



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

**LA ALIANZA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
DESDE UNA MIRADA NEOREICHIANA**

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

Autora: PS. ORIETA ELIZONDO SOSA

Profesor Guía: Mg. Alejandro Olea

**Informantes:
Mg. Javier Cortés Alti
Dr. Pablo Herrera Salinas**

Tesis Aprobada

Santiago de Chile, año 2016

**LA ALIANZA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
DESDE UNA MIRADA NEOREICHIANA**

I. RESUMEN

La presente investigación indaga en la experiencia de pacientes con depresión, tratados con enfoque neoreichiano, la relevancia de la alianza terapéutica en sus procesos.

Desde un diseño cualitativo de investigación, a través de entrevistas semiestructuradas y posteriormente del análisis de contenido, se recogerán los significados y representaciones de los que dan cuenta los pacientes, participantes en estos procesos, y se pondrán en discusión con los conceptos relevados en el marco teórico.

Se verifica que, la calidad de la alianza terapéutica, facilitada por una práctica psicocorporal, presenta un alto grado de incidencia en la remisión del malestar.

Dado que existe poca literatura sobre este tipo de experiencias, la reflexión sobre la misma enriquece el quehacer psicoterapéutico.

Palabras Clave: Alianza Terapéutica, Depresión, Psicoterapia Neoreichiana.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, a mi hija, a mi pareja, por su apoyo, su incondicionalidad y su paciencia durante todo el tiempo de la investigación.

Al profesor Alejandro Olea por su orientación, apoyo y contención.

A Paula e Isis, mis compañeras de magister que me alentaron en el camino.

A Anita, por su amoroso apoyo.

A los colegas, pacientes y profesores, que colaboraron desinteresada y amablemente con mi trabajo.

INDICE

II. INTRODUCCION.....	1
III. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
IV. RELEVANCIA.....	7
V. MARCO TEORICO.....	9
v.1. La Alianza Terapéutica.....	9
v.2. La depresión.....	14
v.3. Psicoterapia psicocorporal.....	17
v.3.1. Contextualizaciones acerca de la propuesta de orientación Psicocorporal.....	17
v.3.2. Psicoterapia corporal reichiana.....	21
v.3.3. Psicoterapia corporal neoreichiana: el análisis bioenergético de Alexander Lowen, la Biosíntesis de David Boadella....	24
VI. PREGUNTA DIRECTRIZ Y OBJETIVOS.....	36
vi.1. Pregunta directriz.....	36
vi.2. Objetivos.....	36
VII. METODOLOGIA.....	37
vii.1. Tipo de estudio.....	37
vii.2. Participantes.....	38
vii.3. Criterios de selección.....	39
vii.4. Criterios de exclusión.....	39
vii.5. Instrumento.....	39
vii.6. Diseño.....	39
vii.7 Procedimiento.....	40
VIII. RESULTADOS.....	41
IX. DISCUSION.....	59
X. CONCLUSIONES.....	70

XI. LIMITACIONES Y PROYECCIONES.....	73
XII. REFERENCIAS.....	74
XIII. ANEXOS.....	

II. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo recoge un antiguo deseo enunciado desde una posibilidad investigativa, el indagar sobre la experiencia de pacientes con depresión en procesos terapéuticos psicocorporales. Hace ya algunos años fui uno de ellos.

El propósito de esta investigación es explorar y describir, a través de los relatos de los pacientes con depresión, mediante el diseño de teoría fundamentada, las condiciones particulares de la alianza terapéutica en sus respectivos procesos.

Para tal efecto se seleccionó una muestra intencionada de pacientes que asistían a consulta privada con estas particularidades, terapia psicocorporal neoreichiana.

Siendo la alianza terapéutica una temática bastante abordada por la mayoría de los enfoques, particularmente en el humanismo y en los desarrollos psicocorporales, no se encuentra como una variable muy estudiada. De ahí que esta investigación resulta relevante.

El trabajo se estructura en planteamiento del problema y su relevancia; marco teórico a partir de la revisión de las temáticas centrales de la investigación (alianza terapéutica, depresión y desarrollos psicocorporales postreichianos), poniendo fundamental énfasis en la Bioenergética de A. Lowen y la Biosíntesis de D. Boadella.

Seguidamente se presenta los resultados de la investigación, su discusión y las conclusiones, permitiendo una reflexión sobre las subjetividades de los pacientes en este contexto en particular.

Se anexa a este documento, el guion temático, las transcripciones de las entrevistas a los participantes y carta de consentimiento informado.

III. FORMULACION DEL PROBLEMA

La alianza terapéutica ha sido un elemento incorporado por la mayoría de las corrientes psicoterapéuticas. Es uno de los componentes de la psicoterapia que más toma en cuenta la investigación (Safran y Muran, 2005). Recientemente distintas aportaciones permiten considerar la alianza terapéutica como una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, donde esta regula la relación que en este contexto se establece. La mayoría de los estudios encuentran significativa la relación entre alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. (Corbella y Botella, 2003).

La relación terapéutica en principio es abordada por Freud, en sus primeros documentos sobre la transferencia. Teniendo posteriormente dentro del mundo psicoanalítico un amplio desarrollo teórico práctico. Transitando desde la importancia que le otorga Richard Sterba (1934, 1940) a la identificación positiva del paciente con el terapeuta, hasta el valor de la racionalidad y la objetividad en la terapia de Ralph Greenson (1967, 1971). En la tradición terapéutica experiencial este concepto también es explícitamente adoptado. (Safran y Muran, 2005). Desde la perspectiva humanista existe un énfasis importante en la relevancia del vínculo interpersonal en la relación terapéutica, Rogers (1951, 1957) lo enmarca en tres características fundamentales del terapeuta para con su cliente: empatía, congruencia y aceptación incondicional. (García y Botella, 2011). La alianza terapéutica ha sido reconocida como elemento central de la psicoterapia por parte de la gran mayoría de las escuelas terapéuticas. (Corbella y Botella, 2003).

Asimismo la depresión es un cuadro psicopatológico, que afecta cada vez más población a nivel mundial y particularmente en Chile es considerado un importante problema de salud pública (MINSAL, 2013). Según datos de la OMS la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial

de discapacidad. Particularmente en Chile, este estudio señala que el 17% de la población sufre de depresión, con una de las tasas más altas a escala mundial (OMS, 2016).

A nivel mundial se estima que en el 2020 sería la segunda causa de años perdidos por discapacidad, en Chile, actualmente, es el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas (SERNAM, 2002).

Por lo anteriormente mencionado, dado que esta patología tiene un fuerte impacto en la vida cotidiana, es de gran interés estudiar en detalle los procesos que a nivel psicoterapéutico tienen lugar durante su abordaje. (MINSAL, 2013).

La inclusión del cuerpo en el mundo psicoterapéutico es de gran interés para todas las formas de psicoterapias. Algunos métodos psicocorporales se vinculan con aprendizajes somáticos, donde se coordinan con la atención consiente explícita influenciando estados de ánimo y formas de pensamiento (Heller, 2008). Manifestaciones y/o disciplinas como el yoga, las artes marciales, el trance, la meditación, entre otras, forman parte del campo de lo somático arraigado culturalmente en diferentes lugares del mundo. De la asociación de los métodos somáticos y la psicoterapia emergen diferentes enfoques que pueden conocerse como psicología somática, el Método Feldenkrais, la Conciencia Sensorial, el Análisis de Movimiento Laban, la Vegetoterapia de Reich, el Método de Alexander, la Psicología Biodinámica de G. Boyesen, la Bioenergética de A. Lowen, la Corenergética de John Pierrakos, la Biosíntesis de D. Boadella, así también figuras destacadas en el quehacer psicocorporal: como Ola Raknes, Federico Navarro y S. Keleman. (Heller, 2012). En términos generales estos dan cuenta del estudio de la interfase cuerpo/mente (Ortiz Lachica, 2007), del reconocimiento del rol del cuerpo físico y del sistema neuro-músculo-esquelético en el funcionamiento de la psique.

Los enfoques psicoterapéuticos corporales trabajan fundamentalmente sobre el cuerpo, la mente y la conducta, intencionando la auto coordinación de éstas y así la auto regulación del organismo. En términos de Boadella, el trabajo se vincula en

cómo estas dimensiones resuenan unas con otras, en nosotros mismos y al comunicarnos, con otros organismos (Heller, 2012).

Algunas investigaciones revelan que dentro de los componentes que conforman la alianza terapéutica, la colaboración y la confianza, serían los elementos que presentan mayor correlación con los resultados de la terapia. (Corbella y Botella, 2003). En su texto *La depresión y el cuerpo*, Lowen (1984) señala que la depresión se da en sujetos que no están enraizados en la realidad, ni en sus cuerpos, ni en contacto con sus sentimientos, la depresión sería la pérdida de fuerza interna de un organismo, que ha perdido el entusiasmo por la vida y además temporalmente la voluntad de vivir. Debe ponerse en contacto con la realidad del funcionamiento de su cuerpo, siendo esta la realidad básica de la existencia individual. La remisión de su malestar se vincula con el aprender a contactarse con su propio cuerpo (Lowen, 1984). De esta manera el acceder al cuerpo, movilizándolo en un espacio facilitado desde la alianza terapéutica, permite un acercamiento importante al malestar, a la sintomatología particular que el paciente vive.

Propiamente, la cultura de masas produce individuos: individuos normalizados, articulados unos con otros según sistemas jerárquicos, sistemas de valores, sistemas de sumisión; no se trata de sistemas de sumisión visibles y explícitos, como en la etología animal, o como en las sociedades arcaicas o pre capitalistas, sino de sistemas de sumisión mucho más disimulados. (Guattari y Rolnik, 2006, p. 28).

Por datos anteriormente mencionados, se podría considerar la depresión como un malestar profundamente arraigado en las sociedades actuales; inscrita a veces, desde un lugar quizás no tan visible en el modelo socioeconómico. Lo vertiginoso del ritmo cotidiano en ocasiones enmascara trastornos como la distimia. Los sujetos con depresión aunque desconectados de sí mismo, pueden llegar a ser muy funcionales en el orden existente. En este contexto la práctica psicoterapéutica corporal posibilita un espacio que podríamos considerar contracultural, ya que además de re contactar al sujeto con su cuerpo biológico, emerge como un lugar de reflexión posible en torno a sí mismo. En palabras de

Reich (1995), tendría lugar la organización de la conducta desde el principio de auto regulación, donde el funcionamiento tiende al equilibrio interno vinculado a la satisfacción autónoma del paciente. Diferenciándose de la regulación moral que opera desde el deber e instala fuertes conflictos al interior del sujeto.

En relación a la particularidad del vínculo terapéutico en psicoterapia corporal neo reichiana se evidencia una ausencia de estudios suficientes que aporten material teórico práctico en este abordaje. (Ramírez, 2005).

El vínculo o alianza en la terapia es un elemento fundamental para que se desarrolle un proceso terapéutico, en toda psicoterapia, sea o no corporal, como veremos en detalle en los contenidos que se presentan en el marco teórico. En el trabajo psicocorporal se suma a los elementos como la boca y los ojos, ya presentes en las terapias más verbales, las manos, terapeuta corporal incorpora la instancia del toque, en el encuentro con el paciente, a diferencia de otras modelos de psicoterapias, acá además de la palabra, el ofrecer símbolos para la elaboración de contenidos al paciente, se convierte el cuerpo del terapeuta en una herramienta importante del espacio de la terapia.

Es desde el cuerpo del terapeuta en el trabajo psicocorporal que se posibilita la resonancia somática, siendo está la base para el desarrollo de la terapia en Biosíntesis. (Boadella, 1987).

En pacientes con depresión se hace particularmente relevante la intervención del cuerpo, ya que es un malestar con notoria sintomatología orgánica, con importantes alteraciones anímicas y biológicas. Activar en ellos lo relacionado con el sistema simpático, en tanto SNC, sería medular, ya que su sustrato biológico está más bien organizado desde lo parasimpático. Desregulándose gran parte de sus funciones biológicas y por consecuencia su existencia. (Jara, 2002).

El recontactar al paciente con su cuerpo biológico, recontactar los ritmos naturales perdidos y enmascarados por el malestar depresivo es una necesidad en el proceso de remisión o cura. Muchos trastornos psicosomáticos se asocian en el último tiempo a la depresión, de ahí que la mirada neoreichiana, actualizada por las ciencias biológicas, trabajos como los de A. Schore dan cuenta de ello,

permiten un abordaje terapéutico particularmente beneficioso en estos casos. (Boadella, 1987).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la alianza terapéutica que se desarrolla en el contexto del trabajo psicocorporal relacionada con el contacto físico entre terapeuta y paciente, sería un factor facilitador en los procesos psicoterapéuticos de pacientes con depresión. Dado esto fundamentalmente por las condiciones de cercanía, apoyo, entre otras que implica el trabajar con el cuerpo en el espacio de la terapia.

Teniendo en cuenta los datos existentes, ya mencionados, la presente investigación pretende aportar en robustecer el cuerpo de conocimiento en el territorio de la psicoterapia corporal neo reichiana, dado el vacío existente en la sistematización de éste. A través de las narrativas de los pacientes se explorará cómo el trabajo psicocorporal en terapia da cuenta de la existencia de una particular alianza terapéutica, y la consecuencia de ésta a su vez, en la remisión de un malestar tan desvitalizante como la depresión.

Así también el presentar un sendero viable e interesante en el mundo de la salud mental que posibilite otro abordaje de la depresión.

IV. RELEVANCIA

La existencia de información sistematizada referente a psicoterapias corporales neoreichiana en Chile es escasa. La alianza terapéutica es una temática muy abordada desde otros enfoques pero particularmente el abordaje de la alianza terapéutica desde una mirada humanista y psicocorporal no ha sido muy desarrollada (Ramírez, 2005). Por lo que el presente trabajo se direcciona en la intención de ser un aporte en este ámbito.

No obstante lo anterior mencionado, es importante señalar que se encuentran en Chile investigaciones realizadas sobre atenciones clínicas con orientación neoreichiana, en el centro de atención psicológica de la universidad ARCIS, por alumnos en práctica, en el período comprendido entre los años 2003 y 2008, las que se encuentran sistematizadas en diez tesis de pre grado de dicha institución. Estas abordan temáticas relevantes en salud mental como depresión, anorexia nerviosa, crisis de pánico e intentos y/o ideaciones suicidas. Un aspecto relevante en esta sistematización es el apartado referente al vínculo terapéutico en la particularidad del trabajo psicocorporal en cada una de estas temáticas (Reyes, 2010).

La escuela española de terapia reichiana (ESTER) difunde a través de la Revista Energía, Carácter y Sociedad publicaciones vinculadas a la psicoterapia caracterioanalítica (postreichiana). Temáticas como el sufrimiento emocional, los trastornos de personalidad, la sexualidad y la vegetoterapia pre natal son abordados desde la perspectiva psicocorporal.

La alianza terapéutica cuenta con múltiples investigaciones que la sitúan como un elemento importante al momento de pensar la eficacia de la psicoterapia (Botella y Corbella, 2011). Es una de las variables inespecíficas de la psicoterapia tenida en cuenta por la gran mayoría de las escuelas y enfoques, teniendo el psicoanálisis un lugar destacado en cuanto a investigaciones se refiere. Así mismo emergen elementos que contribuyen conjuntamente con la alianza terapéutica al cambio en psicoterapia, tales como las técnicas, los procedimientos y estrategias terapéuticas. (Botella y Corbella, 2011). También la aparición del debate sobre la conexión causal entre síntoma y alianza (Botella y Corbella, 2011). Otros estudios realizados en Chile dan cuenta del desafío del trabajo terapéutico en instancia de establecer la alianza con pacientes suicidas. Donde se hace imprescindible el poder sostener la tensión psicológica en un encuentro profundamente ambivalente, favoreciendo el desarrollo y significado del proceso analítico (Parada, 2013).

El posibilitar distintas emergencias psicoterapéuticas para un trastorno como la depresión, a través del abordaje del propio cuerpo enriquece de manera teórica y clínica el sistema de tratamientos hasta ahora establecidos. El análisis en este contexto de narrativas construidas por pacientes, la emergencia de sus subjetividades, permite abrir nuevas interrogantes en el quehacer terapéutico. Al abordar una patología, como la depresión, que afecta gran parte de la población mundial y nacional, tiene una relevancia política y social ya que posibilita información que enriquecería el quehacer en este campo de la salud mental. Así como el poder conformar una sistematización para el abordaje de la depresión desde esta mirada.

Investigaciones en el área de la salud establecen una amplia relación entre enfermedades médicas y morbilidad psicológica, considerándose particularmente frecuentes los trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, en especial la depresión (Valencia, 2002). El cáncer y la depresión son en nuestros días dolencias instaladas en el cotidiano que afectan de manera patente a gran parte de la población mundial, ya sea como pacientes o acompañantes en el círculo cercano de quienes lo padecen.

En el quehacer de Reich emerge la problemática social instalada como una urgencia, donde la recuperación sostenida en el tiempo de un paciente se vincula con su medio social. (Ramírez, 2005). Para Reich (2005) los contenidos de la coraza caracterológica se vinculaban con lo social, donde las condiciones en las que esta se desarrolla corresponderían a la organización de un orden social particular. En relación al cáncer Reich (1885) manifiesta que su erradicación se relaciona con una educación que no reproduzca la resignación caracterológica y coraza muscular en forma masiva. Desde esta mirada el abordaje terapéutico tendría una profunda implicancia social, donde la generación de políticas de salud públicas al respecto sería un gran paso en la prevención y tratamiento, temática esta de gran discusión actual en Chile.

De igual manera en el ámbito clínico, abordará una mirada distinta sobre el sujeto en lo relacional, al implicar lo psicocorporal, donde la elaboración del proceso psicoterapéutico transcurre en la práctica clínica de una forma particular, en relación a los demás enfoques.

V. MARCO TEORICO

V.1. La Alianza Terapéutica

El término Alianza Terapéutica se ha desarrollado desde comienzos del siglo XX, entendiendo que un proceso psicoterapéutico difícilmente puede desarrollarse al margen de esta. La calidad emocional y relacional del vínculo que se establece entre ambas partes, paciente y terapeuta, resulta, al decir de algunos estudios recientes, determinante en el resultado de la terapia (Corbella y Botella, 2003).

Existen diferentes definiciones del concepto de alianza terapéutica, aportadas por investigadores de distintas líneas teóricas. De acuerdo a Horvath y Symonds (1991, en Santibáñez, 2001) habría un acuerdo generalizado en relación a que, la alianza terapéutica recoge la colaboración, en tanto elemento de la relación entre paciente y terapeuta, teniendo en cuenta los recursos de ambos para establecer un acuerdo adecuado en el proceso terapéutico.

La corriente humanista coloca un énfasis particular en la importancia de esta, en el proceso psicoterapéutico. Rogers (1951, 1957) establece la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional del cliente, como elementos esenciales para establecer una relación terapéutica efectiva con este.

De acuerdo a lo anterior, la alianza terapéutica se fortalece en relación al compromiso con el proceso que establecen tanto el paciente como el terapeuta,

en circunstancias donde el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, el paciente percibirá a su terapeuta como comprometido en el proceso. Construyéndose una relación colaborativa entre iguales, donde se establece una “sintonía fina” entre ambos (Talley et al, 1990, en Santibáñez, 2001).

En un estudio sobre la alianza terapéutica, realizado en Buenos Aires, en sujetos de clase media, se concluye que esta depende más bien de las condiciones del vínculo y no de las variables del encuadre, pensando estas últimas como la frecuencia de trabajo o el estilo del terapeuta (Zukerfeld, 2001). Se diferencian en este estudio tres componentes de la Alianza terapéutica: el que se relaciona con los componentes transferenciales y contratransferenciales sublimados, el que corresponde a la ubicación del Ideal del yo en el otro y el que se relaciona con la percepción realista del otro, que siempre existiría con más o menos un tinte de transferencia y de sugestión (Zukerfeld, 2001). De estos elementos se deduce que la alianza terapéutica se opone a la resistencia de transferencia, por lo que más que la condición de cambio sería el cambio psíquico en sí (Zukerfeld, 2001).

Por otra parte podemos señalar que el vínculo terapeuta-paciente transcurre más allá de lo verbal. Para D. Stern (2000) el campo de ese “algo más” se relaciona con conocimientos implícitos que refieren muchas formas de estar con los demás, incluyendo acá dimensiones como el afecto, la cognición y la conducta interactiva (Stern, 2000, en Araneda, 2005).

Una buena alianza terapéutica, sería postulada por E. Bordin (1979) como un buen prerrequisito para el cambio, en cualquier forma de psicoterapia. Destacó tres componentes fundamentales de la alianza: tareas, objetivos y vínculos. Por tanto la calidad de la alianza estaría determinada por el grado de acuerdo entre paciente y terapeuta, en relación a las tareas y los objetivos del proceso terapéutico y de la calidad del vínculo relacional entre ellos (Safran y Muran, 2005).

La anterior conceptualización de Bordin implica el suceso de una negociación continua entre terapeuta y paciente, la que ocurre tanto en el ámbito consciente como inconsciente. Siendo este proceso de negociación, quien establezca las

condiciones necesarias para producir el cambio y es al mismo tiempo una parte intrínseca del proceso de cambio (Safran y Muran, 2005).

J. Benjamín (1990) es una de las primeras en manifestar el hecho de que el proceso de negociación entre dos subjetividades distintas constituye el núcleo del proceso de cambio. Así mismo S. Mitchell (1993) remarca que la negociación entre los deseos del paciente y los del terapeuta son un mecanismo crítico. S. Pizer (1992) describe también la esencia de la acción terapéutica como conformada por el compromiso de dos en el proceso de negociación (Safran y Muran, 2005).

En los trabajos investigativos realizados en el centro de atención psicológica de la Universidad Arcis, con enfoque en trabajo psicocorporal reichiano, se da cuenta de las diferentes manifestaciones de la alianza terapéutica vinculada a la particularidad caracterológica del paciente en cada caso. En el rol del terapeuta la empatía conectada, así como su disponibilidad son elementos relevantes para llevar a cabo el desarrollo de la alianza o vínculo en terapia. (Reyes, 2010).

En pacientes con trastorno alimenticio describe una primera etapa donde el vínculo se caracteriza por ser racional, distante y desafiante. Lo que guarda directa relación con las características caracterológicas de las pacientes, al decir de la investigación. (Álvarez et al., 2008).

En los caracteres orales, con síntomas depresivos aparece mayor disposición a la terapia, desarrollándose a través de la alianza terapéutica un espacio de confianza para la conexión emocional de las pacientes. (Ramírez y Silva, 2006).

El trabajo con pacientes esquizo/orales con revestimientos histéricos da cuenta de la necesidad basal de estos caracteres de sentir seguridad y confianza en el terapeuta, instancias que permiten la elaboración del vínculo y solo desde ahí se posibilita la reelaboración de las vivencias traumáticas experimentadas por los pacientes. (Cabello y Carvajal, 2008).

La contención y la confianza que se instala en el espacio terapéutico desde el vínculo les permite a los pacientes analizar situaciones angustiosas. (Castro et al., 2007). Estos mismos autores dan cuenta de cómo la alianza terapéutica en

pacientes con caracteres orales y revestimientos masoquistas se enmarca en la dependencia hacia la figura del terapeuta, tendiendo a idealizar la figura de este.

Otro trabajo investigativo da cuenta de cómo los pacientes con sintomatología de ataques de pánico, desarrollan un vínculo terapéutico que se caracteriza por ser adhesivo y dependiente. (Dorat y Muñoz, 2007).

De acuerdo a estas investigaciones los pacientes con caracteres orales y masoquistas establecen vínculos terapéuticos desde la dependencia, este último desarrolla características de sumisión y subordinación. (Castro et al., 2007).

El desarrollar en la terapia estrategias que les permitan a los pacientes trabajar la vincularidad desde su particularidad caracterológica, emerge como una necesidad en los procesos terapéuticos a partir de los resultados sistematizados en este estudio. (Reyes, 2010).

Al momento del sujeto comenzar un proceso terapéutico, con su malestar, su corporalidad, sus emociones, también se recrean en el espacio de la terapia su historia vincular. Sus historias de apego, sus primeros vínculos, las maneras más esenciales de su sí mismo en el patrón emocional. El terapeuta recoge gran parte de esta información y será idealmente trabajada durante el proceso. En algunas ocasiones, sobre todo en el caso al que nos referimos, pacientes con depresión es común que esta historia vincular, sus pautas, este muy ligada al malestar del paciente. De ahí que a partir de este nuevo vínculo recreado en el espacio terapéutico se permita la reparación y reelaboración de la historia emocional del paciente, pudiendo este instalar nuevas pautas vinculares que le posibiliten en lenguaje de Reich su auto regulación.

V.2. La Depresión

El trastorno depresivo se ha convertido en una patología cada vez más común en la vida moderna, estableciéndose como un problema de salud pública, que afecta al paciente, a su entorno social y que en ocasiones requiere un abordaje multidisciplinario (MINSAL, 2003).

La depresión, en tanto temática ha sido abordada en el tiempo por diferentes disciplinas y paradigmas, siendo, la psicología, la psiquiatría, la medicina, la filosofía y la genética, algunas de ellas. La melancolía es un concepto que se ha venido asociando a ella, que cobra énfasis con el texto psicoanalítico de S. Freud, Duelo y Melancolía, de comienzos del siglo pasado¹. En la actualidad la depresión es considerada un trastorno, donde lo planteado por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM- V, es una muestra importante del abordaje de este malestar por la psiquiatría clásica².

¹ En su texto Duelo y Melancolía, S. Freud (1917) establece la comparación entre la naturaleza del duelo y la melancolía, asociando la depresión a esta última (Freud, 1992).

² El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Estadunidense de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas de estas (American Psychiatric Association, 2014).

Los múltiples acercamiento a la depresión dan cuenta de miradas disimiles: se recomienda tratamientos farmacológicos, ya sea solos o vinculados con psicoterapia, ya que para algunos supone una alteración mental, un síntoma degenerativo para otros o un estado determinado por conflictos evolutivos, vinculares y emocionales instalados en la infancia del sujeto (Jara, 2002).

En tanto trastornos afectivos heterogéneos, las depresiones se caracterizan, en términos de sintomatología, fundamentalmente por un estado de ánimo deprimido, reducción significativa de la capacidad de disfrute, apatía, pérdida de interés en el trabajo, así como sentimientos de minusvalía, insomnio, entre otros (Hall, 2003).

El Ministerio de Salud de Chile, define operacionalmente la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo, que se caracteriza por cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, sensación de angustia, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten al menos durante dos semanas. Pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, siendo prominente además las alteraciones del sueño, problemas de concentración, e ideación suicida (MINSAL, 2013).

En Chile la prevalencia en relación a trastornos depresivos muestra una mayor incidencia en mujeres que en hombres. La tendencia apunta a que en las mujeres, la depresión aparezca a edades más tempranas, presentándose con mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mayores de depresión atípica (MINSAL, 2013).

De acuerdo a su intensidad, los trastornos depresivos se califican en leves, moderados o graves, de acuerdo a la gravedad de los episodios, el número, el tipo y la intensidad de los síntomas en estos y el deterioro funcional resultante (MINSAL, 2013).

Aunque la depresión se clasifique como un trastorno afectivo, sus efectos van mucho más allá del funcionamiento emocional. El paciente ve afectadas sus relaciones interpersonales, su conducta y su funcionamiento cognitivo, teniendo un impacto considerable en la discapacidad laboral significativa (MINSAL, 2013).

Para Lowen (1972) en la depresión el sujeto manifiesta una pérdida de contacto importante con su cuerpo, carece de autopercepción, centrándose su mente en una imagen irreal de sí mismo.

No se da cuenta de las limitaciones impuestas por sus rigideces musculares, pero estas limitaciones son las responsables de que no pueda realizarse como persona en el presente. No siente las perturbaciones en su funcionamiento corporal, ni su menor motilidad y respiración inhibida, ya que se identifica con su ego, su voluntad y su imaginación. La vida de su cuerpo, que es la vida en el presente, se descarta como irrelevante porque sus ojos están fijos en una meta futura que considera la única importante. (Lowen, 1972, p. 19).

Como aparece mencionado en un apartado anterior, para Lowen (1972), la depresión es la pérdida de fuerza interna de un organismo, siendo esta última, el flujo de impulsos y emociones constantes desde los centros vitales a la periferia del cuerpo. En un sujeto deprimido esta se encuentra reducida notoriamente, por lo que en el estar enormemente disminuida la capacidad de responder con impulsos adecuados a los eventos de su entorno. En el espacio de la psicoterapia, el terapeuta funciona como sustituto de la madre o el padre, ofreciendo al paciente amor y aceptación, para reparar de esta manera eventos relacionados con la vincularidad en su infancia. Esto le permitirá encontrar el camino para aceptarse y amarse a sí mismo (Lowen, 1972).

En la Biosíntesis, al igual que en la Bioenergética, la depresión se relaciona con el flujo de energía y cómo el organismo pueda metabolizarla. El nivel energético de un sujeto depende de cómo este movilice su energía y esto a su vez está muy vinculado a las emociones (Boadella, 1993).

La movilización de la energía está estrechamente relacionada con el sistema nervioso vegetativo, el simpático y el parasimpático. En la depresión se producen alteraciones en la respiración, en el metabolismo y en el sistema nervioso vegetativo, pudiendo además estar presentarse rasgos de desnutrición o de aumento de peso, entre otros (Boadella, 1993).

El trabajo con la respiración es una de las formas en biosíntesis en la que el terapeuta le facilita al paciente el poder entender su estado emocional, así como el acceder a su autorregulación (Boadella, 1993).

V.3. Psicoterapia psicorporal

V.3.1. Contextualizaciones acerca de la propuesta de orientación psicocorporal.

Después de las temáticas vistas anteriormente, es importante para el objetivo de esta investigación, explorar lo relacionado con la psicoterapia corporal. El trabajo desarrollado por Wilhem Reich y posteriormente desde El Análisis Bioenergético de Alexander Lowen, y la Biosíntesis de David Boadella, dan cuenta de la importancia del cuerpo en la conciencia que se tenga de salud y/o enfermedad, en la valoración de sí mismo de un sujeto, en el aprendizaje, en los afectos y en los vínculos grupales.

Reich amplía la perspectiva psicoanalítica, incluyendo la expresión y la actividad física del paciente, abriendo así un nuevo campo de investigación y tratamiento. Investiga sobre la armadura muscular, el bloqueo energético, los trastornos

somáticos y la naturaleza de la energía biológica. Genera un puente desde el psicoanálisis hasta la comprensión analítica del bloqueo energético. En el estudio de la estructura caracterológica une la psicología y la biología.

En sus estudios establece una unidad funcional entre la psique y el soma, regidos por leyes biológicas, teniendo un impacto directo en esta estructura el choque que se da, entre las funciones biológicas y las sociales. Entendiendo la cultura y la sociedad como escenarios donde no son reconocidas y menos validadas las necesidades que posibilitan un desarrollo pleno del organismo. Existiría una identidad funcional entre tensión muscular y bloqueo emocional. El conjunto de tensiones musculares crónicas en el cuerpo, conforman la estructura o armadura, ya que protege al sujeto de las emociones dolorosas y de las amenazas. El carácter se manifiesta en la pauta comportamental, y también a nivel somático, en la forma y movimiento del cuerpo. (Reich, 2005).

Para Reich (2005) la coraza caracterológica se desarrolla como resultado crónico del conflicto entre las demandas instintivas y el mundo exterior frustrante. La constitución de un organismo como un proceso en formación, no es algo acabado. La constitución biofísica prosigue después del nacimiento, quizás hasta el término del primer año de vida. El organismo genera una organización de su armadura, de las defensas musculares y psíquicas de acuerdo a la fase de desarrollo psicosexual donde ocurra el conflicto (oral, anal o genital). Esta será de una forma o de otra, plasmándose esto en el desarrollo del sujeto, su forma de relacionarse, su orientación física y emocional, así como su aspecto somático y la expresión de este.

La fórmula de vida, también fórmula del orgasmo, es verificada por Reich en cuatro tiempos: tensión - carga – descarga – relajación, estableciéndose así la regulación del equilibrio de la energía biológica. Este proceso es común a todos los sistemas vivos, y cuando esta oscilación es perturbada, el sistema en su totalidad se irrita. En estos casos el sistema autorregulador de nuestro organismo genera reacciones compensatorias, que a nivel psíquico se relacionan con síntomas neuróticos, entre otras manifestaciones (Reich, 1995).

La bioenergética al decir de A. Lowen se cimienta en las investigaciones y trabajos desarrollados por W. Reich. Se interesa en el estudio de la personalidad de un sujeto en función de los procesos energéticos de su cuerpo, el efecto que ocasionan las inscripciones culturales en el cuerpo mismo. El análisis bioenergético es un método psicoterapéutico con orígenes cercanos al psicoanálisis, donde además de tener en cuenta las fantasías, los sueños y pensamientos, como manifestaciones del inconsciente, también pone énfasis en la expresión corporal del paciente, estableciendo una unidad indivisible entre estos aspectos. Ve al paciente como un todo (Lowen, 1977).

Desde la terapia bioenergética se analiza la problemática del paciente, considerando para ello la expresión física de esta puesta en la estructura corporal y en el movimiento que trae el mismo. Se intenta sistemáticamente liberar la tensión física que está presente en los músculos, contraídos crónicamente.

Por lo anterior, podemos considerar de suma utilidad el análisis bioenergético, en tanto psicoterapia corporal, en el tratamiento de trastornos neuróticos y psicósomáticos. Instala desde su práctica conceptos como el uso del lenguaje corporal, unido a la expresión verbal, las estructuras de carácter y su manifestación corporal, en tanto apariencia física, lo beneficioso de la experiencia de hacer ejercicios, así como la interacción física. Los ejercicios intencionarían el tener una mejor conciencia corporal, permitiendo el acceso a las zonas más tensas de nuestra anatomía. (Lowen, 1977).

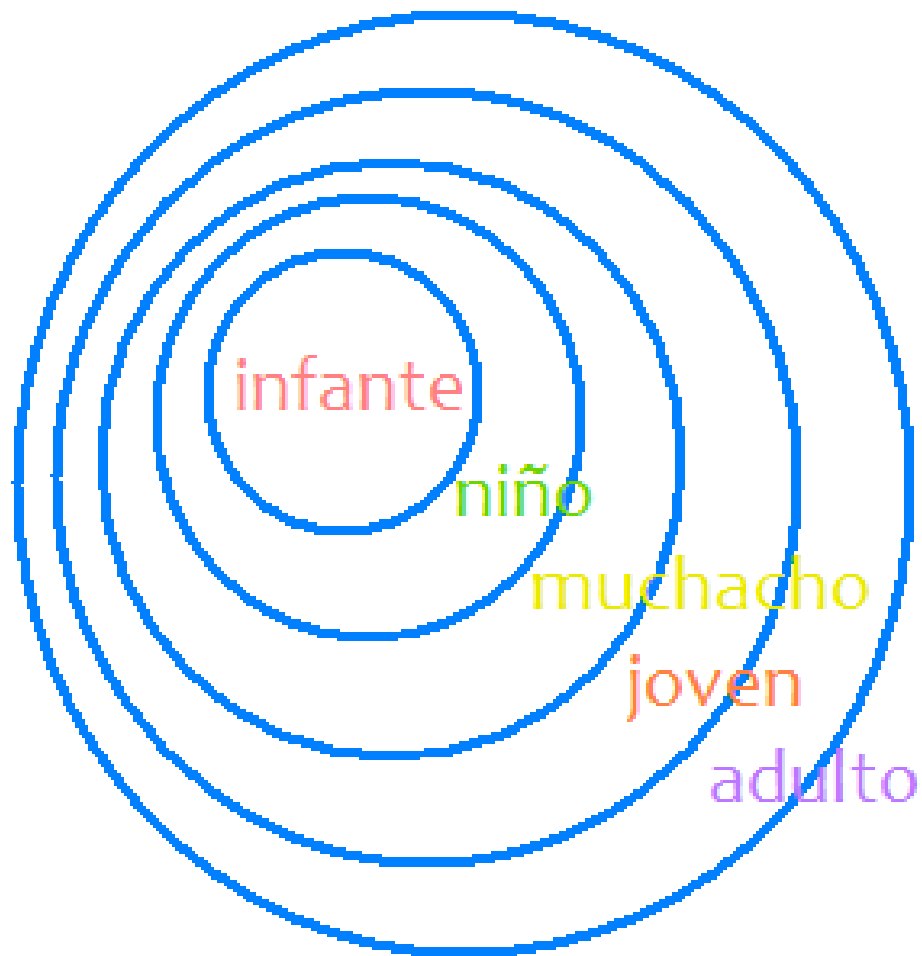
Para Lowen y Reich los problemas emocionales y en ocasiones los físicos son resultantes de una discordancia entre los impulsos de base y las demandas del entorno. Las consecuencias de los conflictos que ocurren durante la infancia tienen un impacto en el mundo psíquico y físico de un individuo, viéndose este de algún modo, forzado a adaptarse a las demandas de su medio, lo que le permitirá sobrevivir. A su vez lo instintivo, el cuerpo como entidad viva, se encontraría en contraposición con el ego, como consecuencia de los impulsos de base (impulso sexual, impulso agresivo) reprimidos en el inconsciente (Reich, 2005).

La bioenergética considera las particularidades identitarias del individuo, así como sus habilidades específicas. A través de la exploración de la historia de vida

del paciente, sus pautas comportamentales y el análisis de su corporalidad, se puede definir la estructura caracterológica de este. Las perturbaciones neuróticas, se consideran de alguna manera como un hecho que ha garantizado la supervivencia del individuo y su desenvolvimiento en situaciones difíciles. (Lowen, 1977).

Desde una mirada bioenergética, el ser humano es la sumatoria de sus experiencias vitales. Su cuerpo es un registro de estas vivencias. Para llegar a la vida adulta, el sujeto transita por otros espacios, llamados estratos o capas, que comienzan en el infante, luego el niño, el muchacho y de penúltimo el joven que dará paso al adulto. Estas edades o estratos, van añadiendo capas a la personalidad, capas vivas que continúan en esta condición al llegar a la vida adulta. Cuando el sujeto puede acceder a estas capas, es porque posee una personalidad integrada, sin conflictos. Pero si por el contrario, se aísla, reprime u obstaculiza alguna de estas capas, o una vivencia, cualquiera sea, la personalidad se encontrará en conflicto, limitada. Cada nivel o capa tiene su sentido particular del yo, de su relación con el medio que le rodea, de sus recursos y potencialidades. Por lo tanto, en cada uno de ellos tendrá lugar un desarrollo particular y una expansión del nivel de conciencia. Que finalmente se ve como un proceso integro, nunca fragmentado. (Lowen, 1977).

Figura 1: Estratos.



A través del análisis bioenergético se pretende otorgar cierta flexibilidad en el comportamiento, el mundo emocional y la corporalidad del paciente que le permitan lograr sus objetivos y deseos de manera más llevadera que cuando no ha realizado un trabajo sobre su estructura caracterológica. (Lowen, 1977).

Lowen (1977) se refiere a la terapia bioenergética como un viaje de descubrimiento de uno mismo, donde el pasado “olvidado” muestra que no fue un

tiempo de seguridad, donde sí se pelean batallas, de las que se consiguen marcas y una armadura que aún es una defensa.

V.3.2. Psicoterapia corporal reichiana.

La noción de cuerpo, aunque parezca una obviedad, no es un concepto inamovible que haya acompañado al hombre desde el comienzo de sus días, sino que más bien obedece a construcciones socioculturales. No es lo mismo un cuerpo en el oriente, que en occidente. Saberes del mundo de la medicina y la biología soportan esta mirada occidental sobre el cuerpo, apareciendo con el Renacimiento esta representación individualista que hace del cuerpo la morada del sujeto. (Le Breton, D. 2002).

El cuerpo, su abordaje, es el objeto que tienen en común la terapia corporal y la psicoterapia corporal. Desde el sentido común estos dos términos, (terapia corporal y psicoterapia corporal) tienden a asimilarse, haciéndose poca distinción entre ellos. Pero existen claras diferencias en la forma en que cada una aborda la corporalidad, así en como los resultados que buscan.

La terapia corporal trabaja a nivel de las funciones del cuerpo, y su interés es mejorar las condiciones de este. Representaciones de este trabajo son la Eutonía de Gerda Alexander, el método Feldenkrais y la Biodanza de Rolando Toro, entre otros.

La psicoterapia corporal tiene como rasgo esencial la consideración de la unidad cuerpo y mente en el espacio terapéutico. W. Reich (1897-1957), médico, psicoanalista austríaco, es considerado el padre de esta modalidad terapéutica. En el mundo occidental, amparados en la tradición judeocristiana y el paradigma cartesiano, se conforma una visión dualista del cuerpo, donde este sería: espíritu y materia, alma y cuerpo, dos realidades, con naturalezas diferentes, coexistiendo en un espacio común. Reich, discípulo de Freud, nos entrega una visión distinta, integra al cuerpo en el proceso terapéutico. Entiende al hombre en un concepto unitario, con manifestaciones somáticas y psíquicas.

Pero no todos los desarrollos en psicoterapia corporal son reichianos, la terapia primal de A. Janov y el psicodrama de Moreno, son también algunas de las manifestaciones terapéuticas de esta.

Como parte del trabajo desarrollado por Reich se encuentra la Vegetoterapia y la Orgonomía, que corresponden a distintas etapas de su vida. Esta última pertenece a una serie de experimentos y estudios realizados sobre el orgón, una bioenergía, subyacente a distintos procesos vitales. Este trabajo es el último que realiza, antes de ser encarcelado y morir en prisión.

Con la Vegetoterapia, Reich desarrolla su teoría del análisis caracterial, donde los rasgos del carácter serían dependientes unos de otros y conformarían en conjunto la “coraza caracterial”, la que tendría la doble función de proteger al sujeto de las experiencias displacenteras, pero también restringiría su contacto con el placer. Habría una correspondencia entre el carácter (coraza caracteriológica) y la estructura corporal (coraza muscular). (Reich, 2005).

La coraza caracteriológica se desarrolló como resultado crónico del conflicto entre las demandas instintivas y el mundo exterior frustrante;... Es la sumatoria de estas influencias del mundo exterior sobre la vida instintiva la que, en virtud de su similitud, constituye una unidad histórica.... El lugar donde se forma la coraza es el yo, esa parte de la personalidad que constituye el límite entre la vida instintiva y el mundo exterior. (Reich, 2005, p. 168).

En su libro “Análisis del carácter” Reich establece el carácter genital como carácter ideal, contrastándolo con el neurótico, en este último el sujeto desarrolla un carácter falso, temiendo percibir sensaciones involuntarias. El sujeto con carácter genital, reacciona biológicamente según el contexto en el que se encuentre. (Reich, 2005).

En este texto describe cinco formas del carácter neurótico, de acuerdo a observaciones de experiencias clínicas llevadas a cabo por él: el carácter pasivo

femenino, el carácter histérico, el carácter compulsivo, el carácter masoquista y el carácter fálico narcisista. (Reich, 2005).

Reich identifica siete segmentos en los que divide la coraza: el ocular, el oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. Estos son anillos de tensiones que afectan tanto a la coraza como a los órganos subyacentes.

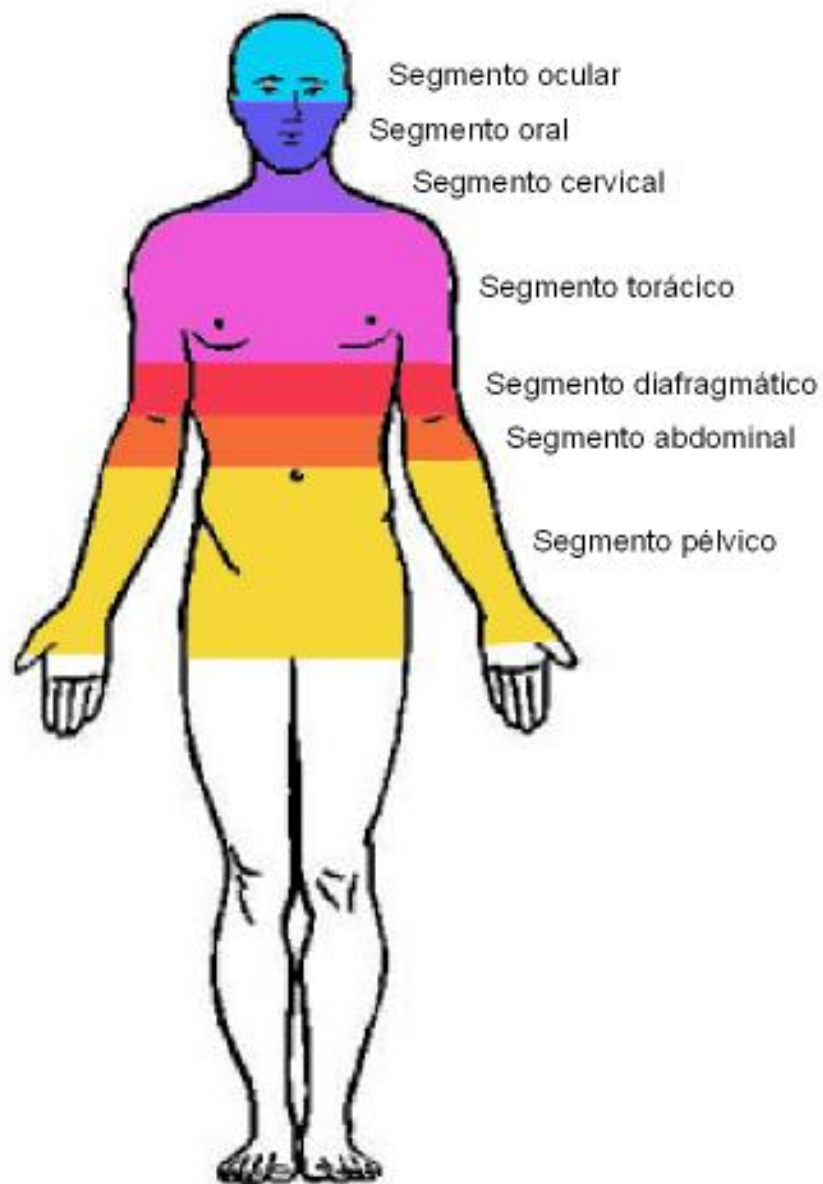


Figura 2: Segmentos o anillos corporales según Reich.

A través de ejercicios denominados “actings”, Reich realiza el trabajo de los segmentos. Su meta es disolver, a través del trabajo terapéutico, las corazas existentes, restableciendo la potencia orgástica del sujeto, en la sexualidad y en la vida, favoreciendo también la autorregulación de este. (Reich, 2005).

V.3.3. Psicoterapia corporal neoreichiana: El Análisis Bioenergético de Alexander Lowen, la Biosíntesis de David Boadella.

Dentro de los continuadores del trabajo de W. Reich, aparecen fundamentalmente dos vertientes: postreichiana y neoreichiana. Los primeros continúan la misma línea de trabajo desarrollada por Reich, entre sus exponentes encontramos a Ola Raknes, en Noruega, con la Vegetoterapia Caracteroanalítica y Federico Navarro, en Italia.

Los modelos actuales de psicoterapia corporal se clasifican esencialmente en dos líneas: postreichianos y neoreichianos. Esta diferenciación se vincula fundamentalmente con el desarrollo histórico y la identificación de los modelos a los postulados y praxis clínica de Reich (Serrano, 2011). En la línea postreichiana hallamos la Orgonoterapia (E. Baker, Ch Raphael, W. Hope), la Vegetoterapia Caracteroanalítica (O. Raknes, N. Waal...), la Vegetoterapia Caracteroanalítica postreichiana (F. Navarro), la Psicoterapia Caracteroanalítica (Serrano) y el Análisis reichiano G. Guasch, G. Ferri), fundamentalmente. En la línea neoreichiana encontramos El Análisis Bioenergético (A. Lowen, S. Keleman), la Corenergética (J. Pierrakos), El grito primal (A. Janov), La Biosíntesis (D. Boadella) y la Psicoterapia biodinámica (G y P Boyesen), entre otros.

La corriente neoreichiana, ha desarrollado modificaciones, incorporando nuevas líneas de estudio, al trabajo ya expuesto por Reich, enriqueciendo su legado. Dos de sus modelos más difundidos, son El Análisis Bioenergético de Alexander Lowen, Estados Unidos y La Biosíntesis de David Boadella, Inglaterra.

El Análisis Bioenergético es creado en la década del 50 por los Dres.: Alexander Lowen y John Pierrakos, siendo posteriormente solo Lowen, quien continúe el desarrollo de esta. En sus inicios Lowen fue alumno y paciente de Reich.

Como un núcleo importante en el modelo terapéutico bioenergético, mantiene la unidad cuerpo-mente. Plantea la existencia de un flujo energético, que evidenciaría como ciertos episodios de la niñez, bloquearían la corriente energética ocasionando un bloqueo energético-emotivo y corazas musculares. (Lowen, 1977).

Uno de sus postulados centrales, es que el sujeto, más que ser poseedor de un cuerpo, es un cuerpo. No es válida la posibilidad para ningún individuo, vivir fuera de su cuerpo. Es únicamente a través de este que puede estar en el mundo, relacionarse con sus contextos. De ahí que el cuerpo sea visto, desde la bioenergética como un comunicador de la vida que habita en él, comunica estados de ánimo, emociones. El carácter tiene un correlato en la corporalidad del sujeto. (Lowen, 1977).

Lowen afirma que el terapeuta bioenergético puede leer la vida anterior de una persona en su cuerpo, como el leñador descifra en el tronco del árbol, cortado transversalmente, la historia de su crecimiento, en sus anillos anuales. (Lowen, 1977).

El corazón se destaca como el núcleo de las dinámicas en el cuerpo humano. Las defensas que el individuo va creando en su vivir, son capas que van rodeando este núcleo. En la capa más externa, se encuentran las defensas psíquicas; luego a su interior la capa muscular, donde se encuentran las tensiones musculares crónicas; la capa emocional incluye las defensas a las emociones básicas, el dolor, el miedo, la tristeza. La intervención terapéutica bioenergética busca trabajar estas defensas corporalmente, para que el sujeto pueda conectarse con el amor. (Lowen, 1977).

Figura 3: Capas.



El principio de realidad y el principio del placer son parte importante de esta corriente, estando directamente relacionadas con el estado bioenergético del cuerpo, donde la motilidad es vital al momento de implicarse el sujeto con la realidad. (Lowen, 1977).

El Análisis Bioenergético establece una clasificación de las estructuras de carácter, en tanto posiciones defensivas a nivel psicológico y muscular.

Describiendo los siguientes tipos de carácter: carácter esquizoide, carácter oral, carácter masoquista, carácter psicopático y carácter rígido. (Lowen, 1977).

Un aporte importante lo constituye “el enraizamiento”, donde a través del contacto con la tierra de las zonas que sirven de soporte al cuerpo, (piernas, pies y pelvis), tiene lugar la descarga de la excitación del organismo, que permite el enraizamiento del sujeto, en tanto esté equilibrado su monto energético. Lowen vincula esta descarga energética al auto sostén, la autonomía y el sentido de realidad del individuo. (Lowen, 1977).

La terapia busca equilibrar el proceso de carga y descarga energética en el sujeto. A través de las técnicas empleadas se busca aumentar los niveles de energía y liberar los bloqueos del cuerpo, con la respiración, la autoexpresión, el movimiento, los ejercicios bioenergéticos, el masaje y la meditación. (Lowen, 1977).

La Biosíntesis, en tanto corriente de la psicoterapia corporal neoreichiana es desarrollada por el Dr. David Boadella (Londres, 1931), desde la década del 70. Mantiene su foco en la unidad funcional cuerpo-mente, considerando el análisis caracterial y el trabajo corporal, pero además incorpora nuevos elementos que enriquecen este modelo terapéutico. La importancia de la vida intrauterina es un aspecto central de este aporte. Este modelo vincula los trabajos de la primera época de Reich, con contribuciones de la biología, la física moderna y de los lineamientos fundamentales de conocimiento corporal. Instala su mirada en la historia evolutiva del cuerpo, con la vida intrauterina como punto de partida, integrando aspectos corporales, psicológicos y espirituales. Considerando la espiritualidad como un área importante en la existencia del hombre, así también como un recurso al momento de pensar el trabajo psicoterapéutico. De esta manera se considera la biosíntesis como un modelo de integración de diferentes abordajes sobre la vida de los seres humanos. Es una psicoterapia somática, una psicología perinatal y una psicología transpersonal. (Correa & Frankel, 2005 en Ramírez, A. 2005).

D. Boadella fue paciente de Paul Ritter, discípulo de Reich, y llevó a cabo su formación en Vegetoterapia con Ola Raknes, también discípulo de Reich. Su

trabajo presenta claras influencias de continuadores de la obra de Reich, como A. Lowen y S. Keleman, además de la biodinámica de G. Boyesen, entre otros. Conjuntamente con los estudios sobre embriología considera los aportes de M. Klein (1957) y D. W. Winnicott (1968) referentes a la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, con énfasis en lo relacionado con la interacción temprana madre –hijo. (Ramírez, A. 2005). Los aportes de la teoría del movimiento relacionados con M. Feldenkrais y M. Alexander, como las posturas corporales, la actitud emocional y la movilidad son incorporados también a la Biosíntesis (Ramírez, 2005).

Por todo lo anterior se considera la Biosíntesis como un modelo de integración de diversas miradas sobre el ser humano. El término etimológicamente se refiere a integración de vida, o sea una síntesis de miradas sobre la vida (Ramírez, 2005).

Un concepto fundamental descrito y desarrollado por Boadella son las corrientes de vida, los flujos energéticos que dan lugar a las tres capas embrionarias, que conformarían al feto. El endodermo, la capa interior del cuerpo, que constituye los tejidos que metabolizarán la energía corporal, órgano digestivo, pulmones, tubo intestinal. El mesodermo, la capa celular intermedia, conformado por el sistema muscular, el esqueleto, vasos sanguíneos y corazón. Y el ectodermo, la capa externa, formado por la piel, los órganos de los sentidos y el cerebro. Estas corrientes aparecen sedimentadas en la constitución humana, y tienen su expresión en el universo psicológico del sujeto, a través de las emociones, el comportamiento, la postura y las percepciones. (Boadella, 1993).

Vinculado a estas tres corrientes, y formando parte integral del proceso terapéutico, se encuentran tres procesos: el centramiento (relacionado con el sentir), el enraizamiento (relativo a la acción) y el facing, (cara a cara, se vincula con la percepción).

El trabajo terapéutico de centramiento apunta a restablecer un ritmo de funcionamiento en el flujo de la energía metabólica y el equilibrio entre las

dos mitades del sistema nervioso vegetativo. En la práctica, esto significa ayudar a la recuperación del equilibrio emocional y la respiración armoniosa (Boadella, 1993, p.38).

“El trabajo terapéutico de enraizamiento tiene que ver con el establecimiento de una buena relación entre el movimiento voluntario, el semivoluntario y el involuntario y con (...) un tono muscular más apropiado” (Boadella, 1993, p.39). Este último debería oscilar entre el un hipertono muscular, donde la tensión de la musculatura está preparada para la acción, o el hipotono, donde la musculatura suelta no puede actuar. De ahí, el estar enraizado, señala la posibilidad del manejo adecuado del tono muscular, en virtud del requerimiento de una situación en particular.

El trabajo terapéutico de *facing* opera con el contacto ocular, con el contacto de la voz y con la integración de lenguaje, percepción y sentimientos (Boadella, 1993, p.41). El *facing* tiene que ver con el reconocimiento, con el modo como vemos a la gente (...) Si una persona puede dejar que otra vea su *self* interior, empieza a volverse reconocible para sí misma y puede dirigir su mirada hacia adentro, no en el sentido de una introspección estéril, sino en el de aprender a amar y aceptar lo que es, y así reconocerse. (p.155)

De esta manera el trabajo psicoterapéutico proporcionaría una reorganización e integración de las corrientes de vida antes mencionadas. En palabras de Boadella (1993), el paciente podrá experimentar su cuerpo de un nuevo modo, así también se valorará a sí mismo y a su mundo de manera diferente.

La biosíntesis mantiene y redefine el concepto de enraizamiento de la Bioenergética de Lowen haciendo énfasis con la conexión con la vida y el cuerpo, sumando a esta la idea del enraizamiento interno, que constituye una conexión con lo esencial que habita en cada ser humano (Ramírez, 2005).

En la biosíntesis un real enraizamiento se vincula con una espiritualidad, una espiritualidad enraizada en el cuerpo, poniendo en la tierra las cualidades esenciales, y estando al mismo tiempo en contacto con el mundo interior, sus valores y significados (Boadella, 1993).

El lenguaje, el movimiento y el trabajo con la respiración conforman en biosíntesis el enraizamiento externo, detrás del cual encontramos el enraizamiento interno, la esencia del sujeto. El conectar ambos es una búsqueda en biosíntesis que permite al cliente tener conciencia de los puentes entre la realidad externa y su vida interna. (Boadella, 1987).

La terapia tendría como finalidad el restituir al sujeto a un estado de pulsación saludable donde las actividades vitales básicas tienen su ritmo, proporcionan placer y permiten un contacto cada vez mayor de la persona consigo misma y los demás. (Boadella, 1987).

En relación a la persona del terapeuta en la biosíntesis se definen tres estilos de interacción que tienen su raíz en un modelo básico de Paulo Freire, estos sería invasión, privación y dialogo. En el dialogo el contacto genera resonancia con el cliente, siendo esta la base para cualquier técnica que se desea implementar, donde el cliente es lo más importante y la técnica sería secundaria. (Boadella, 1987).

El cuerpo del terapeuta en biosíntesis es una herramienta significativa, ya que es en su cuerpo donde resuenan los estados emocionales del cliente, lo que Reich llama "identificación vegetativa", sentir en el propio cuerpo la sensación, el ritmo de la pulsación del cliente. Además es desde el cuerpo del terapeuta donde se posibilita la interacción cuerpo a cuerpo, que permite el aprendizaje de nuevos patrones de desarrollo. El uso de las manos en el toque bioenergético, así también otras partes del cuerpo como la cabeza, los pies, la espalda, con la finalidad de ayudar al cliente en la exploración de otras posibilidades de movimiento. (Boadella, 1987).

En los enfoques psicocorporales como la biosíntesis, el cuerpo es el invitado primordial en el espacio terapéutico. Se trabaja en enraizar el lenguaje en el cuerpo, para un desarrollo fluido y natural de la expresión verbal y no verbal en el

paciente. En este caso el lenguaje, que en biosíntesis se distingue en lenguaje explicatorio y exploratorio, permite clarificar las sensaciones internas que evidencia durante el trabajo terapéutico el paciente. El lenguaje explicatorio tiende más bien a dar información no contactada con la sensación y el sentimiento, es desconectado y usado defensivamente, mientras que el lenguaje exploratorio, al decir de Boadella (1987), fluye hacia afuera, viene desde el corazón, y está conectado con la movilidad y la vitalidad de la persona.

Boadella (1993) plantea la integración de los diferentes campos de la experiencia de vida, donde emergen distintas dimensiones del desarrollo humano. Esto nos posibilita entender los procesos personales donde los elementos que los conforman pueden operar en dos direcciones: como sistema abierto o cerrado. Un sistema abierto dará cuenta de vitalidad energética y contacto con las cualidades esenciales del ser, mientras que un sistema cerrado estaría más entrampado en los bloqueos corporales y el carácter. En el diagrama de los campos de experiencia de vida que aparece a continuación, el círculo externo representa la manifestación cerrada de cada campo, mientras que en el interno aparece la posibilidad abierta de estos. Ofreciendo este diagrama un mapa de múltiples instancia de intervención en el trabajo psicoterapéutico.



Figura 4: Campos de experiencia de vida.

Teniendo en cuenta que los enfoques antes descritos dan continuidad al desarrollo de la obra de Reich, anexo a ello, es importante señalar algunas de las diferencias existentes entre estas tres corrientes. En Reich desde sus inicios, se manifiesta un notorio interés por lo social, los trabajos por él desarrollados instalan un gran énfasis en la arista social de lo clínico. En temáticas como la biopatía del

cáncer y la plaga emocional, Reich (2005) da cuenta de cómo la supresión en masa de la vida amorosa genital ocasionaría una biopatía crónica del organismo llamada por él plaga emocional. A la que denomina una epidemia, como el cáncer, pero que se manifiesta en el cotidiano social. El cáncer se vincularía con la resignación caracterológica general que se origina por el estancamiento de la energía biológica, como consecuencia del ejercicio de una sociedad coercitiva en los sujetos (Reich, 1985). Los modelos neoreichianos no presentan este interés particular por el componente social, su foco es más bien clínico.

Además de lo anteriormente señalado, Lowen a diferencia de Reich en la terapia bioenergética no le atribuye tanta importancia al reflejo del orgasmo, ya que no lo considera el único medio para experimentar la vitalidad y la regulación del organismo. Además piensa al sujeto como alguien capaz de postergar la gratificación inmediata en búsqueda de un placer mayor, cuando el medio lo posibilite, pudiendo mediar entre los impulsos del organismo y su entorno (Ramírez, 2005).

La importancia otorgada por Boadella a la vida prenatal es una instancia diferenciadora en relación a los otros desarrollos psicocorporales. El integrar explícitamente el ámbito espiritual también marca una diferencia entre la Biosíntesis y los otros enfoques. Una espiritualidad con bases biológicas y psicocorporales, la espiritualidad enraizada en el cuerpo, en el contacto consigo mismo, con su entorno, con los otros, con su historia, más allá del tiempo y del espacio. La bioespiritualidad se inscribe en la comprensión holística de la materia. (Boadella, 2005, en Ramírez, 2005).

En el concepto de resonancia somática, Boadella da cuenta del entendimiento del cuerpo en el espacio de la relación, donde se origina un diálogo a nivel personal entre terapeuta y paciente, el que se posibilita desde una conexión profunda entre ellos, en un plano que puede ser trans o pre verbal (Ramírez, 2005).

Para cualquier persona, la realidad básica de su ser es su cuerpo. A través de él experimenta el mundo y a través de él le responde. Una persona que está desconectada de su cuerpo, está desconectada de la realidad del

mundo...Cuando estamos deprimidos el mundo nos parece descolorido (Lowen, 1972, p. 233).

La bioenergética propone un camino de autodescubrimiento al paciente, acompañado por el terapeuta, donde el cuerpo es el punto de partida. Los pacientes con depresión presentan escasa o nula disponibilidad energética a nivel fisiológico, la psicoterapia bioenergética posibilita la movilización de estos recursos a través del trabajo consciente con el cuerpo (Lowen, 1977).

Desde estas afirmaciones se posibilita el pensar la terapia psicocorporal como un camino para recontactar al paciente con depresión con su cuerpo biológico, donde la alianza terapéutica sería un facilitador que permitiría de algún modo el llevar a cabo este quehacer. Operando así como una especie de soporte para la realización de la auto expresión del paciente. Lo anterior posibilitaría la armonía y la espontaneidad en el cuerpo, otorgándole mayor movilidad y nivel de energía al paciente. (Lowen, 1977). “El primer paso en el tratamiento de la depresión es ayudar al paciente a contactar con la realidad de su cuerpo” (Lowen, 1972, p. 233).

El trabajo psicocorporal al implicar el cuerpo en el proceso terapéutico, posibilita un nivel de elaboración, que permite una integración más profunda de las experiencias internas. Se amplía el espectro de la experiencia, donde con la modificación de los patrones funcionales corporales, también se posibilita la emergencia de nuevas pautas relacionales. (Hauswirth, 2004).

El terapeuta en Biosíntesis trabaja con la finalidad deliberar energía de músculos hipertensos, transfiriendo la tensión hacia movimientos expresivos, llevando así la energía hacia la musculatura que presente más laxitud. Incrementando de esta forma el tono muscular a través de la resistencia dinámica que ofrece el suelo, o contra el propio cuerpo del terapeuta mismo. (Boadella, 1987)

En el enraizamiento en Biosíntesis comprende la vitalización del flujo de energía a lo largo de la columna vertebral del paciente, y de ahí hacia otros miembros como los brazos, las piernas, y la cabeza. Para ello el trabajo físico concreto es a través de una serie de posturas corporales, que en algunos casos se asemejan a

las asanas del yoga o a las posiciones de stress de la Bioenergética. (Boadella, 1987).

La postura es de gran interés en este enfoque ya que es una expresión de la posibilidad de contacto del sujeto, algunas tienen un empuje evolutivo y están relacionadas con etapas del desarrollo vital. Apareciendo acá un lenguaje de la forma y el flujo del movimiento. Teniendo este último tres aspectos cualitativos importantes: el vital, el emocional y el espiritual. El movimiento puede expresarse desde un fluir que vitaliza de vida el cuerpo, llevando movilidad y energía a las partes de este no tan vivas; o puede ser un flujo emocional que le permita al sujeto traducir sus estados afectivos en secuencias de acciones significativas. (Boadella, 1987).

VI. PREGUNTA DIRECTRIZ Y OBJETIVOS

VI.1. Pregunta directriz

¿Cómo influye el contacto físico en la Alianza terapéutica en pacientes con depresión?

VI.2. Objetivos

Objetivo general:

Describir y analizar las condiciones particulares de la Alianza terapéutica en terapia psicocorporal, en pacientes con depresión, desde la perspectiva de estos.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las percepciones de los pacientes sobre su corporalidad al momento de llegar a terapia.
2. Describir cómo significan los pacientes el trabajo corporal en relación a la Alianza terapéutica.
3. Identificar los cambios experimentados por los pacientes en el proceso terapéutico en relación al trabajo corporal.

VII. METODOLOGIA

VII. 1. Tipo de estudio

La presente corresponde a una investigación empírica, que se desarrolló con un grupo de pacientes con depresión, que asisten a terapia psicocorporal neoreichiana. Se enmarcó en una metodología cualitativa, correspondiente a una epistemología humanista. De acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), la investigación cualitativa establece su foco en la comprensión y la profundización de fenómenos, que son explorados desde la perspectiva de los participantes, en su ambiente natural, relacionándose con su contexto. Siendo particularmente recomendable esta metodología en temáticas poco abordadas investigativamente.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, su carácter exploratorio es debido a que la alianza terapéutica en procesos psicoterapéuticos neoreichianos constituye una temática escasamente estudiada en Chile. De acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (1998), este tipo de investigación se realiza cuando el objeto de estudio es un tema poco estudiado o que no ha sido abordado antes, siendo relativamente desconocido.

El diseño de carácter exploratorio y descriptivo intenta dar cuenta de características específicas relacionadas con la alianza terapéutica en los procesos psicoterapéuticos de pacientes depresivos, insertos en psicoterapias neoreichianas. En este sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2010, p. 59) manifiestan que los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que

sea sometido a análisis”.

Además este estudio se caracteriza por lo no experimental y transversal, ya que solamente se describen las categorías y se analizan su incidencia e interrelación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

VII. 2. Participantes

La muestra la constituyeron pacientes, adolescentes y adultos, hombres y mujeres, siendo esta de carácter intencional, que asisten a atención psicológica en consulta privada, en Santiago de Chile.

Los participantes son convocados a participar en la investigación de forma voluntaria a través del contacto con sus terapeutas, siendo estos psicólogos de orientación neoreichiana, con ejercicio profesional en consulta de clínica privada.

El tamaño de la muestra se determinó en relación al criterio de saturación teórica, o sea hasta que la información recogida dejara de aportar nuevos elementos a lo requerido. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

De este modo la muestra quedó conformada por diez pacientes, ocho mujeres y dos hombres, siendo tres adolescentes y siete adultos.

Tabla 1. Descripción de los participantes

N° ENTREVISTADO	SEXO	EDAD	TIEMPO EN TERAPIA (MESES)	TIPO DE TERAPIA	FUENTE DE DERIVACIÓN
1	F	17	30	Individual	Psiquiatra
2	F	23	12	Individual	Espontanea
3	F	28	12	Individual	Espontanea
4	F	32	54	Individual	Espontanea
5	F	46	24	Individual	Psiquiatra
6	F	26	30	Individual	Espontanea
7	M	16	12	Individual	Orientadora
8	F	30	30	Individual	Psiquiatra
9	F	31	12	Individual	Espontanea
10	M	21	12	Individual	Espontanea

VII. 3. Criterios de selección

Ser pacientes mujeres y hombres, adolescentes o adultos, que se encontraban en procesos psicoterapéuticos por depresión leve o moderada, de orientación neoreichiana, con un tiempo mínimo un año en esta. El criterio del grado de la depresión viene dado por los terapeutas con los que se encuentran trabajando y en algunos casos además por facultativos de psiquiatría con los que mantienen tratamiento farmacológico al mismo tiempo que asisten a terapia. Tres de ellos son de derivación psiquiátrica, uno es derivado por la orientadora de su escuela y el resto consultan de manera espontánea.

VII. 4. Criterios de exclusión

Se excluyeron pacientes con trastornos por consumo de sustancias, psicosis y daño orgánico.

VII.5. Instrumento

En la investigación se utilizó como instrumento, la entrevista de carácter semiestructurado, las que contaron con guion temático (en anexo 1), ya que esta posibilita el que el entrevistado pueda explayarse en los tópicos abordados, de una manera flexible y profunda al mismo tiempo.

VII.6. Diseño

Las entrevistas realizadas fueron transcritas en su totalidad, resguardando por completo la confidencialidad de los participantes. La teoría fundamentada, fue el diseño empleado para analizar los textos resultantes de las entrevistas, ya que, después de múltiples lecturas, posibilitó la codificación abierta, para la posterior elaboración de categorías y subcategorías. De esta manera, se pudo seleccionar los tópicos más relevantes, en función de los objetivos de la investigación, pudiendo hacer interpretaciones desde la lectura, en tanto instrumento de recogida de información. (Glasser & Strauss, 1967).

VII.7. Procedimiento

Una vez teniendo los participantes de acuerdo a los criterios anteriormente descritos, se realizan las entrevistas semiestructuras, teniendo como pauta el guion temático mencionado. A través del análisis que permite la teoría fundamentada se realiza la codificación abierta primeramente, lo que en un segundo nivel posibilita la codificación axial sobre la información recolectada. Lo anterior posibilita la descripción de categorías y subcategorías que constituyen el núcleo de esta investigación.

Las citas de las hablas de los participantes aparecen diferenciadas en el texto como número de participante, hoja de la entrevista y párrafo de donde se extrajo. Ejemplo: P8, 2,5, sería participante 8, hoja 2 y párrafo 5 de dicha entrevista.

VIII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizadas a los participantes, pacientes que consultan por depresión, donde se conforman cinco categorías, que dan cuenta de la influencia del trabajo psicocorporal en relación a la alianza terapéutica en sus procesos de psicoterapia. Estas categorías y sus subcategorías correspondientes se conforman organizando el discurso de los participantes en tópicos similares.

1. Percepción de sí mismo al inicio de la terapia.
2. Aprendizajes en el proceso terapéutico.
3. Valoración de la Alianza terapéutica.
4. Experiencias en relación al trabajo psicocorporal.
5. Influencia del trabajo psicocorporal en la Alianza terapéutica.

1. Percepción de sí mismo al inicio de la terapia.

En esta categoría se recogen las percepciones que los participantes manifiestan tener de sí mismos al momento de iniciar sus procesos terapéuticos. Da cuenta en sus discursos de su sintomatología y sus subjetividades vinculadas a la depresión. De la categoría Percepción de sí mismo al inicio de la terapia, se desprenden dos subcategorías: “Percepción desde el cuerpo” y “Percepción anímica de sí mismo”.

1.1. Percepción desde el cuerpo.

En esta subcategoría los participantes describen un conjunto de percepciones sobre cómo vivencian su malestar vinculado a la sintomatología de la depresión anclada en el cuerpo. *“(…) bueno yo llegué con mucha pena, con mucha inactividad también, de pasar mucho tiempo acostada,”* (P3, 1, 2). *“(…) y llegué así... con los pies arrastrando, estaba súper cerrada (…)”* (P1, 1, 2).

Como parte de estas percepciones aparecen con frecuencia temáticas vinculadas a desconexión con ellos mismos, con su corporalidad, así como sensaciones de baja autoestima o minusvalía. *“(…) bueno, yo acá llegué sin saber mucho sobre mí, con mucha inseguridad, sentía angustia, como un vacío dentro de mí, acá, en el pecho,(…)”* (P7, 1, 2).

Las percepciones vinculadas a cansancio físico, baja energía, poca vitalidad, también aparecen con frecuencia en el discurso de los participantes. Siendo parte medular de la sintomatología asociada a depresión, malestar que los aqueja. *“Me sentía agotado, con poca energía, sin ganas de hacer cosas, con poca motivación.”* (P7, 1,3).

Las crisis de pánico y sensaciones de angustia son parte de las vivencias que relatan los participantes, como episodios recurrentes en su malestar. *“(…) bueno yo tenía bastante malestar, episodios de angustia, crisis de pánico, que si bien*

todavía no me estaban invalidando del todo, me hacían sentir muy mal (...)". (P4, 1, 2).

1.2. Percepción anímica de sí mismo.

Esta subcategoría da cuenta de cómo los participantes experimentan en un nivel más anímico un conjunto de percepciones sobre sí mismos. Estas, conjuntamente con las descritas en la subcategoría anterior, las corporales, permiten una apreciación más completa sobre el conjunto de síntomas y percepciones que acompañan el proceso depresivo.

Las variaciones en el estado del ánimo, con un componente importante de sensaciones de no movilidad, son elementos recurrentes en el relato de los pacientes en relación a su cotidianeidad. *"(...) me sentía muy angustiada, muy atrapada, no quería salir sola, me sentía que estaba colapsando (...) muy atorá, me sentía pésimo.* (P9, 1, 2).

Elementos descriptivos que dan cuenta de fragmentación, experiencias de vida complejas, con fuertes componentes emocionales, con los que los pacientes terminan no pudiendo lidiar, son un escenario reiterado en el discurso de los participantes. *"(...) bueno, eh...llegué a terapia después de un proceso vital muy complicado, estaba bastante desarmada, me había pasado un camión por encima, y necesitaba un apoyo (...)*". (P5, 1, 2).

La vivencia de separarse del mundo, especie de encierro en la emoción emerge en el discurso de los participantes como un lugar común del malestar depresivo. *"Muy encerrada en mi pena, no frecuentaba a nadie, me aleje de mis amistades, me alejé del mundo (...)*". (P3, 1, 2).

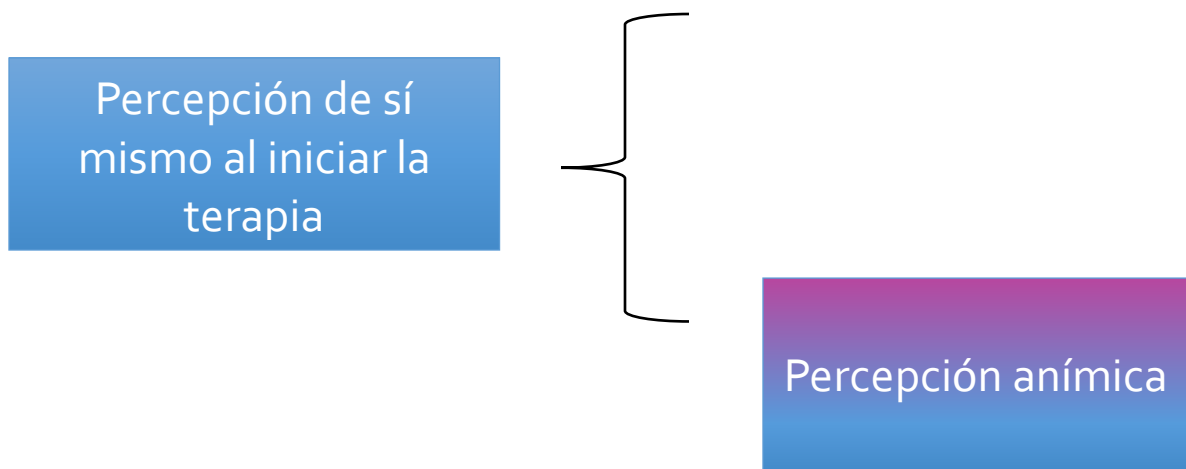


Figura 5. Primera categoría y subcategorías de segundo orden.

2. Evaluación del proceso terapéutico.

Esta segunda categoría contiene los diferentes aprendizajes que los participantes hicieron sobre sus procesos terapéuticos. Esta, de acuerdo a la información aportada, se organizó en tres subcategorías, las que permiten hacer distinciones más precisas a este respecto. Las subcategorías son: “desde el cuerpo”, “desde el autoconcepto” y “desde lo relacional”.

2.1. Desde el cuerpo.

En esta subcategoría se agrupan los discursos que dan cuenta de cómo los participantes evalúan su proceso terapéutico desde una mirada que se instala en su propio cuerpo.

Como parte del relato de los pacientes aparecen ciertos aprendizajes vinculados a la sabiduría del cuerpo que estos alcanzan a través de la experiencia en terapia

psicocorporal. Donde integran desde la particularidad de cada uno y su historia estos saberes *“(...) pero yo aprendí que debo estar con cierta conexión corporal para estar más perceptiva de mi misma, al menos eso me pasó a mí, porque si no, estás como un bloque y al final va a rebotar todo”*. (P8, 3, 4). *“No sé muy bien cómo relatarlo, pero es algo que me ha llamado mucho la atención a lo largo de toda mi terapia. Como mi cuerpo ha cambiado en todo este tiempo, (...)”* (P4, 3, 2)

El vivenciar desde el cuerpo el espacio terapéutico también es un elemento que aportan los participantes en su discurso. En este caso el cuerpo con algún grado de vitalidad y conciencia que va adquiriendo a través de la exposición al trabajo psicocorporal en terapia se habita, facilitando la emergencia de la historia emocional de cada cual en este espacio. *“Me he sentido en un espacio de confianza, como básicamente el poder estar floja, floja de relajo, un espacio que he sentido que es seguro, que es seguro exponerse, seguro abrirse, seguro mostrar como lo más frágil de una y eso si lo he sentido fuertemente en la terapia”*. (P5, 1, 5).

2.2. Desde el autoconcepto.

En esta subcategoría se agrupan los discursos que dan cuenta cómo los participantes elaboran ciertos conceptos, significados por ellos al momento de evaluar su proceso terapéutico.

Elaborando temáticas, más bien conceptuales, desde la línea argumentativa de la biografía personal los participantes dan cuenta de una mirada evaluadora del proceso terapéutico que cursan. *“(...) ha sido difícil, muy difícil, porque creo que durante todo este tiempo mi peor enemigo he sido yo misma. He tenido que aprender a enfrentarme a mí misma y enfrentar mis propios miedos, he tenido que mirar los monstruos y disolverlos, monstruos que finalmente fueron creados por mí, yo los alimente y los metí en esta historia.”* (P4, 1, 4).

Lo conceptual también aparece en el relato de los participantes como parte de una especie de autodescubrimiento. Donde, en el proceso terapéutico ellos dan cuenta de cómo profundizan en la idea de conocerse a sí mismo, siendo en muchos casos el malestar desde la desconexión consigo mismo lo que no les permitía este abordaje. *“(...) Pero ahora en realidad me estoy como conociendo, me doy cuenta que me gustan tales cosas, vivo y me estoy queriendo en realidad. Como que me encontré, me estoy conociendo, una cosa así.”* (P8, 1, 5).

Los pacientes reportan importantes cambios en la forma de verse y percibirse a sí mismos. Desde su subjetividad elaboran conceptos que dan cuenta de los profundos cambios operados en ellos durante el proceso psicoterapéutico. *“(...) he cambiado mucho, la forma de ser no ha cambiado, pero la forma de pensar sobre mí mismo, sí, ahora yo puedo verme como alguien mejor, puedo ver mis cosas positivas, además de las negativas, y tengo más confianza, más seguridad.”* (P 7, 1,5).

2.3. Desde lo relacional.

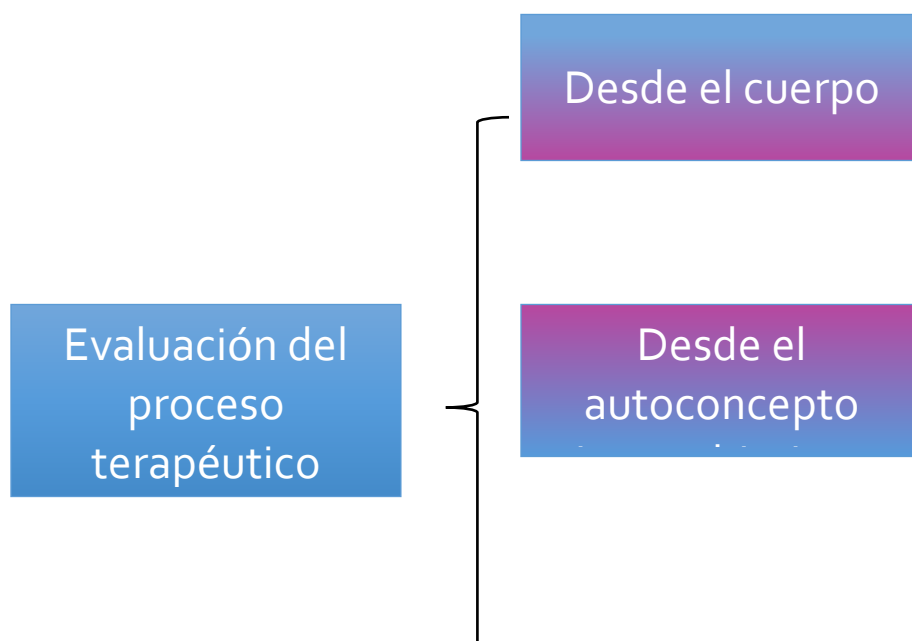
En esta subcategoría se agrupan los elementos que dan cuenta de cómo los participantes evalúan las relaciones con terceros y los cambios efectuados en ellas durante el proceso terapéutico.

Las relaciones vinculares con su entorno son un elemento complejo para los pacientes con depresión. El poder mirar y modificar estas dinámicas son un aspecto relevante en estos procesos terapéuticos *“(...) conocerme a mí misma y cuidarme, ser primero yo, antes al final vivía por los demás, ahora sé que tengo mis preferencias, mis gustos, mi opinión vale y si al resto no le gusta mala suerte, si te equivocas, no importa, igual vales como persona.”* (P8, 1, 5).

Lo relacional desempeña un rol importante en la autopercepción. El posibilitar un trabajo terapéutico a nivel de auto concepto que permita a los participantes darle movilidad a estas percepciones de un otro significativo aparece en el discurso como un elemento importante de la evaluación del proceso. *“(...) Antes solo creía que no, no sirvo, estoy mal y mis papas por eso no me aceptan, soy un mal estudiante y cosas así. Solo pensaba en lo malo que era en todo, en lo que esperaban de mí los demás y yo nunca podía llegar a esto.”* (P7, 1, 4).

2.3.1. Autoaceptación.

En esta subcategoría se da cuenta cómo los pacientes dentro de la instancia relacional, en ocasiones participan en vínculos donde la apreciación de sí mismo en relación a otros es prácticamente nula. Esta particularidad de lo relacional en pacientes con depresión es bastante frecuente y suele ir acompañada de sentimientos de minusvalía sobre sí mismos en diferentes ámbitos de su vida, teniendo una estrecha relación con la etapa del ciclo vital por la que esté atravesando el sujeto. *“(...) Mucha inseguridad sobre quien era yo, mi género, estaba en la duda sobre mi orientación sexual por mis papás, porque no encontraba que lo que yo quería era bueno...yo sentía que estaba mal.”* (P7, 1, 2).



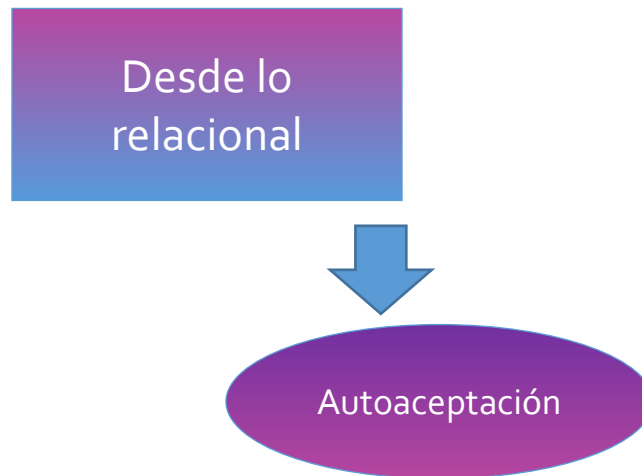


Figura 6. Segunda categoría y subcategorías de segundo y tercer orden

3. Valoración positiva de la Alianza terapéutica.

La tercera categoría de primer orden se ha elaborado a partir de las entrevistas de los participantes teniendo en cuenta cómo estos valoran el papel que desempeña la alianza terapéutica en sus procesos. Cómo la fueron vivenciando, así como los aportes que, desde este particular, experimentaron en sus procesos. Integran además algunas experiencias que dan cuenta del rol específico de la alianza terapéutica, en relación con la sensación de recuperación en sus procesos de depresión. De esta categoría se desprenden dos subcategorías, “vivencias en su proceso” y “aportes significativos”.

3.1. Vivencias en su proceso.

Las vivencias relacionadas con la alianza terapéutica en el proceso son relatadas en esta subcategoría por los participantes, quienes pueden reconocerla en primera instancia, manifestando cómo la experimentaron y cómo se vincularon con esta. Los participantes dan cuenta, de forma detallada, de los elementos que consideran deben ocurrir, para generar en ellos la sensación de estar en un proceso donde se vivencie la alianza terapéutica. En el relato emergen nuevamente, instancias de ser reconocido por otro. *“(...) Por eso siento que es importante que con la persona que esté trabajando haya confianza, que me mire, que esté conmigo, no puede estar en el celular o escribiendo, sentir que realmente yo sí le importo”.* (P1, 2, 1).

Los participantes dan cuenta de la manera en que experimentan la vincularidad en el proceso de terapia. Donde se reporta la importancia de elementos como la confianza, el acompañar y el ofrecer posibilidades que enriquezcan el escenario de la terapia. *“El vínculo terapéutico, primero que todo la interacción de mucha confianza que se establece con una persona que está guiando la terapia, de acompañamiento, de poder otorgar una visión distinta a la que uno es capaz de poder observar en esos momentos.”* (P3, 1, 6).

3.2. Aportes significativos.

Los participantes señalan en esta subcategoría qué elementos de la alianza terapéutica consideran aportes significativos en sus procesos y en sus vidas. Como elementos importantes en el relato emergen la posibilidad de ser escuchado y acompañado desde la aceptación. *“(...) para mí, en general, el tema me ha servido mucho porque al final es un lugar donde uno llega y es capaz de, de contar las cosas, de desahogarse y puede confiar con que la otra persona te va a escuchar sin juicios respecto a eso y va a dar respuesta, va a acompañar.”* (P2, 2,3).

El ser acogido les posibilita a los participantes experimentar la aceptación incondicional de otro en el espacio terapéutico. *“(...) más que yo encontrar críticas*

por parte de, como darme miedo de contar la parte que yo quiero sacar de mi vida por las críticas que puedo recibir en realidad encuentro que puedo decir lo que quiera y soy acogida igual. (...). (P8, 2,5).

De esta subcategoría se desprenden dos subcategorías que señalan en detalle lo que los participantes consideran aportes significativos: “sensación de recuperación” e “implicancia en la remisión del malestar”.

3.2.1. Sensación de recuperación.

Desde el relato de los participantes destacan ciertos elementos que dan cuenta de cómo ellos vivencian la sensación de bienestar y recuperación. *“Lo más importante es que me ha ayudado a que me pueda ver, se me ha mostrado quién soy yo, porque yo no me daba cuenta. El hacerme pensar en eso lo valoro mucho hoy. (...).”(P7, 2,3).*

3.2.2. Implicancia en la remisión del malestar.

En el relato de los participantes se evidencian elementos que vinculan la alianza terapéutica con la sensación de estar bien, de haber recorrido un proceso en el que finalmente se siente a salvo del malestar original, su depresión. *“Ah, porque pienso que la depresión en sí, es una falta afectiva muy fuerte, entonces una de las cosas más importantes encuentro yo, es generar esos lazos, lazos que quizás se han perdido, y en parte el psicólogo que toma ese rol de empatizar con la persona, de generar lazos que son cosas que uno con depresión necesita a full, necesita a full sentirse que alguien está ahí apoyándolo, y yo creo que ese es el rol principal del vínculo, en una terapia cuando uno tiene depresión, así lo he vivido yo. (...).” (P2, 2,5).*

La idea de reencontrarse a sí misma, se registra como parte importante en el proceso, al momento de pensar la remisión de la depresión. *“Ehm por otro lado en esta búsqueda, en mi proceso particular, en la búsqueda de cómo era yo, de recordar mi persona, de establecer esa confianza en esos recuerdos, como reencontrarme. Si volver a reencontrarme y poder confiar en eso que me*

constituye como persona, como que en la tristeza me perdí de mi misma, y la confianza me ayuda a encontrarme". (P3, 2, 1)

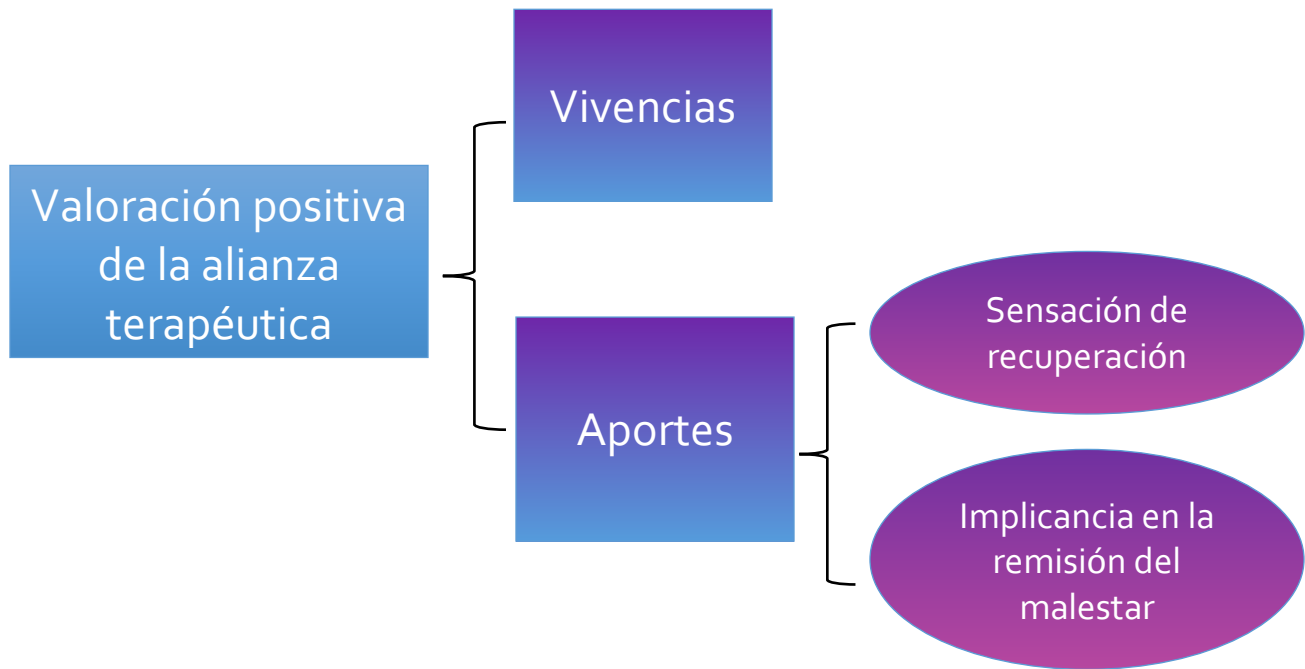


Figura 7: Tercera categoría y subcategorías de segundo y tercer orden.

4. Experiencias en relación al trabajo psicocorporal.

La cuarta categoría involucra los relatos de los entrevistados en relación a las experiencias vividas con el trabajo psicocorporal en la terapia. Pasando por ejercicios básicos de respiración, en los que de manera suave, se induce al paciente a desarrollar, por un período sostenido de 20 minutos, una respiración diafragmática, con la boca abierta, para intencionar mayor carga energética en el organismo, integrando experiencias de meditación guiadas con toques en el cuerpo. Y ejercicios de descarga y contención del cuerpo, entre otros. De esta categoría se desprenden tres subcategorías que permiten dar cuenta de este

proceso en detalle. Estas son: “expectativas”, “evaluación” y “resignificación del cuerpo”.

4.1. Expectativas.

En esta subcategoría los entrevistados dan cuenta de su imaginario en relación al trabajo psicocorporal. Qué expectativas tenían antes de comenzar sus procesos. En general estas son más bien escasas, aparece la idea de un proceso terapéutico más bien centrado en la palabra y desconocen las prácticas de psico corporalidad. *“(...) en relación al cuerpo, en un principio no me chocaba, pero como yo soy muy tímida, era algo raro, aparte yo venía de otras experiencias donde todo era muy distante, pero después fui conociendo, además que no sabía que existía esta parte de la psicología, (...). (P6, 2,5).*

4.2. Evaluación.

Desde el relato de los participantes se recoge una evaluación de la experiencia de trabajo psicocorporal en la terapia. Los entrevistados aportan elementos que enriquecen la vivencia del proceso, dando cuenta de cómo la inclusión activa del cuerpo permite la emergencia de una mayor vincularidad intra e interpersonal. *“(...) Pero después con el tiempo, y como soy de piel, me ayudaba a sentir más cercanía. A mí personalmente, me hace sentir no sé si más segura, pero más acogida, es como más cercano también, como una mayor conexión... (...). (P6, 3,1).*

En su discurso los participantes manifiestan sus criterios de distinción entre la terapia psicocorporal y la terapia centrada solo en la palabra. Otorgándole a la primera mayores posibilidades en relación a la conexión del sujeto consigo mismo. *“(...) creo de esta forma ha ido avanzando de otra manera, mejor, de la otra forma, creo que no se avanza igual, eso hace que el trabajo funcione de mejor forma creo, como que de verdad traiga frutos, que es donde yo me pueda conectar conmigo misma y saber cómo reacciona mi cuerpo y entender como esas cosas y entonces que no es solo hablar y hablar... (...). (P1, 3,1).*

4.2.1. Mejoras sintomáticas.

Los participantes en su relato dan cuenta de la evolución del malestar. Se evidencia cómo son conscientes del recorrido hecho por ellos mismos dentro del espectro de los síntomas. Pudiendo registrar el cambio paulatino en su mejora, siendo la falta de energía un elemento vital en este espectro. *“Al principio me costaba mucho, yo llegué acá arrastrando los pies, casi no podía moverme, no tenía ganas de nada y con el tiempo me empecé a sentir mejor, pero poquito a poco, fue lento.”* (P, 2,7).

4.2.2. Mayor disponibilidad de energía.

En concordancia con el punto anterior se visualiza en el relato de los participantes una más bien lenta pero eficaz disponibilidad de energía en la medida que van avanzando en su proceso terapéutico. *“(…) Al principio yo no quería nada...menos ejercicios, pero con el tiempo sentí que me hacía bien, mi energía comenzó a mejorar, lo notaba porque poco a poco pude ir haciendo más cosas.”* (P5, 2,3).

4.3. Resignificación del cuerpo.

En esta subcategoría los participantes desarrollan elementos que dan cuenta de cómo en este proceso terapéutico en ellos se posibilita el significar de manera distinta su corporalidad. El trabajar con el cuerpo en la terapia según sus relatos les permite evidenciar sus cuerpos de forma novedosa, donde resignifican lo que hasta ahora entendían como cuerpo.

“(…) bueno al final el cuerpo ayuda a canalizar emocionalmente, si yo estoy depre te puedes dar cuenta cómo he visto yo en terapia, que estoy muy rígida, que a veces mi garganta está muy apretada, el cuerpo te da señales, si uno trabaja desde ahí, no sé la respiración, te ayuda a relajar el cuerpo y así te puedes ir comunicando mejor con tu estado mental, como otra parte de ti, tener más a disposición de uno mismo su cuerpo y otros recursos para poder trabajar y avanzar en la terapia, pero yo aprendí que debo estar con cierta conexión corporal para estar más perceptiva de mi misma, al menos eso me pasó a mí, porque si no estás como un bloque y al final va a rebotar todo.” (P8, 3,4)

Los participantes evidencian en sus narrativas el habitar el cuerpo, así como lo vital que resulta el proceso de respiración, que en general no practicamos de manera eficiente (orgánicamente hablando). *“(...) entonces el respirar y el sentir el cuerpo te aterriza, inmediatamente te trae al aquí y ahora, con la respiración sientes que vuelve el aire, ya no te estas ahogando, ayuda a estabilizar el cuerpo. (...)”*. (P9, 5,1).

Imágenes que registran a los participantes relacionándose con su cuerpo de una manera viva y consiente, viviendo dicho cuerpo con el dinamismo natural de los procesos vitales que en ocasiones olvidamos, aparecen en los relatos. *“(...) me fui dando cuenta que esa estructura corporal no era realmente mía, sino que al perecer pertenecía a los mismos escudos que yo me ponía, tenía más, más peso, (...) también algunas partes como los brazos y el pecho tenían más volumen, (...)”*. (P4,

4.3.1. Cambios en prácticas cotidianas.

Como un elemento interesante en la investigación se registra la vivencia de una de las participantes que da cuenta de cambios en su cotidianidad, instalando prácticas de desarrollo personal. *“Yo en todo este tiempo he aprendido a meditar, estoy en clases de yoga y siento que todo esto me ayuda mucho. Para estar como más conectada conmigo, me pasan cosas pero al menos las puedo registrar. Los ejercicios me ayudaron a empezar este caminito.”* (P8, 4,2).

Además otro participante da cuenta de cambios profundos a partir del proceso terapéutico donde reconoce nuevas formas de estar en el mundo. *“Creo que el camino que recorrí fue muy positivo para mí, he cambiado mucho, la forma de ser no ha cambiado, pero la forma de pensar sobre mí mismo, sí, ahora yo puedo verme como alguien mejor, puedo ver mis cosas positivas, además de las negativas, y tengo más confianza, más seguridad.”* (P7, 1, 5).



Figura 8. Cuarta categoría y subcategorías de segundo y tercer orden.

5. Influencia del trabajo psicocorporal en la Alianza terapéutica.

En esta última categoría los participantes dan cuenta de cómo el trabajo psicocorporal en el proceso terapéutico vivido por ellos, tiene un impacto en la alianza terapéutica que ahí acontece. Desde acá emergen tres subcategorías que posibilita mirar en detalle esta relación. Estas son “comparación con otras terapias”, “dificultades” y “distinción de facilitadores”.

5.1. Comparación con otras terapias.

En esta subcategoría los pacientes dan cuenta de algunas diferencias entre la terapia psicocorporal y otras terapias donde, al implicar el cuerpo en el proceso psicoterapéutico, esto tendría un impacto en la alianza terapéutica, lo cual no estaría presente en otras experiencias de terapia relatas por ellos. *“(...) tuve una experiencia con un psiquiatra y pensando en la cercanía, en la parte más física del vínculo, siempre sentí que había una pared de vidrio entre él y yo. (...) Es como si no hubiera un vínculo más allá de las palabras y ahí está esta pared de vidrio.”* (P9, 3,4).

5.2. Dificultades.

Los entrevistados manifiestan desde sus relatos algunas dificultades que transcurren en el proceso terapéutico en relación al trabajo psicocorporal y el impacto de este en la alianza terapéutica. *“(...) siento que a mí en alguna medida me cuesta vincularme con las personas, es como una característica que me puedo vincular desde la risa, el humor, etc, pero no profundamente, (...)”* (P5, 1 ,6).

5.2.1. Desgano.

En esta subcategoría los participantes dan cuenta de la falta de energía, que acompaña los procesos depresivos, como parte de las dificultades al momento de participar en un proceso terapéutico psicocorporal *“Los ejercicios en particular no me agradaban mucho, sobre todo al principio, pero cuando empecé a sentirme mejor tuve otra disposición. Pero al comienzo era molesto.”* (P4, 3,3). *“(...) Al principio yo no quería nada...menos ejercicios, pero con el tiempo sentí que me hacía bien, mi energía comenzó a mejorar, lo notaba porque poco a poco pude ir haciendo más cosas.”* (P5, 2,3).

5.2.2. Falta de compromiso.

La ausencia de compromiso en el proceso terapéutico es enunciada por los participantes como un elemento que dificulta un buen desarrollo del trabajo corporal en función de la alianza terapéutica. *“Yo creo que es importante si uno va a ir a terapia sentir un vínculo que te de una mínima*

confianza con la persona con la que está asistiendo, sentir que se comprometen contigo, antes iba a una psiquiatra, que yo sentía quería que pasara luego la hora, estaba con el celu, no sentí que se comprometiera conmigo, por eso le dije a mi mamá y no fui más. (...)" (P1, 1,4).

5.2.3. Superficialidad.

Una de las participantes da cuenta de la falta de profundidad en un terapeuta al momento de abordar las temáticas como un elemento que dificultaría el proceso terapéutico. *"(...) El veía solo el tema superficial, el tema de mi cuerpo, como que yo tenía que bajar de peso y cosas así como para yo tener confianza conmigo misma, pero yo sabía que era un tema más profundo, como de más atrás, no solamente un tema más superficial de como mirarse frente al espejo y amarse, básicamente. Por eso es que no me sentí cómoda de seguir yendo."* (P2, 2, 1).

5.3. Facilitadores.

En esta subcategoría se presentan los elementos que de acuerdo al relato de los participantes serían facilitadores en términos de pensar el trabajo psicocorporal como un elemento influyente en lo que a la alianza terapéutica se refiere. El ser sujetado, guiado por otro, (el terapeuta), es manifestado por una participante como un aspecto facilitador en el proceso terapéutico. *"(...) lo que yo sentí con la depresión era que estaba en la nada, estaba ahí colgando de la nada, entonces el terapeuta va y te agarra, te dice no, te toma y te lleva, te dice vamos a caminar así...te sujeta, te pone los pies en la tierra, ese sostén que uno necesita en ese momento."* (P 2, 3,1).

5.3.1. Mejoría en la autopercepción.

Un participante da cuenta de cómo en el proceso de terapia psicocorporal la mejoría de la autopercepción (donde la imagen es un fuerte componente) sería un aspecto relevante en tanto facilitador. *"Antes me sentía mal con mi cuerpo, en el cole era porro, mis viejos me hacían sentir*

súper mal, ahora me cambié de cole y estoy mejor y hasta ellos creo que me ven distinto.” (P7, 1, 6).

5.3.2. Reciprocidad.

La mantención de condiciones recíprocas en torno al vínculo en el proceso terapéutico es manifestada por una participante como elemento significativo en cuanto facilitador. “(...) *si el otro es de manera ruda o dura, o más parco yo respondo de manera igual y me alejo, ya me pasó en procesos terapéuticos anteriores a este, ahí me retiro. Y si me puedo ablandar y soltar más con un ser más blandito digamos.” (P5, 2,1).*



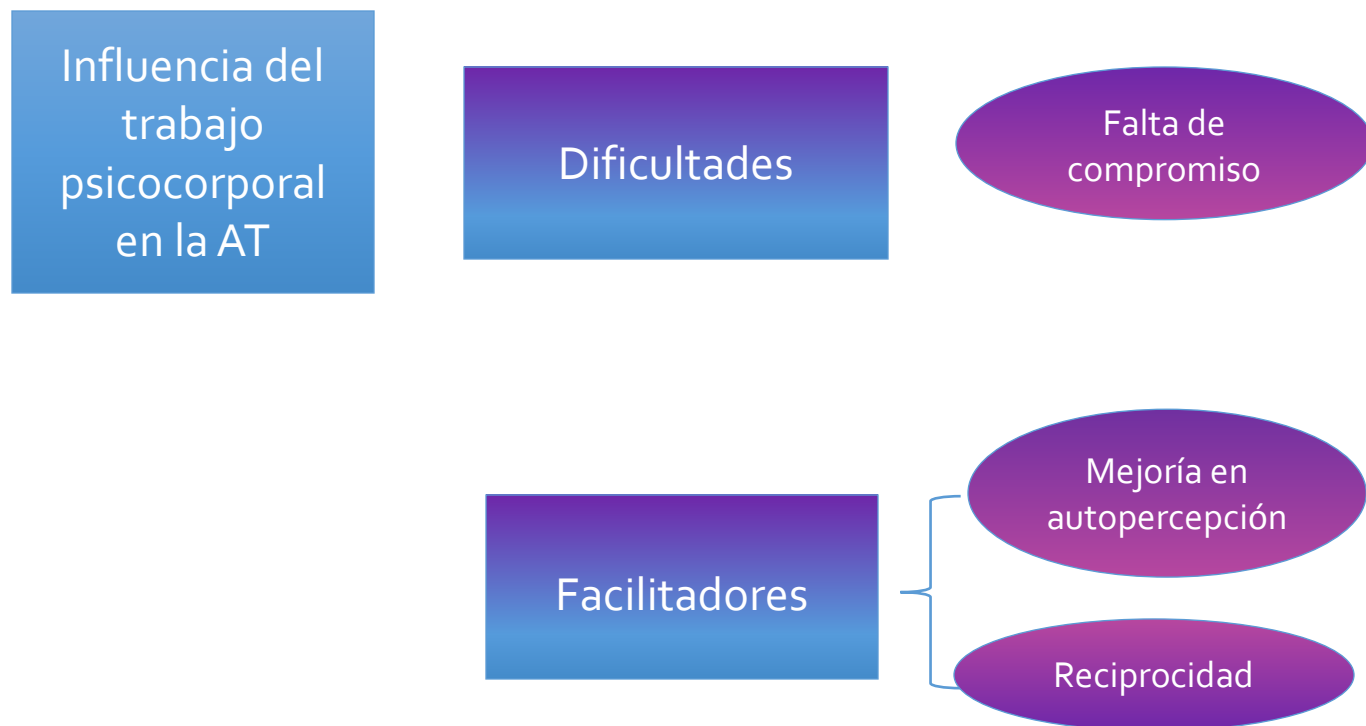


Figura 9. Quinta categoría y subcategorías de segundo y tercer orden.

IX. DISCUSIÓN

A continuación se presenta la discusión de los resultados del presente estudio exploratorio, donde, desde la perspectiva de los participantes, se describen y analizan las condiciones particulares de la alianza terapéutica en terapia psicocorporal, de orientación neoreichiana, en pacientes con depresión.

En base a las experiencias narradas por los participantes en relación a sus procesos terapéuticos se contrasta estos resultados con los conceptos anteriormente planteados en el marco teórico.

1. Percepción de sí mismo al inicio de la terapia.

En el relato de los participantes estos dan cuenta de la percepción que tienen sobre si mismos al momento de llegar a terapia. La forma de percibirse presenta mucha sintomatología características de la depresión, apareciendo además en algunos casos construcciones teóricas en relación al malestar y su autopercepción corpórea. Esta forma de teorizar sobre sí mismo da cuenta de la desconexión de los sujetos con su corporalidad

La irrealidad de la persona deprimida se manifiesta claramente en el grado en que ha perdido contacto con su cuerpo. Hay una carencia de autopercepción; no se ve a sí mismo tal como es, ya que su mente está centrada en una imagen irreal. (...). (Lowen, 1972, p. 19).

El cómo percibimos nuestro cuerpo es una parte importante del auto concepto del sujeto, de su sí mismo, de cómo constituye su subjetividad. Cuando los pacientes en este caso, dan cuenta de relatos desvinculados de si, manifiestan la gran dificultad para gestionarse a sí mismo desde sus recursos y su organicidad.

2. Evaluación del proceso terapéutico.

En su mayoría los participantes distinguen las diferencias entre terapia centrada en el discurso y terapia psicocorporal. Varios de ellos comentan haber estado en procesos terapéuticos anteriores al actual. En el caso de una paciente adolescente le llama la atención lo psicocorporal por lo distinto, pero en su mayoría más que cierto no agrado por la metodología terapéutica, se centran en la dificultad que les significaba realizar ejercicios con el malestar y la poca carga energética que genera la depresión.

Al comentar los procesos terapéuticos previos más que una referencia a las diferencias en tanto terapia psicocorporal y terapia desde el discurso los

participantes dan cuenta de lo importante de la forma de vincularse el terapeuta. Emergen de sus relatos la significación que tiene para ellos la cercanía, el sentirse escuchados, que son importantes para el otro, entre otros tópicos similares. Aparecen los test y otras instancias prácticas de la profesión como un espacio que los pacientes tienden a no valorar.

La revisión vincular es un tópico común a trabajar en terapia, en general. En esta investigación los participantes dan cuenta de su mundo relacional instalando un antes y un después con su entorno en función de la terapia.

La psicoterapia corporal, por involucrar el cuerpo del terapeuta como una herramienta significativa en el setting terapéutico, demanda una mayor disponibilidad de este. El terapeuta debe ser sensible con su tono muscular y el del paciente. La posibilidad del toque, presente en terapias como la bioenergética instala potencialmente al menos, una vincularidad estrecha. En otras palabras la presencia y el abordaje concreto del cuerpo en el espacio terapéutico, el tocar, el resonar emocionalmente desde lo corporal con el otro, son instancias presentes en el trabajo psicocorporal que favorecen una significativa alianza terapéutica.

La emergencia de elaboraciones conceptuales por parte de los participantes, dan cuenta de sus imaginarios particulares en torno a sus historias y procesos, siendo un elemento que tiende a enriquecerse con la práctica psicocorporal. El habitar el cuerpo y las vivencias asociadas a la experiencia del ejercicio, la respiración, entre otros, ofrece un mayor inventario para esta instancia de conceptualizarse a sí mismos.

“(…) bueno al final el cuerpo ayuda a canalizar emocionalmente, si yo estoy depre te puedes dar cuenta cómo he visto yo en terapia, que estoy muy rígida, que a veces mi garganta está muy apretada, el cuerpo te da señales, si uno trabaja desde ahí, no sé la respiración, te ayuda a relajar el cuerpo y así te puedes ir comunicando mejor con tu estado mental, como otra parte de ti, tener más a disposición de uno mismo su cuerpo y otros recursos para poder trabajar y

avanzar en la terapia, pero yo aprendí que debo estar con cierta conexión corporal para estar más perceptiva de mi misma, al menos eso me pasó a mí, porque si no estás como un bloque y al final va a rebotar todo.” (P8, 3,4)

3. Valoración positiva de la Alianza terapéutica.

Los participantes en general identifican la alianza terapéutica como un factor primordial al momento de pensar la terapia. Instalan elementos como la empatía, la identificación con el terapeuta, la reciprocidad en tanto facilitadores del vínculo en el espacio terapéutico. Además en algunos casos son observados elementos que darían cuenta de idealización por parte del paciente en relación a la figura del terapeuta.

La soledad como una fuerte sensación que acompaña el malestar presente, en este caso la depresión, así también emergiendo como un actor de nuestros días, la cultura imperante del consumo que deshumaniza y cosifica permanentemente los vínculos, se registra como un componente en las vidas de los pacientes, donde la vincularidad que se da en el proceso terapéutico ofrece una posibilidad de reelaborar esta vivencia.

Desde esta mirada es vital la presencia de otro activo que acompañe y pueda facilitar en este espacio la revitalización paulatina del paciente. La alianza terapéutica hace posible esta bonita trayectoria.

4. Experiencias en relación al trabajo psicocorporal.

En el relato de los participantes la dificultad y la resistencia en un principio, para realizar los ejercicios que conforman parte nuclear del enfoque terapéutico es muy recurrente. Es importante señalar que por tratarse con pacientes con depresión sus posibilidades en relación a ejercer su voluntad, contar con la energía suficiente, entre otras es muy limitada. De ahí que a pesar de esta dificultad y resistencia, ellos permanecen en el proceso y en la medida que avanzan dan cuenta de pequeñas mejorías, lo que se traduce en mayor disponibilidad energética para consigo mismos.

Imágenes bastante literales sobre la incapacidad de movilizar sus cuerpos, se registran en el relato de los participantes como parte sustancial de la descripción de sí mismos al momento de comenzar la terapia. Se intenciona, al parecer, el hecho que los pacientes instalen el cuerpo en sus reflexiones, ya sea desde la practica concreta de ejercicios en terapia y/ o desde el lenguaje al momento de dar cuenta de ellos mismos. Este elemento es un facilitador en lo que a proceso psicoterapéutico se refiere, ya que posibilita una mayor conciencia sobre sí mismos y una significativa posibilidad de auto gestionarse.

La práctica de ejercicios vinculados a la respiración se registra en el relato de los participantes como un hecho de significativa importancia en sus procesos. Le atribuyen mejorías físicas notables, sobre todo con lo relacionado a la sintomatología de crisis de pánico, angustia, sensaciones en ocasiones vivenciadas fuertemente por los pacientes y que constituyen la sintomatología de base de muchos procesos depresivos.

Los ejercicios respiratorios también aparecen en las narrativas de los pacientes como una instancia de vivenciar sus cuerpos de otra manera, más conectados consigo da y con el entorno, la posibilidad de habitarse en el aquí y el ahora.

5. Influencia del trabajo psicorporal en la Alianza terapéutica.

El trabajo con el cuerpo en el espacio terapéutico como se mencionó anteriormente, tiene la tendencia de generar mayor cercanía entre paciente y terapeuta. En los participantes, pacientes con depresión, el ejercicio les posibilita en el tiempo un mejor acceso a su corporalidad y una carga paulatina de su cuerpo (energía, vitalidad). De igual modo en los discursos los pacientes relacionan la depresión con ausencia de afectos, teniendo esto en cuenta el trabajo psicorporal permite oros registros de contacto entre terapeuta y paciente. El toque, el acompañamiento con el propio cuerpo (del terapeuta), en el descubrimiento de la capacidad de experimentar movimientos en su cuerpo (del paciente), el contacto ya sea físico o visual, (en biosíntesis se realizan múltiples

ejercicios desde el solo contacto visual, la corriente de facing mencionada en el marco teórico), todo esto posibilita una alianza de mayor intensidad que la que se propicia en la terapia que solo se instala desde el discurso.

En relación a lo que se vincula con el contacto visual Allan Schore (2010) plantea a partir de algunas de sus investigaciones el hecho que el contacto visual positivo o negativo permite el cambio en las hormonas del cerebro y estas a su vez cambian las hormonas del cuerpo. De ahí que cuando se mira a otro de una manera determinada todo ello está trabajando con hormonas, ojo con ojo, cerebro con cerebro, cerebro con cuerpo, al decir de Boadella, por lo que el contacto visual posibilita un proceso de carga y energía. (Boadella, 1993).

A. Lowen plantea que sin la existencia de un sentido de contacto con el cuerpo, como el que proporcionan los ejercicios dejaríamos de estar arraigados en la realidad. Añade además que actualmente a muchas personas les sucede esto y que un síntoma de este padecer es la atracción tan fuerte que viven los sujetos en nuestros días por el mundo de las imágenes. (Lowen, 2014). Desde esta afirmación es interesante mirar el aporte de la psicocorporalidad a la sana regulación de nuestras vidas. Para nadie es un secreto como los sujetos tanto jóvenes, como no tan jóvenes al día de hoy viven en gran de número sumergidos en el mundo de las imágenes, donde lo virtual sustituye el ritmo y la pulsación real de lo vivo.

En los resultados aparecen temáticas relacionadas inherentemente con el proceso de depresión. La no aceptación de sí mismos, temáticas de baja autoestima, carencias afectivas, son algunas de ellas.

Toda persona deprimida ha actuado anteriormente sobre la negación de su negatividad ha invertido su energía en el intento de probarse que es merecedora de amor. Pero cualquier tipo de autoestima que acumular tenía por fuerza que asentarse sobre cimientos muy precarios. (Lowen, 1972, p.79).

En sus procesos los participantes dan cuenta de cómo a partir de poder estar más en contacto con ellos mismos van recuperando su autoestima, aparecen mejoras en la autopercepción de sí mismos, sensaciones de recuperación, algunos comentan sobre la resignificación de la relación con su propio cuerpo y experiencias que contribuyen al desarrollo personal.

Lo comentado en el párrafo anterior va acompañado de una mayor disponibilidad energética les permite dar cuenta de cierta autenticidad en términos de deseos para consigo mismos. .

Cambios importantes conductuales son aportados en el relato por ellos como parte del aprendizaje de sus respectivos procesos. Instalar prácticas como el yoga y la meditación en su cotidiano es parte de esta experiencia. Desde ahí el proceso terapéutico psicocorporal se registra como una instancia de posibilitar cambios permanentes en la corporalidad del sujeto y en sus prácticas. Aportando así elementos relacionados con el desarrollo personal. En un espacio quizás más meta consciente, estos son los cambios idealmente deseados en la generalidad de los procesos terapéuticos.

“Yo en todo este tiempo he aprendido a meditar, estoy en clases de yoga y siento que todo esto me ayuda mucho. Para estar como más conectada conmigo, me pasan cosas pero al menos las puedo registrar. Los ejercicios me ayudaron a empezar este caminito. “. (P8, 4,2).

Más adelante, vinculando el término Alianza terapéutica con la experiencia personal, el discurso de los pacientes entrevistados fue mucho más fluido, pudiendo dar cuenta de las características más importante desde su mirada en lo vincular.

Desde el relato de vivencias significativas dan cuenta de cómo la Alianza terapéutica influyó en ellos y en sus procesos terapéuticos.

Elizabeth Zetzel (1956, 1940) manifiesta la dependencia de la alianza de la capacidad del paciente para establecer una relación de confianza, lo que a su vez

está basado en sus experiencias evolutivas tempranas (Safran y Muran, 2005). A través del encuentro afectivo madre hijo comienza el desarrollo en este último de un conjunto de habilidades y mecanismos en función de enfrentar y regular el estrés, las emociones, el aprendizaje, las situaciones novedosas y los estados mentales en épocas futuras (Schore, 2001). Dado lo anterior, en ausencia de estas condiciones, el terapeuta tendrá que proveer en el espacio terapéutico una relación de apoyo que facilite el desarrollo de la alianza similar al ofrecido por la madre en un contexto material idóneo, facilitando el desarrollo de una sensación fundamental de confianza (Safran y Muran, 2005).

Los elementos que los participantes enuncian desde su perspectiva en tanto participantes, como importantes y facilitadores en el proceso terapéutico dan cuenta de la importancia de la empatía y del despliegue del terapeuta. En terapia psicocorporal estos elementos son relevantes al momento de llevar a cabo el encuentro en el setting terapéutico.

La empatía es de (...) es descrita en biosíntesis como una resonancia somática, la cual es comunicada a través del contacto visual del terapeuta, su expresión facial, el tono de voz y mediante las cualidades del toque (Olea, 2012, p. 8).

A pesar de no conformar una categoría de análisis, la confianza emerge en el discurso de los participantes como una condición necesaria según ellos para desarrollar un proceso terapéutico. En los conceptos planteados en el marco teórico se recoge también la relevancia de este elemento mencionado por ellos. La siguiente cita da cuenta de esto.

La relación real se refiere a la respuesta humana mutua del paciente y el terapeuta entre sí, incluyendo las percepciones no distorsionadas y el aprecio, la confianza y el respeto auténtico por el otro (Safran y Muran, 2005 p. 35).

En los tópicos planteados por los participantes que se relacionan abiertamente con la idea del cuerpo presente en la psicoterapia, ellos logran en todos los casos, aproximarse a su experiencia personal de manera directa y con cierto dinamismo. Dando cuenta de cambios importantes en relación a sí mismos y su corporalidad, su autopercepción y a cómo se relacionan con su entorno más significativo.

“Creo que el camino que recorrí fue muy positivo para mí, he cambiado mucho, la forma de ser no ha cambiado, pero la forma de pensar sobre mí mismo, sí, ahora yo puedo verme como alguien mejor, puedo ver mis cosas positivas, además de las negativas, y tengo más confianza, más seguridad.” (P7, 1, 5).

“No sé muy bien cómo relatarlo, pero es algo que me ha llamado mucho la atención a lo largo de toda mi terapia. Como mi cuerpo ha cambiado en todo este tiempo, ha sido impresionante, muy muy impresionante, yo antes tenía una estructura corporal y yo pensaba que era mi estructura corporal, y poco a poco me fui dando cuenta que esa estructura corporal no era realmente mía, sino que al parecer pertenecía a los mismos escudos que yo me ponía, tenía más más peso, mi cara tenía más grasa, también algunas partes como los brazos y el pecho tenían más volumen, fue bien extraño, no sé explicar eso en realidad, es como mágico, no sé cómo decirlo, no conozco una explicación biológica, pero creo que sí que el cuerpo estuvo más que presente en todo.” (P 5, 3,2)

“Lo más importante es que me ha ayudado a que me pueda ver, se me ha mostrado quién soy yo, porque yo no me daba cuenta. El hacerme pensar en eso lo valoro mucho hoy. Como el ejercicio de

pensar en mí, para mí, ser escuchado, porque eso en mi casa no se da, que alguien me escuche...” (P7, 2,3).

Desde la perspectiva de los participantes el trabajo psicocorporal tendría una gran incidencia en la calidad de la alianza terapéutica. Sin tener un manejo explícito ellos dan cuenta de cómo el trabajo del terapeuta en este caso se instala en una “resonancia” con él, al decir de Boadella, se establece un campo de unidad con el paciente donde los sucesos se registran en nuestra vibración corpórea, por lo que en la biosíntesis se hace necesario agudizar los sentidos haciendo posible la decodificación de los mensajes pre verbales presentes en la relación con el otro (Boadella, 1993).

En el trabajo terapéutico psicocorporal se dan diferentes niveles de registros y abordajes de los contenidos, los que son trabajados en el espacio terapéutico por el paciente y el terapeuta. La siguiente cita de A. Lowen da cuenta como estos diferentes registros favorecen un mejor vínculo paciente terapeuta en este espacio.

(...) como el trabajo además de a nivel verbal, se realiza a nivel físico, el analista queda más comprometido en la actividad resultante que cuando emplea las técnicas convencionales.(Lowen, 1995, p. 13).

Al decir de Lowen (1972) la depresión es la pérdida de la fuerza interna de un organismo. (p. 67). Por todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que el trabajo psicocorporal desarrollado en la presente investigación da cuenta de las relevantes particularidades que ofrece esta particular instancia terapéutica cuando de pacientes con depresión se trata. La cita a continuación afirma la consecuencia específica de estas prácticas en nuestro organismo.

El trabajo terapéutico de *centramiento* apunta a restablecer un ritmo de funcionamiento en el flujo de la energía metabólica y el equilibrio

entre las dos mitades del sistema nervioso vegetativo. En la práctica esto significa ayudar a la recuperación del equilibrio emocional y la respiración armoniosa. (Boadella, 1993, p. 38).

El recoger la perspectiva de los pacientes sobre la mirada que estos tienen de sus procesos terapéuticos le otorga importancia a esta temática. Ya que ellos constituyen el eje central de lo que acontece en la terapia, pues es en ellos donde se encarna literalmente el malestar. Desde aquí se posibilita el conocer en profundidad sus subjetividades sobre la depresión, todo el conjunto de sintomatología que los acompaña, cómo ellos participan en la elaboración de la alianza en terapia, cómo perciben la misma y se hacen parte de este proceso de co construcción. Además de su experiencia particular en relación al trabajo psicocorporal en particular. Todo lo anterior facilita la posibilidad de mejor orientación en futuros procesos terapéuticos en contextos similares.

De acuerdo a los contenidos analizados en la investigación se pudiera inferir según lo manifestado por los participantes que en el trabajo psicoterapéutico no corporal es igual de relevante pero al no estar presente el cuerpo de manera consiente y activa los actores del proceso terapéutico se vinculan en primera instancia desde lo discursivo, la palabra, la metáfora, el símbolo, faltado ahí la densidad y cercanía que propicia el abordaje del cuerpo.

Para estos pacientes con depresión, la cercanía y empatía del terapeuta son esenciales, al momento de percibir las condiciones vinculares y llevar adelante un proceso psicoterapéutico en psicoterapia no corporal que permita la remisión de su malestar. En el trabajo que se desarrolla en psicoterapias psicocorporales se presentan una riqueza mayor en términos de recursos desde el abordaje del cuerpo para acompañar de maneja idónea dichos procesos. Donde los ejercicios y la respiración dan cuenta de lo medular en este viaje, desde la posibilidad concreta de intervención en lo

corporal, entendiendo los procesos corporales y conscientes como la unidad funcional entre cuerpo y mente.

X. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación, constatan la existencia de un consenso entre la perspectiva desarrollada por los entrevistados y la literatura existente. Esto en relación al vínculo existente ente la alianza terapéutica y la mejoría de un paciente con depresión en un proceso terapéutico psicocorporal.

De este modo se registran las diferentes instancias subjetivas por las que los pacientes transitan, sus recorridos terapéuticos, sus dificultades, siendo notoria la carga de desconexión y desvitalización que aqueja a los pacientes con depresión.

Además se observa cómo, al momento de evaluar sus procesos psicoterapéuticos, los pacientes hacen un importante énfasis en los cambios personales operados en ellos, los que significan como aprendizajes. Entendiendo así, cambios que configuran nuevos mapas de conductas, emociones y pensamientos en sus vidas. Conjuntamente emerge la temática del entorno, dando cuenta de que en este no se operan cambios en particular, pero sí el sujeto que integra estos nuevos cambios puede relacionarse de otra forma con este mismo entorno.

En relación a la alianza terapéutica, en el presente estudio se verifica la importancia que los pacientes le atribuyen a este constructo en sus experiencias personales vividas durante la terapia. Emergen un sinnúmero de instancias significativas que se constituyen como eventos reparadores en sus vidas. Así también la investigación da cuenta de experiencias vivenciadas por los pacientes en relación a la alianza terapéutica, y que estos significan como poco asertivas de acuerdo a sus necesidades vinculares reparatorias.

Es importante señalar las referencias que los entrevistados destacan sobre la implicancia de la alianza terapéutica en la depresión. Conforme a lo expuesto en este estudio, se posibilita el reencuentro del sujeto consigo mismo, como si figurativamente a través del acto terapéutico se le devolviesen partes de sí mismo que estaban alienadas, separadas de él por el malestar que le aqueja.

También enmarcado en la alianza terapéutica, este estudio verifica ciertos elementos que al decir de los pacientes entrevistados facilitarían o no, el desarrollo de esta en la relación terapéutica, los que en su mayoría se vinculan con el desempeño del terapeuta. Por lo que ciertamente sería este, el actor de esta diada que requiere un mayor despliegue en términos de recursos y responsabilidades al momento de pensar la co construcción del vínculo en terapia y su calidad.

En relación a la inclusión del cuerpo en psicoterapia lo evidenciado por los participantes en esta investigación permite señalar la importancia de la terapia psicocorporal en el abordaje de la depresión. Cómo a pesar de las resistencias comunes al inicio del proceso, los pacientes dan cuenta de que la inclusión del cuerpo desde esta modalidad de trabajo termina finalmente siendo significada como un aporte en sus vidas, teniendo una gran incidencia en la forma de establecerse la alianza terapéutica desde esta modalidad particular y en el malestar en sí.

El cuerpo metaforiza lo social, y lo social metaforiza el cuerpo. En el recinto del cuerpo se despliegan simbólicamente desafíos sociales y culturales (Le Breton, 2002, p.73).

A partir de esta afirmación se podría instalar la posibilidad del pensar el cuerpo como un espacio de inscripción de nuestras prácticas sociales y culturales, donde al efectuar cambios importantes en ellas, se facilitaría el cambio en términos de salud o enfermedad. De esta forma un malestar tan desvitalizante como la depresión podría abordarse desde un espacio más visible, enriqueciendo los vínculos humanos, las redes y la prevención.

Desarrollos vinculados a la psicología y las neurociencias en el último tiempo dan cuenta de la importancia del apego y de la implicación de nuestro sistema nervioso, (lado derecho de nuestro cerebro), al momento de pensar la prevención en salud mental. Autores como J. Bowlby, D. W. Winnicott, D. Stern y A. Schore, abordan estas temáticas enfatizando su mirada fundamentalmente en la infancia. El espacio terapéutico se constituye de algún modo como un escenario reparador,

donde idealmente se resignifican las prácticas afectivas de los primeros años de vida con el objetivo de restaurar las omisiones allí ocurridas.

En el vínculo humano se producen sutiles variaciones de la sintonía afectiva de los self interactuantes, en ocasiones esta sintonía podría producir perturbaciones psicológicas o síntomas siendo estos, reflejo de una realidad interactiva en curso que no ha logrado la sintonía afectiva adecuada (Stern, 1991).

XI. LIMITACIONES Y PROYECCIONES

En relación a las limitaciones de este estudio, están dadas por las inherentes a un estudio cualitativo, que privilegia la profundidad versus la representatividad, dando cuenta de la realidad en particular de un grupo de pacientes, lo que no necesariamente implica que, las conclusiones, puedan extrapolarse al conjunto de la población de pacientes con depresión.

En cuanto a las proyecciones de esta investigación, es interesante advertir, la emergencia de líneas de investigación en dos grupos específicos que los estudios tenidos a la vista (OMS), sitúan como los más afectados dentro de la población, por esta patología. Se trata de mujeres y adolescentes.

Surge así, la necesidad de instalar esta discusión en torno a la alianza terapéutica, el abordaje psicocorporal y la depresión a nivel de la salud pública, toda vez que este malestar ha alcanzado en Chile, en las últimas décadas, índices que lo sitúan entre los países con mayores tasas de depresión.

REFERENCIAS

Boadella, D. (1993). Corrientes de vida. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1926) Obras Completas. Madrid, España.1996. Biblioteca Nueva.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México, Distrito Federal. Editorial Mc Graw Hill.

Hauswirth, M. (2004). El análisis bioenergético- una psicoterapia de orientación corporal.

Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded theory: strategies for qualitative research. New York, United States of America: Aldine Publithind.

Le Breton, D. (2002) Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires, Argentina. Nueva Visión.

Lowen, A. (1977). Bioenergética. México D.F. Editorial Diana.

Lowen, A. (1995). El Lenguaje del Cuerpo, dinámica física de la estructura del carácter., Barcelona, España. Editorial Herder.

Lowen, A. (1972). La Depresión y el Cuerpo. Madrid. Alianza Editorial.

Lowen, A. (2014). El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo. Barcelona, España. Editorial Paidós.

Lowen, A. (2005). La voz del cuerpo. Málaga, España. Editorial Sirio.

Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process.

Psychoanalytic Dialogues, 2(2) 1992. Quinn, W. H., Dotson, D. y

Jordan, K. (1997).

Rogers, C. (1951). Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Reich, W.

(1995) La función del Orgasmo. Barcelona, España. Editorial Paidós.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic

personality change. Journal of Consulting Psychology, 21,107 –114.

Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective

disorders among countries: Great Britain and Chile. Soc Sci Med 2005;

60 (8): 1693-703.

Reich, W. (2005). Análisis del Carácter, Barcelona, España. Editorial Paidós.

Reich, W. (1995) La función del Orgasmo. Barcelona, España. Editorial Paidós.

Reich, W. (1985) La Biopatía del cáncer. Buenos Aires, Argentina. Ediciones

Nueva visión.

Safran, J y Segal, Z. (1994). El proceso interpersonal en la terapia.

Safran, J. y Muran, C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. Nueva York: Editorial the Guilford Press.

Serrano, x. (2007) La psicoterapia breve caracterioanalítica (PBC). ,
Madrid, España. Editorial Biblioteca Nueva.

Stern, D. (1991) El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Argentina, Paidós.

Winnicott, D. (1953). Realidad y Juego. Buenos Aires, Argentina. Gránica Editor.

Boadella, D (1987). Qué es Biosíntesis. Revista Energy and Character, Vol.17,
Nro.2, Ag.1986. Para ser publicado en : Innovative Therapies in Britan,
ed. John Rowan, Harper, Co.,Londres 987.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. Revista Anales de Psicología, 2 (19),
205 – 221.

http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf

Recursos Bibliográficos Extraídos de Internet.

Guattari, F y Rodnik,S – (2006) Micropolítica; cartografías del deseo;

<http://libros.metabiblioteca.org>

Olea, A (2012) Aportes de la psicología somática a la clínica de los trastornos modernos, visión posible. <http://www.visionposible.cl>

Safran, J. y Muran, J. (2000). Negociando la Alianza Terapéutica. Guía para el tratamiento relacional. Revista de Psicoanálisis Aperturas Psicoanalíticas, 14. www.aperturas.org/14alvarez.html

Shore, A (2010) El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. Rev GPU 2010; 6; 3: 296-308. www.revista.gpu.cl/2010/septiembre

Ministerio Servicio Nacional de la Mujer. Salud Mental en el Gran Santiago, 2002

MINSAL, (2013). Series guías clínicas MINSAL.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item.pdf>

Tesis.

Alezthier J-P, Jiménez R y Muñoz R, (2007) Investigación evaluativa de los efectos de la psicoterapia reichiana en pacientes con intentos y/o ideaciones suicidas. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Álvarez C, Calaz G y Grez J, (2008) Principales aspectos caracterológicos de la anorexia nerviosa. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Araya J, (2006) Estudio evaluativo respecto a la terapia reichiana en el carácter

masoquista. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Arredondo, M y Salinas, P. (2005) Terapéutica en Psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile. Memoria para optar al título de psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Cabello C y Carvajal C, (2008) Transferencia negativa en pacientes con diagnóstico esquizo/oral y revestimiento histérico. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Castro I, Cuevas S y Ramírez M, (2007) Transferencia en pacientes diagnosticados con carácter oral y revestimiento masoquista. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Dorat J. Y Muñoz M, (2007) Estudio descriptivo exploratorio de los estilos caracterológicos de un grupo de pacientes aquejados por ataques de pánico. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

González M, Ponce L y Riquelme E, (2006) Análisis descriptivo cualitativo de las formas y funciones de la transferencia en pacientes con estructura de

carácter esquizo-oral. Tesis para optar al título de psicóloga.
Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Henríquez F y Verdugo N, (2008) Efectos de la terapia de orientación reichiana en pacientes con estructura caracteriológica esquizo/oral. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Jara, M. (2002). Tres Modelos de terapia corporal para intervenir en el estado depresivo. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Academia Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Ramírez, A. (2005). Psicoterapia Corporal: revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowe y la Biosíntesis de David Boadella. Memoria para optar al título de psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Reyes, S. (2010). Sistematización de las Investigaciones Clínicas de orientación reichianas realizadas en el Capsyg. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Silva R, y Ramírez P, (2006) Estudio descriptivo evaluativo respecto del proceso de psicoterapia individual de orientación reichiana en pacientes de carácter oral con síntomas depresivos. Tesis para optar al título de psicóloga. Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Santiago, Chile.

Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del

Working Alliance Inventory en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

XIII. ANEXOS

Este formulario de consentimiento se dirige a pacientes de consulta psicológica en clínica privada a los que se les invita a participar en la investigación “La Alianza Terapéutica en pacientes con depresión desde una mirada neoreichiana”. Esta investigación se realiza en el marco de la presentación de la tesis para optar al grado de magister en psicología clínica de adultos en la Escuela de posgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si desea participar en esta investigación usted deberá autorizar a la investigadora para la realización de una entrevista en profundidad.

La información que nos brinde será tratada de manera **confidencial y anónima**, analizándose de manera grupal para extraer las conclusiones de forma general. De este modo la información que nos brinde no será reconocida por persona alguna salvo por usted y la investigadora, por lo que en ningún caso la información será presentada acompañada de su nombre o de algún dato que lo/la identifique.

Su consentimiento es totalmente **voluntario** y fundamental para poder realizar el análisis de la información obtenida en esta entrevista. Asimismo, puede plantear todas sus dudas a la investigadora respecto de la temática de la investigación

La información que nos pueda brindar será de gran ayuda para nosotros. Una vez finalizada la investigación, si usted lo desea, podrá conocer los resultados encontrados de manera general.

Cualquier duda posterior puede dirigirla a:
orietae_71@yahoo.es

Firme y escriba su nombre a continuación, dejando constancia de que los investigadores informaron a usted las condiciones del estudio, resolvieron sus dudas y que acepta participar voluntariamente del mismo:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Guion temático.

1. Relato del paciente en relación a cómo se sentía cuando decide comenzar su proceso terapéutico.
2. Descripción y evaluación del paciente sobre el recorrido hecho durante su proceso terapéutico.
3. Exploración del paciente del concepto de alianza terapéutica.
4. Elementos de la alianza terapéutica que vivenció en su proceso.
5. Elementos de la alianza terapéutica que el paciente desde su experiencia encuentra fueron importantes en la remisión de su malestar.
6. La inclusión del cuerpo en el espacio psicoterapéutico. Narrativa del paciente sobre esta experiencia.

ENTREVISTAS

Entrevista

P1, estudiante 17 años, 2 años y medios de terapia.

E: Quisiera que me relataras un poco cómo ha sido tu proceso desde que llegaste a terapia? ¿Cómo te sentías? ¿Cómo has vivido este proceso? ¿Cómo tú lo evalúas?

P: Yo me acuerdo que cuando llegué estaba así como que me senté y llegué así con los pies arrastrando, estaba súper cerrada porque mi mamá me dijo, vamos a ir, y yo le dije no porque nunca he ido y no conozco, estaba súper mal y no sé era súper raro contarle a alguien extraño mis problemas, no quería. Aparte que había ido a otras partes antes y no me daban confianza entonces como que ya estaba chata, entonces dije, ya esta es la última oportunidad y si no ya no voy a ninguna parte más porque, y llegué acá y al ver a mi terapeuta sentí como un vínculo así, como que me sentí cómoda, y dije no sé cómo que me causaba una sensación positiva, o sé. Y después en el proceso había días que me costaba, como que no quería venir, y la cuestión..., yo quería estar bien, pero al tiempo como que me hizo súper bien porque yo creo que si no hubiera estado acá no sé si hubiera podido salir adelante, en el fondo es como que uno decide...y aparte que he trabajado por lo que llegué acá y otros temas que me sirven de crecimiento personal. Y como así paciente me siento súper cómoda, siento que mi terapeuta es súper metida en su trabajo, es súper profesional, como que tiene vocación, que se siente a gusto realmente, que es feliz trabajando en lo que hace, eso como que igual uno se siente cómoda y da gusto venir. Yo a veces digo, pucha, no tengo ganas, pero como que después, al estar acá me siento bien, como que me cuesta dar el paso, pero después salgo mejor. En la casa las cosas están igual...pero yo ya no las veo así, como que uno cambia un poco y tu alrededor no, pero uno puede moverse distinto.

E: ¿Qué entiendes por vínculo terapéutico? ¿Cómo lo has vivido en este proceso?

P: Yo creo que es importante si uno va a ir a terapia sentir un vínculo que te de una mínima confianza con la persona con la que está asistiendo, sentir que se comprometen contigo, antes iba a una psiquiatra, que yo sentía quería que pasara

luego la hora, estaba con el celu, no sentí que se comprometiera conmigo, por eso le dije a mi mamá y no fui más. Lo que me había pasado a mí, que yo había ido antes a otras partes y sentía que yo le contaba mis cosas y me decían así, ya cuéntame, y le contaba...y ... o sea yo les contaba y como que no me estaban escuchando estaban en otro mundo, entonces sentía como un vacío y era como echar materia a un vaso vacío, ya les contaba y listo, pero no me sentía que a mí me servía, como que no me enriquecía, como que no me servía para nada. Por eso siento que es importante que con la persona que esté trabajando haya confianza, que me miré, que esté conmigo, no puede estar en el celular o escribiendo, sentir que realmente yo sí le importo.

E: Pensando en la depresión: ¿Qué aspectos consideras del vínculo que son importantes al momento de abordar la depresión?

P: Eh...yo creo que la confianza primero, lo otro saber que al momento que yo le estoy dando la información como que yo sé que esto no se va a filtrar, es confidencial, nadie puede saberlo, yo sé que si digo algo acá mi terapeuta no va ir corriendo a donde mi mamá y decirle la que yo dije tal y tal cosa.

E: Pensando en el trabajo que has hecho en terapia y el componente que implica el cuerpo en distintas dinámicas y / o ejercicios, que hace que el cuerpo esté presente en el espacio terapéutico. ¿Sientes que incide en algo, sobre todo pensando en la depresión?

¿Si la presencia del cuerpo hace alguna diferencia pensando en la depresión en particular?

P: Al principio me costaba mucho, yo llegué acá arrastrando los pies, casi no podía moverme, no tenía ganas de nada y con el tiempo me empecé a sentir mejor, pero poquito a poco, fue lento.

Siento que es súper importante, prefiero mil la forma en la que trabajado y no la manera tradicional, en otras partes, en las sesiones que he ido o cuando he hablado con mis amigos que van al psicólogo, les pasa lo mismo, me han dicho muchas veces, típico que te hacen ese test que tienes que dibujar cómo te sientes... una persona con un paraguas... yo desde que llegué nunca hice eso,

siento que es como más entretenido, se sale de lo común y corriente. Y creo de esta forma ha ido avanzando de otra manera, mejor, de la otra forma creo que no se avanza igual, eso hace que el trabajo funcione de mejor forma creo, como que de verdad traiga frutos, que es donde yo me pueda conectar conmigo misma y saber cómo reacciona mi cuerpo y entender como esas cosas y entonces que no es solo hablar y hablar...

Algunos ejercicios me cuestan más que otros, y como te decía al principio no me podía mover. Pero ahora ya estoy más familiarizada con ellos.

Entrevista

P2, estudiante de inglés, 23 años, 1 año de terapia.

E: ¿Podría relatar cómo se sentía cuando empezó su proceso terapéutico? ¿Qué síntomas tenía, o diferentes aspectos que le hicieron sentir que necesitaba ayuda? ¿Cómo evalúa el camino que ha ido recorriendo y de qué le ha servido el espacio de la terapia?

P: Em, bueno partí más que nada, por ver la necesidad de pedir ayuda porque llevaba ya mucho tiempo con... eh problemas de... em bueno de querer dormir, de no querer moverme, problemas para salir de mi casa, porque no quería salir de la casa, em, principalmente la falta de movilidad y la sensación de que no era yo misma de que había otra persona que controlaba mi cuerpo, que no era yo. Que tenía problemas de ira, que estaba enojada por cosas que no debería y distintas cosas así. Lloraba por cosas que no era necesario llorar y fui a un a un par de sesiones con otra persona pero como no logré sentirme cómoda no seguí y después estuve un tiempo donde no tuve tanto problema y después volví a tener como una recaída, y volver a los mismos síntomas, a no querer hacer nada, entonces hablando con mi mamá ella me recomendó que fuera a otra terapia, porque ya no podía yo sola salir de todas mis cosas, que tenía que buscar ayuda, porque ya no podía sola y decidí venir a terapia. Y una de las cosas que uno quiere es como sentirse acogida, pero no de la parte de que le tengan pena y le digan tranquila que esto va a pasar, no, es como que le digan que te está pasando pero a la vez te acojan, entonces eso es lo que uno quiere que le digan respuestas de por qué está esto, de por qué pasa esto, entonces más que nada el espacio de acá de la terapia es como un momento en el que la persona que te está escuchando no te está escuchando solo por escucharte sino que porque realmente le interesa a ayudarte a buscar una respuesta de por qué pasa esto y a salir de eso. Entonces al fin al cabo la terapia se transforma en una instancia de desahogo, pero un desahogo que va a tener respuesta, no un desahogo por hablarle a alguien, como con sentido.

Con el terapeuta anterior no me sentí cómoda porque habían cosas que él me decía que eran de una manera y yo investigando, porque a mí me gusta leer sabía que eran de otra manera. Entonces sentía que no podía validarlo a él como un profesional que supiera más que yo, porque habían cosas que yo sabía que no eran correctas, habían como vacíos, entonces sentía que él podía decirme algo pero como yo podía validar que lo me decía era verdad si yo sabía que había cosas que decía que no eran verdad, y no logré como un vínculo con él. Él veía solo el tema superficial, el tema de mi cuerpo, como que yo tenía que bajar de peso y cosas así como para yo tener confianza conmigo misma, pero yo sabía que era un tema más profundo, como de más atrás, no solamente un tema más superficial de como mirarse frente al espejo y amarse, básicamente. Por eso es que no me sentí cómoda de seguir yendo.

E: Cuando te pregunto sobre vínculo terapéutico. ¿Qué ideas se te vienen a la mente? ¿Cómo sientes que lo has ido viviendo en el proceso terapéutico en el que está actualmente?

P: Bueno, yo creo que la relación, a diferencia de cuando uno va la médico porque le duele una pierna o algo así la relación que tiene que haber con el psicólogo es mucho más fuerte por el hecho que le estás contando toda la vida al psicólogo, y no siempre es fácil contarle cosas que quizás a nadie más le has contado, pero que sabes que van a servirte entonces tiene que haber esa confianza y a la vez esa validación a de que a la persona que le estas contando esas cosas tiene los conocimientos necesarios para ayudarte. Es una especie de respeto mutuo. Entonces pienso que tiene que haber un vínculo si o si, en temas que son como de nuestra conciencia de nuestra forma de pensar y todo eso, tiene que haber un vínculo, confianza, mucha confianza. Y bueno, para mí, en general, el tema me ha servido mucho porque al final es un lugar donde uno llega y es capaz de, de contar las cosas, de desahogarse y puede confiar con que la otra persona te va a escuchar sin juicios respecto a eso y va a dar respuesta, va a acompañar.

E: Pensando en la depresión. ¿Desde dónde sientes que este vínculo, la alianza que se da en este espacio, entre tu terapeuta y tú, puede ayudar particularmente?

P: Ah, porque pienso que la depresión en sí, es una falta afectiva muy fuerte, entonces una de las cosas más importantes encuentro yo, es generar esos lazos, lazos que quizás se han perdido, y en parte el psicólogo que toma ese rol de empatizar con la persona, de generar lazos que son cosas que uno con depresión necesita a full, necesita a full sentirse que alguien está ahí apoyándolo, y yo creo que ese es el rol principal del vínculo, en una terapia cuando uno tiene depresión, así lo he vivido yo. Como el hecho de tomar a esta persona, porque yo por lo menos, lo que yo sentí con la depresión era que estaba en la nada, estaba ahí colgando de la nada, entonces el terapeuta va y te agarra, te dice no, te toma y te lleva, te dice vamos a caminar así...te sujeta, te pone los pies en la tierra, ese sostén que uno necesita en ese momento.

E: En el proceso de tratar la depresión el tener presente el cuerpo, implicarlo en la terapia, integrándolo, en el vínculo terapéutico. ¿Qué idea te da?

P: Pienso que es importante, porque somos mente y cuerpo, es una misma cosa, cuando no lo incluimos es como estar en la teoría y no ver la práctica, sin el cuerpo está incompleto, le falta la mitad (:::☺) es quedarse con una sola cosa, faltaría la mitad del trabajo, porque el cuerpo es la representación de lo que tengo por dentro, entonces si estoy mal de ánimo, triste, mi cara, mis movimientos, esas pequeñas cosas lo muestran inconsciente o conscientemente, lo demuestran si o si, es como unir un todo, trabajar un todo, yo no lo separo, están muy ligados, uno impacta al otro. A pesar de esto a mí me costó mucho moverme con los ejercicios yo ahora lo entiendo pero al principio me costaba mucho...no tenía fuerzas, mi energía era nula. Ahora que ha pasado el tiempo ya puedo hacerlos bien y me siento mejor, siento que tengo más seguridad ahora.

Entrevista

P3, abogada, 28 años, 1 año de terapia.

E: Me gustaría que me relataras un poco cómo te sentía cuando llegaste a terapia. ¿Qué te estaba pasando, qué síntomas tenías, cómo fue que llegaste? ¿Cómo te has vivido el recorrido qué hiciste en tu proceso y cómo lo evaluas?

P: ohm... bueno yo llegué con mucha pena, con mucha inactividad también, de pasar mucho tiempo acostada, llorando de tener una animadversión a revisar el correo, el teléfono, de alejarme de las relaciones personales que tenía en mi espacio de trabajo, y de ensimismarme en la pena que tenía. Muy encerrada en mi pena, no frecuentaba a nadie, me aleje de mis amistades, me alejé del mundo. Afortunadamente vivo con dos amigos, de los que me es difícil alejarme, ellos me hicieron ver que necesita ayuda y la busqué... pero con el resto si me alejé mucho.

Evaluó este recorrido de aislamiento, de mucha tristeza, como un tiempo casi de una especie de fobia social, como un tiempo además de mucho aprendizaje, en primer lugar por haber vivido esa experiencia que para mí fue nueva, esta experiencia de tener tanta pena y sentirme tan contenida e incomprendida en el mundo fue una vivencia del todo nueva para mí, nunca antes la había experimentado y también entender que las personas podemos pasar por distintos estados, podemos pasar por mucha pena, el problema, o el aprendizaje es en ese momento de mucha tristeza, primero no perder la conexión con una misma a pesar de que pueda tener pena y la segunda cosa de no alejarse más de los seres queridos, de los seres fraternos que uno tiene.

E: En relación al vínculo terapéutico. ¿Qué puede comentar?

E: El vínculo terapéutico, primero que todo la interacción de mucha confianza que se establece con una persona que está guiando la terapia, de acompañamiento, de poder otorgar una visión distinta a la que uno es capaz de poder observar en esos momentos.

E: En tu proceso en particular. ¿Cómo piensas que te ha ayudado el vínculo terapéutico?

P: Ehm... me ha ayudado por lo mismo, por otorgarme herramientas, o puntos de vistas que yo no tenía o no era capaz de ver en determinados momentos...ehm por otro lado en esta búsqueda, en mi proceso particular, en la búsqueda de cómo era yo, de recordar mi persona, de establecer esa confianza en esos recuerdos, como reencontrarme. Si volver a reencontrarme y poder confiar en eso que me constituye como persona, como que en la tristeza me perdí de mi misma, y la confianza me ayuda a encontrarme.

E: La idea de la inclusión del cuerpo en el espacio terapéutico. ¿Qué te parece?

P: A mí me gusta, reconozco al cuerpo como algo muy presente, en todos los procesos por más racionales que sean, hay un correlato en él. Desde ahí lo vivo como un aporte la inclusión de él. Aunque reconozco que al llegar acá, no me entusiasmaba el hacer ejercicios, siempre llegaba cansada, no me quería mover...pero después me sentí mejor, los ejercicios de respiración me calmaban mucho, como que me relajaba, ahora puedo decir que me siento mucho mejor.

Entrevista

P4, 32 años, veterinaria, 4 años y medios de proceso terapéutico.

E: Quisiera que me relataras un poco cómo te sentías en el momento que llegaste a terapia. ¿Qué síntomas tenías?

P: Bueno yo tenía bastante malestar, episodios de angustia, crisis de pánico, que si bien todavía no me estaban invalidando del todo, me hacían sentir muy mal, me sentía muy desmotivada, no podía desarrollar proyectos en mi vida, con una gran sensación de estancamiento. Y tenía una fuerte sensación de incapacidad de poder tomar una decisión por mí misma, de sentir mucho miedo de tomar una decisión y sentir que esa decisión era la correcta, por no sentir inseguridad finalmente no hacía nada y tomaba las decisiones que otras personas tomaban por mí.

E: ¿Cómo ha sido el camino que recorriste durante este tiempo?

P: Uhm... ha sido difícil, muy difícil, porque creo que durante todo este tiempo mi peor enemigo he sido yo misma. He tenido que aprender a enfrentarme a mí misma y enfrentar mis propios miedos, he tenido que mirar los monstruos y disolverlos, monstruos que finalmente fueron creados por mí, yo los alimente y los metí en esta historia.

E: ¿Cómo evalúas tu proceso, el recorrido que has hecho?

P: Es difícil dar como una evaluación, por decirlo así al recorrido, pero creo que una forma de evaluar es mirar quién era y quién soy, siento que no es lo mismo, yo creo que aunque me extrañe al mirarme al espejo me parezco mucho más a la persona que era antes de que todos mis problemas se desencadenaran y no solo lo veo yo, sino otras personas en fotos, cuando me ven...mis problemas empezaron cuando yo tenía como 16 años, y yo hoy me parezco más a la persona que era cuando tenía 15 años, de hecho me ven y me dicen oh, no has cambiado nada. Pero al mirar fotos de entremedio me dicen, hay que rara te ves ahí.

E: ¿Qué idea te sugieren las palabras vínculo terapéutico?

P: Para mí el vínculo terapéutico está relacionado con el lazo que se genera entre paciente y terapeuta.

E: ¿Cómo lo has vivido en tu proceso, cómo lo has visto presente? ¿Qué elementos de este crees que tengan que ver particularmente contigo?

Para mí en un principio el vínculo se desarrolló de manera unilateral, era para mí en ese entonces desafiante, porque me sentía muy desmotivada, sin ganas de hacer nada, y además yo sentía que mi terapeuta me decía cosas que a mí no me hacían ningún sentido, me decía cosas como, ...no te preocupes, en algún minuto tú vas a poder decidir... qué es lo que quieres. Me gustaría poder separar de la persona con la que estoy. Lo vas a hacer. Y yo decía, ¿lo voy a hacer? Esta persona está mal. Y ahí venía igual a terapia cada semana un poco para corroborar que esta persona, mi terapeuta, estaba equivocada, que no me conocía y que no sabía quién yo era, porque no se había dado cuenta de que yo no era capaz de tomar una decisión. Y la cuestión es que nunca voy a poder hacerlo, decía yo.

Después comenzó a avanzar el vínculo y ahí vi que esta persona misteriosamente tenía razón, y desde ahí en el vínculo en mí se generó una especie de visión como de pitonisa, incluso llegué a traer sueños a la terapia donde ella, mi terapeuta aparecía como un ser así...y me quedé mirando eso en su momento, porque me dije, eh estoy frente a mi terapeuta o ¿a una pitonisa? Y luego seguí avanzando en el proceso, y el vínculo también y me di cuenta de que no había ninguna pitonisa sentada frente a mí, sino que lo único que esta persona hacía era ver más allá de lo que yo podía ver sobre mí misma, y la única persona que estaba construyendo era yo. Y lo único que pasaba en ese vínculo era que yo me estaba escuchando por primera vez a mí misma a través de alguien, y ahí fue cuando decidí quedarme con fuerza y decidí comenzar a luchar realmente conmigo misma. Creo que esa fue la parte más difícil.

E: Cuando hablamos del cuerpo y su implicancia en el espacio terapéutico, en el vínculo y también en padecimientos como la depresión, pensando en el recorrido que has hecho, qué piensas. Coméntame un poco sobre esto.

P: No sé muy bien cómo relatarlo, pero es algo que me ha llamado mucho la atención a lo largo de toda mi terapia. Como mi cuerpo ha cambiado en todo este

tiempo, ha sido impresionante, muy muy impresionante, yo antes tenía una estructura corporal y yo pensaba que era mi estructura corporal, y poco a poco me fui dando cuenta que esa estructura corporal no era realmente mía, sino que al parecer pertenecía a los mismos escudos que yo me ponía, tenía más más peso, mi cara tenía más grasa, también algunas partes como los brazos y el pecho tenían más volumen, fue bien extraño, no sé explicar eso en realidad, es como mágico, no sé cómo decirlo, no conozco una explicación biológica, pero creo que sí que el cuerpo estuvo más que presente en todo.

Los ejercicios en particular no me agradaban mucho, sobre todo al principio, pero cuando empecé a sentirme mejor tuve otra disposición. Pero al comienzo era molesto.

Entrevista

P5, orfebre, 46 años, 2 años de terapia.

E: Quisiera que me relataras un poco como ha sido tu proceso desde que llegaste a terapia. ¿Cómo te sentías, cómo has vivido este proceso, cómo tú lo evalúas?

P: Bueno, eh...llegué a terapia después de un proceso vital muy complicado, estaba bastante desarmada, me había pasado un camión por encima, y necesitaba un apoyo. En su momento la decisión fue aliviadora, me sentí muy bien entendida y acogida las primeras sesiones, y también fue muy aliviador saber que había un proceso que se podía iniciar y salir de ese estado, bueno que había un camino por recorrer.

Mucho alivio saber que podía con el tiempo salir de este proceso de crisis. En el proceso en general me he sentido tremendamente acompañada, como nunca antes en otra terapia, por mi proceso personal a ratos me sentía un poco estancada, iba y venía de bs as, la historia personal y familiar desestructurando bastante.

E: ¿Qué entiendes por vínculo terapéutico? ¿Cómo lo has vivido en este proceso?

P: Me he sentido en un espacio de confianza, como básicamente el poder estar floja, floja de relajo, un espacio que he sentido que es seguro, que es seguro exponerse, seguro abrirse, seguro mostrar como lo más frágil de una y eso si lo he sentido fuertemente en la terapia.

Aunque me pasa, siento que a mí en alguna medida me cuesta vincularme con las personas, es como una característica que me puedo vincular desde la risa, el humor, etc, pero no profundamente y es algo que no me pasó en el vínculo en la terapia, quizás no fue guao, pero siento que hubo una apertura importante que me facilitó ese espacio.

E: ¿Pensando en la depresión: qué aspectos consideras del vínculo que son importantes al momento de abordar la depresión?

P: En relación a vínculo y depresión lo más importante para mí es la persona, el terapeuta, su disposición, su alegría, su personalidad, a mí me cuesta vincularme

íntimamente con otros, como te dije hace un rato, pero me doy cuenta que al menos en este espacio depende mucho de la disposición del otro, a mí eso me abre una puerta, todas las puertas o ninguna, en esto soy selectiva sin darme cuenta, muy selectiva, inconscientemente, si el otro es de manera ruda o dura, o más parco yo respondo de manera igual y me alejo, ya me pasó en procesos terapéuticos anteriores a este, ahí me retiro. Y si me puedo ablandar y soltar más con un ser más blandito digamos.

E: Pensando en el trabajo que has hecho en terapia y el componente que implica el cuerpo en distintas dinámicas y / o ejercicios, que hace que el cuerpo esté presente en el espacio terapéutico. ¿Sientes que incide en algo, sobre todo pensando en la depresión? ¿Si la presencia del cuerpo hace alguna diferencia pensando en la depresión en particular?

P: Me parece importantísimo, valioso y sí aporta. Al principio yo no quería nada...menos ejercicios, pero con el tiempo sentí que me hacía bien, mi energía comenzó a mejorar, lo notaba porque poco a poco pude ir haciendo más cosas.

Con lo que mejor me sentía era con los ejercicios de respiración, sentía que me calmaban mucho. Y también a veces me iba a la casa y me pasaban cosas con los ejercicios que había hecho, estuve un tiempo vomitando, pero sé que es parte del proceso.

Entrevista

P6, 26 años, egresada de Historia, 2 años y medios de terapia.

E: Hablemos del proceso en el que estabas cuando iniciaste tu terapia. ¿Cómo llegaste, cómo te sentías?

P: Bueno al principio yo venía de una mala experiencia y me negaba venir a terapia. Y mi hermana me dijo que conocía a alguien que me podía ayudar y así llegué a terapia. Pero igual siempre siendo un poco reacia a ese tipo de cosas, y bueno en ese momento estaba pasando por cosas, no podía terminar mi carrera, estaba terminando un trabajo, y también tenía problemas conmigo misma, de auto estima, estaba triste, me sentía sola, esas cosas que me afectaban y que nunca había podido hablar hasta que fui a terapia. Al principio trabajé algunas temas puntuales, pero después me fui abriendo a que aparecían otras y las fui viendo y trabajando.

E: ¿Cómo viviste este proceso? ¿Cómo lo evalúas ahora?

P: Bueno, como te decía, si bien yo llegué por algo puntual al final, decidí quedarme y seguir viendo que otras cosas iban apareciendo porque me sentía cómoda igual, con el trabajo que hacíamos, no sé si una conexión, pero me gustaba venir acá, me sentía cómoda trabajando con mi terapeuta. Y si bien a veces me desesperaba con el proceso, yo quería estar bien, como que uno piensa que todo se va a solucionar al tiro, a veces pensaba que era un poco lento, me sentía estancada y todo..., pero a lo largo de todo este tiempo igual he visto mejoras en mí, y ahora pienso que es importante partir, decidir que quiero sentirme mejor. Y me ha ayudado, ha sido igual poquito, pero intenso. Como que entendí que era un trabajo, un proceso.

E: ¿Cómo evalúas tu proceso, el recorrido hecho desde tu llegada?

P: Bueno, como te decía ahora en mi proceso igual hay gente que a mí me ha preguntado y yo lo primero que digo que es como bacán, es como algo lindo, si bien no soy amiga de mi terapeuta, pero a mí me gusta venir para acá, me siento cómoda, no es algo ajeno a mí. Es algo que es parte de mi vida ahora, y cuando no vengo, siento que me falta algo. Y creo que es porque me siento cómoda, yo ya

tuve otra instancia de estar con psicólogo y era todo como muy lejano, y ella solo me hacía test o cosas que a mí no me estaban ayudando, y el espacio tampoco a mí me agradaba, era todo muy poco personal, muy frío, ella sentada en una silla muy lejos de mí y yo como en esos típicos sillones que salen en las películas, y ella también tenía una posición, como que yo también soy una persona como más de piel, y ella era como muy seca. Y cuando llegué acá la forma me agradó, no sé si es personalidad, energía, no sé, porque si bien uno paga, acá hay dinero de por medio, yo no siento que sea por eso, me siento escuchada, como tomada en cuenta, sé que soy importante para el otro, siento que hay preocupación, como contenida a veces también, creo que eso hace que vea la terapia como un proceso, parte de mi vida.

E: ¿Qué elementos puedes señalar se relacionan con la forma en la que estabas cuando llegaste a terapia? ¿Con el malestar, la falta de motivación, lo que dices te pasaba en el minuto en que decides pedir ayuda e ir a terapia y lo que te puede aportar el vínculo?

P: En ese sentido para mí lo más importante fue sentir apoyo, no sé po, igual yo no soy de acá, y aunque tengo amigos, familia acá, es súper raro, porque alguien que no conocí, que no es tu familia, y to y tener como ese vínculo tan cercano y tan bonito me hacían sentir que tenía a alguien más, que no estaba sola realmente y eso yo creo que es, me ayuda a como sentirme apoyada, a sentir que si a veces estoy mal le podía pedir, no sé una hora extra, o venir, o simplemente escribir, como que todas esas cosas siento que a mí por lo menos me hacen no sentirme tan sola, sentirme apoyada, que puedo recurrir a alguien cuando me siento mal.

E: En el trabajo terapéutico realizado hay una inclusión del cuerpo, eventualmente se hacen ejercicios, imagerías en los que el cuerpo está presente, ¿Eso lo vives de alguna forma en particular? ¿El tener presente el cuerpo en este espacio, lo relacionas con algo?

P: Bueno en relación al cuerpo, en un principio no me chocaba, pero como yo soy muy tímida, era algo raro, aparte yo venía de otras experiencias donde todo era muy distante, pero después fui conociendo, además que no sabía que existía esta

parte de la psicología, sino que me sentaba en el sillón, como diván, así como en las películas. Pero después con el tiempo, y como soy de piel, me ayudaba a sentir más cercanía. A mí personalmente, me hace sentir no sé si más segura, pero más acogida, es como más cercano también, como una mayor conexión... que no es solo que yo vengo aquí y hablo mis cosas y pago. No, es como una cercanía, es importante esa conexión, creo que hace que el vínculo sea más cercano y más sincero.

A mí me cuesta mucho lo de los ejercicios, como soy más gordita... (se ríe), pero siento que me calmaron mucho sobre todo cuando estaba con crisis de angustia. Y algunos me dejaban como más sensible cuando terminábamos. Pero creo que me ayudaron mucho a estar mejor.

Entrevista

P7. Estudiante, 16 años, 1 año de terapia.

E: Me gustaría para empezar que me relataras un poco cómo ha sido tu proceso terapéutico. ¿Cómo llegaste a terapia, qué síntomas tenías, cómo has vivido este recorrido, cómo lo evalúas al día de hoy?

P: Bueno, yo acá llegué sin saber mucho sobre mí, con mucha inseguridad, sentía angustia, como un vacío dentro de mí, acá, en el pecho, no me sentía parte de algo, no veía valores en mí, como que valía poco. Mucha inseguridad sobre quien era yo, mi género, estaba en la duda sobre mi orientación sexual por mis papás, porque no encontraba que lo que yo quería era bueno...yo sentía que estaba mal.

Me sentía agotado, con poca energía, sin ganas de hacer cosas, con poca motivación.

Ahora que lo veo me fui sintiendo al tiempo más enérgico, con más ideas y claridad sobre qué hacer conmigo, nuevas formas de pensar sobre mí mismo, además el pensar en mí, era algo que antes no hacía, me he dado el tiempo de pensar en mí. Antes solo creía que no, no sirvo, estoy mal y mis papas por eso no me aceptan, soy un mal estudiante y cosas así. Solo pensaba en lo malo que era en todo, en lo que esperaban de mí los demás y yo nunca podía llegar a esto.

Creo que el camino que recorrí fue muy positivo para mí, he cambiado mucho, la forma de ser no ha cambiado, pero la forma de pensar sobre mí mismo, sí, ahora yo puedo verme como alguien mejor, puedo ver mis cosas positivas, además de las negativas, y tengo más confianza, más seguridad.

Antes me sentía mal con mi cuerpo, en el cole era porro, mis viejos me hacían sentir súper mal, ahora me cambié de cole y estoy mejor y hasta ellos creo que me ven distinto.

E: ¿Qué entiendes por vínculo terapéutico? ¿Qué idea te da?

P: Lo entiendo como el vínculo entre paciente y terapeuta. Cómo la relación que se da, para mí fue buena, bastante agradable, me sentí cómodo, en confianza.

E: ¿Me podrías comentar qué elementos del vínculo has ido viviendo en el proceso? ¿Y cómo a ti te han servido?

P: Contención, empatía, sentirse escuchado en el espacio, estar con otro que me pone un espejo y me devuelve una imagen que a mí me hace mucho sentido.

Lo más importante es que me ha ayudado a que me pueda ver, se me ha mostrado quién soy yo, porque yo no me daba cuenta. El hacerme pensar en eso lo valoro mucho hoy. Como el ejercicio de pensar en mí, para mí, ser escuchado, porque eso en mi casa no se da, que alguien me escuche...

E: Pensando en la depresión, en los síntomas que tenías al llegar acá. ¿Cómo lo podrías relacionar con el vínculo terapéutico? ¿Cómo ayuda en la tristeza, la poca energía, lo vincular?

P: Sirvió porque me presentó otro punto de vista sobre mí mismo, más positivo, que sin dejar de lado las cosas malas, me permitió ver cosas mejores, como que amplió mi visión, poder ver otro lado de la realidad. En vez de decirme, no, pensar así no está bien, más que nada presentaba todo como era. Mostrando lo que yo veía antes y más...poniendo un énfasis en lo que faltaba.

E: En relación al cuerpo, al incluirlo en el espacio terapéutico, qué te parece.

P: Me parece importante, me da confianza. Creo que al estar presente lo corporal hay otra manera de relacionarse, yo me siento menos expuesto, como con una relación de más igualdad, algo como más horizontal.

E: Al abordar el cuerpo en terapia en tu caso con síntomas de depresión. ¿Sientes que hay algún aporte en particular?

P: En mi caso me ayudó mucho primero a sentirme mejor, llegué con muy pocas ganas, a veces no quería ni vivir..., sin energía y los ejercicios me ayudaron poco a poco a tener más fuerza, energía, como más vitalidad, después me ayudó a aceptarme a mí mismo, mi cuerpo, a relacionarme mejor con mi imagen, cuando llegué había muchas partes de mi cuerpo que no me gustaban, y el trabajar en terapia incluyendo mi cuerpo y mirarlo, me ayudó a ir aceptándolo poco a poco.

Todo esto hoy lo veo como muy importante porque siento que mi cuerpo es mi expresión, es cómo ve la gente, y como me veo yo. También el estado anímico es

vital en la sensación que tenemos sobre nuestro cuerpo, cuando estuve con depresión, no me cuidaba, andaba por el suelo, sin energía, entonces me veía mal. En cambio ahora estoy preocupado de mí, de cómo me veo pero para mí mismo, y creo que esto lo facilita el trabajar con el cuerpo, estoy más en contacto conmigo mismo y me puedo cuidar más. El cuerpo es nuestra presentación al otro, con el decimos todo de nosotros, y desde ahí muestro mis emociones, creo que al trabajar el cuerpo además de hablar en terapia ayuda a mostrar mejor lo que siento. Y además uno también percibe al terapeuta, a la persona que te está ayudando en todo esto, mucho más próximo al estar trabajando con el cuerpo, es como un fluir donde está lo que a mí me pasa, pero también uno se siente acompañado por otro, el terapeuta, y ahí también hay sentimientos, emociones, es alguien como yo.

Entrevista.

P8, 30 años, ingeniera comercial, 2 años y medios en terapia.

E: Me gustaría me relataras un poco cómo te sentías. ¿Qué síntomas tenías cuando decidiste ir a terapia?

P: En realidad lo que sentía primero era un sin sentido, por qué existo, el no encontrar sentido a mi vida, por qué estoy aquí, también sentía junto con esto que lo único que quería era dormir, porque en el sueño no tenía la presión de saber para qué estoy, tenía sueño, no me daba hambre tampoco, no estas conectado con tu cuerpo, eso engloba todo creo, no estás en tu cuerpo, como que quieres existir, pero a la vez no quieres, nada te motiva, mucho sueño, eso, como que nada te importa, como un zombie, estas donde tienes que estar, funcionas, pero nada te importa.

E: ¿Cómo evalúas el recorrido hecho?

P: Yo encuentro que he podido conectar con varias cosas que antes no conectaba, no sé he encontrado cosas que me motivan, que antes lo ponía en otro lugar o en otras cosas que no tenían sentido quizás. Ahora estoy conectada con cosas más profundas, como el sentido del aquí, quizás nunca voy a saber por qué estoy aquí, por qué estoy viva, pero por lo menos disfruto el camino, el auto conocerme, ordenar prioridades, qué es lo que realmente tiene peso, qué no, a qué le doy más energía, en eso en realidad. A cuidarte también, conocerme a mí misma y cuidarme, ser primero yo, antes al final vivía por los demás, ahora sé que tengo mis preferencias, mis gustos, mi opinión vale y si al resto no le gusta mala suerte, si te equivocas, no importa, igual vales como persona.

Ha sido súper importante para mí, ahora puedo ver que tengo 30, pero estoy recién viviendo, antes no existía, antes funcionaba en virtud de los demás, hacía lo que los demás querían, casi amoldándome como una gasita, no sabía qué me gustaba, no sabía lo que quería, si decía algo no quería que le molestará a alguien. Pero ahora en realidad me estoy como conociendo, me doy cuenta que me gustan tales cosas, vivo y me estoy queriendo en realidad. Como que me encontré, me estoy conociendo, una cosa así.

E: Si hablamos de vínculo terapéutico. ¿Con qué lo asocias?

P: Uhm... vínculo terapéutico...es como la relación que tienes que tener, que entablar con tu terapeuta, porque igual no es como ir a ver a cualquier doctor, o a cualquier persona porque tocas cosas súper profundas, en realidad tiene que existir esa conexión que va más allá de quizás, de lo descriptivo, más bien es necesario que lo que tú digas, lo que tu describas, él lo entienda también a nivel emocional como tú lo estás viviendo. Que se de en ese espacio un entendimiento, un encuentro, porque tú puedes decir algo pero dada la historia de vida de tu terapeuta él lo puede recibir de otra forma, quizás ahí no haya conexión y él no te va a poder entender y no te va a poder ayudar.

E: ¿Qué elementos del vínculo que sientes presentes en tu proceso?

P: ehm, de este en particular, del proceso que estamos hablando, porque tuve otros, pero fueron muy por encima, por ejemplo los terapeutas antes de este proceso con los que me tope tenían una historia de vida muy distinta a la mía, entonces para ellos que yo hablara del tema familiar mama para ellos era súper light y para mí un tema delicado. Pero con esta relación terapéutica es distinto encuentro que ha sido mucho más profundo y hablamos un idioma más común, por así decirlo. Es como un idioma más trascendental y ahí conectamos bastante, y se establece entre ambos una relación más cercana, más llevadera, y más que yo encontrar críticas por parte de, como darme miedo de contar la parte que yo quiero sacar de mi vida por las críticas que puedo recibir en realidad encuentro que puedo decir lo que quiera y soy acogida igual. En otros espacios de terapia me he sentido censurada, no sé si era yo o la terapeuta pero sentía que no podía hablar ciertos temas, como que no podía confiar del todo, no sé si había vínculo ahí, al final sentía que en vez de recibir ayuda iba a recibir críticas, no sé si es una condición de una como paciente o del terapeuta, o de ambos, no sé, creo que se arma entre ambos en el espacio, como que se construye.

E: Pensando en la depresión. ¿Qué elementos del vínculo encuentras, desde tu experiencia, que influyen, favoreciendo la mejoría de la depresión?

P: Bueno yo siento que si hay un buen vínculo te permite botar todo lo que al final en la vida contienen, en el espacio de la terapia, parte de la depresión que yo encuentro que es importante es la angustia, si tienes buen vínculo no te va a dar vergüenza, ni cosa, llorar y desahogarte en el espacio de la terapia, cosa que no puedes hacer en la casa o en la calle porque te sientes juzgada y todo el tema, y eso creo que ayuda mucho en la depresión. Lo otro, es que igual uno se censura mucho en hablar cosas por ejemplo de que no le encuentra sentido a la vida, porque el resto no te entiende, o algo raro te pasa, o te miran raro, que eres muy profunda, las cuestiones que te cuestionas...entonces cuando hay buen vínculo la persona entiende el sentido el sentido más allá de vivir, de trabajar, de levantarte, más allá de eso para qué estoy aquí, y con una buena conexión puedes explotar ese tema, que es como el pilar fundamental para salir de una crisis encuentro, el encontrarle sentido a para qué estoy acá, cómo que te sujeta o te ayuda a que no te vayas.

E: ¿Qué te parece la inclusión del cuerpo en el espacio terapéutico?

P: A mí me pasa que encuentro que es un tema integral y en la depresión o cualquier otra enfermedad siempre se afecta el cuerpo, uno puede estimular partes del cuerpo y eso te ayuda a sanar, a desahogarte o nivelarte psicológicamente, entonces al incluir el cuerpo es más completo, es integral. Le da cierta concreción, algo que era abstracto, pensando en la terapia al incluir el cuerpo lo vuelve más concreto, porque cuando vas al psicólogo o al psiquiatra no es algo muy material lo que estás trabajando, sino que es algo sutil, psíquico y al trabajar con el cuerpo tú le pones materialidad al tema, lo bajas. Y en la depresión, bueno al final el cuerpo ayuda a canalizar emocionalmente, si yo estoy depre te puedes dar cuenta cómo he visto yo en terapia, que estoy muy rígida, que a veces mi garganta está muy apretada, el cuerpo te da señales, si uno trabaja desde ahí, no sé la respiración, te ayuda a relajar el cuerpo y así te puedes ir comunicando mejor con tu estado mental, como otra parte de ti, tener más a disposición de uno mismo su cuerpo y otros recursos para poder trabajar y avanzar en la terapia, pero yo aprendí que debo estar con cierta conexión corporal para estar más perceptiva

de mi misma, al menos eso me pasó a mí, porque si no estás como un bloque y al final va a rebotar todo.

Yo en todo este tiempo he aprendido a meditar, estoy en clases de yoga y siento que todo esto me ayuda mucho. Para estar como más conectada conmigo, me pasan cosas pero al menos las puedo registrar. Los ejercicios me ayudaron a empezar este caminito.

Entrevista

P9, 31 años, estudios audiovisuales, 1 año de terapia.

E: Me gustaría que me hablaras un poco de cómo llegaste a terapia, como te sentías, tus síntomas, y la evaluación que haces de este recorrido, cómo te has vivido este proceso.

P: Bueno yo al llegar tenía mucha sintomatología vinculada a crisis de pánico, si bien ya venían un poquito controladas con terapias que había hecho antes, me sentía muy angustiada, muy atrapada, no quería salir sola, me sentía que estaba colapsando y además me sentía como media...como que había fracasado con la terapia anterior y no...además después fui a otro psicólogo antes, como que no dio y fui dos veces y no volví más, porque no me sentí cómoda con él. Muy, muy atora, me sentía pésimo. No podía salir sola, sentía que quería estar solamente en mi casa, no...no me sentía capaz de hacer las cosas que hace cualquier persona en su vida cotidiana, eh... para mí era un tema hasta ir a comprar al supermercado, porque no me sentía segura, sentía como que no pertenecía al círculo, o al espacio, a la sociedad misma, como si yo fuera nada... Necesitaba estar en mi cueva, me sentía incomoda, todo el rato mirando con sentimientos de persecución, nerviosa, todo el rato pensando en querer irme. No era capaz ni siquiera de disfrutar un café en un café, valga la redundancia, en la calle. No podía tener una rutina normal, no funcionaba.

Ahora me siento con evolución 100 por ciento, al punto de que puedo salir sola, me veo por ejemplo haciendo cosas que no hacía y cuando me veo por ejemplo, salir a la hora del taco para mí era tremendo, yo organizaba todas mis cosas para salir solamente de diez en adelante y ojala a las cuatro de la tarde estar acá en mi casa encerrada, ahora me veo organizando cosas en distintos horarios, sin estar en función de mi sintomatología, ya no está ese pensamiento, al menos que me algo me gatillé un estrés particular, no me he visto en esa situación, pero creo que ahora tengo los medios, médica y psicológicamente, siento que de repente puede que ya no necesité el antidepresivo, el ansiolítico, a veces me puede bajar incluso más de lo normal, me agarra una modorra gigante, no me suelta, porque mí me

gusta dormir, y de repente en esos lapsos de tiempo siento que el antidepresivo no me está ayudando, porque el antidepresivo me baja un poco las revoluciones, porque es ansiolítico y antidepresivo, cumple las dos funciones. Ahora me siento mucho más confiada de mi misma, siento que yo sola tengo la autonomía para poder desenvolverme en la sociedad, sola, sin tener que tener un lazarillo, aunque obviamente mejor si estoy acompañada, pero siento que puedo y fíjate, sin yo proponérmelo. Sola, de repente me he visto desenvolviéndome en situaciones que antes evitaba, entonces cuando te das cuenta de esto es tremendamente gratificante. Porque ni siquiera lo estudiaste, sabes que estás haciendo una terapia para superar ciertas cosas, pero de repente te ves, es como cuando aprender a nadar, o a meter la cabeza debajo del agua, que no te das cuenta y jugando te ves con la cabeza debajo del agua. Como que no me di ni cuenta y estoy a la hora del taco manejando, escuchando música y pasándolo bien. Y solucionando cosas y creando otras cosas también, porque hay que ponerle, no quedarse en el estancamiento, que a veces da con la depre. Entonces todas estas cosas, ir dándose cuenta es súper gratificante, y ya como que siento que hay cosas que están como más controladas, y ahora hay que solucionar otros temas, que tienen relación con lo anterior y van surgiendo en terapia, y a veces no me gustan, pero los puedo ver desde la vereda de al frente y los puedo solucionar con otro tipo de herramientas. Es importante también sacarlos, solucionarlos, verlos...

E: Cuando hablamos de vinculo o alianza terapéutica. ¿Qué entiendes por esto? ¿Cómo lo has visto en tu proceso terapéutico, desde dónde lo sientes presente? ¿Qué elementos puedes señalar de este?

P: El vínculo terapéutico, el concepto me trae al tiro a la mente, el feeling con el terapeuta, partiendo de la base que si no hay feeling con la persona es imposible llevar a cabo una terapia, por qué...describo que siento yo por feeling, cuando veo una persona, aunque no sepa nada de su vida, sé que en fondo el mirar, el sentir, el hablar, sientes que eh...no es una cuestión de intuición femenina, es una empatía, de sentir que eres parte. Que el otro es una persona que vive cosas igual que tú... que siente cosas igual que tú y a lo mejor ha pasado por lo mismo, es primordial para comenzar. Como que puedo estar con esta persona, pero en el

caso de los terapeutas tiene que ser mucho más profundo porque uno se pone a sacar cosas que de repente ni uno sabe que uno tiene. ¿Verdad? Y el darse cuenta de repente trae otras consecuencias, y bueno ahí entra la experiencia y lo realmente eficiente que puede llegar a ser una terapia. Como el terapeuta va tomando esas situaciones que tú le vas develando, Y cómo te las va a mostrar a ti, para que las enfrentes y las vivas...Y después el tema de la confianza, de sentirte resguardado para poder abrirte, es como si el cuerpo humano se pudiera abrir y mostrar huesos, piel, todo lo que tenemos adentro, para graficarlo.

E: Pensando en la depresión. ¿Qué aspectos del vínculo terapéutico crees que incide en tratarla en particular?

P: Partiendo de lo más básico es el tema de... una palmada en el hombro, un toque, un abrazo, “un tranquila, ya, las cosas estarán mejor...”, en el fondo sentir, el saber que estas compartiendo tus cosas con alguien que te está ayudando y que tiene las herramientas y los conocimientos para hacerlo.

P: Yo tuve una experiencia con un psiquiatra y pensando en la cercanía, en la parte más física del vínculo, siempre sentí que había una pared de vidrio entre él y yo. Porque cada vez que yo iba a la consulta su saludo era distante, su corporalidad, eso no me parecía mal, pero sentía que para la terapia no funcionaba, porque uno necesita tener esa cercanía, somos piel, si están esos límites de lejanía evