodios, en donde varía tanto la manifestación del cambio, como los contenidos de éste (Krause, 2005; Krause et al., 2006; Krause, Altimir, Pérez y De la Parra, 2015).

## 2.2. Contenido del cambio psicoterapéutico

Una de las preguntas frecuentes dentro del estudio de la psicoterapia, se trata de qué es lo que cambia cuando una persona cambia, y más aún, cómo es posible evaluar dicho cambio.

Se ha cuestionado la manera en la cual se determina si las personas realmente mejoran luego de participar de la psicoterapia. De acuerdo con Gómez y Roussos (2012), la eficacia y efectividad en psicoterapia históricamente han sido evaluadas mediante los criterios de significancia estadística y significancia práctica, las que no darían cuenta de los cambios que para los pacientes y sus terapeutas serían de relevancia.

Por una parte, la significancia estadística, sólo manifiesta las diferencias entre un grupo que recibe un determinado tratamiento y un grupo que no, observando si tal diferencia es menor a un nivel de significancia  $p < 0,05$ , lo cual permitiría señalar que dicha diferencia entre ambos grupos no se debe al azar. No obstante, para los autores, el criterio de significancia estadística no toma en cuenta las variaciones intra-sujeto dentro de los grupos, no aportaría evidencia acerca de la importancia de los resultados obtenidos, ni tampoco garantizaría el logro de avances valiosos desde la perspectiva clínica.

Por otra parte, la significancia práctica muestra el tamaño del efecto, es decir, la magnitud de la diferencia entre un grupo que recibe cierto tratamiento psicológico, respecto de aquel grupo que no lo recibe. No obstante, a partir de la significancia práctica no se puede establecer una relación directa e inmediata con el valor clínico de

los resultados, ya que es posible que aún con un tamaño del efecto importante, los resultados no sean significativos desde la valoración clínica (Gómez y Roussos, 2012).

De este modo, dentro de la investigación en psicoterapia ha surgido en los últimos años por un lado, el interés por la significancia clínica, la cual intenta indagar hasta qué punto la eficacia de un tratamiento permite alcanzar cambios importantes y valiosos para el paciente y el terapeuta, permitiendo entonces un análisis individual de la evolución del paciente (Gómez y Roussos, 2012).

Surge entonces la necesidad de definir qué es lo que se considera un cambio significativo desde el ámbito clínico, existiendo diferentes definiciones y métodos para calcular la significancia clínica, dependiendo de la noción de cambio significativo a la cual se adscriba cada autor. Es así que algunos investigadores se enfocarían en la eliminación del problema que lleva a las personas a la consulta, en una disminución de discapacidades funcionales, en la mejoría de la calidad de vida, en el cambio de un nivel de funcionamiento disfuncional hacia uno normal, etc. (Gómez y Roussos, 2012).

Siguiendo esta línea de investigación, la propuesta de Jacobson y Truax (1991 citado en Gómez y Roussos, 2012) es la más utilizada en el estudio de la significancia clínica. De acuerdo con los autores, un tratamiento eficaz sería aquel que permitiese a los sujetos situarse más próximos a la media de la población funcional que de la población disfuncional, determinando para ello un Punto de Corte (PC) que posibilite deducir en qué lugar se encuentra el paciente luego de la terapia, así como también, estableciendo un Indicador de Confiabilidad de Cambio (ICC), para observar si el cambio producido tiene la suficiente fuerza estadística para considerar que no se debe al azar ( $p < 0,05$ ). Según los autores, estos dos criterios darían cuenta de que las personas logran cambios significativos.



No obstante, esta línea de investigación ha sido cuestionada desde otros investigadores, quienes plantean que esta mirada basada en los resultados, representaría la dominancia de un modelo médico, que limitaría los avances de los pacientes, puesto que no reflejaría completamente la naturaleza de la psicoterapia y el mayor rango de beneficios que éstos podrían obtener. Asimismo, desde este punto de vista, la investigación en psicoterapia sería comprendida como una ciencia aplicada que se obsesionaría por la pregunta de qué es lo que funciona (Orlinsky, 2009).

Es así, que el cambio psicoterapéutico no sólo se circunscribe a un determinado resultado esperable de obtener en psicoterapia, sino que involucraría varios aspectos que interactúan entre sí y que tendrían consecuencias más allá del ámbito de la psicoterapia (Orlinsky, 2009).

Al respecto, algunos investigadores se han orientado a investigar la psicoterapia desde un enfoque cualitativo, ya que éste permitiría enfocarse en la subjetividad de los pacientes y sus terapeutas, la cual sería la manera más apropiada para entender la psicoterapia, permitiendo articular y contextualizar elementos del cambio que serían importantes desde la propia experiencia de cada uno de éstos (Levitt et al., 2006).

Bajo esta mirada, Krause et al. (2006) plantea un modelo de cambio genérico, para referirse a aquellos cambios comunes que acontecen independientemente de las diferentes escuelas y modalidades terapéuticas. De acuerdo con esto, el contenido del cambio psicoterapéutico tendría relación con una modificación en la perspectiva subjetiva de los clientes acerca de sí mismos y del mundo.

De este modo, en la presente investigación, el cambio en psicoterapia será entendido como una transformación subjetiva del modo en que las personas se ven a sí mismas y al mundo, la cual iría desde niveles de menor elaboración, hasta etapas en

que las personas serían capaces de generar nuevas teorías subjetivas, las que conllevarían a su vez, a cambios emocionales y conductuales (Altimir et al., 2010; Krause et al., 2006, 2015)

Es así, que desde esta mirada, el cambio psicoterapéutico implicaría una deconstrucción de las formas previas y disfuncionales de entender los problemas actuales, promoviendo el desarrollo de nuevas maneras de pensar o ver las cosas (Altimir et al., 2010; Krause, 2005; Krause et al., 2006, 2015).

### **2.3. Proceso de cambio psicoterapéutico.**

Como se mencionó anteriormente, la investigación en psicoterapia se ha focalizado en el último tiempo en el proceso de cambio psicoterapéutico, el cual ha sido estudiado como un macro proceso, observando cómo ocurre el cambio a lo largo del tratamiento de manera global, o cómo éste ocurriría como un micro proceso, es decir, en ciertos episodios que transcurren dentro de las sesiones de psicoterapia (Altimir et al., 2010; Krause, 2005; Krause et al., 2006, 2015; Orlinsky, 2009).

Con respecto al estudio del macro proceso, se ha observado que el cambio psicoterapéutico transcurriría en fases o etapas dentro de la psicoterapia. Mcconnaughy, Prochaska y Velicer (1983) plantean que habría 5 fases a través de las cuales los individuos transitarían para establecer el cambio en psicoterapia. Las personas inicialmente se encontrarían en una etapa de precontemplación, en la que no visualizarían la existencia de un problema, siendo presionados por los otros para establecer un cambio. Aún en los casos en que la persona advierte la existencia de un problema, no manifiestan el deseo de cambiar. En un segundo momento, la fase de contemplación, los sujetos comenzarían a ser conscientes de un problema, pero se encontrarían aún luchando por comprender las causas y soluciones. En un tercer periodo, de preparación para la acción, la persona se decide y está dispuesta a resolver su problema, sin embargo, no ha comenzado a trabajar en este. En la cuarta etapa, de acción, la persona activamente modifica sus conductas esforzándose por cambiar. No obstante, aún no es exitosa y requiere de ayuda. Finalmente, en la fase de mantención, la persona ya ha establecido el cambio y se esfuerza por mantenerlo.

Por su parte, Krause (2005), propone un modelo de cambio genérico para referirse a cómo ocurre el cambio en las distintas psicoterapias. De acuerdo con la autora, el cambio psicológico se inicia con la toma de conciencia de los propios límites para resolver alguna situación que hasta el momento, no se ha podido solucionar, lo cual lleva a la persona a buscar ayuda profesional. De esta manera, el cambio

psicológico empieza a producirse antes de que la persona consulte con un profesional. Esto sucede cuando una persona, a partir de problemas irresueltos, comienza a verse sobrepasada por una carga emocional creciente, que puede verse reflejada en el aumento de los problemas, o en la intensificación de sus síntomas o de algún trastorno. La persona, que ha intentado varios intentos por superar sus conflictos, poniendo en práctica ya sea sus propios recursos y/o aquellos presentes en su entorno inmediato, comienza a ser confrontada con sus propias limitaciones para hacer frente a éstos, por lo que decide solicitar ayuda profesional. Esta búsqueda de ayuda profesional, puede, por un lado, llevar a la persona a consultar en distintas especialidades médicas hasta ser derivado a psicoterapia, cuestión que dependerá en gran medida de si la persona va aceptando los modelos conceptuales psicológicos acerca de su problema. En caso contrario, la persona continuará buscando en las especialidades médicas el motivo de sus conflictos, sin acudir al psicólogo. Por otra parte, algunas personas acudirán de manera directa al psicólogo, lo que dependerá de la familiarización que tenga el sujeto de la ayuda psicológica, ya sea a través del conocimiento de la atención de personas cercanas o, ya sea, mediante la propia experiencia.

Una vez en psicoterapia, en las primeras sesiones, cliente y terapeuta trabajarán juntos en el acuerdo de las metas de la psicoterapia, fase en donde será crucial la consolidación de la relación terapéutica para la construcción de un contexto de significado psicológico compartido. En este momento, el cliente debe sentir que el terapeuta es creíble y que es seguro proceder, mientras que el terapeuta debe sentir ganas de trabajar con este cliente y que el cambio es posible. Luego de esta aceptación de la necesidad de ayuda, de visualizar al terapeuta como un experto y de realizar una autoevaluación crítica acerca de los modos de pensar las situaciones, de resolverlas y de las propias limitaciones, se facilitará la exploración del motivo de consulta del cliente y de su historia de vida, además de la contemplación y comprensión del caso por parte del terapeuta.

Posteriormente el cliente irá aprendiendo nuevas formas de pensar o creando teorías subjetivas acerca de sus problemáticas, que luego pondrá en práctica, logrando así el cambio psicoterapéutico en la medida que va independizándose de la relación de ayuda y va emergiendo la seguridad y auto competencia para resolver de manera autónoma los conflictos (Krause, 2005).

De este modo, si bien el cambio comenzaría a desarrollarse desde antes de iniciada la psicoterapia, es durante ésta que tiene lugar el cambio psicoterapéutico, es decir, cuando la persona logra ir desarrollando nuevos modos de pensar acerca de sí misma, sus problemas y el mundo.

En cuanto al estudio del proceso de cambio en sesión, se ha investigado un amplio espectro de temas, tales como los momentos de desencuentro, eventos de insight, eventos significativos, entre otros (Altimir et al., 2010; Fernández, Pérez, Gloger y Krause, 2015; Krause et al., 2006; Levitt et al., 2006).

Orlinsky (2009) propone que en sesión acontecen ciertos “impactos”, los cuales pueden relacionarse por una parte, con el logro de determinados cambios positivos, tales como insight, alivio emocional y sentido de valor y esperanza para el futuro, mientras que por otra parte, estos impactos pueden estar asociados a resultados negativos que ocurren en la sesión, como la confusión en vez de insight, ansiedad en lugar de alivio, o desaliento en contraposición a esperanza.

De esta forma, para el autor, los impactos ocurridos en sesión influenciarían otros aspectos del proceso, de modo que impactos positivos mejorarían la confianza, respeto y agrado del paciente por su terapeuta, fortaleciendo el vínculo con éste, en tanto que los impactos negativos producirían el efecto contrario, ya que pacientes que

se sienten avergonzados, degradados, o criticados por sus terapeutas probablemente se tornen defensivos o distanciados del vínculo con éstos.

Por otra parte, de acuerdo con Orlinsky (2009), el estudio de los impactos en sesión se ha expandido, incluyendo impactos del trabajo terapéutico en el terapeuta, tales como la gratificación intrínseca de sus experiencias, o efectos negativos como el burnout.

Ribeiro, Goncalves, Silva, Brás y Sousa (2016), plantean que en psicoterapia emergen momentos innovativos, en que los clientes, en el diálogo terapéutico, darían cuenta de maneras diferentes de pensar, sentir o actuar a las acostumbradas. Ante esto, los clientes podrían amplificar el cambio, o por el contrario, devaluarlo o neutralizarlo. Es así, que en psicoterapia existirían dos momentos o polos entre los que los clientes transitarían: por una parte, momentos en que surge el cambio y se cuestionan las auto narrativas problemáticas - maneras usuales y problemáticas de entender el mundo-, mientras que por otra parte, momentos en los que los clientes tenderían a mantener el status quo, reestableciendo sus auto narrativas problemáticas y reduciendo el cambio potencial del momento innovativo, como una forma de lidiar con la inestabilidad, inseguridad o ansiedad que conlleva este último.

Siguiendo a los autores, esta ambivalencia que se generaría en psicoterapia sería un subproducto normal del proceso de cambio de conductas complejas, puesto que los clientes intentarían cierto tipo de balance entre la estabilidad y el cambio. Visto de este modo, la resistencia en psicoterapia no sería necesariamente un problema, sino que de hecho podría ser una aliada hacia al cambio psicoterapéutico, siempre y cuando sea adecuadamente superada durante el tratamiento.

En este sentido, Ribeiro et al. (2016) evidenciaron diferencias en relación a la persistencia de la ambivalencia en psicoterapia narrativa con pacientes adultos con depresión mayor. En un estudio realizado por los autores, en que se evaluó la ambivalencia en cinco casos exitosos y en cinco casos sin cambio, se pudo observar que aunque ésta disminuyó en ambos grupos, esta reducción fue significativamente más alta en los casos exitosos, concluyendo que en dichos casos la disminución de la ambivalencia podría estar asociada con una progresiva y más efectiva integración y consolidación de una nueva narrativa emergente.

Otra visión acerca de los momentos de cambio que acontecen en sesión, es el planteado por Krause (2005), quien propone que dichos momentos pueden ser observados mediante Indicadores de Cambio Genéricos (ICG), los cuales permiten identificar aquellos eventos significativos de la terapia en los que se produce una transformación de los patrones subjetivos de interpretación (Krause, 2005; Krause et al., 2006). El modelo de cambio genérico propone 19 indicadores (Ver Tabla 1) que dan cuenta del nivel o estado en el que se encuentra el paciente, agrupándose en 3 niveles superiores ordenados jerárquicamente: Nivel I de Consolidación inicial de la estructura de la relación, Nivel II de Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos y Nivel III de Construcción y consolidación de nuevos entendimientos.

Los indicadores de cambio genéricos han permitido establecer de forma empírica la noción de cambio subjetivo, aportando evidencia de su asociación con la mejoría en el discomfort psicológico (Echávarri et al., 2009 citado en Fernández et al., 2015). Del mismo modo, se ha observado que terapias exitosas presentan mayormente indicadores genéricos de nivel III (Krause, 2015). Sin embargo, los ICG han sido poco estudiados en psicoterapias con adolescentes (Fernández et al., 2015).

**Tabla 1:**

**Indicadores de cambio genéricos y sus respectivos niveles.**

Nivel	Indicador de Cambio Genérico
I. Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceptación de la existencia de un problema.</li> <li>2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.</li> <li>3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.</li> <li>4. Expresión de esperanza.</li> <li>5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.</li> <li>6. Expresión de la necesidad de cambio.</li> <li>7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.</li> </ol>
II. Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.</li> <li>9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.</li> <li>10. Aparición de sentimientos de competencia.</li> <li>11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.</li> <li>12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.</li> <li>13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.</li> </ol>
II. Construcción y consolidación de nuevos entendimientos	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.</li> <li>15. Enraizamiento de los constructos subjetivos de la propia biografía.</li> <li>16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico.</li> <li>17. Reconocimiento de la ayuda recibida</li> <li>18. Disminución de la asimetría.</li> <li>19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.</li> </ol>

**Nota. Fuente: Adaptado de Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 247-255.**

Uno de los pocos estudios realizados es el de Fernández et al. (2015), quienes realizaron un estudio con 19 adolescentes de 15 a 17 años de ambos sexos. Los investigadores observaron que los ICG en la fase inicial de la psicoterapia son predominantemente de nivel I (Consolidación de la relación terapéutica), evolucionando hacia cambios del nivel II (Permeabilidad hacia nuevos entendimientos), entre la sesión 1 y 3.



Asimismo, Fernández et al. (2015), observaron una relación positiva entre los ICG con la adherencia al tratamiento, evidenciando que el ICG máximo presenciado en el tratamiento, permite predecir la probabilidad de terminar el proceso terapéutico, concluyendo que los cambios tempranos en la psicoterapia son cruciales para que los adolescentes se mantengan en ésta.

### **3. Relación Terapéutica**

#### **3.1. Evolución histórica del concepto de relación terapéutica en psicología.**

Freud fue uno de los primeros clínicos en señalar la importancia de la relación entre el terapeuta y el paciente (Bachelor y Horvath, 1999). Para Freud, el vínculo positivo entre el paciente y el analista era un importante componente del análisis exitoso, puesto que proveía de autoridad al terapeuta, al mismo tiempo que facilitaba que el paciente creyera en las interpretaciones de éste y que pudiera enfrentar el material traumático expuesto (Horvath, 2000).

Sin embargo, esta relación no era vista como “real”, dado que el paciente asociaba al terapeuta con figuras de autoridad de su pasado, quienes habían dado soporte o afecto al paciente (Horvath, 2000). En este sentido, este vínculo no se relacionaba con cualidades del terapeuta, sino que con las proyecciones del pasado del paciente, proceso que se entendió como transferencia positiva. La tarea del analista consistía entonces en interpretar la transferencia, la cual estaba predestinada a su disolución en el transcurso del análisis (Horvath, 2000).

Posteriormente, los neofreudianos plantearon que en la relación terapéutica había tanto un vínculo basado en la realidad, como una transferencia positiva. De acuerdo con ello, el paciente fluctuaría entre estos dos componentes de la relación terapéutica, usando la fuerza de la verdadera relación para resolver patrones de apego neurótico (Horvath, 2000).

Respecto al interés por la relación terapéutica en psicología infanto juvenil, al igual que en adultos, sus inicios se remontan al psicoanálisis. A partir de los trabajos de Ana Freud en 1946, se observó que un vínculo afectivo entre el niño y el terapeuta, era

un requisito primordial para todo trabajo posterior en psicoterapia (Shirk y Karver, 2011; Shirk, Karver y Brown, 2011; Zack et al., 2007). En esta etapa temprana de la historia de la psicología infanto juvenil, se distinguió entre dos aspectos de la relación terapéutica: la relación emocional y la relación de colaboración (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011). Bajo esta perspectiva, se consideraba que el vínculo en sí mismo no era curativo, sino más bien, era un catalizador para el trabajo terapéutico (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011).

Los planteamientos psicodinámicos predominaron hasta 1951, cuando Carl Rogers planteó que ciertas cualidades en el terapeuta posibilitarían una relación de ayuda, activando la capacidad innata de crecimiento y sanación de toda persona. De este modo, las características del terapeuta pasaron a ser consideradas como las más relevantes en la relación terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999).

Basada en los planteamientos de Carl Rogers, la terapia de juego enfatizó la naturaleza curativa de la relación terapéutica, al plantearla como una oportunidad de crecimiento, al corregir experiencias parentales inadecuadas. Según este enfoque, la experiencia emocional del niño con un terapeuta contenedor, cálido, sintonizado y no enjuiciador, era la condición esencial para el cambio terapéutico (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011; Zack et al., 2007).

Luego de los planteamientos de Rogers, y gracias a la disponibilidad de grabadoras y cintas de grabación, se comenzaron a desarrollar numerosas investigaciones que permitieron examinar las sesiones de psicoterapia. A partir de ellas, se logró observar que más que las conductas del terapeuta hacia el cliente, eran las percepciones de éstos últimos las más importantes al momento de evaluar el éxito de la terapia (Horvath, 2000). De acuerdo con ello, en la medida que los pacientes percibieran a sus terapeutas con ciertas cualidades valoradas socialmente, tales como

su experticia y confiabilidad, éstos podrían influir en el pensamiento, sentimiento y conducta de sus pacientes y de este modo, promover el cambio psicoterapéutico (Bachelor y Horvath, 1999).

Esta visión, no obstante, fue criticada por los conductistas, quienes cuestionaban que aspectos interpersonales de la terapia influyeran en el cambio conductual. Para ellos, el terapeuta solo cumplía un rol de profesor o entrenador de técnicas conductuales para sus pacientes (Bachelor y Horvath, 1999). Este rol de entrenador implicaba un menor involucramiento y una relación más distante con el paciente, en donde el desarrollo de afecto era una consecuencia directa de la efectividad del terapeuta, en cuanto éste era efectivo en ayudarles a conseguir sus metas (Horvath, 2000).

De acuerdo con Zack et al. (2007), con el ascenso del conductismo, el foco puesto en la relación con los niños, fue cambiado por las tareas observables y las contingencias de la recompensa y el castigo. En este sentido, la relación terapéutica servía como un procedimiento técnico específico que facilitaba la participación de los niños en tareas que iban desde la exposición hasta cumplir con determinadas tareas asignadas (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011).

El debate entre terapeutas conductuales y no conductuales llegó a un punto crucial cuando Eysenk, en 1952 comparó la efectividad de la psicoterapia, cuestionando fuertemente a las terapias no conductuales por sus dificultades para demostrar su eficacia (Bachelor y Horvath, 1999).

A partir de este momento, se empezó a desarrollar un fuerte interés por evaluar el impacto de diversas formas de tratamiento, lo que llevó a una gran cantidad de

investigaciones con una variedad de modalidades terapéuticas y con diversos tipos de problemas (Bachelor y Horvath, 1999).

Como consecuencia de los múltiples estudios realizados, ya en los años 70's se habían desarrollado un centenar de investigaciones en adultos, las que permitieron observar que aunque muchas terapias eran beneficiosas, no parecían haber diferencias relevantes en cuanto a sus resultados. Esto llevó a la conclusión de que ciertos aspectos comunes a todos los tratamientos, eran los responsables de los beneficios que entregaban las terapias, lo que significó un renovado interés por la relación terapéutica, como una de estas variables comunes (Bachelor y Horvath, 1999; Horvath, 2000).

Con el resurgimiento del interés por la relación terapéutica, nació la interrogante acerca de qué aspectos de ésta eran los que se asociaban con los resultados de la psicoterapia, lo que a su vez derivó en la búsqueda de los ingredientes activos de la relación terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999).

La atención se focalizó entonces en el concepto de alianza terapéutica, reformulándolo como aquellos elementos colaborativos e interactivos de la relación entre el terapeuta y el paciente (Bachelor y Horvath, 1999).

Investigadores como Luborsky (1976 citado en Bachelor y Horvath, 1999) plantearon que la alianza terapéutica era el componente positivo, basado en la realidad, ubicuo y universal en toda relación terapéutica.

Por su parte, Bordin (1979 citado en Bachelor y Horvath, 1999) propuso que la alianza terapéutica estaba compuesta por una conexión emocional entre el terapeuta y su paciente, por un acuerdo sobre las metas y por una colaboración en las tareas para alcanzar dichas metas, operacionalizando de esta manera el concepto, sentando las bases para que se comenzaran a desarrollar diversas escalas para la medición de la alianza terapéutica. Esto permitió su evaluación en múltiples contextos terapéuticos y con diversos tipos de problemas. Asimismo, se permitió establecer la asociación de la alianza con los resultados psicoterapéuticos (Bachelor y Horvath, 1999; Horvath, 2000).

En psicología infanto juvenil, este renovado interés por la relación terapéutica, llevó también a los investigadores a operacionalizar ésta bajo el modelo de Bordin, sin embargo, hasta el momento, no se ha logrado dar soporte a su aplicabilidad en población juvenil (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011; Zack et al., 2007). Es así, que no existiría en psicología infanto juvenil una definición precisa de la relación terapéutica. Diversos investigadores relevan diferentes aspectos de ésta que consideran que influirían en los resultados de la psicoterapia (Shirk y Karver, 2011; Zack et al., 2007).

### **3.2. La relación terapéutica en adolescentes: Consideración de variables evolutivas.**

Se ha planteado que variables evolutivas explicarían la dificultad de operacionalizar la relación terapéutica desde el concepto de alianza terapéutica, dado que los adolescentes presentarían problemas para diferenciar entre la conexión emocional, las tareas y las metas del tratamiento (Shirk y Karver, 2011; Zack et al., 2007).

Se ha observado que algunos adolescentes visualizarían la relación terapéutica como un constructo unificado (Elvins y Green, 2008), mientras que otros, sólo podrían diferenciar la conexión emocional de las tareas, confundiendo éstas últimas con las metas de la psicoterapia (Zack et al., 2007).

De acuerdo con Shirk y Karver (2011), algunos adolescentes presentarían un razonamiento causal que limitaría su comprensión acerca de tareas específicas de la terapia y metas del tratamiento, por lo que la colaboración en las tareas, pudiese ser entendida de mejor manera como la participación observada en las tareas y no como el acuerdo sobre éstas.

Por otra parte, es posible que los adolescentes no logren diferenciar las metas de la psicoterapia porque éstas suelen parecerles ajenas, al ser planteadas por sus padres u otros adultos (Páramo, 2011; Shirk y Karver, 2011; Weisz et al., 1998; Zack et al., 2007). Al respecto, una importante diferencia entre la terapia de adultos y la terapia de adolescentes, es que en ésta última es común la participación de otros miembros de la familia, enfrentando a los terapeutas con múltiples metas, siendo frecuente que los objetivos de los padres con los de los adolescentes sean divergentes (Shirk y Karver,

2003, 2011; Shirk et al., 2011). En este sentido, se ha visto que al comienzo de la psicoterapia, el desacuerdo entre adolescentes, padres y terapeutas es de más de un 75%. Asimismo, se ha observado que los terapeutas tenderían a compartir más los objetivos de los padres, que los de los adolescentes sobre el tratamiento (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011).

A menudo, los adolescentes son referidos por otros (Elvins y Green, 2008; Shirk y Karver, 2003), empezando la psicoterapia con diferentes niveles de conciencia y motivación. Es común que los adolescentes no se perciban con problemas o necesitando un tratamiento (Elvins y Green, 2008; Karver, Handelsman, Fields y Bickman, 2006; Shirk y Karver, 2003), manteniéndose en un estado precontemplativo de cambio (Zack et al., 2007).

Otro aspecto relevante a considerar acerca de la relación terapéutica, es el hecho de que en psicoterapia infanto juvenil, el terapeuta está enfrentado a establecer y mantener tanto la alianza con los padres como con los jóvenes, lo cual pudiese tener importantes diferencias en su impacto sobre el tratamiento. Se ha visto que una fuerte alianza con los padres se asociaría con la mantención de los adolescentes en terapia, mientras que la alianza con los adolescentes sería crítica para los resultados psicoterapéuticos (Shirk y Karver, 2011; Shirk et al., 2011; Zack et al., 2007).

Todos estos factores descritos hacen que sea difícil la aplicabilidad del concepto de alianza terapéutica en adolescentes desde el modelo de Bordin, por lo que en la presente investigación se considerada más adecuado utilizar el concepto de relación terapéutica, sin realizar la distinción clásica entre la conexión emocional, las tareas y las metas.



Como una forma de precisar lo que se entiende por relación terapéutica, Horvath (2009), propone que es importante distinguir tres aspectos que le conciernen: los sentimientos, los juicios o inferencias relacionales y los procesos relacionales.

Según el autor, toda relación en la que participamos se encuentra mediada por los sentimientos, siendo éstos el primer bloque con que se construye una relación, siendo la persona que los experimenta, el mejor y único punto de referencia.

Asimismo, con respecto a las inferencias o juicios, las personas suelen realizar evaluaciones cognitivas acerca del otro o en cuanto al estado de la relación entre ellas y los otros, en donde las expectativas, las experiencias relacionales previas y la influencia social, juegan un rol importante en la determinación de estos juicios (Horvath, 2009).

Finalmente, el autor se refiere a los procesos relacionales como categorías conceptuales enraizadas en teorías psicológicas e hipótesis acerca de procesos interaccionales que pueden ser universales a cualquier relación de ayuda, o específicos de distintos tipos de terapia.

En este sentido, dado que el interés del presente estudio es acceder a la experiencia subjetiva de los participantes, la cual ha recibido menor atención, y sería relevante al momento de brindar tratamientos cercanos a las necesidades de los adolescentes (Fernández et al., 2015), es que se adhiere a una definición cognitiva - constructivista de la relación terapéutica, la cual plantea que ésta consiste en un encuentro entre dos o más subjetividades durante un tiempo definido en que se producen cambios en quienes participan de dicha interacción (Yáñez, 2005). Vista de ésta manera, la relación terapéutica constituye una interacción de tipo profesional, en donde elementos como el encuadre psicoterapéutico, regulan sus alcances y le otorgan un carácter distinto del que tienen las interacciones cotidianas de quienes participan en ésta.

### **3.3. Evaluación de la relación terapéutica en adolescentes: Dificultad conceptual y medidas de evaluación.**

Diversos autores plantean que la investigación en psicoterapia infanto-juvenil ha quedado rezagada respecto de la investigación en psicoterapia de adultos, lo cual se ha visto reflejado en el escaso número de estudios acerca de la relación terapéutica en adolescentes (Deakin et al, 2012; Fernández, 2013; Shirk y Karver, 2003).

Además, dada la dificultad en psicología infanto juvenil para mantener un consenso acerca de la relación terapéutica, los estudios existentes han optado por evaluar ésta mediante diversas escalas que aparentemente medirían diferentes constructos, dependiendo de qué es lo que cada investigador considera que influiría en los resultados de la psicoterapia (Elvins y Green, 2008; Karver et al., 2006; McLeod, 2011; Shirk y Karver, 2003; Shirk y Karver, 2011; Zack et al., 2007).

De acuerdo con Zack et al. (2007), la carencia de un enfoque unificado acerca de la relación terapéutica, resulta en un problema metodológico para su evaluación en adolescentes. Muchas de las escalas desarrolladas para medir la relación terapéutica carecerían de una base metodológica. Asimismo, resulta poco claro qué aspectos de la relación terapéutica mediría cada escala y cómo estos factores se relacionarían unos con otros

Por otra parte, muchas escalas para evaluar la relación terapéutica en adolescentes habrían sido adaptadas de instrumentos ideados para adultos (McLeod, 2011).

Algunas de las escalas que Elvins y Green (2008) han identificado en la investigación de la relación terapéutica en adolescentes, se resumen en la Tabla 2.

**Tabla 2:**

**Escalas utilizadas para evaluar la relación terapéutica en adolescentes.**

<b>Escala</b>	<b>Autor</b>
Child Psychotherapy Process measures (CPPM)	Smith-Acuña, Durlak & Kaspar (1991)
Child's Perceptions of Therapeutic Relationship (CPTR)	Kendall (1994)
Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC)	Shirk & Saiz (1992)
Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI)	Linscott, DiGiuseppe & Jilton (1993)
Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS)	Johnson et al. (1998)
Child Psychotherapy Process Scale (CPPS)	Estrada & Rusell (1999)
Early Adolescent Therapeutic Alliance Scale (EATAS)	Johnson (2001)
Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale (TPOCS)	McLeod & Weisz (2005)

**Nota. Elaboración propia.**

Dentro de las escalas más utilizadas de acuerdo con Shirk y Karver (2011) se encuentran la Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC) y la Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI).

Con respecto a la Therapeutic Alliance Scales for Children, es una escala que se desarrolló específicamente para población infanto juvenil, basándose en el modelo de Bordin (Shirk y Karver 2011). Consta de una forma para niños de 7 a 12 años y otra para terapeutas, ambas de 8 ítems cada una (Elvins y Green, 2008). Esta escala permite una evaluación del vínculo entre el niño y el terapeuta, y una evaluación de la colaboración en las tareas de la psicoterapia, entendidas desde la participación del niño en éstas, y no desde el acuerdo sobre las actividades del tratamiento, como es comprendida en el adulto (Shirk y Karver 2011). La subescala de colaboración en las tareas, varía dependiendo del tipo de tratamiento, ya sea terapia cognitiva-conductual o psicodinámica (Shirk y Karver 2011).

En cuanto al Adolescent Working Alliance Inventory (AWAI), es una adaptación para adolescentes del Working Alliance Inventory de Horvath y Greenberg (1989). En

su versión para adolescentes, Lindscott, DiGiuseppe y Jilton (1993 citado en DiGiuseppe, Lindscott y Jilton, 1996), ajustaron los ítems de la escala de adultos, de acuerdo a un nivel de lectura que fuese fácilmente comprendido por adolescentes de 11 a 18 años de edad. Al igual que en adultos, la escala de adolescentes se basa en el modelo de Bordin, midiendo la calidad de la relación terapéutica a través del vínculo, las tareas y las metas (Elvins y Green, 2008; Shirk y Karver 2011).

En Chile, el Working Alliance Inventory de Horvath y Greenberg (1989) (en español: Inventario de Alianza de Trabajo), fue adaptado por Santibáñez (2001), tanto en su versión para terapeutas como para pacientes desde los 18 años de edad. El Inventario de Alianza de trabajo (IAT) cuenta también con las subescalas de vínculo, tarea y metas, basadas en la teoría de Bordin, con un total de 36 ítems divididos en 12 por cada subescala.

Asimismo, existe en Chile una versión del Inventario de Alianza de trabajo para observadores externos, adaptado y validado por Vöhringer, Pérez, Martínez, Altimir, Dagnino, Suárez y Krausse (2013).

Como se desprende, tanto las versiones para terapeutas, pacientes y observadores externos del Inventario de Alianza de Trabajo, han sido adaptadas y validadas en nuestro país sólo para población adulta, lo cual pone de manifiesto la escasez de instrumentos que evalúen la relación terapéutica en adolescentes.

### **3.4. Moderadores de la relación terapéutica en adolescentes**

Pese a la dificultad en psicología infanto juvenil para precisar el concepto de relación terapéutica, y a las dificultades metodológicas para su evaluación, se han realizado algunas investigaciones orientadas a conocer cuáles son los elementos de la relación terapéutica en adolescentes. Estos estudios se han desarrollado predominantemente desde un enfoque cuantitativo, intentando identificar aquellos factores de la relación terapéutica que influirían en los resultados de la psicoterapia.

En el año 2003, Shirk y Karver realizaron un meta-análisis en donde examinaron 23 estudios en los que se evaluaba la asociación entre la relación terapéutica y los resultados de la psicoterapia de niños y adolescentes menores de 18 años. En su investigación, los autores indicaron que existirían ciertas variables que moderarían la asociación entre la relación terapéutica y los resultados de la psicoterapia, dividiendo éstas en moderadores substantivos y moderadores metodológicos.

Con respecto a los moderadores substantivos, Shirk y Karver (2003), plantearon que la edad del paciente, el tipo de problema, el tipo, modo y estructura del tratamiento, además del contexto de la terapia, podrían influir en los resultados de la psicoterapia.

Dentro de sus resultados, los autores observaron que la edad de los pacientes, divididos en niños (menores de 13 años) y adolescentes (entre 13 y 18 años), no parecía influir de manera significativa en la asociación entre la relación terapéutica y los resultados del tratamiento. Tampoco pudieron observar una variación significativa con respecto al tipo de tratamiento (conductual - no conductual), al modo de tratamiento (individual, con los padres o familiar), al nivel de estructura (terapias manualizadas – no manualizadas), o al contexto de intervención (clínico - investigación). Los autores sólo

observaron diferencias en cuanto al tipo de problema, encontrando que niños y adolescentes con problemas externalizantes, mostraban una asociación mayor entre la relación terapéutica y los resultados, que aquellos con problemas internalizantes.

En cuanto a moderadores metodológicos, Shirk y Karver (2003) hipotetizaron que el tiempo en el cual se evaluaba la relación terapéutica, la fuente desde la cual se obtenía el reporte de la relación terapéutica, el contenido del resultado de la psicoterapia, la fuente desde la cual se obtenía el reporte del resultado, las medidas compartidas (mismo instrumento o escala) de la relación terapéutica y de los resultados versus el cruce de fuentes, el diseño del estudio, y el grado en el que los tratamientos estudiados produjeron efectos beneficiosos, podrían influir en la asociación entre la relación terapéutica y los resultados de la psicoterapia.

Los autores observaron que el tiempo en el cual se evaluaba la asociación entre la relación terapéutica y los resultados, variaba, encontrando que dicha asociación era mayor cuando la relación terapéutica era evaluada en etapas tardías del tratamiento (en el último tercio del tratamiento, al término, o en el seguimiento).

Con respecto a la fuente desde la cual se obtenía la información, Shirk y Karver (2003) encontraron que la perspectiva de los niños y adolescentes, la de los padres y la de los terapeutas variaba, observando que la asociación entre la relación terapéutica y los resultados de la psicoterapia, era mayor en el caso de los terapeutas.

Los autores observaron además que cuando el contenido del resultado evaluado, era el funcionamiento global, la asociación entre la relación terapéutica y el resultado era mayor que cuando éste último se examinaba a través de los síntomas o a partir de otras mediciones.

En cuanto a la fuente desde la cual se obtenía el reporte del resultado (autoreporte del niño/adolescente, del padre/madre, terapeuta, u observador), Shirk y Karver (2003) observaron que la única diferencia significativa se encontró entre el autoreporte y el reporte de terapeutas.

Los autores observaron además que cuando se consideraban medidas compartidas versus un cruce de las fuentes, la asociación entre la relación terapéutica y los resultados del tratamiento, era mayor para las primeras.

Con respecto al diseño del estudio y al grado en que los tratamientos produjeron efectos beneficiosos, los investigadores dividieron la muestra en 3 categorías: estudios controlados que fallaron en producir efectos en el tratamiento, estudios controlados que produjeron efectos positivos, y estudios no controlados que produjeron efectos significativos pre y post tratamiento. No se observaron diferencias significativas entre estas tres categorías.

En otro meta-análisis llevado a cabo por Karver et al. (2006), se examinaron las asociaciones entre las variables de la relación terapéutica y los resultados del tratamiento, observando que las correlaciones variaban de modestas a fuertes. Los autores indicaron que los mejores predictores de los resultados en psicoterapia infanto juvenil, son las habilidades interpersonales del terapeuta (condiciones facilitadoras como la empatía, la calidez, la autenticidad), las herramientas de influencia directa del terapeuta (estructuración activa de la sesión, instrucciones específicas, etc.), la disposición del adolescente para participar del tratamiento, la disposición de los padres para participar del tratamiento, la participación del adolescente en el tratamiento y la participación de los padres en el tratamiento.

Otras variables de la relación terapéutica que Karver et al. (2006) estudiaron, encontrando correlaciones bajas a modestas, fueron: la autodevelación del terapeuta, el afecto hacia el terapeuta y la autonomía o auto dirección del paciente.

McLeod (2011) también llevó a cabo un meta-análisis, intentando una mayor rigurosidad, considerando sólo estudios que evaluaran la asociación entre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento en niños y adolescentes. En su revisión de investigaciones, McLeod (2011) consideró estudios que evaluaran específicamente la alianza terapéutica, ya sea examinando la dimensión del vínculo, las tareas o las metas de la psicoterapia. En su meta-análisis, el autor realiza una importante crítica a los meta-análisis anteriores, los que según señala, han llevado a importantes errores metodológicos, sobre estimando la fuerza de la asociación entre la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia infanto-juvenil. De acuerdo con este último estudio, dicha asociación sería de  $r = 0,14$ , a diferencia de la asociación observada por Karver et al. (2006 citado en McLeod, 2011) de  $r = 0,21$ .

McLeod (2011) evaluó además las variables que moderarían la asociación entre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento. El autor examinó moderadores substantivos, tales como las características del paciente y las características del tratamiento, así como moderadores metodológicos, tales como las características de la medida de la alianza, las características de la medida de los resultados, y el tipo de informante (único o múltiple).

En cuanto a los moderadores substantivos, observó en relación a las características del paciente, que la asociación entre la alianza y los resultados varían de acuerdo a la edad, con niños demostrando un tamaño del efecto mayor que los adolescentes. Asimismo, el tipo de problema también moderó la asociación entre la alianza y los resultados, con una relación mayor en niños y adolescentes con problemas externalizantes y mixtos, que con problemas internalizantes y abuso de sustancias. De igual manera, la fuerza de la relación entre la alianza y los resultados,



varía de acuerdo a la fuente de derivación, con un tamaño del efecto mayor para los casos en que los participantes buscaron tratamiento, comparados con aquellos que fueron obligados a ir al tratamiento.

En relación a las características del tratamiento, McLeod (2011) observó que la fuerza de la asociación entre la alianza y los resultados, no varía en cuanto al tipo de tratamiento (conductual, no conductual), al modo de tratamiento (intervenciones focalizadas en el niño, intervenciones multisistémicas, focalizado en los padres, focalizado en la familia, combinado o no definido), a la extensión del tratamiento, al uso de manual de tratamiento, a la formación del terapeuta pre tratamiento y al tipo de terapeuta (profesionales clínicos, estudiantes graduados e investigadores).

Con respecto a los moderadores metodológicos, McLeod (2011) encontró que el tiempo y la fuente de la evaluación de la alianza moderaron su relación con los resultados. Asociaciones débiles fueron observadas en evaluaciones de la alianza tomadas temprano en el tratamiento, respecto de aquellas evaluadas más tardíamente. Los resultados mostraron además que el reporte de los padres fue asociada más fuertemente con los resultados que el reporte de los adolescentes y de un observador.

La forma en la cual los resultados son medidos, influencia también la asociación entre la alianza y los resultados, siendo la satisfacción del usuario la que genera mayores efectos que las evaluaciones que miden síntomas, funcionamiento e impacto ambiental.

Referente a quien reporta los resultados, McLeod (2011) observó que un informante único produce efectos significativamente más fuertes en la relación entre alianza y resultados, que múltiples informantes.

#### **4. Adherencia y deserción en psicoterapia infanto-juvenil.**

De acuerdo con la literatura, poca atención se ha prestado a los conceptos de adherencia y deserción en la investigación en psicoterapia infanto juvenil, lo cual ha significado al mismo tiempo, escasa atención acerca de las condiciones necesarias para maximizar los resultados en psicoterapia, probablemente, debido a la complejidad que implicaría una clara conceptualización de la participación de los niños, adolescentes y sus padres en el tratamiento (Nock y Ferriter, 2005).

Se ha entendido la adherencia como uno de los requisitos básicos para la efectividad del tratamiento, y puede ser entendida como la participación activa, voluntaria y colaborativa del paciente para producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Nock y Ferriter, 2005). Si bien se relaciona con la asistencia a la terapia, la que puede ser una precondition para la adherencia, no siempre es así, dado que un paciente puede asistir de manera irregular pero continuar adhiriendo a otros aspectos de la terapia (Nock y Ferriter, 2005).

El término de adherencia, o la falta de ésta, se ha asociado también con los conceptos de deserción, terminación prematura o abandono (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009), los que se han usado indistintamente, aludiendo a la decisión del paciente de poner fin al tratamiento en contra de la advertencia del clínico de no hacerlo, o antes de que el clínico determine que el proceso de tratamiento ha concluido (Nock y Ferriter, 2005). En estos casos, la psicoterapia es terminada antes de que los objetivos establecidos en el contrato terapéutico hayan sido alcanzados (Deakin et al., 2012; Gastaud, Feil, Merg y Nunes, 2014; Hatchett y Park, 2003).

De acuerdo con Hatchett y Park (2003), existirían comúnmente cuatro maneras de clasificar la terminación prematura o deserción. La primera consistiría en el juicio del terapeuta respecto de si cree que su paciente termino de manera prematura la psicoterapia. La segunda sería mediante el criterio de inasistencia a la última cita programada sin regresar a terapia. El tercer criterio consistiría en establecer una

división del proceso terapéutico a la mitad, haciendo un punto de corte en donde la asistencia a menos de la mitad de las sesiones, correspondería a una deserción. Finalmente, la inasistencia luego de la sesión de ingreso al tratamiento, sería el último criterio para determinar una deserción. De esta manera, existiría poco consenso en lo que diversos investigadores consideran deserción (Deakin et al., 2012; Kazdin y Mazurick, 1994), ya que en muchos estudios la definición no es explícita y lo que para algunos sería una deserción, para otros pudiese ser un tratamiento completo (Kazdin y Mazurick, 1994). Más aún, existirían diferencias en lo que terapeutas y pacientes considerarían como un término prematuro, puesto que algunos pacientes que dejan de asistir a tratamiento, lo hacen porque sienten que requieren de pocas sesiones para lograr un cambio (Nock y Ferriter, 2005).

En la presente investigación se entenderá la deserción terapéutica de acuerdo con el criterio del terapeuta, según el cual, los adolescentes darían término a la psicoterapia sin que se lograsen los objetivos terapéuticos.

En cuanto a las tasas de deserción, la literatura señala que entre un 40% y un 60% de los niños desertan de sus tratamientos psicológicos prematuramente (Deakin et al., 2012) y alrededor de un tercio de los adolescentes desertarían de tratamientos psicosociales (Gearing et al., 2012).

Estas tasas de deserción también se han descrito en Chile. En un estudio descriptivo realizado en la Comuna de Quinta Normal, Región Metropolitana, se observó que el 50% de la población infanto juvenil que solicitaron asistencia psicoterapéutica en un COSAM, desertaron de sus tratamientos (Zulic et al., 2010).

Las altas cifras de deserción han llevado a los investigadores a indagar respecto de los factores que influirían en ésta, encontrándose que las deserciones estarían asociadas a problemas en la relación terapéutica, a problemas prácticos clínicos y de la familia, problemas con el personal del centro, problemas relacionados con el esfuerzo y

tiempo de las familias, aspectos monetarios y percepción de no necesitar el tratamiento (García y Weisz, 2002).

Se ha señalado además que los padres jugarían un rol importante en la decisión de desertar de la psicoterapia, planteando que quienes toman la decisión de abandonarla, tenderían a percibir al terapeuta como poco involucrado con sus hijos y con ellos mismos como padres, a verlos como poco competentes o inefectivos en hacer lo que les corresponde como profesionales, visualizando además que el tratamiento sería poco útil (García y Weisz, 2002).

### **III. MARCO METODOLÓGICO**

#### **1. Objetivos**

##### **Objetivo General**

- Caracterizar la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, desde la visión de adolescentes y sus terapeutas, en casos de alta y deserción terapéutica.

##### **Objetivos Específicos**

- Describir la visión de los adolescentes acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, en casos de alta y deserción terapéutica.
- Describir la visión de los terapeutas acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, en casos de alta y deserción terapéutica.
- Distinguir posibles similitudes y diferencias entre la visión de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, de adolescentes y sus terapeutas.
- Distinguir posibles similitudes y diferencias entre la visión de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, de adolescentes y sus terapeutas en casos de alta terapéutica, respecto de aquellos que desertan de la psicoterapia.

## **2. Diseño de la Investigación.**

El presente estudio se enmarca dentro de un diseño cualitativo de investigación, puesto que, como se ha mencionado a lo largo de este estudio, la dificultad conceptual con la que se cuenta actualmente respecto de las distintas temáticas a abordar, requiere de un acercamiento abierto y flexible orientado a la búsqueda del significado de fenómenos que son poco conocidos en cuanto a su comprensión (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Este acercamiento abierto y flexible de la metodología cualitativa, se traduce en que posibilita de manera constante la modificación del cronograma de tareas, las entrevistas a realizar y sus guiones, agregando o eliminando preguntas, así como la decisión de integrar mayor muestra a la investigación, entre otros elementos (Valles, 1999).

Asimismo, la selección de este tipo de diseño se realizó en virtud de que es a través de la metodología cualitativa que se puede acceder a la subjetividad de las personas dentro de su marco de referencia (Taylor & Bodgan, 1992), siendo de interés en el presente estudio, conocer desde la propia experiencia de los adolescentes y terapeutas su visión acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.

La presente investigación es también de tipo exploratoria, puesto que se pretende lograr la familiaridad de un fenómeno poco estudiado o relativamente desconocido (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Del mismo modo, esta investigación es de carácter descriptiva, al intentar describir o detallar cómo se manifiesta el fenómeno y cómo es éste, resaltando sus características (Hernández et al., 2006).

Por otra parte, este estudio es de corte transversal, puesto que los datos fueron obtenidos en un solo momento una vez finalizados los procesos de psicoterapia de los adolescentes, siendo además de carácter retrospectivo (Hernández et al., 2006).

En cuanto a la elección del enfoque de investigación, el presente estudio resulta concordante con la tradición fenomenológica, dado que ésta asigna un rol principal a la experiencia subjetiva, al considerarla como la base para lograr el conocimiento de los fenómenos (Barbera & Inciarte, 2012).

De acuerdo con la fenomenología, para conocer los fenómenos éstos se deben destruir y construir para lograr interpretarlos más allá del significado cotidiano. Esto implica revelar el significado de los fenómenos por medio de la descripción y la comprensión de las vivencias (Barbera & Inciarte, 2012).

### 3. Muestra.

La muestra fue obtenida a partir del universo de participantes del Proyecto FONDECYT N° 1141179: “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, liderado por la investigadora Mariane Krause, del cual formó parte este estudio.

Como procedimiento de la investigación general, se estableció contacto con los centros desde los cuales se tomó el universo de participantes, enviando cartas a los directores (Ver Anexo N°1) de dichas instituciones<sup>1</sup>, para invitarles a colaborar con el estudio.

Una vez que éstos autorizaron su participación, una coordinadora del sub-equipo infante – juvenil del Proyecto FONDECYT se contactó con psicólogos de los centros participantes que atendiesen adolescentes para informarles de la investigación, requerir de su colaboración con ésta e indagar acerca de eventuales ingresos que podrían tener, así como también, de las fechas agendadas para sus primeras sesiones, momento en que se les solicitó la firma de un consentimiento informado (Ver Anexo N°2) a aquellos que accedieron participar.

Paralelamente, con los datos aportados por los terapeutas acerca de sus próximos ingresos, la coordinadora del sub-equipo infante – juvenil del Proyecto FONDECYT, estableció contacto telefónico con los adolescentes y sus padres para invitarlos a participar del estudio, pidiéndoles que al momento de la primera sesión de psicoterapia, pudiesen llegar algunos minutos antes para aclarar eventuales dudas que tuviesen acerca de la investigación, así como también, en caso de manifestar su interés para colaborar en ésta, firmasen un asentimiento informado en el caso de los

---

<sup>1</sup> Para resguardo de la confidencialidad de los participantes del estudio, los centros desde los cuales se extrajo la muestra no son detallados con sus nombres, sino que se describen en la Tabla 3, de acuerdo a si corresponden a centros de atención universitaria, pública o privada.



adolescentes, y un consentimiento informado en el caso de los padres (Ver Anexo N°3 y N° 4, respectivamente).

Es preciso mencionar que tanto los consentimientos informados para terapeutas y padres, así como también, el asentimiento informado para adolescentes, fueron aprobados por el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, institución patrocinante principal del estudio FONDECYT en el que se inscribe esta investigación.

Además, en todos éstos documentos se explicita de manera clara y precisa la investigación, sus objetivos, confidencialidad, duración, número de entrevistas, eventuales riesgos y/o beneficios de participar, nombre y datos de contacto de la investigadora principal, voluntariedad y posibilidad de desistir de participar, además de casillas para registrar mediante nombre y firma la autorización de los participantes.

Una vez finalizadas las terapias, los terapeutas fueron informando a la coordinadora del sub-equipo infanto – juvenil u otro integrante de éste, acerca de aquellos casos que fueron dando de alta terapéutica como de aquellos casos que desertaron del tratamiento, para luego establecer contacto telefónico con los adolescentes y/o los padres de éstos para conocer si aún mantenían la disposición para participar del estudio, y en caso de ser afirmativa la respuesta, coordinar una fecha y hora de entrevista en los centros en los cuales se llevó a cabo la intervención. Cabe destacar sin embargo, que como una manera de facilitar la realización de las entrevistas de los adolescentes en los casos de abandono, y debido a dificultades de éstos para asistir a los centros luego de la deserción del tratamiento, éstas fueron realizadas en domicilio como una manera de promover un mayor acceso a la muestra.

De este modo, la incorporación de los participantes al estudio se fue realizando progresivamente a medida que se llevaron a cabo los procedimientos anteriormente descritos, conformando 6 díadas de adolescentes y sus terapeutas.

La selección de la muestra fue de carácter intencionada o dirigida, con el propósito de obtener información desde distintos individuos. En este sentido, no se pretendió la representatividad de la muestra, sino que conocer diferentes tipos de vivencias acerca del fenómeno estudiado (Hernández et al., 2006). De esta forma, en la presente investigación se consideraron criterios de inclusión y exclusión.

Respecto a los criterios de inclusión, se optó por incluir adolescentes de ambos sexos, entre 13 y 17 años, que hayan sido dados de alta terapéutica o que hayan abandonado el proceso de psicoterapia. El criterio para definir el alta terapéutica de los adolescentes, fue de acuerdo a lo informado por sus terapeutas tratantes en relación al cierre del proceso de acuerdo al logro de objetivos terapéuticos. Por su parte, el abandono terapéutico, fue también según el criterio de los psicólogos tratantes, quienes indicaron la interrupción del tratamiento sin previo aviso, y sin que se alcanzaran los objetivos propuestos dentro de éste.

La selección del rango etáreo de los adolescentes, hace referencia a que en estas edades los adolescentes estarían en condiciones de aportar información relevante y enriquecedora en cuanto a sus experiencias, al ya contar con un pensamiento formal abstracto, pudiendo ser críticos al evaluar sus vivencias (Musalem, 2012).

Asimismo, se consideraron adolescentes con motivos de consulta asociados a síntomas de trastornos conductuales, ansiosos y afectivos, ello porque corresponden a los trastornos que mayor prevalencia presentan en la actualidad, y que tienen un bajo acceso a los sistemas de salud mental (Vicente, et al., 2012), por lo que el conocimiento de los aspectos que ellos consideran relevantes de la relación terapéutica y del cambio psicoterapéutico, pudiesen ayudar a favorecer el tratamiento en dicha población.

En relación a los criterios de exclusión, no se incluyeron adolescentes con daño orgánico cerebral, retardo mental ni aquellos que presentasen un episodio psicótico

productivo, puesto que perturbaciones cognitivas asociadas a dichos cuadros pudiesen interferir en el proceso de investigación. Asimismo, disposiciones legales contempladas en la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, particularmente en el Párrafo 8°, de los derechos de personas con discapacidad psíquica o intelectual, Artículo 28, pone de manifiesto que no es posible participar en una investigación debido a dificultades para expresar su voluntad de hacerlo.

De este modo, la muestra de adolescentes quedó conformada según se describe en la Tabla 3.

**Tabla 3:**  
**Caracterización de la muestra de adolescentes participantes.**

Caso	Género	Edad	Motivo de consulta	Condición de término de la terapia	Número de sesiones asistidas	Centro de atención
N°1	Masculino	14	Repitencia escolar	Finalización	20	Centro psicológico universitario
N°2	Femenino	13	Duelo, ansiedad y atracones	Finalización	36	Centro psicológico universitario
N°3	Masculino	17	Consumo de marihuana en colegio	Finalización	4	Centro psicológico universitario
N°4	Femenino	16	Depresión	Finalización	8	Centro psicológico privado
N°5	Femenino	16	Disminución del ánimo	Abandono	6	Centro público
N°6	Femenino	17	Disminución del ánimo	Abandono	5	Centro público

Nota. Para resguardar la confidencialidad de los datos, se les asignó a los adolescentes participantes un número de caso, el cual se corresponde con el número de caso de sus terapeutas.

En cuanto a la participación de los terapeutas, éstos fueron incluidos en el estudio independientemente de su enfoque terapéutico, sus años de experiencia o su sexo, dado que se ha visto en otros estudios que las variables del terapeuta, más que incidir de manera directa en la relación terapéutica y en el proceso de cambio psicoterapéutico, serían mediadas por las percepciones que los consultantes mantienen acerca de las características, habilidades y actitudes del terapeuta (Santibáñez Fernández, Román Mella, Chenevard, Espinoza García, Iribarra Cáceres & Müller Vergara, 2008).

De esta manera, los terapeutas fueron incluidos en función de que hayan atendido a los adolescentes participantes del estudio, quedando la muestra constituida por seis psicólogos según se describe en la Tabla 4. Es preciso indicar que uno de los terapeutas participantes del estudio, mantuvo un proceso psicoterapéutico con dos adolescentes de la muestra, sin embargo, para efectos de diferenciar cada proceso terapéutico, se le mencionará como terapeuta n°5 o n°6, respectivamente.

**Tabla 4:**

**Caracterización de la muestra de terapeutas participantes.**

<b>Caso</b>	<b>Género del terapeuta</b>	<b>Años de experiencia clínica del terapeuta</b>	<b>Enfoque teórico del terapeuta</b>
N°1	Masculino	1	Sistémico
N°2	Femenino	0,5	Sistémico
N°3	Masculino	0,5	Constructivista Evolutivo
N°4	Femenino	22	Cognitivo
N°5	Femenino	7	Cognitivo - Conductual
N°6	Femenino	7	Cognitivo - Conductual

Nota. Para resguardar la confidencialidad de los datos, se les asignó a los terapeutas participantes un número de caso, el cual se corresponde con el número de caso de los adolescentes que atendieron.

#### **4. Producción de Datos.**

A través de la técnica de entrevista se accedió a la visión de los participantes, quienes relataron los distintos aspectos, situaciones y sucesos relacionados con la interacción con el otro, es decir, las construcciones que cada uno de éstos fue desarrollando en torno a la relación terapéutica, el cambio terapéutico y el proceso terapéutico.

La entrevista puede ser definida de acuerdo con Ruiz Olabuénaga (2012), como una técnica de obtención de información por medio de una conversación que crea de manera un tanto artificial, una situación concreta, en la cual se generan ciertos significados que solo pueden expresarse y comprenderse en este mismo marco de interacción mutua.

Acorde a la definición anterior, Merlinsky (2006) plantea que la entrevista constituye al mismo tiempo una forma de conocimiento y una herramienta de carácter comunicativo, que pretende captar significados atribuidos por el o los otros a su propia experiencia mediante la interacción comunicativa con él o los otros.

En el caso de la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, un tipo de entrevista en donde mediante una guía de entrevista, se espera que los participantes respondan libremente a preguntas más o menos abiertas. En este tipo de entrevista, el investigador decide cuándo y en qué secuencia realizar las preguntas al entrevistado, pudiendo descartar algunas de éstas si considera que ya ha obtenido la información necesaria. Asimismo, el entrevistador puede decidir en qué aspectos indagar de manera más profunda o cuando retomar la guía de entrevista, a fin de que el entrevistado no se desvíe del tema de interés (Flick, 2004).

En la entrevista semiestructurada es necesario que el entrevistador cuente con un alto grado de sensibilidad hacia el curso concreto de la entrevista y hacia el entrevistado, debido a que la existencia de una guía, pudiese implicar una limitación de

la información en casos en que el entrevistador se apega de manera rígida a ésta (Flick, 2004).

En este estudio, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con cada uno de los participantes (6 adolescentes y 6 terapeutas), con un total de 12 entrevistas. Las entrevistas fueron realizadas por diferentes miembros del equipo de investigación, de manera individual, en modalidad cara a cara, audiograbadas y transcritas textualmente para su posterior análisis. Las transcripciones de las entrevistas fueron realizadas por un equipo de transcriptores pertenecientes al Proyecto FONDECYT del cual es parte esta investigación, quienes establecieron su compromiso en cuanto al manejo de información confidencial, firmando para ello una carta de compromiso ético (Ver Anexo N°5)

En cuanto al momento en que se realizaron las entrevistas, éste comprendió un periodo de tiempo entre Enero 2015 y Mayo de 2016.

Las entrevistas tanto a terapeutas como a adolescentes, fueron realizadas en un período 2 a 5 meses de terminadas las terapias. Este tiempo consideró la comunicación entre los psicólogos tratantes y la coordinadora del sub-equipo infanto-juvenil del Proyecto, respecto de la información que los terapeutas fueron otorgando acerca de los procesos de término de la psicoterapia de los adolescentes (alta o abandono), así como también, la coordinación entre los terapeutas, los padres y los adolescentes, con los miembros del equipo, para establecer las fechas, lugares y horarios de las entrevistas. De acuerdo con la literatura, este periodo de tiempo no afectaría la realización de entrevistas a los adolescentes, puesto que éstos podrían recordar sin problemas información relevante acerca de sus procesos psicoterapéuticos (Rebok et al., 2001 citado en Arbuckle y Abetz-Webb, 2013)

Para la realización de las entrevistas se contó con dos pautas (una para adolescentes y otra para terapeutas) confeccionadas por el sub-equipo infanto – juvenil

del Proyecto FONDECYT (Ver Anexos N°6 y N°7, respectivamente). En estas pautas se consideraron aspectos de la relación terapéutica, del cambio terapéutico y del proceso terapéutico, partiendo por aspectos más generales, hasta aspectos más específicos de acuerdo a las temáticas a abordar. Cabe destacar que las preguntas contenidas en ambas pautas de entrevistas, constituyeron orientaciones hacia los temas a tratar, sin ser exigencia el realizar cada una de éstas, existiendo flexibilidad para el entrevistador en cuanto a que preguntas hacer o no.

Es necesario precisar, además, que dado que este estudio se enmarca dentro de una investigación mayor, la pauta de entrevista considera además otras temáticas vinculadas a ésta última. Sin embargo, en el presente estudio, el foco de análisis fue la relación terapéutica y su influencia en el cambio psicoterapéutico.

## **5. Análisis de los datos.**

El análisis de datos se realizó utilizando algunos de los principios de la Teoría Fundamentada, descrita por Glaser y Straus (1967 citado en Hernández et al., 2006). Se llevó a cabo específicamente una categorización por medio de los procedimientos de codificación abierta y codificación axial de la Teoría Fundamentada, sin ser el propósito de esta investigación, la generación de teoría, tal como es propuesto por este tipo de análisis (Hernández et al., 2006).

Por medio del procedimiento de codificación abierta, se analizaron las entrevistas transcritas para distinguir núcleos de información relevante, a los cuales se les asignó una determinada categoría o código, luego de identificar diversos fragmentos de entrevista que compartían una misma idea. Por otra parte, se les asignó una nueva categoría cuando los datos mantuvieron diferencias en cuanto a sus contenidos.

Luego, a medida que transcurrió el análisis, se fueron identificando las propiedades o subcategorías, es decir, las condiciones, interacciones, estrategias y consecuencias, por las que puede variar una determinada categoría (Hernández et al., 2006).

Posteriormente, las categorías desarrolladas fueron agrupadas en un nivel de abstracción mayor, proceso que se conoce como codificación axial, en el que se analizan las relaciones entre las distintas categorías para ordenarlas de acuerdo a sus patrones y nexos, y describirlas en cuanto a sus significaciones. Esto corresponde a un análisis intenso que posibilita una fase de integración de las categorías y sus propiedades (Hernández et al., 2006).

Este tipo de análisis de los datos se basa en el método de comparación constante, que hace referencia a que los contenidos del texto son sistemáticamente evaluados para compararlos y cotejar sus diferencias y similitudes, de manera de generar categorías conceptuales, sus propiedades e hipótesis (Hernández et al., 2006).



Este método cumple además con el criterio de saturación de la información, que se refiere a que las categorías pueden llegar a saturarse cuando la información que se recaba no logra ofrecer algo nuevo a una categoría (Hernández et al., 2006).

De este modo, en el presente estudio, se realizó un análisis individual de cada entrevista para posteriormente observar sus diferencias y similitudes entre las entrevistas, respondiendo a los objetivos planteados en la investigación.

Cabe destacar que el proceso de análisis de datos fue realizado por separado por dos integrantes del sub-equipo infante – juvenil del Proyecto FONDECYT, para luego comparar y discutir los datos obtenidos, estableciendo acuerdos acerca de la información. Cuando aún así existieron dudas en cuanto a lo observado por la dupla de investigadores, se solicitó la revisión de un tercer integrante del equipo, buscando aunar los criterios para la codificación. En este sentido, se realizó una triangulación de los datos tendiente a validar aún más los resultados del presente estudio (Cornejo & Salas, 2011).

En cuanto al procesamiento de los datos, se utilizó el Programa ATLAS<sub>t</sub>i, de modo de facilitar el análisis de éstos, agilizando actividades (segmentación del texto, la codificación, la escritura de comentarios, etc.) y permitiendo una organización, búsqueda y recuperación de los datos (Muñoz Justicia, 2003).

## IV. RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados del análisis de la visión de los adolescentes y sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y su influencia en el proceso de cambio psicoterapéutico, respondiendo a los objetivos del presente estudio.

Inicialmente se revisará la manera en la cual los adolescentes describieron la evolución del proceso de psicoterapia y cómo éste se vio influido por el desarrollo de la relación terapéutica, para posteriormente revisar los principales cambios que los adolescentes señalaron y describir la manera en la cual caracterizaron la relación terapéutica con sus terapeutas.

Luego de ello, se presentará la visión de los terapeutas respecto a cómo se desarrolló el proceso de psicoterapia y cómo la relación terapéutica que fueron desarrollando con los adolescentes incidió en su evolución. Tras ello, se presentan los principales cambios que los terapeutas observaron y la manera en la cual éstos caracterizaron la relación terapéutica con los adolescentes.

Posteriormente, se revisaran las similitudes y diferencias observadas entre la visión de los adolescentes y sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y el cambio psicoterapéutico.

Finalmente, se expondrán las similitudes y diferencias entre la visión de los adolescentes y sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y el cambio psicoterapéutico, en casos que finalizaron el proceso de psicoterapia por alta terapéutica, respecto de aquellos que desertaron de la psicoterapia.

Para ejemplificar los contenidos presentados, se expondrá la información por medio de viñetas, en las que se especifica al adolescente o terapeuta de acuerdo al número de caso asignado.

# **1. Análisis de la visión de los adolescentes acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.**

## **1.1. Evolución del proceso psicoterapéutico de los adolescentes.**

### **1.1.1. Reticencia inicial de los adolescentes para participar del proceso de psicoterapia.**

Al inicio de la psicoterapia, los adolescentes manifestaron en las entrevistas que presentaban cierta reticencia para participar del proceso psicoterapéutico, manifestando que se sintieron incómodos o nerviosos en la primera sesión, dado que no querían asistir al psicólogo.

*“Entonces: ‘¿qué hago aquí?’, ese fue mi pensamiento porque en realidad, en realidad, nada, nada po, no tenía nada que hacer ahí”. Adolescente N°5.*

*“No quería venir (...), pa’ mí fue como incómodo (...). Cuando yo llegué la primera vez venía como estresado, ‘chuta, tengo que ir al psicólogo’”. Adolescente N°3.*

Asimismo, los adolescentes señalaron que antes de asistir a la primera sesión, tenían cierta aproximación hacia lo que constituía el trabajo psicoterapéutico, ya sea porque habían tenido una experiencia anterior de psicoterapia o de salud mental, o porque poseían una idea previa de lo que hacía el psicólogo, obtenida desde los medios de comunicación o desde experiencias/ ideas transmitidas por cercanos.

*“Igual es como una historia de varios psicólogos (...), la última no fue muy buena”. Adolescente N°2*

*“Yo tenía la idea que el psicólogo era como, no sé, está como haciéndote preguntas todo el rato y está como encerrado, y había gente que me decía que se estresaba en el psicólogo”. Adolescente N°3.*

*“La típica películas que se acostaban en un sofá y viene a contar su experiencia. (...) como lo típico que sale en la tele.”. Adolescente N°1.*

Para gran parte de los adolescentes que habían tenido experiencias previas de psicoterapia, éstas habían sido negativas, debido a que no habrían desarrollado con sus psicólogos una relación terapéutica que facilitara el proceso de intervención. De acuerdo con lo que mencionaron los adolescentes, no habrían logrado establecer un lazo de confianza, o habrían sentido un trato despectivo por parte de éstos, por lo que su participación en la psicoterapia habría sido escasa, valorándola como una experiencia de poca utilidad, llegando a abandonar el proceso psicoterapéutico.

*“Después como que no podía ir porque tampoco me gustaba porque lo veía como medio raro al caballero. Entonces me daba más miedo que confianza (...). Tampoco fue como de mucha ayuda así, porque igual después al tiempo yo seguí así mal llorona y todo eso”. Adolescente N°4*

*“Pensaba que yo estaba loca y me dijo que tenía que tomar unas pastillas (...). Una vez tuve uno y le terminé pegando en la cabeza con una botella”. Adolescente N°2.*

*“Ella pensaba que yo era una de las más drogadictas que iba para allá solo a pedir pastillas, porque eso creía, eso pensaba ella”. Adolescente N°5.*

Por otra parte, también se observa que ciertos adolescentes tuvieron algunas experiencias previas de psicoterapia evaluadas positivamente, destacando que, según manifestaron, lograron desarrollar una buena relación con sus terapeutas, siendo valoradas como experiencia de desahogo.

*“Y antes fui a otro (...) Fue buena (...) Igual sentí que me desahogue un poco”. Adolescente N°4.*

*“En primero medio, en el colegio fui con una psicóloga que ella me ayudó bastante, me hacía terapia para que sacara todo”. Adolescente N°6.*

Sin embargo, aún cuando estos adolescentes hayan tenido una valoración positiva de la experiencia terapéutica anterior, no necesariamente implicó que presentaran expectativas positivas de la experiencia terapéutica evaluada en un comienzo. Esto porque los adolescentes, independiente de si habían tenido una experiencia terapéutica previa positiva o negativa, no habían llegado a psicoterapia por motivación propia, sino que por decisión de sus padres, del colegio o de otro profesional de salud mental. Incluso algunos adolescentes expresaron que accedieron a ir a psicoterapia para así evitar la presión familiar.

*“Porque mi mamá me veía muy bajoneada (...) y en el colegio también me derivaron para allá”. Adolescente N°6.*

*“La doctora me mando, la doctora de medicina general me mando”. Adolescente N°4.*

*“Yo no quería venir. (...) Mi papá me dijo vas a tener que ir a psicólogo. Entonces tendré que ir, porque él decide.” Adolescente N°2.*

De este modo, en un comienzo del proceso psicoterapéutico gran parte de los adolescentes manifestaron haber presentado dudas acerca de la utilidad de la terapia, pensando que ésta les sería inútil, sintiéndose obligados a asistir.

*“Al principio no pensé que me iba a servir para lo que yo, para mis problemas.” Adolescente N°3.*

*“Es que lo veía todo mal, así como todo, entonces yo dije: ‘no, no me va a servir’ (...). Voluntario no fue porque yo no lo quería que mi mamá se enterara que estaban pasando cosas” Adolescente N°6.*

Las expectativas iniciales acerca de cómo sería el terapeuta con el cual desarrollarían esta nueva experiencia de psicoterapia, y sobre cómo se llevarían con él, fueron también negativas.

*“Que iba a ser, que iba a ser horrible, porque no era el primer psicólogo que tenía”. Adolescente N°2*

De esta manera, en un comienzo de la psicoterapia los adolescentes se mostraron reticentes para participar de ésta, con cierta desconfianza del nuevo terapeuta, lo cual se fue modificando en la mayoría de los casos mientras transcurrió la terapia.

### **1.1.2. Modificación de la actitud inicial de los adolescentes hacia la psicoterapia.**

Las primeras impresiones que los adolescentes indicaron que se formaron de sus terapeutas fueron promoviendo el desarrollo de la relación terapéutica, a medida que progresivamente fueron desarrollando cada vez más confianza con su psicólogo. En este sentido, la mayoría de los adolescentes indicaron que de manera temprana se sintieron afiatados con su terapeuta.

*“Cuando yo llegué hubo como una afinidad al tiro, entonces incluso a veces echábamos la talla”. Adolescente N°3.*

De acuerdo con varios adolescentes, la confianza por su terapeuta paulatinamente fue aumentando, de modo que esto favoreció que pudieran ir

abordando sus temáticas, siendo un requisito fundamental para el trabajo psicoterapéutico.

*“Después como que igual con ella tuve esa confianza de hablar bien las cosas de contarle todo”. Adolescente N°4.*

*“Tuvimos más confianza, cada vez fuimos tomando más confianza y, y ya, yo hablaba, él me hablaba”. Adolescente N°1.*

De esta forma, el desarrollo progresivo de confianza contribuyó de acuerdo a los adolescentes a la modificación de sus expectativas iniciales acerca de la psicoterapia, así como también, de su actitud hacia el terapeuta y el proceso psicoterapéutico, logrando una mayor disposición para colaborar en éste.

*“A medida que íbamos yendo más, que teníamos más sesiones, íbamos agarrando más confianza, entonces ahí sentía que si me iba a hacer bien.” Adolescente N°2.*

*“Cuándo me enviaron al psicólogo, dije “chuta, va a ser un cacho, va a ser un cacho”, pero después cuando empecé a venir fue como, no tuve problemas, me daba gusto venir”. Adolescente N°3.*

Excepcionalmente una de las adolescentes que sintió que no logró desarrollar con su terapeuta una relación de confianza, no pudo modificar sus expectativas acerca de la utilidad de la terapia, manteniendo una visión negativa acerca de ésta, desmotivándose cada vez más.

*“Yo le decía a mi mamá que faltaban algunas cosas, que no estaba viendo que me servía mucho”. Adolescente N°6.*

De este modo, a excepción del caso señalado anteriormente, una relación terapéutica basada en la confianza, constituyó para los adolescentes un aspecto relevante para la modificación de sus expectativas y de su actitud hacia el terapeuta y la psicoterapia, posibilitando el trabajo psicoterapéutico. De igual forma, con el fortalecimiento de la relación terapéutica, la motivación inicial externa se tornó intrínseca para los adolescentes, quienes manifestaron que comenzaron a asistir por interés propio, posibilitando que se hayan mantenido en psicoterapia.

### **1.1.3. Valoración del espacio psicoterapéutico por parte de los adolescentes.**

Con la mantención de los adolescentes en psicoterapia y la mayor disposición para colaborar en terapia, gran parte de éstos pudo trabajar tanto los motivos por los cuales fueron derivados con sus terapeutas, así como aquellas temáticas propuestas por ellos mismos, por lo que la evaluación que realizaron de la efectividad del proceso psicoterapéutico fue positiva por lo general.

Éstos adolescentes señalaron que en la psicoterapia se lograron los objetivos propuestos, resolviendo los motivos de consulta por los cuales fueron derivados, por lo que la psicoterapia les ayudó a cambiar o avanzar.

*“Bueno igual me hizo bastante bien el asunto de como tenía que pensar las cosas porque yo era como muy negativa.” Adolescente N°4.*

Asimismo, para algunos adolescentes los efectos de la psicoterapia no sólo serían útiles ante las problemáticas actuales, sino que también ante eventuales dificultades en el futuro.

*“Fue súper bien todo po. Y lo que él me hablaba era como ehh, a ver, era como una ayuda para mí pa’l futuro”. Adolescente N°3.*



Aún cuando una de las adolescentes del estudio abandono el proceso terapéutico, manifestó también que la psicoterapia le ayudó, a pesar de quedar inconclusa.

*“Como que aprendí a salir así a despejarme”. Adolescente N°5.*

De este modo, varios de los adolescentes señalaron que la psicoterapia constituyó una buena experiencia, la cual podrían recomendar a otros adolescentes, siendo una instancia agradable a la que asistieron finalmente con gusto. Para estos adolescentes, la psicoterapia llegó a constituir un espacio especial que llegaron a sentir como propio, pudiendo desahogarse de sus problemas, como no lograban hacerlo en otras instancias.

*“Para mí, por lo menos fue muy agradable venir. En verdad me sentí muy como, como grato (...), me gustó hartó. Me gustó mucho como me recibió”. Adolescente N°3.*

*“Bueno, o sea me gustó, me hizo sentir bien. Si, como súper bueno.” Adolescente N°4.*

*“Era como desahogarse (...), era otro ambiente. Sí, me gustaba. (...) Aquí encontré un espacio.” Adolescente N°1.*

*“Fue bonita, una bonita experiencia. Eee haber podido conversar con otra persona que no me conociera.” Adolescente N°2.*

De manera excepcional, una de las adolescentes que sintió que no logró establecer una buena relación con su terapeuta, evaluó su proceso de psicoterapia como poco útil, puesto que para ella las sesiones se tornaron monótonas y aburridas, por lo que a su parecer, no sería una experiencia recomendable.

*“Siento que no me sirvió mucho como yo pensaba (...), siento que no aportó casi nada” Adolescente N°6.*

*“Igual traté de pensar así como optimismo pero después dije: ‘no’. Es que para mí era fome hacer: ‘completa esto, llena esto, ordena esto’, y dije: ‘esto lo hago en el colegio’, entonces dije: ‘mejor no quiero seguir’”. Adolescente N°6.*

#### **1.1.4. Término del proceso de psicoterapia.**

El término de la terapia asociado a alta terapéutica, fue también vivenciada por los adolescentes como algo positivo, puesto que se mostraron satisfechos con los logros obtenidos en psicoterapia, manifestando que se sintieron capaces de continuar resolviendo sus conflictos de manera más autónoma.

*“Me dijo que estaba pensando en darme de alta. (...) Yo ya sabía que ya estaba listo con los problemas que había tenido (...). Y de que, bien de que él me viera así po, de que me puedo, pude superarme”. Adolescente N°1.*

Esta satisfacción implicó una valoración del espacio terapéutico que se tradujo en la visualización de la posibilidad de volver a consultar con el mismo terapeuta u otro profesional si es que lo requiriesen en el futuro.

*“Estaría dispuesto a las dos. Me gustaría volver con él, pero igual conocer a otras personas siempre me ha gustado.” Adolescente N°1.*

*“Si llegara a venir de nuevo, me gustaría con ella misma aunque no esté acá, pero porque, por el tema de la confianza. De que ella como sabe mi historia.” Adolescente N°2.*

No obstante, pese a la satisfacción de los adolescentes con el proceso de psicoterapia, el cierre de éste es vivenciado con ambivalencia por gran parte de ellos, dado que implica no sólo poner fin al tratamiento, sino que también a la relación terapéutica desarrollada con el terapeuta, lo que en un comienzo remueve emociones en los adolescentes, que luego son asimiladas de mejor manera ante el término de la psicoterapia.

*“Fue como por mi culpa, por decirlo de alguna manera. De que como yo quería que me dieran de alta, eee a causa mía también fue como que no, ya no, ya cortáramos la sesión (...). Estuve más tranquila, porque igual a mi papá como que tiene que trabajar mucho, y que venir acá era (...) hacer más cosas y estar más cansado” Adolescente N°2.*

*“Yo sabía que cuando él me pasara el informe, yo ahí me iba (...). Entonces él me dijo: ‘ya, esto se va a terminar luego’. Y yo como, me dio como un poco de lata al final. Yo quería seguir viniendo (...). Pero como ahora ya sé cómo son mis actitudes, como las cambié, no tengo como necesidades de seguir hablando lo mismo po.” Adolescente N°3.*

Por otra parte, para las adolescentes que desertaron del proceso psicoterapéutico, el proceso de cierre es experimentado con mayor tranquilidad, dado que fueron ellas quienes tomaron la decisión de discontinuar el tratamiento.

*“No podía!. Y a veces tampoco quería porque era en la tarde o era muy temprano o era muy tarde y yo estaba ocupada, tenía algo que hacer, (...) porque, ya, antes no tenía nada que hacer!” Adolescente N°5.*

*“No estaba viendo que me servía mucho (...), y después no cambió casi nada (...) yo no quería seguir.” Adolescente N°6.*

Es así que se observa que los adolescentes que lograron establecer una buena relación con sus terapeutas, pudieron modificar su reticencia inicial para participar del proceso, fortaleciéndose cada vez más la relación terapéutica, lo que a su vez, facilitó que los adolescentes mostraran una mayor disposición a colaborar en terapia, con el consecuente logro de objetivos terapéuticos y la valoración positiva de la psicoterapia. Por el contrario, la adolescente que no desarrolló una relación terapéutica positiva con su terapeuta, no sintió que se hayan logrado cambios importantes, por lo que su percepción de poca utilidad de la terapia, la llevó a la decisión de abandonar el proceso terapéutico.

## **1.2. Contenido del cambio psicoterapéutico en los adolescentes.**

### **1.2.1. Cambios cognitivos.**

Dentro de los cambios que los adolescentes mencionaron, fue común que varios se refirieran a una ampliación en la manera de ver sus problemas, dándole un nuevo sentido a sus conflictos, puesto que señalaron darse cuenta de cómo ellos contribuían a través de sus propias conductas, logrando ser más conscientes de sus dificultades y de su manera de ser.

*“Siendo como soy yo en verdad puedo llegar muy lejos a hacer cosas buenas, pero si era como yo, la otra yo ee, no iba a llegar a ninguna parte porque nadie me iba a querer.” Adolescente N°2.*

*“Aprendí bastante lo que era mis pensamientos, mis respuestas, mi forma igual, no mi carácter, pero si quizás cómo decir, cómo responder pero no, o sea, lo que era, a los gritos y todo lo agresivo”. Adolescente N°4.*

Algunos adolescentes indicaron además que al darse cuenta de sus dificultades, es que lograron valorarse de forma más positiva.

*“Todas las personas me decían que yo era pesada, pero con ella me di cuenta que soy simpática, soy amable, no soy pesada ni atrevida”. Adolescente N°2.*

### **1.2.2. Cambios actitudinales.**

Para gran parte de los adolescentes del estudio, los logros alcanzados en el proceso de psicoterapia se tradujeron en cambios de actitud, los que se vieron reflejados en un aumento en la iniciativa y en la toma de decisiones, en una mayor tolerancia y en una mayor conciencia de sus propias responsabilidades

*“Me ayudó a, a, pa la larga a tomar mejores decisiones. Y de que bien de que él me viera así po, de que me puedo, pude superarme.” Adolescente N°1.*

*“Ser más tolerante, (...) por ejemplo, a mí me cae mal una persona y a mí me cae mal y como a mí me dijeron (...): ‘si te cae mal esa persona no las pesques, no las pesques’, entonces yo trato de esquivar a las personas que me caen mal” Adolescente N°5.*

*“Y por eso, siempre recuerdo eso, lo que me habló porque, ahora estoy en el preu, estoy llegando mucho más tarde a la casa, estoy estudiando pa mí, por lo que quiero hacer, entonces eso me sirvió ahora po”. Adolescente N°3.*

### **1.2.3. Cambios comportamentales.**

La mayoría de los adolescentes manifestaron cambios conductuales, los cuales se relacionaron principalmente con lograr una mayor expresión de sus opiniones ante las demás personas, con un mejor rendimiento en el colegio, con retomar actividades de interés que habían sido dejadas de lado y con una mayor adecuación de la conducta en situaciones sociales.

*“Antes era muy tímido (...) tenía con suerte tres amigos y no eran de los buenos así de los partner, que en eso también me ayudó mucho. Y ahora, después, eh, entrar a sesiones con él, me pude desarrollar este año.” Adolescente N°1*

*“Subí mis notas (...). Entonces ahí me empezó a ir bien. Me gustó un poquito más ir al colegio porque iba a aprender”. Adolescente N°3.*

*“Ahora como que me gusta salir porque no sé, me siento bien hasta al momento. (...) porque yo era como que deje muchas cosas de lado, también a mis amigas, también a esta gente, entonces igual a mi misma familia, como que deje de compartir con ella y todo eso entonces igual eso sentía que me estaba haciendo peor.” Adolescente N°4.*

*“A veces yo digo: ‘ya, sabes qué?, ya, shh, no quiero, no quiero pelear, chao, me voy’, salgo del taller, me distraigo, vuelvo y vuelvo normal”. Adolescente N°5*

#### **1.2.4. Cambios en las relaciones interpersonales.**

Los adolescentes del estudio manifestaron en su mayoría que también habían experimentado cambios en sus relaciones interpersonales, los que se expresaron en sus relaciones con los pares, en sus relaciones de pareja y en sus relaciones con los padres.

Con respecto a la relación con sus pares, algunos adolescentes indicaron una mayor apertura con sus amigos, desenvolviéndose más fácilmente en las interacciones sociales y compartiendo más con éstos.

*“Era un tipo tímido que estaba metido en el celular porque no tenía nada más que hacer, y me había dado ahora (...) que yo ya no pasaba solo en los recreos.” Adolescente N°1.*

*“Una vez escribí una cosa en la puerta de la sala, que decía: ‘sola, porque nadie la quiere aceptar’, algo así (...), ahora sí tengo amigos.” Adolescente N°2*

Asimismo, otros adolescentes mencionaron que sus relaciones de pareja también habrían mejorado, pudiendo tomar decisiones más adecuadas para sus problemas y logrando desarrollar relaciones amorosas más saludables.

*“Cuando estuve pololeando anteriormente con otra persona yo cambié mucho mi carácter a ser como, muy dejar que él como sobrepasara mis límites así como que podía estarme no se diciendo cosas feas delante mío y me iba quedar callada (...) por lo mismo yo termine con esa persona (...) lo que hablé con ella (psicóloga) me hizo darme cuenta que tampoco podía ser tan tonta en ese sentido” Adolescente N°4.*

En cuanto a los cambios en las relaciones con sus familiares, algunos adolescentes señalaron que lograron un acercamiento con éstos, mejorando la comunicación y compartiendo más con ellos.

*“En la casa, ehh, con mi mamá. Porque cuando yo llegaba frustrado del colegio me la agarraba con mi mamá. Con mi mamá no le pegaba ni le respondía mal, pero sino que no hablaba. Me quedaba callado, entonces mi mamá me preguntaba algo y yo decía ‘ah sí’. Entonces no andaba como con ganas. Entonces él me aconsejó que yo también hablara con mi mamá porque mi mamá es también como mi amiga po. Que me enseñó a contarle todo.” Adolescente N°3*

*“O sea con mi mamá no más, que mi mamá no sé, mi mamá yo no hablaba nada, no hablaba nada, si llegaba del colegio y me iba para mi pieza porque no, no quería hablar con ella! (...) ahora yo le digo (...),es que cambiamos las dos porque antes mi mamá yo peleaba a cada rato con ella.” Adolescente N°5*

### **1.2.5. Cambios afectivos.**

Gran parte de los adolescentes del estudio manifestaron cambios en lo afectivo, experimentando un mejor estado de ánimo, disminuyendo emociones de tristeza y aumentando su deseo de vivir y disfrutar la vida.

*“Siempre que me veía, me veía feliz. (...) y me gusta ser alegre.” Adolescente N°1*

*“En ese tiempo yo lloraba mucho, lloraba todo los días (...), pero ahora como que no lloro tanto, o sea no lloro en realidad, hace tiempo igual que no lloro porque me siento mucho mejor.” Adolescente N°4*

*“Ya no quiero matarme, sino quiero seguir viviendo para disfrutar” Adolescente N°2*

Asimismo, algunos adolescentes indicaron que adquirieron una mayor conciencia acerca de las situaciones que les causaban malestar, siendo más reflexivos, lo cual les permitió lograr un mejor manejo de sus emociones y contar con mayores herramientas para el enfrentamiento de problemas.

*“Entonces él me ayudó a adaptarme. Cuando un profesor me decía algo yo al final le terminaba hablando bien. Cuando yo necesitaba, no sé po, ayuda, él me enseñó a que yo tengo que ir donde un profesor y pedirle ayuda, y que si yo le pido ayuda, el profesor me va a ayudar po.” Adolescente N°3*



*“Si ahora yo me enojo, ya, me enojo y tengo una pelea con una compañera, yo ya me voy, pienso, respiro y vuelvo y le digo: ‘oye, perdón, es que sabes qué?, estoy enojada y me pasó esto’, y mi compañera me va a decir: ‘ya, si no importa, disculpa’. (...) antes no era así porque antes como me tenían mala me iban a responder y yo les iba a responder y ahí va a empezar todo”. Adolescente N°5*

### **1.2.6. Cambios a nivel familiar.**

Además de los cambios descritos anteriormente, varios adolescentes indicaron que también integrantes de su familia tuvieron cambios a partir del proceso de psicoterapia, los cuales incidieron favorablemente en sus respectivos logros. Estos cambios tuvieron relación con una mayor comprensión hacia los adolescentes de la familia, así como también, con una mayor preocupación y acercamiento hacia éstos.

*“Hubo una sesión en que entró mi hermano, y esa sesión como que hizo muy bien entre nosotros dos. Yyy después de esa sesión, aparte que mi hermano entendió muchas cosas eee de cómo yo era, eee nuestra relación mejoró mucho y hasta hoy sigue así.” Adolescente N°2.*

*“Y mi mamá sí entendió eso porque me preguntaba que cómo estaba todos los días, antes no hacía eso, antes ni siquiera me pescaba y era así de literal, no me pescaba porque estaba en el trabajo o porque tenía que cuidar a mi mami.” Adolescente N°5.*

De esta manera, se observa que la psicoterapia generó cambios no sólo en los adolescentes, sino que de acuerdo con lo señalado por éstos, el proceso psicoterapéutico habría favorecido cambios más amplios que involucraron a integrantes de sus familias, haciéndoles cambiar su actitud y percepción hacia los adolescentes y sus problemas.

### **1.3. Caracterización de la relación terapéutica por parte de los adolescentes.**

Como se ha mencionado con anterioridad, para los adolescentes del estudio la relación terapéutica que desarrollaron con sus terapeutas fue importante para modificar su actitud hacia la psicoterapia, posibilitando el trabajo psicoterapéutico, mostrándose más receptivos a su modo de trabajo, con el consecuente logro de objetivos y valoración del proceso psicoterapéutico.

Se revisará entonces a continuación el modo en que los adolescentes caracterizaron la relación que sostuvieron con sus terapeutas, dando cuenta de la apreciación que tuvieron de ésta, la manera en que se visualizaron a sí mismos en esta interacción, la visión que se formaron de sus psicólogos, así como también aquellos elementos que favorecieron o dificultaron la relación terapéutica.

#### **1.3.1. Apreciación de la relación terapéutica.**

Cinco de los seis adolescentes del estudio señalaron que desarrollaron una buena relación con sus terapeutas, logrando una relación empática, cercana y de confianza. Esta relación de acuerdo con los adolescentes, se fue desarrollando de manera progresiva a medida que transcurría el proceso de psicoterapia, desde una primera impresión de afinidad, hasta llegar a ser vista como una relación especial y diferente a cualquier otra, en donde los adolescentes se sintieron escuchados y validados, al mismo tiempo que ellos escucharon y validaron también a sus terapeutas, siendo una relación de reciprocidad, en la que ambos se abren al trabajo psicoterapéutico.

*“Eh, positiva, definitivamente (...) La buena onda, porque estaba dispuesto a llevarme (...) Cada vez le fui tomando más confianza.” Adolescente N°1.*

*“Buena!, sí, eh, sabe escuchar”. Adolescente N°5.*

*“Que fue súper buena, porque por fin una persona me pudo ver como yo era en realidad, no como otra persona que yo no era”. Adolescente N°2.*

*“Si yo le dije eso al final, que me había gustado mucho que él me tomara de esa forma, que como un psicólogo y dejar como esa brecha entre un psicólogo y un paciente, sino que él se pudo abrir más y porque él sabía que yo tenía más cosas guardadas”. Adolescente N°3.*

Esta relación fue asimismo descrita por algunos adolescentes como horizontal, en donde tanto terapeutas como adolescentes participaron en mutua colaboración en el trabajo psicoterapéutico, siendo también una relación recíproca.

*“Trabajamos como tres veces, él lo anotó y hasta ahí quedó, y la última vez cuando yo vine, (...) ahí me dio el informe y lo revisamos y me dijo: ‘¿tenís algún problema?, ¿querís que le cambie algo?’, no, estaba todo súper bien (...). Él incluso antes que me lo pasaran, lo leímos. Me dijo: ‘si no me lo llevo a cambiarlo’. Y yo le dije que estaba súper bien en todo.” Adolescente N°3.*

Por el contrario a lo señalado por la mayoría de los adolescentes, una de éstas indicó que mantuvo una mala relación con su terapeuta, con quien no logró desarrollar una cercanía y confianza mínima para facilitar el trabajo psicoterapéutico, sosteniendo una relación distante.

*“No sentí como ese afecto que un psicólogo debería tener hacia su paciente, no sé si me entiende, como, un pequeño acercamiento aunque sea po a mí”. Adolescente N°6.*

Para que la relación terapéutica entre los adolescentes y sus terapeutas se desarrollara, los adolescentes describieron tanto la manera en la cual ellos aportaron con sus características y actitudes hacia el terapeuta, así como las características personales y profesionales de sus psicólogos, lo cual se revisará a continuación.

### 1.3.2. Caracterización del adolescente.

La mayoría de los adolescentes del estudio manifestaron que contribuyeron al desarrollo de la relación terapéutica, manteniendo una actitud colaboradora y abierta hacia su terapeuta, siendo transparentes en las temáticas abordadas en sus conversaciones con sus psicólogos, y otorgándose a sí mismos la posibilidad de trabajar junto a sus terapeutas, mostrándose dispuestos al trabajo terapéutico.

*“ Yo creo que fui súper, le hable todo, le conté todo, trate de ser, por ejemplo ella me decía lee y yo leía, era como yo siempre trate de ser bien directa y bien sincera en todo, contar cómo eran las cosas, decir cómo me sentía”. Adolescente N°4*

*“Estaba dispuesto a, o sea, estaba consciente de que me iba a poder ayudar y que estaba dispuesto a que todas las herramientas que me daba, me, me iban a ser bien”. Adolescente N°1.*

*“Ella quería conocerme como yo era, no como no tener otra vista de otras personas, (...) porque sentía que podía empezar de nuevo con otra persona”. Adolescente N°2.*

Estas conversaciones con los terapeutas fueron valoradas positivamente por gran parte de los adolescentes, manteniendo una actitud de escucha y respeto hacia lo que les decía su psicólogo.

*“Yo llegaba y le habla, le decía: ‘oye te traje esto’, y empezábamos como a debatir del tema que se podía cambiar, y eso. Porque al final, me di cuenta que eso me hacía bien po.” Adolescente N°3.*

*“Yo quedo así como que tiene razón, por algo me está diciendo las cosas como son”. Adolescente N°4.*

### 1.3.3. Caracterización del terapeuta.

Los adolescentes en su mayoría destacaron como característica principal, la simpatía de su terapeuta, quien se mostró con un estado de ánimo positivo y de bienestar en el trabajo psicoterapéutico.

*“Me decía las cosas y igual era súper chistosa en ese sentido, o sea era como súper alegre la encontraba yo o sea le gustaba reírse” Adolescente N°4*

*“Es que me caía bien ella, y era, me sentía cómoda hablando con ella” Adolescente N°5.*

Sin embargo, para una de las adolescentes esta característica no fue suficiente para desarrollar una buena relación con su terapeuta, siendo esta característica la única positiva que describió de su psicóloga, puesto que de acuerdo a lo que mencionó, su terapeuta estuvo más centrada en las actividades de la sesión, que en lo que le sucedía a ella como paciente.

*“Eh, se ríe bastante, eso fue igual lo que me llamó la atención, que se ríe bastante, pero más allá de esa no encontré más (...). O sea ella era simpática, pero el problema era que solamente me decía: ‘completa esto, completa esto’, y no me preguntaba: ‘¿oye, cómo estás?, ¿cómo te ha ido?’, nada”. Adolescente N°6.*

Para el resto de los adolescentes, su terapeuta además de ser simpático/a, fue considerado sincero y transparente para abordar los temas en sesión.

*“Que es como psicóloga súper directa, o sea, y lo es, como súper directa para decir las cosas” Adolescente N°4.*

*“Él te dice las cosas como son en la vida. Como son, como son, las cosas claras”. Adolescente N°3.*

Asimismo, el terapeuta se caracterizó porque sostuvo un buen trato con los adolescentes, destacando su cordialidad y respeto en la manera de relacionarse.

*“Pero yo, por lo menos, me gustó harto. Me gustó mucho como me recibió.”  
Adolescente N°3.*

*“Porque si uno trata bien a una persona obvio la otra persona va a estar bien y va a sentirse bien y va a sentir que sí funcionó”. Adolescente N°5.*

De igual manera, los adolescentes en general expresaron que sus terapeutas demostraron interés y compromiso por sus problemáticas, manifestando preocupación y dedicación por ellos, demostrándoles confianza en sus recursos personales.

*“Porque le conté sobre un problema que tenía en el colegio y a él le encantó esa sesión. Y a mí también porque me pude, le pude contar a alguien eso”  
Adolescente N°1*

*“Yo llegaba y le decía cómo me sentía y eso po, y a veces igual como que nos salíamos del, del este, para terminar de contarle lo que pasó porque, de, porque estábamos haciendo la actividad y ella me preguntaba “cómo te fue en el colegio?” y yo le contaba cómo me había ido en el colegio y lo que yo sentía, entonces era salirse del, de la actividad.” Adolescente N°5*

No obstante, en el caso de la adolescente que sintió que no logró una buena relación terapéutica, su psicóloga fue descrita como desinteresada, encontrándose más preocupada de su caso como parte de un proceso de investigación, que como parte de un proceso psicoterapéutico. Asimismo, la terapeuta fue caracterizada como una figura lejana a la vida de la adolescente.

*“Eso es lo que yo sentí, que estaba más en: ‘ah, hay que hacer el proyecto, hay que entrevistar a la niña y vamos a ver lo que sale’ (...). Sentía que era como una extraña que me estaba haciendo una sesión” Adolescente N°6*

Por otra parte, para gran parte de los adolescentes el terapeuta fue descrito como una figura que validaba sus experiencias, pensamientos y emociones, otorgándoles un espacio terapéutico que promovía la expresión libre de éstos, generándoles tranquilidad y comodidad.

*“Si a mí me molestaba algo y daba buenos argumentos como para defender lo que yo estaba pensando, ella me decía sí, que estaba como bien, de parte de mi lado. Que entendía mi cabecita.” Adolescente N°2*

*“Yo podía hablar y hablar y él me escuchaba y escuchaba. Yo iba soltando todo lo que sentía po, entonces ahí me sentía como más tranquilo po” Adolescente N°3.*

*“Me sentía cómoda hablando con ella y, porque me escuchaba entonces era, era porque, es que a mí me gusta hablar eso sí es de, a mí me gusta hablar siempre y sentía que me sentía escuchada, no como en la otra psicóloga” Adolescente N°5.*

Estas cualidades positivas del psicólogo descritas fueron fortaleciendo la cercanía y confianza entre los terapeutas y los adolescentes, por lo que algunos de éstos últimos, manifestaron que desarrollaron con sus psicólogos una relación similar a una amistad.

*“Pero no sé, es que más que como psicólogo fue como una amistad súper agradable poder hablar (...) Yo podía hablarle todo lo que yo quisiera y él me*

*entendía. Entonces era más como un amigo que como un psicólogo”*  
*Adolescente N°3.*

Además, algunos adolescentes valoraron a su terapeuta como un buen profesional, que realiza su trabajo de manera eficiente y que posee un determinado conocimiento para abordar las problemáticas por las cuales ellos asistieron a psicoterapia.

*“Que él es muy buena persona como psicólogo, o sea, un muy buen profesional (...). Él igual, por saber psicología, él sabe lo que uno está pasando, mientras uno le dice. Pero él, él da como tips para las cosas de la vida, dependiendo obviamente, porque a mí me ayudó con cosas para mí. (...) Yo pienso que era un buen psicólogo.”* Adolescente N°3.

#### **1.3.4. Elementos que facilitaron la relación terapéutica.**

Los adolescentes por lo común manifestaron que uno de los elementos que más facilitaron la relación terapéutica fue la confianza que fueron desarrollando por sus terapeutas, siendo ésta fundamental para que pudieran expresar sus problemáticas a sus psicólogos.

*“En confianza, o sea, yo sentía que yo podía decirle las cosas y ella igual me iba responder por lo que pensaba.”* Adolescente N°4.

Esta confianza se vio facilitada, a su vez, por la capacidad de escucha que visualizaron los adolescentes en sus terapeutas.

*“Que eee entre más confianza es mejor, porque uno se siente como por fin puedo hablar con alguien de esto.”* Adolescente N°2



Asimismo, la confianza que lograron con sus terapeutas se hizo posible porque éstos se mostraron preocupados por conversar los temas que para los adolescentes eran significativos.

*“Pude tener una persona que él me hable, yo le hable, entonces eso igual me gustó harto.” Adolescente N°1*

Además, para algunos adolescentes esta confianza se vio facilitada debido a cierta percepción de similitud con sus terapeutas.

*“Me derivaron con un psicólogo que se pareciera a mí po”. Adolescente N°3*

*“Eee como que teníamos la misma forma de pensar.” Adolescente N°2*

Finalmente, para algunas adolescentes fue importante que su terapeuta fuese del mismo género, lo cual contribuyó a esta percepción de similitud.

*“Fue fue bonito conocerla porque aparte que era mujer.” Adolescente N°2*

*“Yo anteriormente estuve con otro psicólogo en otro lado y a mí no me gustaba (...) él era hombre y yo no podía hablar con él porque no me sentía muy en confianza (...) entonces mi mamá, yo le decía que me buscara una psicóloga que fuera mujer y ahí, o sea, ella, incluso la psicóloga y la psiquiatra son mujeres.” Adolescente N°4*

### **1.3.5. Elementos que obstaculizaron la relación terapéutica.**

Excepcionalmente una de las adolescentes del estudio manifestó ciertas situaciones que dificultaron su relación con su psicóloga. Esta adolescente señaló que no logró desarrollar cercanía ni confianza con su terapeuta, debido a que percibió cierto

desinterés por parte de ella, quien se mostró más interesada por las actividades que se realizaban en sesión, que por los temas que ella planteaba.

*“Era como que tuviera que hacer su trabajo no más, ‘vengo a hacer mi trabajo y nada más’, quizás ella no se daba cuenta pero yo lo sentía así de esa manera.”  
Adolescente N°6*

De igual modo, este desinterés percibido por la paciente fue reforzado por la sensación de la priorización de la terapeuta por otras prácticas ajenas al proceso psicoterapéutico.

*“Es que cuando estaba haciendo una sesión, a veces pasaba pegada en el teléfono, respondiendo o llamando, entonces eso fue lo que a mí un poco me molestó, porque me decía: ‘disculpa’, pero yo le decía: ‘pero estoy en una sesión’, y se ponía ahí a chatear (...). Ella me pedía así como disculpas: ‘pero es que estoy en algo importante’, y yo como que la miraba y decía: ‘pero yo no tengo la culpa, yo vengo acá porque usted me tiene que dar la sesión’, entonces eso fue lo que me molestó también un poco.” Adolescente N°6*

Asimismo, para esta adolescente la relación con su psicóloga se vio también obstaculizada dado que percibió que su terapeuta habría sido reiterativa en los temas abordados, lo cual reforzó su percepción de desinterés hacia ella y produjo un distanciamiento emocional.

*“Que yo sé las cosas que están mal y las cosas que están bien pero me las recalcan a cada rato y no sentí como ese afecto que un psicólogo debería tener hacia su paciente”. Adolescente N°6*

Por último, las técnicas utilizadas para realizar las intervenciones psicoterapéuticas fueron evaluadas negativamente por la adolescente, dado que

habrían acentuado las dificultades en la relación terapéutica al haber reducido las interacciones entre ella y su terapeuta.

*“Es que para mí, yo pensé que ella por lo menos, aparte de, de lo que tenía que hacer en el computador me diría “cómo te ha ido o cómo te has sentido?” cosas que los psicólogos preguntan pero no fue casi nada así.” Adolescente N°6*

## **2. Análisis de la visión de los terapeutas acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.**

### **2.1. Evolución del proceso psicoterapéutico de los adolescentes.**

#### **2.1.1. Reticencia inicial de los adolescentes para participar del proceso de psicoterapia.**

Al comienzo del proceso de psicoterapia, los terapeutas identificaron que los adolescentes asistieron tras ser derivados por otros adultos, ya sea por el colegio, por otros profesionales de salud o por sus padres, por lo que en ese momento la motivación para que los adolescentes asistieran a psicoterapia fue externa.

*“En el colegio habían detectado que estaba con algunas dificultades, consultaron (los padres) con médico general y el médico general la derivó a psiquiatra y psiquiatra le recomendó psicología”. Terapeuta N°4.*

*“El colegio lo deriva para acá. Ellos solicitan (...) venir a, al psicólogo. Entonces por eso él viene acá.” Terapeuta N°3.*

Esta motivación externa que los terapeutas reconocieron, se tradujo para ellos en ciertas resistencias iniciales en varios adolescentes, quienes de acuerdo a la visión de los psicólogos, no tenían expectativas o no mantenían una motivación clara acerca de

su participación en el proceso de psicoterapia. Asimismo, los terapeutas identificaron en los adolescentes cierta desconfianza y visión negativa acerca de la figura del psicólogo.

*“Es que ella venía casi obligada. Ella no quería, no quería venir. Encontraba que era como de locos, y ella no estaba loca. (...) al principio claro, bien a la defensiva (...), pensaba que eee todo lo que yo le hacía era como que le iba a decir al papá” Terapeuta N°2.*

*“Tenía igual algunas expectativas. Como que no, que son pesados (...), que podía ser así la situación, como que lata ir al psicólogo.” Terapeuta N°3.*

Esta visión negativa de la figura del psicólogo, habría estado influenciada por experiencias previas que los terapeutas reconocieron en los adolescentes o por la visión de personas cercanas a éstos, las cuales habrían sido evaluadas de manera negativa.

*“Ahora ella había tenido una experiencia de psicoterapia previamente, ah, en el 2012, ehm, pero dice que fue a pocas sesiones, fue como a seis sesiones y que lo dejó porque no le gustaba” Terapeuta N°4.*

*“Él igual era bastante resistente con respecto a la psicoterapia (el padre). Él me confesó de que, de que tenía esta percepción de que el psicólogo no sabía si servía o no servía” Terapeuta N°1.*

No obstante, y a pesar de estas resistencias iniciales y de las motivaciones externas para que los adolescentes asistieran a psicoterapia, los terapeutas fueron observando posteriormente un cambio en la motivación para participar del proceso psicoterapéutico, situación que se revisará a continuación.

### **2.1.2. Modificación de la actitud inicial de los adolescentes hacia la psicoterapia.**

Los terapeutas en su mayoría manifestaron que los adolescentes fueron modificando su actitud hacia la psicoterapia a medida que fueron desarrollando confianza con ellos, indicando que algo que habría contribuido, fue el haber mantenido una actitud receptiva a sus temáticas particulares por sobre aquellas por las cuales fueron derivados en un comienzo, aclarando ciertos prejuicios acerca del proceso psicoterapéutico. Esto favoreció, según la mirada de los terapeutas, que los adolescentes visualizaran la terapia como un espacio propio, lo que a su vez favoreció la motivación de éstos para mantenerse en psicoterapia.

*“Bueno, entramos en esto de, de que no estaba loca en verdad, y que no por venir al psicólogo estaba loca. Entonces como que ahí de a poco fue viendo que, eee, que podía tener un espacio pa ella, no algo como obligado” Terapeuta N°2*

*“Si se quiere, había una motivación inicial, que era un requisito del colegio, por eso el viene acá a la última institución, a trabajar conmigo y aparte él tenía su motivación personal, que eso después se dio con el tiempo (...). También creo que estuve súper receptivo a lo que él pudiese decirme, entonces: ‘si te parece o no, qué piensas’” Terapeuta N°3.*

Además de esta actitud receptiva hacia los adolescentes, gran parte de los terapeutas indicaron que para que éstos fueran modificando su reticencia inicial al proceso de psicoterapia, consideraron que fue necesario brindar un contexto en donde se sintieran aceptados, evitando actitudes que pudieran visualizar como amenazantes o enjuiciadoras.

*“Que ella podía hablar de sus cosas, y que no se le juzgaba, en que, en que además eh las cosas que ella decía quedaban dentro de ese vínculo.” Terapeuta N°4.*

De este modo, el contexto de aceptación que los terapeutas brindaron a los adolescentes, fue desde su perspectiva favoreciendo que éstos se fueran sintiendo cómodos, seguros y en confianza para abordar sus problemas, posibilitando el desarrollo de la relación terapéutica y, con ello, una mayor apertura por parte de los adolescentes.

*“Y después fue como, como agarrando más, más, más como confianza y fue planteando las cosas, porque al principio era como de escuchar no más, yo creo que la primera y las dos sesión era más de escuchar, y después ya ella se fue abriendo más, más activa, más lúdica, se soltó” Terapeuta N°6*

Con el desarrollo de una relación de confianza y la modificación de la motivación inicial para asistir a psicoterapia, los adolescentes, de acuerdo con sus terapeutas, comenzaron a aumentar su colaboración y participación en el proceso psicoterapéutico, lo que favoreció abordar las problemáticas particulares, con el consecuente logro de objetivos y valoración del espacio psicoterapéutico.

### **2.1.3. Valoración del espacio psicoterapéutico por parte de los adolescentes.**

Los terapeutas señalaron en su mayoría que evaluaron de forma positiva la efectividad de la psicoterapia, indicando que ésta ayudó al adolescente a cambiar, permitiendo la resolución de su motivo de consulta, puesto que se habrían logrado los objetivos terapéuticos propuestos.

*“Entonces cada uno de los, de los motivos por los cuales él llega acá, se cumplieron a cabalidad. A él se le da de alta porque se cumplen cada uno de los objetivos. Totalmente cumplidos”. Terapeuta N°1.*

*“Pa’ mi el éxito fue el que él (...) percibía cambios, veía que estaba avanzando, veía que, que mejoraba, (...) entonces para mí eso ya, ya era como el éxito en el fondo”. Terapeuta N°3.*

Esta efectividad de la psicoterapia habría sido evaluada positivamente aún en los casos de deserción terapéutica, por lo que para los terapeutas de éstos procesos terapéuticos, la psicoterapia ayudaría a cambiar a pesar de quedar inconclusa.

*“Haberme dicho que en realidad no necesitaba seguir viniendo (...), estaba mejor de que como llegó, o sea, yo en la última sesión que tuvimos (...), se sentía mucho mejor que en la primera”. Terapeuta N°6.*

Asimismo, esta efectividad trascendería más allá de los logros alcanzados en el proceso psicoterapéutico, por lo que para algunos de los terapeutas la psicoterapia ayudaría también al paciente para el futuro.

*“Yo creo que el crecimiento personal yo creo que le permitiría a él resolver ciertas dificultades que se le presenten.” Terapeuta N°1.*

Asimismo, los terapeutas señalaron en su mayoría que el espacio terapéutico llegó a ser visualizado por los adolescentes como un espacio especial y distinto de otros contextos, en el cual pudieron expresarse libremente, manifestando sus emociones abiertamente, siendo también considerado como un lugar de desahogo y descarga.

*“Creo que ella sintió que esto es un espacio para ella y que ella podía hablar de sus cosas”. Terapeuta N°4.*

Además, esta evaluación positiva del proceso psicoterapéutico por parte de los terapeutas, produjo sentimientos de satisfacción personal en gran parte de ellos, quienes se mostraron contentos por ser partícipes del cambio psicoterapéutico de los adolescentes, demostrando también su preocupación por el logro que éstos pudiesen alcanzar.

*“Él se sentía súper bien, eh, yo también me sentía, eh, como súper contento por él, porque se habían logrado los objetivos, porque él se notaba una persona distinta, porque él fue creciendo en el trabajo terapéutico, y por eso fue tan exitoso también”. Terapeuta N°1.*

*“La verdad es que me quedo como bien contento en ese sentido porque él fue el que, como que lo veía avanzar en verdad. Y él me contaba más o menos que estaba avanzando, entonces por eso yo creo que a lo menos lo que se conversó, lo que yo le comentaba y lo que él traía lo elaboró bien. Tuvo buenos resultados.”  
Terapeuta N°3*

De este modo, con el logro de objetivos terapéuticos y la valoración positiva de la efectividad de la psicoterapia, varios terapeutas reconocieron que tanto para ellos mismos como para sus pacientes, el proceso de psicoterapia llegó a constituir una experiencia positiva, en donde los adolescentes asistían a gusto, siendo una experiencia agradable y entretenida para ambos.

*“De a poco fue viendo que (...) podía tener un espacio pa ella (...). Al final venía casi feliz”. Terapeuta N°2.*

*“Entonces le comenté (...) que era súper agradable trabajar con él”. Terapeuta N°3.*

#### **2.1.4. Término del proceso de psicoterapia.**

Por lo general, para los terapeutas el término de la psicoterapia estuvo asociado al alcance de los objetivos por los cuales se trabajó en psicoterapia, mostrando satisfacción por el cambio psicoterapéutico de los adolescentes.

*“Sentí que cumplimos con cada uno de los objetivos, y los padres también*



*estuvieron muy contentos respecto de, de los avances que había mostrado, y que ellos estaban conforme y estaban de acuerdo con cada una de las razones que yo les di para dar cuenta de que, de que él podía dar de alta, se podía dar de alta". Terapeuta N°1.*

De acuerdo con gran parte de los terapeutas, este cierre del proceso habría sido también vivenciado por los adolescentes de manera positiva, puesto que también habrían evidenciado sus avances, dando cuenta del acuerdo existente entre ambos acerca del término de la psicoterapia.

*"Él ya estaba viendo las diferencias (...), por eso yo creo que fue mutuo, como que los dos dijimos: 'en verdad, ¿vale la pena, hay algo más que darle vuelta o estamos como bien?'" Terapeuta N°1.*

De este modo, el hecho de que los adolescentes hayan observado sus avances, manteniendo una visión positiva del proceso psicoterapéutico, habría posibilitado, de acuerdo con la visión de la mayoría de los terapeutas, que éstos lograsen visualizar la posibilidad de retornar a psicoterapia si es que lo necesitasen a futuro.

*"Yo creo que quedó con la idea de que igual es su espacio, es para él, entonces pa' abordar problemáticas con alguien que está como dispuesto a trabajar en eso. Creo que eso igual lo va a considerar en el caso que él necesitara (...), como que sabe también (...) en qué consiste venir al psicólogo". Terapeuta N°3.*

No obstante lo anterior, gran parte de los terapeutas indican también que si bien los adolescentes van tomando consciencia de los logros obtenidos en psicoterapia, el planteamiento del alta terapéutica suele generar ambivalencia debido al término de la relación terapéutica, la cual intentarían preservar.

*"Cuando le dije: 'ya, esto está terminando, igual iba a estar terminando la*

*terapia', me dijo que, o sea igual se puso un poco triste, me dijo que igual le daba lata porque él pensaba que, que fue súper bonita la relación terapéutica que hubo". Terapeuta N°1.*

*"Me quería agregar a Facebook (...). Ella se sentía muy triste". Terapeuta N°2.*

De este modo, varios terapeutas señalaron la importancia de que el cierre del proceso terapéutico se vaya dando de manera progresiva para que los adolescentes puedan asimilarlo de mejor manera, explicándoles los motivos por los cuales se considera el alta terapéutica y reforzando sus propias habilidades para resolver eventuales problemas.

*"Yo como dos o tres semanas antes de, para no hacer tan brusco la separación yo le comenté de que, que ya éstas eran prácticamente las últimas semanas que nos íbamos a ver (...). Yo le dije que, que era súper bueno el hecho de, de dar de alta, o sea, porque daba cuenta de un cambio, de un mejoramiento". Terapeuta N°1.*

*"Nos veíamos cada 15 días, o sea lo terminamos mucho después, estuvimos como casi 2 meses así (...), nos dimos el tiempo de que ella pudiera también alejarse de a poco, que no era como una despedida, sino que era un proceso que se estaba terminando y que eee era bueno también que ella pudiera eee ver las cosas que, que también podía seguir sola". Terapeuta N°2.*

Es así, que gran parte de los terapeutas señalaron que este trabajo de cierre terapéutico en el que se refuerzan los avances alcanzados por los adolescentes, así como sus capacidades para resolver eventuales dificultades por sí mismos, permitió que finalmente llegasen a comprender y aceptar el cierre del proceso de psicoterapia y el cese de la relación terapéutica.

*"Yo igual le dije (...) que él ya tenía las herramientas, (...) con más herramientas*

*para salir al mundo, para no venir más acá. Y él se lo tomó de buena manera (...), ahí se dio cuenta también de que en realidad él, el dar de alta no era una cosa de otro mundo, que era algo totalmente comprensible". Terapeuta N°1.*

*"Hubieron como 2 o 3 semanas que no nos vimos (...) y cuando volvió, se sintió muy bien, me dijo que no me había echado de menos". Terapeuta N°2.*

Por otra parte, para dos terapeutas del estudio el proceso de término habría sido repentino, puesto de acuerdo con la visión de las terapeutas, las adolescentes abandonaron la psicoterapia sin dar razones claras de la discontinuidad.

En uno de los casos, la terapeuta visualiza que la adolescente no habría sido directa para manifestar las razones de su abandono, buscando según su parecer, excusas para justificarse. En este caso, fue otra persona distinta a la psicóloga, quien realizó el seguimiento del caso.

*"La seguimos buscando (...), pero nunca dio una razón frontal, nunca, nunca decir: 'no, no quiero ir más, me siento bien', más ahí, en el fondo era como más bien de que: 'no, que en realidad tengo muchas pruebas, no tengo tiempo', (...) la llamaba (...) la que agendaba las horas". Terapeuta N°5.*

Asimismo, la terapeuta señaló que características de la etapa evolutiva de la adolescente habrían hecho de la paciente una persona influenciada por las opiniones de otras personas, quienes le habrían recomendado no continuar asistiendo.

*"Me da la impresión de que se puso a pololiar y que (...) el pololo le dijo así como que: '¿para qué vienes?'(...). Yo creo que ella más que nada, una cosa más bien de, de una cosa de la edad también, de ser como más, no sé si influenciada pero, pero más permeable (...) a lo externo, entonces podría haber sido el pololo, podría haber sido la amiga, podría haber sido otra cosa". Terapeuta N°5.*

En el otro caso en que el término de la psicoterapia fue debido a una deserción, la terapeuta manifestó que la adolescente habría dejado de asistir porque se habría sentido mejor y habría priorizado otras actividades.

“O sea yo creo que lo que, lo que desfavoreció quizás fue fin de año, mira, 11 de noviembre, sí, estaba como, como fin de año, realmente con mucho trabajo y yo creo que se sentía mejor y priorizó otras cosas.” *Terapeuta N°6.*

Además, la terapeuta señala que su asistente intentó contactarla para que retomase la psicoterapia, pero que la adolescente le habría dado excusas para no volver a asistir.

*“La llamaron y no, que fin de año, que paseo, no sé qué y adiós, ya se va.”  
Terapeuta N°6.*

## **2.2. Contenido del cambio psicoterapéutico en los adolescentes.**

De acuerdo con lo manifestado por los terapeutas en su mayoría, los adolescentes experimentaron cambios relacionados con una nueva manera de ver sus problemas, lo que conllevó a su vez a cambios en la manera de sentirse, en sus actitudes, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales. Estos cambios llevaron también a cambios en la familia y en el contexto escolar de los adolescentes.

Se revisan a continuación los cambios que los terapeutas identificaron.

### **2.2.1. Cambios cognitivos.**

Todos los terapeutas del estudio dieron cuenta de que los adolescentes experimentaron cambios en el modo de ver sus problemas, adquiriendo una nueva forma de ver los conflictos, dándoles un nuevo sentido a éstos.

En este sentido, los terapeutas indicaron que los adolescentes ampliaron su perspectiva acerca de los problemas, visualizándolos de manera más positiva, siendo más reflexivos y conscientes de sus propias dificultades y conductas inadecuadas, así como también de su participación en los problemas.

*“Yo creo que con el paso (...) de las conversaciones ella fue como a lo mejor mirando las cosas con más perspectiva, como más positivamente, y le bajó al perfil a algunas cuestiones”. Terapeuta N°5.*

*“Estaba claro en eso y que en el fondo él tenía que ver (...) Mucho tenía que ver (...) con cómo él lo estaba asumiendo (...). También tenía que ver como con su actitud, y que si bien habían prácticas que a él lo molestaban y todo, igual eh influía mucho él, él en la situación”. Terapeuta N°3.*

Al ser más conscientes de sus dificultades y de la participación en sus problemas, los terapeutas indicaron por lo general que los adolescentes lograron además desarrollar mayores herramientas para la resolución de éstos, así como también, lograron ser más reflexivos, pudiendo pensar antes de actuar de determinada manera.

*“Él ya tenía las herramientas, (...) era lo suficientemente, no sé, eh, distinto o con más herramientas para salir al mundo”. Terapeuta N°1*

*“Aprendió además como a resolver problemas de una manera distinta, porque antes los resolvía impulsivamente, entonces quedaba la embarrada, entonces ahora aprendió como a analizar a reflexionar, (...) a enfrentar las cosas de una manera distinta”. Terapeuta N°4*

Esto a su vez, de acuerdo con gran parte de los terapeutas, posibilitó que los adolescentes se valoraran más a sí mismos, aumentando su sensación de autoeficacia

en la resolución de sus problemáticas, aumentando su independencia en cuanto a la necesidad de psicoterapia

*“Me dijo: ‘oye, me sentí tan bien porque ya sentía que podía hacer mis cosas sola, que como que no te necesitaba tanto’”. Terapeuta N°2.*

### **2.2.2 Cambios Actitudinales.**

Algunos terapeutas describieron que los adolescentes experimentaron cambios de actitud en el proceso psicoterapéutico, los cuales se manifestaron en un aumento en la motivación por realizar cambios en aquellas áreas que les causaban conflictos, generando con ello ciertos cambios en su entorno. Dentro de éstas áreas, los terapeutas señalaron una mejor disposición para estudiar e ir al colegio, un aumento en la motivación para realizar actividades extraprogramáticas, una mayor iniciativa y capacidad para tomar decisiones propias, una mayor proyección hacia el futuro y una mayor autoconfianza.

*“Sé que igual hubo un cambio de actitud, o a lo menos, en relación a las notas, más preocupado, porque ya hacía las cosas como mejor para él’”. Terapeuta N°3.*

*“Se motivó a volver a la iglesia, tenía ganas de ir a zumba’”. Terapeuta N°6.*

*“El papá no la dejaba internet, nada de estas cosas, pero ella igual se las rebuscaba y siento que eso también la hizo cambiar hartito (...), hasta llegó a ser secretaria como de curso, cosa que era casi inimaginable (...) Como que ella se empezó a relacionar de otra manera como con su entorno (...) Llegó a ser secretaria, entonces proponía cosas delante de su curso’”. Terapeuta N°2.*

### **2.2.3. Cambios Comportamentales.**

Para algunos de los terapeutas del estudio, los cambios que presentaron los adolescentes se visualizaron también en el comportamiento de éstos. Estos cambios se manifestaron en una mayor expresión y verbalización de los adolescentes de sus emociones y opiniones, siendo más resolutivos, una mejora en el rendimiento escolar y en una mejora en los hábitos de alimentación.

*“(Aprendió a) Acercarse a los profesores y decirles ‘profe en verdad me complica esta nota, quiero subirla, quiero mejorar esta situación’”. Terapeuta N°3.*

*“El año pasado tenía problemas de repitencia, (...) estaba subiendo las notas, y a la actualidad, eh, cuando le di de alta, (...) él estaba pasando de curso”. Terapeuta N°1.*

*“Ella estaba muy feliz, porque (...) empezó a bajar de peso. Ya, eso de la complicación de la comida ya no era tema, (...) pudo regularse, (...) tenía sus horarios para comer.” Terapeuta N°2.*

### **2.2.4. Cambios en las relaciones interpersonales.**

Los terapeutas por lo general señalaron que los adolescentes realizaron cambios en la manera de relacionarse con las demás personas, logrando desenvolverse mejor con sus pares, con su familia y en sus relaciones de pareja. Asimismo, algunos terapeutas indicaron que para los adolescentes también fueron significativos los cambios en la relación que mantuvieron con ellos mismos como psicólogos.

Algunos terapeutas visualizaron que los adolescentes mejoraron la manera de relacionarse con sus pares, pudiendo compartir con sus compañeros y amigos y adaptándose de mejor manera a las situaciones sociales, lo cual habría sido observado además por las personas cercanas a los adolescentes.

*“Compartía cosas (...) con amigos, que antes ella no (...), cero posibilidad de tener algún amigo o amiga (...), que eso fue un logro que yo encuentro el más significativo, porque ella estuvo 2 años sola, sola, sola, (...) porque claro, era bien agresiva también, entonces claro, todos se alejaban de ella. Entonces trabajamos mucho y ella al final, claro, tenía muchos amigos”. Terapeuta N°2.*

*“Dijo así: ‘(...) me llevo mejor con mis compañeros, eh, mis profesores me lo dicen, ehh, mis papás también me reconocen que he cambiado cosas” Terapeuta N°1.*

Por otra parte, algunos terapeutas visualizaron que estas mejoras en las relaciones interpersonales se vieron reflejadas también en el ámbito familiar, logrando un mayor acercamiento e intimidad con integrantes de la familia.

*“Y al final me dijo: ‘yo no pensé que mi hermano iba a reconocer todas las cosas que yo hacía’, porque claro, al final le remarcaban todo lo negativo. (...) Entonces fue bonito, (...) que ellos dos pudieran juntarse, en algún punto que tuvieran algo en común”. Terapeuta N°2.*

*“También los problemas familiares (...), igual hubo un cambio positivo y ella se empezó a sentir más apoyada, con el papá también creo que hubo un acercamiento”. Terapeuta N°4.*

Por otro lado, ciertos terapeutas expresaron que la relación que sostuvieron los adolescentes con ellos como psicólogos, permitió ya sea que los adolescentes encontraran en terapia una nueva manera de relacionarse, o ya sea que percibieran una red de apoyo con la cual contar.

*“Ella (...) como que no me decía las cosas, pero me las decía por debajo, (...) yo trataba de sacarla de ese, como de ese tipo de lenguaje. Entonces a veces como*



*que chocábamos (...), pero siento que al final comprendió que era como (...) otra forma de poder expresarse". Terapeuta N°2.*

*"Yo creo que en principio como una red, (...) como un otro agente ahí, otra red (...) que alivio un poquito su, su sensación de soledad". Terapeuta N°5.*

Finalmente, para algunos terapeutas el cambio en la manera de relacionarse se evidenció también en sus relaciones de pareja.

*"Un tema ahí (...) de pololeo que la tenía un poquito complicada, y después eso, durante ese mes, mes y medio que nos vimos, eh, parece que esa situación empezó apuntar para bien, de hecho él la acompañaba a algunas sesiones".  
Terapeuta N°5.*

#### **2.2.5. Cambios afectivos.**

Algunos terapeutas señalaron cambios afectivos en los adolescentes, describiendo una mejora en el ánimo que conllevó a un sentimiento de mayor bienestar, tranquilidad y alegría, y a una disminución en sus dificultades emocionales.

*"Ella estaba muy feliz". Terapeuta N°2.*

*"Con el paso (...) de las conversaciones ella fue como a lo mejor mirando las cosas con más perspectiva, como más positivamente". Terapeuta N°5.*

*"Yo creo que la ayudó en el sentido de dejar de culparse. Ella tenía mucha culpa porque claro, ella, ella (madre de la adolescente) murió de un cáncer terminal y ella sentía mucha culpa porque creía que le hacía mucho daño a su mamá. Entonces también fue como algo, fue bien reparatorio, en el sentido de que ella pudiera sacar esa angustia que tenía y poder seguir adelante y bien." Terapeuta N°2*

Asimismo, algunos terapeutas señalaron un mejor manejo de emociones por parte de los adolescentes, siendo más reflexivos y menos impulsivos en su actuar.

*“Yo siento que lo más importante fue el manejo también de las emociones, (...) aprender a regular la rabia y controlar un poquito más la impulsividad, creo que, que eso la ayudó mucho porque (...) quedaba la embarrada porque se (...) alteraba y al final no resolvía nada”. Terapeuta N°4.*

#### **2.2.6. Cambios a nivel familiar.**

Algunos terapeutas del estudio indicaron que además de los cambios evidenciados en los adolescentes, pudieron observar cambios en la familia de éstos. Para éstos terapeutas, los cambios se relacionaron con un aumento de las interacciones familiares, lo cual conllevó a mejorar la relación entre los integrantes de la familia. De igual forma, el cambio se expresó en una ampliación de la perspectiva en relación a la problemática del/la adolescente por parte de miembros de la familia, manteniendo una visión diferente a la que se tenía originalmente, flexibilizando la manera de comportarse con los adolescentes.

*“El hermano pudo visualizar a su hermana. (...) Y el hermano me dijo: ‘yo no sabía que mi hermana pasaba por todas esas cosas’. (...) fue una reconciliación entre, entre hermanos”. Terapeuta N°2.*

*“El padre mejoró con respecto a las salidas, al acercamiento y al compartir un poco más (con el adolescente). Y la madre también se puso un poco más flexible, porque ella también igual llegó un poco como exigente, un poco también dura”. Terapeuta N°1.*

## 2.3. Caracterización de la relación terapéutica.

### 2.3.1. Apreciación de la relación terapéutica.

Los terapeutas señalaron en su totalidad que lograron desarrollar una buena relación terapéutica con los adolescentes, la cual se basó principalmente en la confianza que establecieron con éstos, lo que favoreció a su vez que la relación se viese afiada.

*“Siento que hubo una conexión (...). El vínculo era fuerte, que había harta confianza, habían cosas en común, y había una buena relación entre ambos”.  
Terapeuta N°1.*

*“Bastante bien, creo que ella logró, logró establecer un vínculo de confianza, me contó cosas así como bien íntimas de ella.” Terapeuta N°4*

*“Bien, bien, súper bien!. (...) Yo creo que cuando ella pudo o como eh da, contar un poquito más confidencias de ella, de, de algunas travesuras que hacía por ahí, como esas cosas, generó más fiato”. Terapeuta N°5.*

Esta relación de confianza entre los terapeutas y los adolescentes, se desarrolló según los psicólogos de manera progresiva, de manera que los pacientes fueron paulatinamente develando mayores contenidos.

*“Entonces yo creo que fue de a poco (...). Primero el compartir, el hacer cosas en común, o sea, el hecho de compartir algunas cosas y, y eso fue como generando (...) esta relación terapéutica que (...) se fue desarrollando gradualmente y terminó también porque él me confidenciara algunas cosas personales de él”. Terapeuta N°1.*

*“Yo creo que se fue modificando. O sea al principio claro, fue bien, bien distante*

*y con mucha desconfianza. (...) Con el paso del tiempo ella fue (...) sintiéndose más libre”. Terapeuta N°2.*

Algunos de los terapeutas describieron además que la relación que sostuvieron con los adolescentes estuvo basada en la horizontalidad, relacionándose de manera simétrica con éstos, de modo de favorecer la cercanía.

*“Yo nunca quise demarcar esta relación así tan, tan, cómo se llama esto, tan fuerte de que, pucha, yo soy el psicólogo, tú eres mi paciente, no. La relación con él fue bastante, eh, homogénea, fue bastante al mismo nivel”. Terapeuta N°1.*

*“Como que pudiera decir: ‘ella no es solamente la psicóloga’, así como verme casi como mucho más grande, así como lejana. Siento que también había esa cercanía”. Terapeuta N°2.*

Sin embargo, pese a lo anterior, ciertos terapeutas también indicaron la necesidad de establecer límites claros con los adolescentes en la relación terapéutica.

*“Yo creo que ella tenía bien clara la nuestra relación, porque emm no era como de amistad, estaba como claro que no era así, (...) le ponía límites también. (...), me quería agregar a Facebook, todas esas cosas de los adolescentes claro, pero claro, yo le hice ver que en verdad íbamos a perder nuestra, nuestra relación. O sea si llegábamos a ser como amigos eee se perdía nuestra relación terapéutica”. Terapeuta N°2.*

*“Y dije: ‘no po, ahí soy yo el que tengo que poner límites’, porque en el fondo yo soy el terapeuta, no soy amigo, entonces eso igual yo después se lo conversé, claro, no puedo ofrecer mi terapia en horario externo, tengo que ceñirme a un formato”. Terapeuta N°3.*

Por otro lado, algunos terapeutas indicaron además que la relación con los adolescentes se caracterizó también por ser recíproca, empática y de cariño, mostrando comprensión y preocupación por lo que les sucedía a éstos.

*“Yo le decía que entendía también su posición, que entendía el miedo que le provocaba su padre”. Terapeuta N°2*

*“Entonces yo le dije como: ‘¿qué es lo que te parece?’”, también creo que estuve súper receptivo a lo que él pudiese decirme, entonces: ‘¿si te parece o no, qué piensas?. (...) Entonces eso fue bueno también en cuanto a la relación”. Terapeuta N°1.*

*“Uno no se sí se encariña (...), como que le gustaría casi que seguir viendo para ver como: ‘ah, qué bueno, va avanzando y todo’”. Terapeuta N°3.*

De este modo, para algunos terapeutas el hecho de haber mantenido una buena relación con los adolescentes, basada en las características antes mencionadas, favoreció que éstos llegasen a visualizar la relación terapéutica como un tipo especial de vínculo en que llegaron a asimilar a los psicólogos con figuras cercanas a su contexto, asemejándolos en cierta medida con una relación de amistad o hermandad.

*“Bueno de todas formas eso de la cercanía que comentaba (...), de amigo, como de compadres (...), yo creo que eso también era, fue un poco que él se sintiera cómodo”. Terapeuta N°3.*

*“Porque no era como de amistad, estaba como claro que no era así, pero sí de, yo siento que ella veía en mí como una figura como casi una hermana mayor”. Terapeuta N°2.*

### 2.3.2. Caracterización del adolescente.

Los terapeutas por lo general describieron a los adolescentes como receptivos a las intervenciones realizadas, mostrándose dispuestos al trabajo psicoterapéutico, colaborando de las actividades propuestas.

*“Era una paciente (...) activa, que iba que colaboraba”. Terapeuta N°5.*

*“Sí era una chica (...) como con apertura, (...) con disposición.” Terapeuta N°6*

Esta actitud receptiva y colaboradora, contribuyó además a que los terapeutas manifestaran por lo común, una valoración muy positiva de los adolescentes, considerándolos a ellos y a la experiencia de psicoterapia, como una instancia agradable.

*“Creo que lo describiría súper, como agradable también en el trato, (...) era un siete en verdad como decirte, no había problema”. Terapeuta N°3.*

*“Yo le dije que igual era súper bueno trabajar con él, o sea, el trabajo terapéutico. Yo le dije (...): ‘te desenvuelves bien, eres súper perceptivo y eres súper respetuoso, entonces esas tres cosas hacen que, que el trabajo sea súper’”. Terapeuta N°1.*

Además, algunos terapeutas describieron que los adolescentes contaban con muchas capacidades y potencialidades tanto para el trabajo clínico como para la resolución de sus problemáticas.

*“Creo que (...) tiene claridad de lo que quiere para sí, eh, tiene claridad en varias cosas, (...) siempre lo vi a él con muchas capacidades, como potencialidades.” Terapeuta N°3.*

*“Pero además una chiquilla con hartos recursos, ah, que tocaba el violín”.*  
Terapeuta N°6.

### **2.3.3. Caracterización del terapeuta.**

Los terapeutas en general se definieron a sí mismos como receptivos ante los adolescentes, otorgándoles un espacio para que pudieran expresarse libremente en sesión, adoptando una actitud no amenazante, sino que por el contrario, mostrando validación ante la visión que mantenían acerca de sus problemas.

*“Ella fue (...) sintiéndose más libre, sintiéndose que podía hablar cualquier tema, sin sentirse juzgada o presionada por, por algo”. Terapeuta N°2.*

*“Y de hecho habían momentos en que nos tomaba más tiempo y tratamos de resolver cosas como más de, como más contingentes para ella (...) porque de repente venía como toda cocoroca y yo le decía: ‘ya, ¿qué pasó?’ y me contaba algo de sus temas amorosos”. Terapeuta N°5.*

Asimismo, los terapeutas manifestaron por lo común que se mostraron con preocupación, interés y dedicación por los adolescentes y por sus opiniones y problemáticas.

*“Como con el cuidado de la, a lo menos en el informe, de lo que uno iba a decir, (...) eso es cuidado, como del paciente”. Terapeuta N°3.*

*“Lo básico creo yo desde mi perspectiva, que es importante empezar como con, eh, hablando con el paciente, eh, ser un poco también empático, si trae algún problema, escucharlo, eh, acoger cada uno de, de sus palabras, acoger cada uno de sus problemas, de sus preocupaciones”. Terapeuta N°1.*

De igual modo, varios terapeutas señalaron que se mostraron amables con los adolescentes, preocupándose de mantener un buen trato, que les hiciese sentirse cómodos, tranquilos y acogidos en sus necesidades emocionales.

*“También va en el trato, va en si la persona se siente cómoda o no, va en la forma de acercarse”. Terapeuta N°3.*

*“También la acogía (...), hasta que al final ella pudo sentirse cómoda conmigo y ahí empezamos a trabajar harto”. Terapeuta N°2.*

Así también, algunos terapeutas se describieron a sí mismos como simpáticos, propiciando un ambiente ameno para los adolescentes, al mismo tiempo que señalaron ser sinceros con ellos, destacando un accionar transparente que les permitió manifestar libremente su punto de vista acerca de las temáticas abordadas.

*“Yo creo que de todas formas me considera simpático, buena onda (...), pero como lighth, yo estoy seguro que esa es como la impresión”. Terapeuta N°3.*

*“Transparente porque si en el fondo uno puso límites o pudo hablar de esas cosas, es porque en el fondo estaba esa libertad para plantear esas cosas, de diálogo”. Terapeuta N°3.*

Por último, algunos terapeutas señalaron dentro de las características de los psicólogos, el hecho de contar con conocimientos válidos para abordar las problemáticas de los adolescentes.

*“Creo que el sentirse con alguien que, en cierta medida tiene un poco más de años, un poco más de conocimientos de ciertas cosas”. Terapeuta N°3.*



#### **2.3.4. Elementos que facilitaron la relación terapéutica.**

Los terapeutas en su totalidad manifestaron que uno de los elementos más importantes en el establecimiento de la relación terapéutica, fue el desarrollo de la confianza con los adolescentes, siendo un requisito esencial para propiciar la apertura de éstos, así como también, para posibilitar la aceptación y realización de las actividades terapéuticas.

*“Él me empieza a contar cosas personales (...), de una polola (...). Y yo creo que, que ese fue el momento en el cual yo dije: ‘ya, el vínculo fue un éxito’”. Terapeuta N°1.*

*“Desde ahí en adelante ella como que siento que confió mucho más en mí, confió como en poder contarme sus cosas, sus temores, las alegrías que tenía, todos los avances que iba teniendo”. Terapeuta N°2.*

Para que se estableciera dicha confianza, algunos terapeutas señalaron que la cercanía de edad entre terapeuta y paciente, así como la percepción de similitud de los adolescentes con sus psicólogos, pudiesen ser factores que contribuyen a su desarrollo.

*“Y yo creo que igual en la otra persona influye, o hasta cierto punto, la edad. (...) yo creo que me vio como alguien que, no sé, más parecido a él y eso igual permite yo creo, de repente sentirse un poco más en confianza”. Terapeuta N°3.*

*“El hecho también de compartir el mismo gusto, no sé po, el equipo de fútbol, eh, que también le gustaba el básquet, un montón de cosas. Eso fue generando que él se pudiese ir abriendo un poco más al espacio terapéutico (...) y eso fue como generando este vínculo”. Terapeuta N°1.*

A su vez, algunos terapeutas expresaron que la menor asimetría entre ellos y los adolescentes, también fue un elemento que facilitó la relación terapéutica

*“Le contaba un poco parte de mi historia porque ella (...) también me preguntaba, entonces como que sintiera que no era como casi un, un no sé po, una entrevista, sino que ella también sintiera que yo también podía contarle mis y que se sintiera reflejada”. Terapeuta N°2.*

*“Por ahí va un poco la cosa. En ponerse (...) al nivel de (...), y como yo tampoco me consideraba alguien que este como muy avanzado en nivel de etapa como evolutiva, con tanta diferencia (...), yo creo que igual contribuyó”. Terapeuta N°3.*

Además, para algunos terapeutas el tipo de conversación que mantuvieron con los adolescentes favoreció la relación terapéutica, siendo necesario prestar atención a los temas importantes para ellos, manteniendo cierta capacidad de escucha y promoviendo que los adolescentes se sintiesen cómodos.

*“Siento que hubo una conexión, o sea, en terapia con cada una de las temáticas que, que hablábamos, con sus temas también (...), acoger sus gustos, acoger sus hobbies, sus películas favoritas (...), porque en un principio él me comentaba lo que le gustaba hacer, cuál eran las cosas que no le gustaban, a qué se dedicaba”. Terapeuta N°1.*

*“Como también le di como un espacio terapéutico donde ella pudiera expresarse y con seguridad, que ella en verdad no lo tenía”. Terapeuta N°2.*

Finalmente, otro aspecto que excepcionalmente fue mencionado por uno de los psicólogos que influiría en el desarrollo de la relación terapéutica, fue el género del terapeuta, ya que según su visión, éste podría incidir en las problemáticas de los pacientes y en la resolución de éstas.

*“También el sexo influye (...) si recuerdo bien como su historia y todo creo que no tenía, no tenía figuras masculinas, entonces igual ahí puede haya también facilitado un poco”. Terapeuta N°3.*

### **2.3.5. Elementos que obstaculizaron la relación terapéutica.**

De manera aislada, algunas terapeutas reconocieron ciertas situaciones que obstaculizaron el establecimiento de la relación terapéutica con los adolescentes.

Estas dificultades se refirieron a ciertas características del adolescente relacionadas con sus dificultades para plantear su opinión acerca de cómo se estaba llevando a cabo la psicoterapia, relacionado a su vez, con diferencias percibidas en cuanto a la etapa evolutiva entre terapeuta y paciente.

*“A lo mejor esto típico de la relación como más, ah, adolescente adulto, (...) ella era más introvertida, yo creo que le hubiese costado plantear algo que no le hubiese gustado o si hubiese estado aburrida, o si ella se sentía que estaba mejor”. Terapeuta N°6*

Así también, estas dificultades se relacionaron con limitaciones propias del terapeuta respecto al manejo de la proximidad y distancia con el paciente.

*“Casi que me quería abrazar, y como cobijarse en mí y yo claro, también le respondí el abrazo, pero (...) yo me sentí incómoda también. No quería como replicar algo, y que, que ella después se decepcionara (...). Yo así personalmente la hubiera cobijado todo el rato, pero eee trataba de mantener la distancia también. Entonces fue bien difícil”. Terapeuta N°2.*

## **2.4. La persona del terapeuta en la relación terapéutica y en el proceso de cambio psicoterapéutico.**

### **2.4.1. El terapeuta reflexiona en torno al proceso psicoterapéutico.**

Varios terapeutas manifestaron que la relación terapéutica que desarrollaron en el proceso de psicoterapia con los adolescentes, les hizo reflexionar en torno al modo en que ellos se desarrollaron con éstos, logrando visualizar en sí mismos ciertas actitudes y temáticas personales, por lo que para los terapeutas el proceso psicoterapéutico desarrollado con los pacientes, habría sido también una instancia de cambio. En este sentido, los terapeutas señalaron que la psicoterapia fue para ellos una experiencia de aprendizaje personal y profesional.

*“Yo creo que eso, el aprender de uno (...), en general yo como que igual a veces le doy vuelta a la sesión (...), y encontré, no po’, eso tenía que mejorarlo. (...) Y después bueno, se abordo a la siguiente y le expliqué po’: ‘mira, yo la verdad es que me quede pensando en esta situación y, te quiero pedir disculpas porque considero que no, no correspondía’”. Terapeuta N°3.*

*“En lo personal fue bien enriquecedora, en el sentido de que era un caso bien, era complejo (...), afectaba como varias aristas de mi vida. (...) a mí me provocó hartos desafíos”. Terapeuta N°2.*

El aprendizaje personal y profesional que los terapeutas indicaron obtener se relacionó con la posibilidad de ver en sí mismos ciertas dificultades para el trabajo psicoterapéutico, por lo que la psicoterapia les habría mostrado a ellos sus propias limitaciones, de manera de enfrentarlas.

*“Me sirvió mucho, porque claro, también enfrenté mis propios miedos”. Terapeuta N°2.*

*“Fue algo que lo encontré de repente un poco desatinado, como que dije: ‘no po, si uno es terapeuta’, entonces cuadrar un poco que es lo que uno va a decir o no. Y entonces el que fuera así como motivado, y fuera tan como (...) receptivo, entonces me permitió a mi relajarme entonces en mi rol. Yo creo que eso (...) me dio como una luz así como de alarma (...), tener como presente el rol que uno tiene que cumplir de repente, me he dado cuenta que a mí, o por lo menos en este caso, lo perdí un poco”. Terapeuta N°3.*

*“A lo mejor yo fui un poco pasiva y debería haberla llamado yo, (...) había otra persona que era la encargada de hacer eso, (...) lo hice con otros pacientes ah, pero a mí en realidad, como que yo a lo mejor me quedé tranquila porque no era una paciente grave. Entonces, claro, en otros casos uno los persigue un poco más, te preocupas pero aquí no”. Terapeuta N°5.*

En este sentido, algunos terapeutas dieron cuenta de la relevancia del espacio de supervisión, como una instancia que contribuye a este aprendizaje personal y profesional.

*“Tuve hartas supervisiones, pero claro, es un caso bien complejo que a mí me provocó hartos desafíos”. Terapeuta N°2.*

*“De todas formas da una orientación de lo que uno tiene que hacer en la sesión o que es lo que hay que abordar, ordena, ordena mucho la supervisión, y también lo que va saliendo, la información que uno va manejando. Entonces es bueno, es una muy buena instancia”. Terapeuta N°3.*

## 2.4.2. Emociones y sentimientos del terapeuta en el proceso psicoterapéutico.

El aprendizaje personal y profesional que indicaron varios de los terapeutas, estuvo también asociado a la experiencia emocional que les significó el proceso psicoterapéutico, identificando que en ocasiones se sintieron preocupados por sus pacientes, e impotentes y frustrados por los alcances de sus intervenciones, siendo conscientes de las estrategias de autocuidado en el trabajo clínico.

*“Ojalá no tenga una recaída”. Terapeuta N°6.*

*“Siento que avanzamos mucho con ella, pero siempre había un tope, (...) era el papá, (...) nunca pude profundizar con él, no pude llegar como a sensibilizarlo, ¿ya?, él era bien resistente (...), entonces yo sentía que ahí estaba la sesión, yo no podía seguir avanzando (...). Entonces a veces muchos miedos míos aparecían ahí en juego”. Terapeuta N°2.*

*“Yo también estaba en un proceso terapéutico (...), independiente de la supervisión (...), y siento que en mi propia terapia también abarcó muchos, muchos espacios (...), siento que igual me sirvió mucho como el autocuidado (...), veía que muchas cosas eran mías y no de ella, muchos temores míos. Entonces siento que me fui soltando mucho más, como enfrentando en mejor manera (...), fue un caso bien significativo pa mí.”. Terapeuta N°2.*

### **3. Análisis de las convergencias y divergencias entre las visiones de los adolescentes y de sus terapeutas acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.**

En este capítulo se revisarán las principales convergencias y divergencias entre las visiones de los adolescentes y sus terapeutas, acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.

Para facilitar la lectura y comprensión de la información aquí señalada, se optó por no exponer nuevamente citas que aludan a los contenidos abordados anteriormente en los resultados de la visión de ambos grupos participantes, puesto que se considera que la información en los apartados previos fue ampliamente ejemplificada.

Tanto los adolescentes como los terapeutas dieron cuenta de que en un comienzo, la motivación para asistir a psicoterapia fue externa, coincidiendo en que los adolescentes asistieron respondiendo a las demandas de otros, ya sea del colegio, de los padres o de otros profesionales de la salud mental, mostrándose reticentes a la figura del psicólogo y al trabajo psicoterapéutico.

Esta reticencia inicial hacia psicólogo y el trabajo psicoterapéutico por parte de los adolescentes, se relacionó en ambas visiones con cierto acercamiento hacia la psicoterapia, la cual estuvo dada por experiencias psicoterapéuticas previas generalmente negativas, por ideas que los adolescentes se formaron desde otras personas cercanas a ellos que habían tenido la experiencia, o desde lo que habían observado en los medios de comunicación.

Asimismo, algunos adolescentes mencionaron que aún cuando hayan tenido una experiencia psicoterapéutica previa positiva, ello no necesariamente favoreció su participación inicial en psicoterapia, dado que no mantenían expectativas de que pudiese serles útil, aspecto que no fue señalado por sus terapeutas.

Pese a ello, tanto los adolescentes como sus terapeutas coincidieron por lo general en que esta motivación inicial se fue modificando a medida que se fue estableciendo la relación terapéutica entre ambos, de la cual mencionaron como característica esencial el desarrollo de confianza.

Es así que, por lo común, ambos indicaron que en el trascurso de la psicoterapia, los adolescentes fueron adquiriendo progresivamente más confianza con los terapeutas.

Excepcionalmente, una adolescente del estudio indicó que no logró desarrollar mayor confianza con su terapeuta, por lo que no logró ir formando una buena relación con ésta. De esta manera, y a diferencia del resto de los adolescentes, quienes fueron desarrollando una motivación intrínseca hacia el proceso psicoterapéutico, esta adolescente se fue progresivamente desmotivando de su psicoterapia. Esta situación no fue visualizada por su correspondiente terapeuta, quien, por el contrario, visualizó que sí se había establecido una relación de confianza.

De acuerdo con la mayoría de los adolescentes, el desarrollo progresivo de confianza se debió a que de manera temprana se formaron una idea positiva de sus psicólogos, sintiéndose afeitados con éstos, lo que promovió a su vez que permanecieran en psicoterapia.

Por su parte, para los terapeutas, el establecimiento progresivo de confianza se asoció al hecho de que ellos se mostraron receptivos a las temáticas particulares de los adolescentes, más allá de los motivos de consulta por los cuales fueron derivados, ofreciendo un contexto de aceptación y evitando actitudes enjuiciadoras o amenazantes para éstos. De esta manera, esta actitud receptiva hacia los adolescentes permitió que éstos se sintieran cómodos, seguros y en confianza.

Para los adolescentes y los terapeutas, este desarrollo de confianza en la relación terapéutica posibilitó la apertura, disposición y colaboración de los



adolescentes en el trabajo psicoterapéutico, mostrándose participativos con las intervenciones propuestas por los psicólogos.

Sin embargo, la adolescente que no logró desarrollar confianza con su terapeuta, tampoco logró modificar su disposición hacia el trabajo psicoterapéutico, no haciéndole sentido las intervenciones realizadas por su terapeuta.

A través del trabajo colaborativo se lograron establecer diversos cambios dependiendo de las problemáticas particulares de cada adolescente, relevando, tanto la mayoría de los terapeutas como gran parte de los adolescentes, que dichos cambios se expresaron en varios ámbitos, a decir, en lo cognitivo, lo actitudinal, lo comportamental, lo interpersonal, lo afectivo y a nivel familiar. El contenido de cada área varía, no obstante, entre los distintos adolescentes y sus terapeutas, dando énfasis mayor o menor a determinados aspectos de cada ámbito.

Lo que en sí se muestra similitud entre los terapeutas y los pacientes, es que el cambio principal en psicoterapia habría sido la modificación en la manera de ver los problemas particulares de cada adolescente, ampliando la perspectiva acerca de éstos, adquiriendo una nueva forma de pensar.

En cuanto a la relación terapéutica que formaron los terapeutas y los adolescentes, cómo se mencionó anteriormente, ambas visiones son similares en lo que se refiere al desarrollo progresivo de confianza como elemento central para su establecimiento y fortalecimiento.

Asimismo, tanto los terapeutas como lo adolescentes hicieron referencia a la horizontalidad y/o cercanía como aspectos relevantes de esta relación, destacando la idea de una relación especial, y diferente a cualquier otra para los adolescentes, sin embargo, para los terapeutas cobra importancia la necesidad de poner límites claros, de manera que los adolescentes no confundan el carácter clínico de la relación terapéutica con una amistad.

Como se señaló previamente, una adolescente no logró establecer una buena relación con su psicóloga. Desde su punto de vista, la relación que desarrolló con su terapeuta se caracterizó por ser distante emocionalmente, lo cual no habría sido percibido por su terapeuta.

Dentro de la relación terapéutica, tanto los adolescentes como los terapeutas entregaron descripciones de la manera en cómo ellos mismos contribuyeron a esta relación, así como también, la manera en que lo hizo su contraparte.

Con respecto a la participación de los adolescentes en la relación terapéutica, tanto éstos como sus terapeutas realizaron una descripción en donde se les caracterizó con una actitud receptiva y colaboradora.

Mientras que en cuanto a la visión de los terapeutas en la relación terapéutica, tanto los adolescentes como los psicólogos mostraron similitudes respecto a que el terapeuta fue caracterizado mostrando interés, dedicación y compromiso por las problemáticas de los adolescentes. Del mismo modo, ambos grupos de participantes del estudio relevan el buen trato que sostuvo el terapeuta con los adolescentes, de manera de hacer sentir a éstos, cómodos en el espacio de psicoterapia. Asimismo, algunos terapeutas y adolescentes mantienen una visión similar acerca de la figura del psicólogo como simpático y transparente en su actuar.

Se exceptúa de estas características atribuidas al terapeuta, una de las adolescentes del estudio, quien describió a su psicóloga como una figura lejana y desinteresada de sus problemas, priorizando objetivos de investigación por sobre el proceso de psicoterapia.

En el desarrollo de la relación terapéutica, tanto los adolescentes como los terapeutas identificaron ciertas condiciones que facilitaron su desarrollo. Como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, adolescentes y terapeutas mantienen una visión

similar en cuanto a que la confianza que establecieron los adolescentes con sus psicólogos fue fortaleciendo de manera progresiva la relación terapéutica.

De igual manera, la capacidad de escucha y de prestar atención a los temas relevantes de los adolescentes fue otro aspecto que compartieron éstos con los terapeutas del estudio.

Asimismo, la percepción de similitud entre los adolescentes y sus terapeutas es también un importante facilitador de la relación terapéutica para ambos, puesto que generaría mayor cercanía.

Otro aspecto que de manera excepcional mencionaron dos adolescentes y un terapeuta, fue el que compartieran el mismo género. En el caso de las adolescentes esto se relacionaría con que contribuye a la percepción de similitud, mientras que para el terapeuta que lo destacó, sería importante porque podría incidir en la comprensión de los problemas de los pacientes, y su posible solución.

Por otra parte, algunos participantes del estudio también mencionaron que determinados aspectos podrían obstaculizar la relación terapéutica, sin embargo, en este aspecto en específico, no se evidencian puntos de coincidencia, sino que cada participante manifestó su visión particular. Para una terapeuta, estas dificultades correspondieron a ciertas características de la adolescente, mientras que para otra de las terapeutas, estos elementos obstaculizadores se relacionaron con sus dificultades propias como psicóloga. Finalmente, una de las adolescentes señaló que el desinterés que percibió por parte de su psicóloga hacia ella, la reiteración de su terapeuta en los temas abordados en sesión, y las técnicas utilizadas por ella, que habrían reducido las interacciones entre ambas, constituyeron condiciones obstaculizadoras para el desarrollo de la relación terapéutica.

Un aspecto distintivo en cuanto a la visión de los adolescentes y los terapeutas, es que éstos últimos, probablemente asociado a su rol, manifestaron que la relación

terapéutica les hizo reflexionar en torno a sí mismos en el proceso de psicoterapia, indicando que fue también una instancia de aprendizaje personal y profesional. Los terapeutas señalaron que la experiencia emocional que vivenciaron con los adolescentes en terapia, los hizo visualizar sus propias limitaciones, de manera que pudieron ser conscientes de éstas, abordándolas en el espacio de psicoterapia propia o en la instancia de supervisión.

De esta manera, se observa que la relación terapéutica promovió cambios en ambos participantes del estudio, lo cual posibilitó que tanto los terapeutas como los adolescentes visualizaran de manera positiva el proceso psicoterapéutico.

Con respecto a la valoración de los adolescentes del proceso psicoterapéutico, tanto éstos como sus terapeutas muestran acuerdo en señalar que la psicoterapia fue efectiva, en tanto que se alcanzaron logros que ayudaron a los adolescentes a cambiar y avanzar respecto de las problemáticas abordadas en sesión. Asimismo, hay acuerdo entre ambas visiones de que los alcances de la psicoterapia trascenderían a la situación actual de los adolescentes, por lo que también les ayudaría en el futuro para resolver eventuales problemas que se les presenten.

De igual modo, para una adolescente y para una terapeuta, la psicoterapia también sería útil aún cuando el proceso de psicoterapia haya sido interrumpido sin alcanzar el alta terapéutica. Destaca que las participantes que plantearon esto, no se corresponden en cuanto a su relación terapeuta – paciente, sino que pertenecen a casos distintos.

Por otra parte, sólo una de las adolescentes del estudio evaluó de manera negativa la efectividad de la psicoterapia, indicando que esta no le habría sido de utilidad. Resalta que la visión de ésta adolescente difiere respecto de su terapeuta, quien si visualizó logros terapéuticos en la adolescente, pese a que su proceso de psicoterapia también quedó inconcluso.

Exceptuando este caso, la psicoterapia además llegó a ser caracterizada por los adolescentes como una experiencia positiva, la cual podría ser recomendada, puesto que para ellos, constituyó una instancia agradable y entretenida, a la cual terminaron asistiendo con gusto. Esta visión fue compartida ampliamente por los terapeutas.

Así también, la psicoterapia llegó a ser visualizada como un espacio de desahogo y descarga en donde los adolescentes pudieron expresarse libremente, manifestando sus emociones y pensamientos abiertamente, todo lo cual también fue señalado por los terapeutas, existiendo acuerdo.

De este modo, por lo general, tanto los terapeutas como los adolescentes comparten la visión de que al momento del término del proceso psicoterapéutico, los adolescentes se mostraron satisfechos con los logros obtenidos, sintiéndose capaces de enfrentar por sí mismos sus problemas. Es así que ambos grupos de participantes plantean la posibilidad de que los adolescentes puedan regresar a psicoterapia en el caso de que lo necesitaran.

Pese a la satisfacción general manifestada por los adolescentes con el proceso terapéutico, de acuerdo a ambas visiones, el término de la psicoterapia se vivenciaría de modo ambivalente, dado que aún cuando se reconocen los avances obtenidos, se deja entrever el término de la relación terapéutica, lo cual es aceptado por los adolescentes posteriormente.

Al respecto, algo distintivo en la visión de los terapeutas es la relevancia que tendría el hecho de realizar un cierre progresivo, en el cual ir distanciándose paulatinamente, mientras que a los adolescentes se les validan y refuerzan sus capacidades para enfrentar por sí mismos sus problemas.

Cabe destacar que, sin embargo, en los casos de deserción terapéutica, el proceso de cierre de la terapia no se experimenta del mismo modo de lo expuesto hasta aquí. Al respecto se evidencian mayores diferencias entre los terapeutas y los

adolescentes en cuanto a la visión que mantienen del término del proceso psicoterapéutico.

Mientras que para una de las adolescentes su deserción se asoció a un tope de actividades escolares con las de la psicoterapia, para la terapeuta respectiva, estas razones no habrían sido la causa real por la cual la adolescente abandono el proceso, manifestando que probablemente por su edad, ésta se habría dejado influenciar por la opinión de otras personas para que dejase de asistir a psicoterapia.

En el otro caso en que la adolescente desertó, para la terapeuta la razón del abandono se debería a que la paciente, al estar con una sobre carga de actividades académicas, habría priorizado éstas dado que se habría sentido mejor con respecto a las problemáticas por las cuales asistía a psicoterapia. Por el contrario de lo manifestado por la terapeuta, para la adolescente, el término de la psicoterapia se debió a que ella sintió que ésta no le estaba siendo útil, lo cual la fue desmotivando, evaluando escasos logros.

#### **4. Análisis de las convergencias y divergencias entre casos de alta terapéutica y abandono terapéutico acerca de la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico.**

Tanto en los casos de alta terapéutica como de abandono se observa una reticencia inicial de los adolescentes para participar del proceso de psicoterapia, situación que fue descrita tanto por los terapeutas como por los adolescentes participantes del estudio.

Los adolescentes que completaron su psicoterapia, como aquellos que desertaron de ésta, mantenían por lo general expectativas negativas, por lo que no presentaron en un momento inicial una motivación intrínseca para participar del proceso de psicoterapia.

Tanto en algunos casos de alta terapéutica como en algunos casos de deserción, se observaron experiencias anteriores de psicoterapia evaluadas de manera positiva, no obstante ello no contribuyó para que los adolescentes presentaran una mejor disposición a la psicoterapia en un comienzo.

Esto, porque en ambos casos los adolescentes habían sido referidos por otros, ya sea por sus padres, por el colegio o por otros profesionales de la red de salud.

Hasta este momento del proceso de psicoterapia, se observó bastante similitud tanto en los casos de alta como de abandono terapéutico.

Las primeras impresiones positivas que los adolescentes se fueron formando de los psicólogos y de su trabajo psicoterapéutico, así como también, la confianza que fueron estableciendo con éstos, fue modificando esta reticencia inicial para participar de la psicoterapia. En este punto se observa que en todos los casos de alta terapéutica y en un caso de abandono, se logró modificar esta reticencia inicial, dado que los

adolescentes fueron desarrollando paulatinamente más confianza con sus terapeutas, lo que posibilitó la apertura, disposición y colaboración en el trabajo psicoterapéutico.

Sin embargo, en el otro caso de abandono, la adolescente no logró desarrollar mayor confianza por su terapeuta, por lo que ésta no logró modificar su disposición hacia el proceso de psicoterapia, desmotivándose cada vez más. En este sentido, este caso se diferenció de manera importante del resto de los casos del estudio.

Tanto en todos los casos de alta terapéutica como en uno de los casos de deserción, con la modificación de la actitud inicial y la mayor confianza y apertura hacia el trabajo psicoterapéutico, los terapeutas pudieron abordar las temáticas por las cuales habían sido derivados a psicoterapia, así como también, aquellas planteadas por los propios adolescentes.

En cuanto a los logros obtenidos dentro del proceso psicoterapéutico, se observa por lo general acuerdo en que los adolescentes, tanto en los casos de alta como en uno de abandono terapéutico, modificaron la manera en la cual visualizaban sus problemas, adquiriendo una nueva manera de pensar. Asimismo, los adolescentes habrían presentado cambios además en otros ámbitos, a decir, en lo cognitivo, actitudinal, comportamental, interpersonal y en lo concerniente al área familiar. El contenido del cambio varía dependiendo de cada caso en particular.

No obstante lo anterior, se evidencian diferencias en cuanto a los casos de alta y en relación al otro caso de abandono terapéutico, dependiendo de si se considera la visión del terapeuta o exclusivamente la de la adolescente. Es así, que para la terapeuta de uno de los casos de abandono, su paciente habría presentado cambios en diversas áreas, asemejándose a cómo éstos se habrían dado en los casos de alta terapéutica. Mientras que para la adolescente, los cambios habrían sido menores a los descritos por su terapeuta, diferenciándose del resto de los adolescentes, puesto que para ella la psicoterapia habría sido de escasa utilidad.



En cuanto a la relación terapéutica, se observa convergencia entre los casos de alta terapéutica y uno de los casos de deserción terapéutica, coincidiendo tanto los adolescentes como los terapeutas en la relevancia del establecimiento de la confianza como característica central en la relación, dado que ésta favorecería la apertura de contenidos por parte de los adolescentes.

No obstante, en el otro caso de deserción, se observan importantes discrepancias en cuanto a las características de la relación terapéutica, respecto de los casos de alta terapéutica.

Así también, se encuentran diferencias relevantes entre lo que mencionó la terapeuta, más cercana a la visión del resto de los participantes, que a lo referido por su misma paciente. Es así, que para la terapeuta la relación terapéutica establecida con la adolescente, también habría estado basada en la confianza que esta habría desarrollado, lo cual habría promovido la apertura de sus problemáticas. Por el contrario, para la adolescente, la relación terapéutica habría sido distante emocionalmente, sin sentir confianza ni cercanía por su terapeuta.

En cuanto a la caracterización del adolescente en la relación terapéutica, se aprecia que hay similitud en cuanto a la visión que mantienen tanto los adolescentes y terapeutas de los casos de alta terapéutica como aquellos adolescentes y terapeutas de abandono, visualizando al adolescente principalmente como receptivo y colaborador con el proceso de psicoterapia.

Cuando se realiza la caracterización del terapeuta, se observa similitud en uno de los casos de deserción con los casos de alta terapéutica, en donde tanto los adolescentes como los terapeutas refieren que el psicólogo se caracterizaría por su buen trato, su interés y compromiso por las problemáticas de sus pacientes, por su simpatía y su sinceridad.

Con respecto al otro caso de deserción, se observa una discrepancia de la adolescente con su terapeuta y con el resto de los participantes del estudio, puesto que para ella, su terapeuta fue definida como lejana y desinteresada por sus problemáticas.

En cuanto a elementos que habrían facilitado el desarrollo de la relación terapéutica, también se encuentran similitudes entre los casos de alta terapéutica y uno de los casos de deserción, tanto en la visión de los adolescentes como en la de los terapeutas. Todos estos participantes relevaron la confianza, la capacidad de escucha del terapeuta y la preocupación del psicólogo para conversar acerca de los temas que para los adolescentes fueran importantes.

En un caso de deserción del estudio, la terapeuta compartió la visión del resto de los participantes, mientras que la adolescente no se refirió a condiciones que hayan favorecido la relación terapéutica.

Respecto de las condiciones que obstaculizaron la relación terapéutica, se observa que en los casos de alta terapéutica, no fue común mencionar aspectos que hayan hecho difícil el vínculo, a excepción de una terapeuta que mencionó dificultades para manejar la proximidad y la cercanía con su paciente.

Por otra parte, destaca que en solo un caso de deserción se mencionaron condiciones obstaculizadoras de la relación terapéutica. Sin embargo, lo que visualiza la terapeuta difiere profundamente de los aspectos mencionados por la adolescente. Para la terapeuta, un obstaculizador de la relación terapéutica fueron las características propias de la adolescente, tales como su dificultad para plantear sus opiniones acerca del proceso psicoterapéutico. Por su parte, para la adolescente, los aspectos que habrían dificultado la relación con su psicóloga, fue el desinterés de esta última por sus temáticas, la priorización de la terapeuta por otras actividades ajenas a la psicoterapia, lo reiterativa que ésta habría sido con las temáticas abordadas en sesión y las técnicas que habría utilizado en el trabajo terapéutico, ya que éstas habrían reducido la interacción entre ambas.

En lo referente a la persona del terapeuta en la relación terapéutica y en el proceso de cambio psicoterapéutico, destaca que tanto los terapeutas de los casos de alta, como aquellos de casos de abandono, reflexionaron en torno a lo que fue el proceso psicoterapéutico. Estas reflexiones varían entre sí dependiendo de cada caso en particular.

Finalmente, y en cuanto al término del proceso de psicoterapia, se observan importantes diferencias en cuanto a cómo se desarrolla el cierre de éste.

En los casos de alta terapéutica es mayor el acuerdo interno entre los adolescentes y los terapeutas en relación a la valoración de la efectividad, produciendo satisfacción por los logros alcanzados. Asimismo, existe mayor acuerdo en cuanto a considerar el cierre del proceso psicoterapéutico como un momento que los adolescentes viven con ambivalencia, puesto que implica también el término de la relación terapéutica, situación que más tarde asimilan luego de ir cerrando el proceso de psicoterapia de manera progresiva.

Sin embargo, en los casos de deserción terapéutica los terapeutas no mantienen claridad acerca de las causas que habrían llevado a los adolescentes a desertar. Ante esta situación, los terapeutas tienden a plantear razones que distan de lo manifestado por los adolescentes, evidenciándose también una discrepancia interna en los casos de abandono.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, se logra dar cuenta de los objetivos propuestos en este estudio, esto es, caracterizar la relación terapéutica y su posible influencia en el cambio psicoterapéutico, desde la visión de los adolescentes y sus terapeutas, describiendo tanto las similitudes y diferencias entre los terapeutas y los adolescentes, y entre los casos de alta terapéutica y deserción terapéutica.

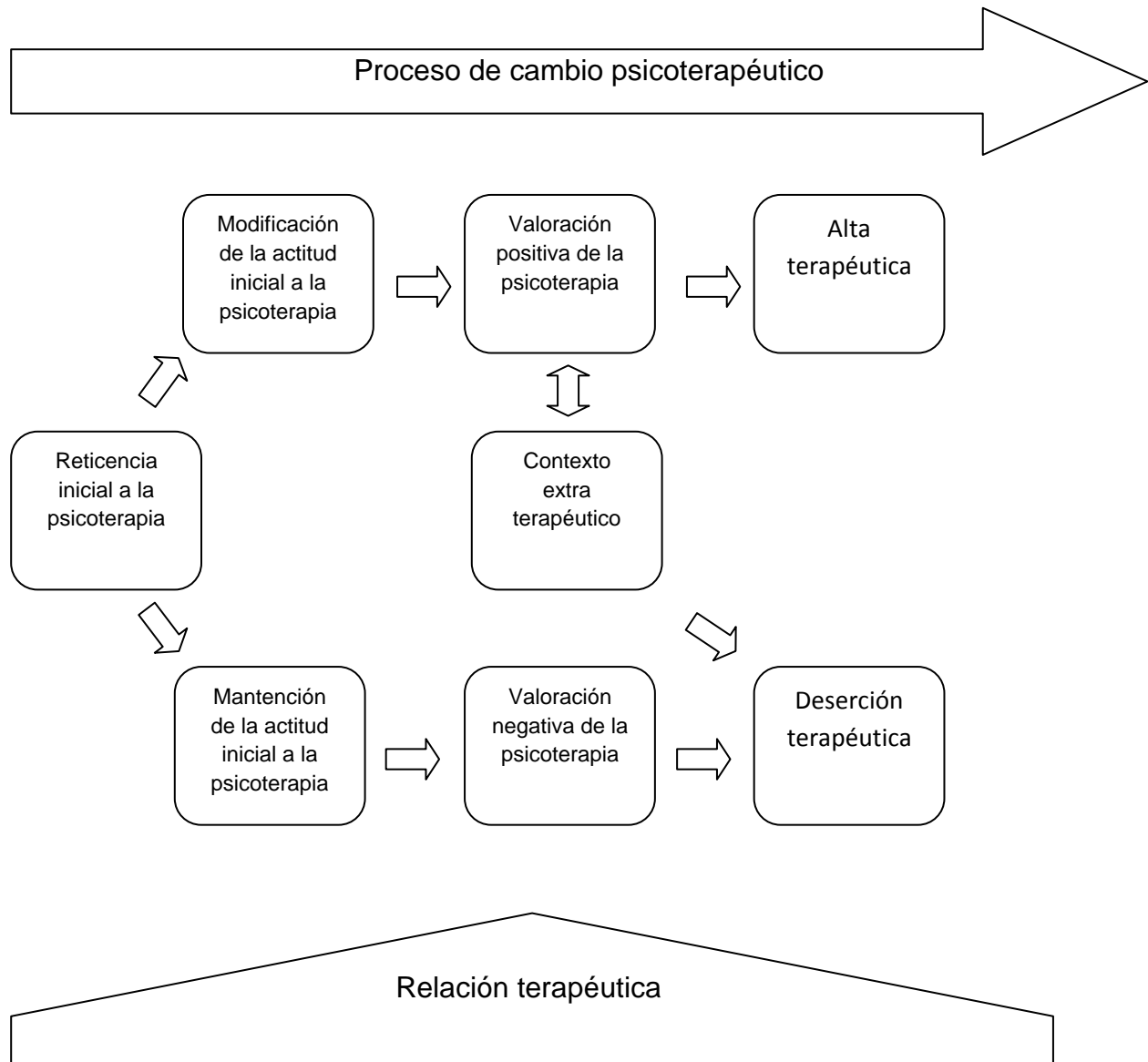
Para describir las conclusiones de este estudio, se organizará la información de acuerdo a la Figura 1, la cual fue resultado de la codificación axial de los datos. La Figura 1 grafica de manera amplia cómo la relación terapéutica incidió en el proceso de cambio psicoterapéutico de los adolescentes, encontrándose a la base de éste durante toda su evolución.

De acuerdo con la Figura 1, el proceso de cambio psicoterapéutico transcurrió desde una reticencia inicial por parte de los adolescentes hacia la psicoterapia, puesto que éstos fueron derivados por otros al psicólogo, existiendo una motivación extrínseca hacia el proceso psicoterapéutico y escasas o nulas expectativas por parte los adolescentes. Esta situación de reticencia inicial por parte de los adolescentes ha sido descrita en la literatura, planteando un importante desafío para los clínicos, puesto que estos tienen que lidiar con dichas resistencias y coordinarlas con las demandas de atención externas a los adolescentes (Fernández, 2013; Fernández et al., 2015, Páramo, 2011).

Es así, que en este momento del proceso cobraron relevancia las primeras impresiones que los adolescentes se generaron de sus terapeutas, puesto que éstas fueron posibilitando ya sea la modificación o la mantención de sus resistencias iniciales.

Además, estas primeras impresiones dieron cuenta en la mayoría de los casos, del establecimiento temprano de la relación terapéutica entre los adolescentes y sus terapeutas, con el consecuente desarrollo progresivo de confianza. Desde la literatura,

se ha planteado que esto sería crucial para el éxito de la psicoterapia, puesto que el establecimiento temprano de la relación terapéutica, entre la tercera y quinta sesión, sería un predictor significativo de los resultados finales del tratamiento (Bachelor y Horvath, 1999; Zack et al., 2007).



**Figura 1. Evolución del proceso de cambio psicoterapéutico y desarrollo de la relación psicoterapéutica entre adolescentes y sus terapeutas.**

De esta manera, con el desarrollo temprano de la relación terapéutica entre los adolescentes y sus terapeutas, los primeros fueron modificando, por lo general, su actitud hacia la psicoterapia, permitiendo la apertura y colaboración hacia el trabajo psicoterapéutico. Esto a su vez, fue fortaleciendo la relación terapéutica con sus terapeutas, puesto que al abrir contenidos y temáticas particulares, se fue reforzando la confianza hacia el psicólogo.

No obstante, cuando se mantuvo la reticencia inicial hacia el proceso, la relación terapéutica se vio afectada debido a que no se habría logrado desarrollar la confianza necesaria para la apertura de contenidos y para la colaboración en el proceso psicoterapéutico.

En la mayoría de los casos, la relación terapéutica incidió en que al estar más dispuestos los adolescentes al trabajo psicoterapéutico, los terapeutas lograron abordar las distintas problemáticas por las cuales los adolescentes asistieron a psicoterapia, así como aquellas planteadas por ellos mismos. Cabe destacar en este sentido, que los diferentes motivos de consulta por los cuales llegaron los adolescentes a psicoterapia, no influyeron en el desarrollo de la relación terapéutica entre los adolescentes y sus terapeutas.

Dado que los adolescentes por lo común lograron trabajar tanto los motivos de consulta por los cuales fueron derivados como aquellos temas propuestos por ellos, lograron valorar de manera positiva el espacio psicoterapéutico, visualizando sus avances y cambios en diversas áreas, siendo el logro principal la modificación en la manera de ver sus problemas psicológicos, ampliando su perspectiva acerca de éstos. Esto conllevó cambios cognitivos, afectivos, comportamentales, actitudinales, interpersonales y familiares.

De esta manera los adolescentes en su mayoría valoraron la psicoterapia como una instancia agradable y a la cual volverían a asistir si es que lo requiriesen.

Es así que los adolescentes comenzaron a visualizar la finalización del proceso de psicoterapia, asociado al alta terapéutica, situación que fue visualizada con ambivalencia, dada la satisfacción por sus avances y logros, por una parte, mientras que por el pesar que les implicó el término de la relación terapéutica con sus terapeutas, por otra parte.

Pese a ello, elementos del contexto extra terapéutico influyeron en uno de los casos, dado que dificultades horarias y actividades del entorno escolar dificultaron la continuidad de una de las adolescentes. En este caso, la adolescente valoró el espacio terapéutico y sus avances obtenidos, no obstante, la valoración por sus actividades escolares fue prioritaria, por lo que desertó del proceso de psicoterapia.

Por otra parte, en el caso de otra de las adolescentes del estudio, y dado que ésta mantuvo su reticencia inicial hacia el proceso de psicoterapia, su valoración acerca del proceso psicoterapéutico, de la figura de la terapeuta y su relación con ésta, así como de los logros obtenidos, fue negativa, por lo que su desmotivación se fue acrecentando hasta abandonar el proceso.

De este modo, se aprecia en este estudio que la relación terapéutica entre los adolescentes y sus terapeutas estuvo a la base del proceso de psicoterapia, siendo fundamental para éste, por lo que puede plantearse que la relación terapéutica cumplió un importante rol en la motivación, el compromiso, la continuidad y en la efectividad de la terapia, lo cual ha sido compartido ampliamente por diversos investigadores (Fernández, 2013; Krause, Altimir y Horvath, 2011; Norcross, 2010; Waizmann & Roussos, 2009; Weisz, Huey y Weersing, 1998; Zack et al., 2007).

La relación terapéutica fue caracterizada de modo general por los adolescentes y los terapeutas como una relación horizontal y empática, en donde de manera progresiva se fue desarrollando una mayor cercanía y confianza, siendo relevantes las contribuciones que cada uno de los participantes tuvo en la interacción, destacando la

actitud colaboradora y receptiva por parte de los adolescentes, mientras que la simpatía, sinceridad, buen trato, interés y compromiso del terapeuta. Esto pone de manifiesto la relevancia que para los adolescentes puede significar encontrar en psicoterapia un espacio en el cual sentirse cómodos, validados y aceptados, para desde ahí favorecer su mantención en el proceso de psicoterapia, y promover a su vez el trabajo psicoterapéutico.

Es preciso indicar que el número de sesiones que contemplaron los distintos procesos de psicoterapia de los adolescentes, no incidió aparentemente en el desarrollo de la relación terapéutica con sus terapeutas, observándose procesos psicoterapéuticos desde 4 hasta 20 sesiones de intervención, en las que la relación terapéutica fue valorada positivamente tanto desde la visión de los terapeutas como desde los adolescentes. En este sentido, es posible que la calidad de la relación terapéutica, caracterizada por ambos grupos como empática, cercana y de confianza haya sido más relevante que el tiempo durante el cual los adolescentes y sus psicólogos compartieron en concreto.

Del mismo modo, los años de experiencia de los terapeutas parecieron no influir en el desarrollo de una relación terapéutica que favoreciera el proceso de cambio psicoterapéutico, encontrándose terapeutas con menos de un año de experiencia clínica que lograron desarrollar una buena relación terapéutica con los adolescentes, alcanzando avances que para éstos fueron importantes. Esto es concordante con la literatura, que señala que no existirían diferencias relevantes entre psicólogos novatos y aquellos con más años de práctica clínica, en cuanto a actitudes de cordialidad, simpatía, comprensión y compromiso, ni tampoco con respecto a la participación y compromiso de los clientes hacia unos u otros terapeutas, todo lo cual fortalecería la relación terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999).

Asimismo, el enfoque teórico del terapeuta no pareció ser relevante en la conformación de una relación terapéutica favorecedora del proceso de cambio psicoterapéutico. En este sentido, se observa lo señalado en la literatura acerca de la



importancia de la relación terapéutica, más allá de la corriente psicológica del terapeuta, siendo uno de los factores comunes a los distintos enfoques (Krause, Altimir y Horvath, 2011). Cabe señalar no obstante que en este estudio no participaron terapeutas de orientación psicodinámica, lo cual pudiese representar una limitación en esta investigación, siendo importante en el futuro observar si al incluir participantes con dicho enfoque, se observarían o no diferencias relevantes al momento de establecer la relación terapéutica con los adolescentes.

Las importantes diferencias entre la visión de una adolescente y su terapeuta en uno de los casos de abandono, permiten plantear una posible falta de sintonía entre ambas participantes del estudio, en la que terapeuta y adolescente no coinciden respecto a las temáticas que son importantes de trabajar en psicoterapia. La terapeuta no se habría dado cuenta, según la perspectiva de la adolescente, de qué es lo que sería útil para ella y de qué manera ajustar el trabajo terapéutico a sus características individuales, priorizando ciertas formas de intervenir que a la adolescentes no le hicieron sentido, produciéndole mayor rechazo y distanciamiento.

Esto pone de manifiesto lo planteado en la literatura acerca de que la relación terapéutica puede tener una influencia mayor que determinadas técnicas de tratamiento en el cambio psicoterapéutico (Zack et al., 2007). Más aún, la relación terapéutica provee el contexto en el cual ciertas técnicas específicas de intervención ejercen su influencia en el cambio psicoterapéutico (Lambert y Barley, 2001). Es así, que si se les pregunta a los clientes acerca de qué fue lo que más les ayudó en la terapia, generalmente responden que fue la relación terapéutica, sin enfatizar la efectividad de técnicas o métodos particulares (Norcross, 2010).

Lo anterior deja entrever además que los terapeutas deben ser cautelosos al asumir que sus evaluaciones de la calidad del clima emocional de la terapia, se corresponden con las percepciones de sus clientes, revisando con éstos sus sentimientos y percepciones acerca del terapeuta y la interacción con éste (Bachelor y Horvath, 1999). Se vuelve entonces relevante considerar en la práctica clínica la

necesidad de retroalimentación oportuna acerca de cómo perciben los clientes que se está desarrollando la relación terapéutica, otorgándoles el espacio para expresarse y plantear sus inquietudes, de manera de ir ajustando la relación a los requerimientos particulares de cada uno de éstos (Norcross, 2010).

En este sentido, se destaca la necesidad de escuchar a los clientes, prestando atención a sus experiencias, preferencias y realidades, puesto que sus voces nos dicen como cultivar y personalizar la relación terapéutica (Norcross, 2010).

Asimismo, es importante privilegiar la experiencia del cliente acerca de la relación terapéutica y del proceso de psicoterapia, ya que la experiencia de empatía y colaboración que éste pueda tener, predice de mejor manera el éxito de la terapia (Norcross, 2010).

Por otra parte, se hace también necesario que los terapeutas logren visualizar en sí mismos ciertas condiciones que podrían reducir su habilidad para empatizar y conectarse con los adolescentes, prestando atención a lo que a ellos mismos les sucede durante el transcurso de la terapia con sus pacientes (Lambert y Barley, 2001).

Al respecto, destaca que en el presente estudio se observó que algunos terapeutas manifestaron que la relación terapéutica con los adolescentes y el proceso de psicoterapia mismo, les hizo reflexionar respecto de su propio rol como terapeutas dentro de proceso psicoterapéutico, siendo para ellos una experiencia de aprendizaje personal y profesional.

De esta manera, se releva que los terapeutas deben estar atentos a sus propias vulnerabilidades personales, para que éstas, al interactuar con las del paciente, no vayan mermando la relación terapéutica. Destaca entonces la necesidad de que el terapeuta cuente con instancias de supervisión clínica y/o de psicoterapia individual, en donde revisar dichos aspectos (Bachelor y Horvath, 1999).

Destaca en la presente investigación que la terapeuta del caso de abandono anteriormente descrito, es la misma en el otro caso de abandono terapéutico. A diferencia del caso anterior, con otra de las adolescentes participantes del estudio, la terapeuta si habría establecido una relación psicoterapéutica favorecedora del proceso psicoterapéutico, coincidiendo ambas visiones acerca de las características de esta relación, así como también, acerca del proceso de psicoterapia en general. Desde otro punto de vista, esta situación pone de manifiesto que lo que funciona relacionalmente para una persona en particular, puede ser experimentado como desajustado o insensible para otra persona (Norcross, 2010).

En este sentido, Norcross (2010) plantea que un objetivo terapéutico consiste en crear para cada persona una nueva manera de hacer psicoterapia, personalizando la relación terapéutica y evitando la inflexibilidad y los tratamientos excesivamente estructurados, puesto que con ello se corre el riesgo de una falta de empatía y una desatención de las experiencias del cliente.

Por otra parte, las diferencias observadas entre los dos casos de abandono terapéutico del estudio, permiten plantear que la deserción terapéutica es un fenómeno complejo, en el cual intervienen múltiples factores y no sólo la relación terapéutica.

Por lo tanto, la relación terapéutica si bien es central, no es el único aspecto que influye en el proceso de cambio psicoterapéutico. La relación terapéutica es un aspecto interdependiente que se sobrepone con otros elementos de la terapia, tales como las condiciones facilitadoras del proceso psicoterapéutico, las expectativas de la psicoterapia, las técnicas terapéuticas, entre otros (Lambert y Barley, 2001).

Hill (2005) señala por ejemplo que la participación del cliente, las técnicas y la relación terapéutica, se encuentran inextricablemente entrelazadas, influenciando el curso de la terapia, de manera que si las técnicas empleadas con los clientes no son las adecuadas o si éste no se llega a comprometer lo suficiente con el proceso de

intervención, la relación terapéutica no se formará o no se profundizará, por lo que los participantes no progresarán hacia las próximas fases de la psicoterapia.

La escasa muestra de adolescentes que abandonaron el proceso de psicoterapia, no permitió una profundización del fenómeno de la deserción en el presente estudio, constituyendo una limitación de este. Dificultades de acceso a la muestra relacionadas con la negativa de los adolescentes y sus familias para participar de la investigación, contribuyeron a la reducida muestra de participantes.

Se hace necesario entonces continuar estudiando cómo se desarrolla el proceso de cambio psicoterapéutico y qué elementos influirían en los casos de deserción terapéutica, al mismo tiempo de continuar profundizando en las características de la relación terapéutica en este grupo de adolescentes.

Aún cuando el género del terapeuta no pareció ser relevante en la relación terapéutica para los adolescentes y terapeutas en general, es preciso mencionar que las diadas de adolescentes y sus terapeutas se correspondieron en cuanto al género de ambos participantes, por lo que habría sido interesante que la muestra hubiese estado constituida de manera mixta y ver si en tal caso, el género ya sea del terapeuta o del adolescente pudiese haber incidido. Debido a las posibilidades de acceso a la muestra, esto no fue posible, constituyendo una limitación del presente estudio. De esta manera, sería interesante en un futuro evaluar la relación terapéutica en casos en que la dupla de terapeuta y adolescente sean de diferente género y observar si existirían diferencias con aquellas diadas conformadas por terapeutas y adolescentes del mismo género.

Del mismo modo, en la presente investigación no se incluyó la perspectiva de los padres de los adolescentes, debido a los costos de tiempo que hubiesen significado para el estudio, siendo otra de las limitaciones de éste. Sería importante que en próximas investigaciones se pudiera incluir la visión de los padres acerca de la relación terapéutica que tanto ellos como sus hijos desarrollan con los psicólogos, para así ver qué elementos consideran relevantes en la interacción con éstos, así como también,

observar eventuales similitudes y diferencias entre las visiones de los padres, los adolescentes y sus terapeutas. Más aún, dado que en psicoterapia con adolescentes es frecuente la derivación desde el contexto escolar, sería interesante conocer cómo los terapeutas se relacionan con otras figuras significativas del entorno escolar y si es que esto contribuiría al cambio psicoterapéutico y en qué medida.

Pese a lo anterior, la presente investigación constituye un aporte dado que genera conocimientos en un área de investigación escasamente estudiada, al relevar la experiencia subjetiva tanto de adolescentes que finalizan su proceso de psicoterapia, como de aquellos que desertan. Asimismo, es un aporte ya que considera también la mirada de sus terapeutas, pudiendo observar aquellos elementos que distinguen a cada una de las miradas, y aquellos que se complementan entre sí.

El presente estudio constituye también un aporte ya que a partir de sus mismas limitaciones, abre nuevas interrogantes, planteando eventuales investigaciones que puedan seguir contribuyendo a ampliar la comprensión acerca de cómo es y se desarrolla la relación terapéutica dentro del proceso de psicoterapia y cómo es que incide en el cambio psicoterapéutico.

Finalmente, la presente investigación es también un aporte al área de la investigación cualitativa en adolescentes, dando cuenta de la complejidad que representan los diversos aspectos del proceso terapéutico en la intervención con adolescentes.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Pérez, C., Echávarri, O. & Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.
- Arbuckle, R. & Abetz-Webb, L. (2013). "Not Just Little Adults": Qualitative Methods to Support the Development of Pediatric Patient-Reported Outcomes. *Patient*, 6, 143-159.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The Therapeutic Relationship. En M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. (pp. 133-178). Washington: American Psychological Association.
- Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. En M. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 258-297). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Barbera, N. & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205.
- Berger, C. (2004). Subjetividad Adolescente: Tendiendo puentes entre la oferta y la demanda de apoyo psicosocial para jóvenes. *Psyche*, 13(2), 143-157.
- Cornejo M. & Salas N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.

- Deakin, E., Gastaud, M. & Nunes, M.L. (2012). Child psychotherapy dropout: an empirical research review. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(2), 199-209.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic Alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review* 28, 1167-1187.
- Fernández, O. (2013). *Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 247-255.
- Fernández-González, O.M., Herrera-Salinas, P. & Escobar-Martínez, M.J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 171-187.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- García, J.L. & Weisz, J.R. (2002). When youth mental health cares tops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.

- Gastaud, M.B., Feil, C.F., Merg, M.G. & Nunes, M.L. (2014). Psychological assessment as a protective factor against treatment dropout in psychoanalytic child psychotherapy of children: Empirical data. *Psicologia: reflexao e crítica*, 27(3), 498-503.
- Gearing, R.E., Schwalbe, C.S. & Short, K.D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: Mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychotherapy Research*, 22(3), 317-326.
- Gergov, V., Kalska, H., Marttunen, M., Lipsanen, J., Tainio, V. & Lindberg, N. (2015). Subjective outcomes of psychotherapeutic interventions: a naturalistic follow-up study among Finnish adolescent psychiatric outpatients. *Psychiatria Fennica*, 46, 103-119.
- Gómez Penedo, J.M. & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran?. Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Hatchett, G.T. & Park, H.L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ª Ed. México: McGraw-Hill.
- Hill, C.E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442.



- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233.
- Horvath, A.O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice, 58*(2), 163-173.
- Horvath, A.O. (2009). How real is the “real relationship”?. *Psychotherapy Research, 19*(3), 273-277.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65.
- Kazdin, A.E. & Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1069-1074.
- Kazdin, A.E., Holland, L. & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 453-463.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(2), 299-325.

- Krause, M., Altimir, C. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud, 22(3)*, 267-283.
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J.C. & De la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research, 25(5)*, 533 – 545.
- Lambert, M.J. & Barley D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38(4)*, 357-361.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53(3)*, 314-324.
- Levitt, H.M. (2015). Qualitative Psychotherapy Research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy, 52(1)*, 31-7.
- Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de Abril de 2012.
- Martínez, M. (2007). Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psykhé, 16 (1)*, 3-14.
- Mcconnaughy, E.A., Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20(3)*, 368-375.
- McLeod, B. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-616.

- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta Moebio* 27, 27-33.
- Muñoz Justicia, J. (2003). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Musalem, R. (2012). El desarrollo adolescente y sus trastornos. En C.Almonte & M.E. Montt (Eds). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. 2ª. Ed. (pp. 49-68). Santiago: Mediterráneo.
- Nock, M.K. & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family psychology Review*, 8(2), 149-166.
- Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. En B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Waampold & M.A. Hubble (Eds). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. 2ª. Ed. (pp. 113-141). Washington: American Psychological Association.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J.M. & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former client's perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516.
- Orlinsky, D.E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339.
- Páramo, M.A. (2011). Psicología Clínica de Niños y Adolescentes. Psicoterapia para Adolescentes y Perfil del Psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 133-142.

- Ribeiro, A.P., Goncalves, M.M., Silva, J.R., Brás, A. & Sousa, I. (2016). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 166-175.
- Rondón, A.P., Otálora, I.L. & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile*. Tesis maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Santibáñez Fernández, P.M., Román Mella, M.F., Chenevard, C.L., Espinoza García, A.E., Iribarra Cáceres, D.E. & Müller Vergara, P.A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Shirk, S.R. & Karver, M.S. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
- Shirk, S.R. & Karver, M.S. (2011). Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. En J.C. Norcross (Ed). *Psychotherapy Relationship That Work: Evidence-Based Responsiveness*. 2<sup>a</sup>. Ed. (pp. 70-91). New York: Oxford University Press.
- Shirk, S.R., Karver, M.S. & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Piados.
- Valles, M.S. (1999). El diseño de la investigación cualitativa. En M.S. Valles (Ed). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional* (pp. 75-105). Madrid: Síntesis.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillan, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457.
- Vöhringer, C., Pérez, J.C., Martínez, C., Altimir, C., Dagnino, P., Suárez, N. y Krausse, M. (2013). "Working Alliance Inventory" Versión Observacional: Traducción, Adaptación y Validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), 301-311.
- Waizmann, V. & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 10(1), 122-133.
- Weisz, J.R., Huey, S.J. & Weersing, V.R. (1998). Psychotherapy outcome research with children and adolescents: The state of the art. En T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology: Vol. 20*. (pp. 49-92). New York: Plenum Publishing Corp.
- Yañez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis doctoral, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

- Zack, S.E., Castonguay, L.G. & Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278- 288.
- Zúlic, C., Gutiérrez, I., Barañao, C., Pérez, A., Rojas, E. & Poblete, D. (2010). Perfil de deserciones infantiles y adolescentes del centro comunitario de salud mental de Quinta Normal, Región Metropolitana, entre los años 2006-2007. *Revista Anacem*, 4, 68-72.

## VII. ANEXOS

### Anexo N° 1. Carta autorización directivos de centro de salud.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

#### CARTA DE AUTORIZACIÓN

##### (Directivos de Centros de Salud)

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio sobre “Experiencias con la Psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objetivo de esta carta es ayudarlo/a a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El propósito general del estudio es conocer las experiencias con tratamientos psicológicos desde la perspectiva de los involucrados, vale decir, pacientes y terapeutas. Los resultados de este estudio contribuirán al cuerpo de conocimientos sobre procesos psicoterapéuticos y sobre condiciones que inciden en su efectividad.

A través de la presente, se le solicita la autorización para que miembros de nuestro equipo de investigación acudan a su centro a fin de administrar cuestionarios y a entrevistar a pacientes y terapeutas que acepten libremente participar del estudio. A los pacientes se les solicitará responder algunos cuestionarios sobre su bienestar psicológico, al inicio y al final de su tratamiento, de media hora de duración aproximadamente y participar en una entrevista sobre su experiencia en este proceso, de una hora de duración aproximadamente, entre 2 y 6 meses luego de terminar la psicoterapia. Luego su psicoterapeuta será entrevistado, y ninguno de los dos tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante. Asimismo, a través de la firma del presente documento, Ud. autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por sus profesionales tratantes en su ficha clínica, previa autorización de pacientes y terapeutas, la cual se tratará con los mismos estándares de confidencialidad señalados más arriba.

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su psicoterapia será tratada confidencialmente, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Ningún terapeuta o paciente, y ninguna persona que se desempeñe en rol alguno en su institución, tendrá acceso a la información de los entrevistados. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones.

El procedimiento de toma de contacto con los participantes del estudio se describe a continuación:

En primer lugar, se solicitará consentimiento a los psicoterapeutas para su participación en el estudio. Los pacientes serán invitados a participar del estudio a través de un llamado telefónico previo a la 1° sesión con el psicoterapeuta. Dicha invitación será para una entrevista en que un miembro del equipo de investigación explicará los detalles de su participación y, en caso que los pacientes accedan, se procederá a la firma del consentimiento informado. En el caso de niños y adolescentes, se los citará junto a un adulto responsable.

Su institución se puede beneficiar con su participación en el estudio a través de una retroalimentación de tipo global sobre los resultados del estudio (una vez finalizado este) y con información científica general que el equipo de investigación les ofrecerá en formato de charlas.

Por parte de su institución se requerirá que facilite un espacio a miembros del equipo de investigación para realizar la aplicación de cuestionarios y las entrevistas de seguimiento.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es mkrause@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail: comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste esta investigación y mi participación en la misma, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas, y tomo libremente la decisión de participar en el estudio. Además se me ha dado entrega de un duplicado firmado de este documento.

Acepto participar en este proyecto.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro de Salud

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)



## Anexo N° 2. Carta de consentimiento informado terapeutas



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (terapeuta)

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia como psicoterapeuta respecto al tratamiento psicológico llevado a cabo con sus pacientes, hace un tiempo atrás.

#### ¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

A sus pacientes se les solicitará participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente (lo mismo con los padres de sus pacientes, en el caso que éstos sean niños y/o adolescentes). En el caso de los niños, la entrevista incluirá una actividad de dibujo. Luego, usted también será entrevistado y ninguno de los participantes tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante.

#### ¿Qué riesgos corre al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su experiencia como psicoterapeuta será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Sus pacientes (ni los padres de éstos, en caso de ser menores de edad) tendrán información alguna de lo que usted narre en su entrevista, tampoco usted tendrá acceso a la información que ellos brinden en sus entrevistas. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada.

#### ¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted.



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

## Anexo N°3. Carta de asentimiento informado adolescentes.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTE)

Has sido invitado a participar en un estudio sobre "Experiencias con la psicoterapia", a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarte a tomar la decisión de participar en esta investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que vas a tener en tu terapia con psicólogo/a.

#### ¿En qué consiste tu participación y cuánto durará?

Te pediremos responder un cuestionario sobre tu bienestar psicológico, al inicio y al final de tu terapia, de media hora de duración aproximadamente. Además, te pediremos que participes en una entrevista sobre tu experiencia en la terapia con psicólogo/a (lo que experimentaste, lo que sentiste, lo que viviste), de una hora de duración aproximadamente, entre 2 y 6 meses luego que hayas terminado la terapia. Luego, entrevistaremos a uno de tus padres y al psicólogo/a que te atendió, y ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

#### ¿Qué riesgos corres al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener tu participación?

Aunque no tendrás un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación podrán ayudar a desarrollar el conocimiento científico y a entregar un mejor apoyo a otros niños y adolescentes que necesiten terapia psicológica. Además, participar de esta entrevista te ayudará a pensar sobre la experiencia que tuviste en tu terapia, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?

La conversación que tendremos sobre tu experiencia en la terapia será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entregues será estrictamente **confidencial**, lo que significa que ni tu nombre ni tu voz ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. Ni tus padres ni tu terapeuta tendrán ninguna de las informaciones que tú nos entregues en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en las oficinas de la investigadora responsable, por el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Al firmar este documento, autorizas al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por tus profesionales tratantes en tu ficha clínica, la cual será tratada con los mismos compromisos de de confidencialidad que te hemos indicado. También solicitaremos a tus padres y/o apoderados su autorización para que participes de este estudio.



**¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?**

Tu participación en esta actividad es voluntaria. Tienes el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ninguna consecuencia negativa para ti ni para la continuidad de tu tratamiento psicológico.

**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tú o tus padres tienen cualquier pregunta acerca de esta investigación, pueden contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tú o tus padres tienen alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, pueden contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE LEÍDO (O ME HAN LEÍDO) ESTA DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO, HE PODIDO HACER LAS PREGUNTAS QUE ME HAN SURGIDO SOBRE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ME HAN RESPONDIDO COMO YO NECESITABA, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

## Anexo N°4. Carta de consentimiento informado padres.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Padres Adolescentes)

Ud. ha sido invitado/a a participar en un estudio sobre "Experiencias con la psicoterapia", a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarle a tomar la decisión de autorizar la participación de su hijo/a y de usted en esta investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que su hijo/a tendrá en su terapia psicológica y también como ustedes perciben dicho proceso.

#### ¿En qué consiste tu participación y cuánto durará?

A su hijo/a le pediremos completar un cuestionario sobre su bienestar psicológico, al inicio y al final de su terapia, de media hora de duración aproximadamente. Luego, a usted y a su hijo/a les solicitaremos que participen, por separado, en una entrevista sobre sus experiencias en la terapia psicológica. Cada una de estas entrevistas tendrá una hora de duración aproximadamente, y se realizarán entre 2 y 6 meses después que su hijo/a haya terminado la terapia. Luego, entrevistaremos también al psicólogo que trabajó con su hijo/a. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

#### ¿Qué riesgos corre usted o su hijo/a al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aunque ni usted ni su hijo/a tendrán un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con niños y adolescentes. Además, participar de esta entrevista ayudará a usted y a su hijo/a a pensar sobre la experiencia que tuvo en la terapia psicológica, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?

Las entrevistas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entreguen será estrictamente **confidencial**, por lo que ningún dato de identificación suyo o de su hijo/a aparecerá jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. El terapeuta de su hijo/a no tendrá acceso a ninguna de las informaciones que nos entreguen en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, Ud. autoriza a su hijo/a a participar de este estudio, y autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por los profesionales tratantes de su hijo en su ficha clínica, la cual será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

## **Anexo N°5. Carta de compromiso ético transcriptores y editores.**

### **Carta Compromiso Ético Transcriptores y Editores Proyecto FONDECYT N°**

Yo....., RUT....., en mi rol de transcriptor/a-editor/a en el estudio denominado **“Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”**, me comprometo a respetar todos los resguardos éticos que mi labor implica.

Entiendo que la información transcrita o editada es confidencial. Por lo tanto, me comprometo a cuidar el material de las grabaciones que debo transcribir o editar, es decir:

- Me comprometo a no reproducir las sesiones y/o la información contenida en ella en ninguna otra instancia,
- Me comprometo a no alterar, manipular ni lucrar con el material de audio a mi cargo,
- Me comprometo a borrar y eliminar de mi computador el archivo transcrito o editado, a los dos meses de ser entregado al equipo de investigación, y
- Me comprometo a informar a los responsables del estudio si conozco al paciente o al terapeuta y a abstenerme de transcribir o editar dicho material.

**Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Mariane Krause, investigadora responsable del proyecto, al teléfono 23547178, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Macul, Santiago.**

**Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail: comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.**

Sí, he leído y entiendo el compromiso solicitado y estoy de acuerdo con asumirlo y respetarlo.

.....

Firma Participante

Firma Investigadora

Fecha:

**(Dos copias)**

## Anexo N°6. Guión de Entrevista para Adolescentes

### FONDECYT SEGUIMIENTO

#### GUIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTE ADOLESCENTE

##### Instrucciones para el Entrevistador

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los participantes acerca de la experiencia de haber participado en terapia, o bien de que su familiar haya participado de una terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Por este motivo es que se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo evalúa retrospectivamente el paciente la experiencia de haber estado en terapia. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para su proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y como fue experimentado este término por parte del paciente.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el paciente considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el paciente, el terapeuta o ambos juntos, así como también el familiar o adulto responsable, que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones "típicas" así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le pareció relevante. En esto es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto corresponde a la teoría o explicación que el sujeto tiene de su padecer, cómo lo entiende, a qué lo atribuye y asocia, y cómo entiende su propio proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió, y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el paciente percibe su relación y la relación del adulto o familiar responsable con el terapeuta, a lo largo del proceso. Interesa indagar en los cambios y oscilaciones experimentados o percibidos en los distintos intercambios con el terapeuta, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de dichos sentimientos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida, y, en base a lo que el paciente vaya narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.



## Entrevista

### **Consigna:**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que tuviste con el psicólogo/a \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue tu experiencia y cuál es tu opinión sobre lo que te gustó y no te gustó de la terapia.

### **Confidencialidad:**

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de quienes han ido al psicólogo.

Todo lo que hablemos aquí es confidencial, o sea, no se compartirá con tu psicólogo/a ni con tus papás. Pero si tú quieres, puedes contarles de lo que hablamos. Lo que tú nos cuentes servirá para saber cómo ayudar a otros adolescentes que vengan al psicólogo/a.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### **Pregunta de apertura de la entrevista**

Dependiendo de las características del ADOLESCENTE, podemos realizar un "rompe hielo", con aspectos generales, como por ejemplo: ¿En qué curso estás, en qué colegio/liceo? ¿Qué te gusta hacer/ en qué te entretienes? etc.

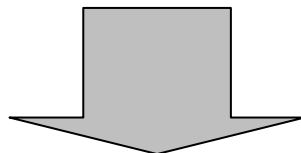
**"Cuénteme sobre cómo fue para ti venir al psicólogo/a \_\_\_\_\_. Quiero conocer tu experiencia particular respecto a la terapia. Todo lo que tú quieras contarme en relación a esto, lo que se te venga a la mente".**

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el paciente dice. El orden del guión puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del paciente, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

### **Profundización**

Una vez que el paciente haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o qué se estaba trabajando en esa sesión que recuerda.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, éstas son sólo una guía o referencia (con negrita se destacan las preguntas más relevantes para cada área temática).



<b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b>	<p>¿Por qué fuiste a terapia, qué pasaba? ¿Por qué crees que pasaba eso? (factores personales, familiares, biológicos y sociales)(ideas asociadas a las causas de su problema)</p> <p>¿De quién fue la idea de consultar al psicólogo? ¿Por qué?</p> <p>¿Te preguntaron o dijeron algo antes de ir?</p> <p>¿Y qué pensabas tú al respecto? ¿Cómo te sentiste?</p> <p>¿Qué te dijo el psicólogo/a?</p> <p>¿Con quién ibas? ¿Alguien te acompañaba?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Expectativas (Proceso)</b>	<p>¿Qué te imaginabas/esperabas que hicieran en terapia?</p> <p>¿Tenías ganas de ir al psicólogo/a? ¿Tu actitud fue cambiando durante las sesiones?</p> <p>¿Hay algo que te sorprendió?</p> <p>¿Pensabas que iba a servir para algo? ¿Para qué?</p> <p>¿Se cumplió lo que tú esperabas o fue distinto?</p> <p>¿Habías ido antes al psicólogo/a? ¿Cómo fue?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p>¿Te gustaba ir? ¿Fue siempre así?</p> <p>¿Había algo que no te gustaba tanto?</p> <p>¿Qué es lo que más recuerdas de tu terapia?</p> <p>¿Hay algún momento especial que recuerdes?</p> <p>¿Qué hacían con tu psicólogo/a?, ¿eso fue cambiando, o siempre hacían lo mismo?</p> <p>¿De qué conversaban? ¿Eso fue cambiando?</p> <p>¿Tu familia participó en tu terapia? ¿Quiénes? ¿Cómo participaban?</p> <p>¿Y qué te parecía a ti eso?</p> <p>¿Qué piensas tú que aportaste o cómo colaboraste en la terapia?</p> <p>¿Hay algo que te hubiera gustado que fuera distinto?</p> <p>¿Qué es lo que más te ayudó?</p> <p>Contexto: ¿Crees que hay algunas cosas fuera de la terapia que influyeron: de tu familia, de tus amigos, de tu colegio, del centro de atención, de los horarios, experiencia de investigación, etc.?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<p>¿Cómo era la relación con tu psicólogo/a? ¿Cómo se llevaban?</p> <p>¿Cómo era contigo? ¿Tú cómo eras con él/ella?</p> <p>¿Cómo te sentías con él/ella al principio y después (hubo cambios?)</p> <p>¿Qué pensabas de tu psicóloga/o? ¿Te recordaba a alguien? (O si esta relación se parece a algún otro tipo de relación)</p> <p>Si tuvieras que elegir una palabra o imagen para describir la relación con tu psicólogo/a, ¿cuál sería?</p> <p>¿Hubo situaciones de desencuentro o incomodidad entre tú y tu terapeuta?</p> <p>¿Cómo fueron? ¿De qué manera las manejaron? ¿Cómo te sentiste tú en estas situaciones?</p> <p>¿Cómo se llevaba tu mamá/papá/figura significativa con él/ella?</p>

	<p>¿Qué pensaban en tu casa/familia de tu psicólogo/a? ¿Qué pensaban otros (amigos/polola/ profesores) de la terapia?</p> <p>¿Qué cosas de la relación con el psicólogo/a te ayudaron en la terapia?</p> <p>¿El psicólogo/a conversaba a veces con tu mamá/papá/figura significativa? ¿Iba a veces a tu colegio? ¿Qué pensabas y/o sentías en relación a eso?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Resultados</b>	<p>¿Crees que fue bueno ir a terapia? ¿Por qué? ¿Encuentras que te sirvió o te ayudó venir? ¿En qué o para qué?</p> <p>¿En qué no te ayudo?</p> <p>¿Cambió algo (en ti, en otros)? ¿Qué cambió? ¿Por qué?, ¿qué habrá influido en eso?</p> <p>(retomar razones o problemas que motivaron la consulta)</p> <p>¿Alguien te dijo o notó que habías cambiado algo? ¿En qué? ¿Crees que alguien se dio cuenta si te sirvió venir?</p> <p>Si le preguntáramos a tu mamá/papá/figura significativa, ¿qué dirían ellos que cambió?</p> <p>¿Hubo cambios/resultados que no esperabas o que te sorprendieron? ¿Hubo cosas que no cambiaron? ¿Hubo cambios que no te gustaron? ¿Te hubiera gustado que te ayudara para algo más? ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?</p> <p>¿Sientes que ayudó a otras personas venir? (por ejemplo, a tu mamá/papá/figura significativa/otros miembros de tu familia). ¿Cómo y en qué los ayudó?</p> <p>Además de la terapia, ¿había otros tratamientos? ¿Sientes que sirvieron?</p> <p>Contexto:</p> <p>¿Qué cosas hizo tu familia/ tus papás/ tu colegio/ tu profesor/tus amigos que hayan influido en los resultados?</p> <p>¿Hubo algunas otras cosas (del centro, sala, sala espera, secretaria, etc.) que te hayan ayudado/ dificultado el proceso?</p> <p>¿Cómo te sentiste con la grabación/ espejo en la terapia (contexto investigación)?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Término del proceso</b>	<p>¿Tú sabías cuando se iba a terminar la terapia?</p> <p>¿Lo conversaron con tu terapeuta / familia?</p> <p>¿Cómo te sentiste/ qué pensaste al terminar la terapia?</p> <p>¿Crees que tendrías que haber venido más (o menos) tiempo? ¿Por qué?</p> <p>¿Crees que haber venido te va a servir para más adelante o a futuro?</p> <p>Para el cierre de la entrevista, no olvidar preguntar:</p> <p>Desde tu experiencia, ¿qué consejo le darías a otros jóvenes que empiezan a ir al psicólogo/a?</p> <p>¿Qué consejo le darías a los psicólogos de cómo ayudar a los adolescentes que vienen a terapia/ aquí?</p> <p>¿Qué consejo le darías a las familias/papás/adultos que traen a sus hijos/as adolescentes al psicólogo/a?</p> <p>¿Volverías a ir al psicólogo/a si lo necesitaras (a este/ otro)?</p>

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar...

En aquellos casos en que la conversación y la entrevista no fluyan, se sugiere, al final, **solicitar al adolescente que escriba una carta:**

“Te quiero pedir que escribas una carta a un adolescente que empieza a ir al psicólogo/a, una carta desde tu experiencia de terapia, como para que a él/ ella le pueda servir. Ahí puedes contarle tu experiencia, y darle consejos para que aproveche el ir a terapia”.

Cuando termine la carta, se le puede pedir que la comente, y desde allí profundizar en aquellos aspectos que no se hayan abordado en la entrevista o que falte indagar.

## Anexo N°7. Guión de Entrevista para Terapeutas

### FONDECYT SEGUIMIENTO

#### GUIÓN DE ENTREVISTA A TERAPEUTA DE PACIENTE NIÑO/A, ADOLESCENTE

##### **Instrucciones para el Entrevistador**

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los terapeutas acerca de la experiencia de la terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Además, busca favorecer la reflexión del entrevistado sobre su quehacer en terapia y el modo en cómo se relaciona con la percepción de éxito o fracaso terapéutico. Por este motivo, se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo el terapeuta evalúa retrospectivamente la experiencia de una terapia en particular. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para el proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del terapeuta.

2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el terapeuta considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el terapeuta, el paciente o ambos, así como también el familiar o adulto responsable, que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones "típicas" así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esta temática es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.

3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto corresponde a la teoría o explicación que el terapeuta tiene de la enfermedad o del problema del paciente (cómo entiende el padecer del paciente, a qué lo atribuye y asocia), y cómo entiende el proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría subjetiva de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en que consistió y en relación a qué aspectos.

4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el terapeuta percibe su relación con el paciente y con el familiar o adulto responsable a lo largo del proceso. Interesa indagar en los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el paciente y el familiar o adulto responsable, los sentimientos hacia estos, así como la influencia de dichos sentimientos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida, y, en base a lo que el terapeuta vaya narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

Si el terapeuta lo considera necesario (por ejemplo, si no recuerda detalles importantes del proceso), puede consultar sus notas personales o la ficha clínica del paciente. Es importante que el entrevistador indague en el significado que el terapeuta da a esta acción.

## Entrevista

### Consigna:

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

La conversación que tendremos es parte de un estudio que mirará retrospectivamente la experiencia de estar en psicoterapia, desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y familiares.

Por esta razón, nos interesa conversar sobre la psicoterapia que llevó a cabo con el paciente \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de este proceso.

### **Confidencialidad:**

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su paciente no se comentarán con él o ella, su familia ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en la ficha del paciente.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### **Pregunta de apertura de la entrevista**

“Me gustaría preguntarle sobre la terapia que desarrolló con el paciente \_\_\_\_\_. ¿Cómo fue esa experiencia de terapia para ti/usted?”

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el terapeuta dice. El orden del guión puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del entrevistado, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

### **Profundización**

Una vez que el terapeuta haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas, a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.

<p><b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b></p>	<p>* Indagar respecto a la experiencia del paciente y sus padres o familiares.          ¿Por qué motivo llegó este paciente a terapia? (indagar motivo de consulta explícito y latente). Indagar motivo desde el paciente y sus padres o familiares.          ¿Qué cree que ocasionó lo que llevó al paciente a consultar? (factores personales, familiares, sociales, biológicos). Desde dónde surge la demanda.          ¿Por qué cree que el paciente y/o sus padres o familiares decidieron pedir ayuda a un psicólogo/a?          ¿Qué le dijo al paciente/ padres sobre su problema? ¿Qué le devolvió usted al paciente/ padres? (Devolución o reformulación del motivo de consulta/ Diagnóstico) ¿En qué momento lo hizo? ¿Cómo lo tomó él/ella/ellos?          Si el terapeuta comunicó un diagnóstico: ¿Otro(s) profesional(es) le habían comunicado algún diagnóstico previo al paciente/padres? ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo abordó usted esto?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Expectativas (Proceso)</b></p>	<p>¿Cómo pensaba que la psicoterapia podía ayudar a este paciente/padres?          ¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron?          ¿En qué aspectos no se cumplieron?          ¿Qué significó esto para usted?          ¿Su paciente/padres tenía experiencias previas con psicólogos/ psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo influyeron en esta terapia?          ¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Relación Terapéutica (Proceso)</b></p>	<p>*Indagar en la relación del terapeuta con el paciente          ¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (el paciente)? (especificar calidad de la relación).          ¿Cómo describiría a su paciente? ¿Qué le gustaba de su paciente?          ¿Qué no le gustaba?          ¿Cómo se sentía con su paciente?          ¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su paciente? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia?          ¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su paciente hacia usted?          ¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia?          ¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su paciente?          ¿Cómo fueron?          ¿De qué manera manejaron estas situaciones? ¿Cómo se sintió?          ¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y cómo se sentían en la relación influyó en el proceso terapéutico de su paciente?          ¿Cómo se describiría usted como terapeuta en esta terapia?          ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en su proceso terapéutico?          ¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con el paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación que estableció con él/ella?</p> <p>* Indagar también respecto a la relación con los padres o familiares del paciente.          ¿Cómo fue la relación con los padres? (especificar)          ¿Cómo fue su participación en la terapia?          ¿Cómo influyó la relación con los padres en el proceso psicoterapéutico del niño/a o adolescente?          ¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro con los padres?          ¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con los padres/familiares del paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación</p>

	que estableció con ellos?
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p>¿Cómo describiría la evolución de este proceso de terapia? ¿Hubo algún elemento que usted calificaría como "clave" en esta terapia?</p> <p>¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el paciente? (indagar por algún momento especialmente saliente del proceso)</p> <p>¿Hubo interacciones entre Ud. y su paciente que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Qué intervenciones/acciones/técnicas realizó/utilizó que recuerda como importantes para esta terapia? ¿Recuerda algún evento en particular? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?</p> <p>¿Hubo actitudes suyas que hayan influido en cómo se dio esta terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Hubo actitudes del paciente que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Hubo actitudes o acciones de los padres que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Qué intervenciones/acciones/técnicas que realizó con los padres recuerda como importantes? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?</p> <p>De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que influyeron más en este proceso? ¿Los que más lo facilitaron? ¿Los que más lo dificultaron?</p> <p>Elementos del contexto que hayan influido en el proceso y experiencia de la terapia:</p> <p>¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral/escolar que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico?</p> <p>¿Hubo elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en su experiencia de la terapia?</p> <p>¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en cómo usted experimentó la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Resultados</b>	<p>¿Cómo evalúa esta psicoterapia?</p> <p>¿Cree que fue exitosa? ¿Por qué?</p> <p>¿Cambió algo en el paciente con la terapia? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió? (IMPORTANTE distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios)</p> <p>¿Cómo se fueron dando estos cambios?</p> <p>¿Cómo logró darse cuenta o percibir estos cambios?</p> <p>¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo el paciente (problema/diagnóstico) durante/después de la terapia?</p> <p>¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio?</p> <p>¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en los resultados de esta terapia? ¿Y la etapa del desarrollo?</p> <p>¿Qué aspectos de usted cómo terapeuta cree que influyeron en los resultados de la terapia?</p> <p>¿Cree que se solucionó el (los) problema(s) que llevaron al paciente/padres a consultar? ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo? ¿Cómo se dio cuenta de eso?</p>



	<p>¿Hubo cambios en los padres/familia?          ¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron? ¿Hubo algunos cambios que esperaba y no se lograron?          ¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué? ¿Cómo cree que se dio eso?          ¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso?          ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?          ¿Qué aprendió usted con esta terapia? ¿Percibió cambios en usted con esta terapia? ¿Cuáles?          Elementos del contexto que hayan influido en los resultados de la terapia:          ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?          ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en los resultados terapéuticos?          ¿Hubo elementos del contexto de investigación (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en los resultados de la terapia?          ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en los resultados de la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Término del proceso</b></p>	<p>¿De qué manera se dio término a la psicoterapia? ¿Quién propuso la finalización?          - Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: ¿Qué elementos tomó en consideración para planificar el término de la psicoterapia? ¿Qué cree que llevó al paciente a continuar hasta el final? ¿Cómo fue el manejo del cierre? ¿Qué temas se abordaron?          - Si fue propuesto por el paciente/ padres: ¿Qué razones dieron? ¿Cómo acogió usted esta iniciativa? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto?          - Si el paciente/ padres abandonan de manera abrupta la psicoterapia: ¿Qué cree que los llevó a tomar esa decisión? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto?</p> <p>¿Cree que la terapia terminó en el momento adecuado? ¿Cree que para el paciente hubiera sido necesario más/menos tiempo?</p> <p>En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar?</p> <p>¿Qué implicancias para la vida del paciente cree que este tratamiento pueda tener a futuro?</p> <p>¿Cree que el paciente/sus padres volverían a consultar a un psicólogo/a? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia. Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar.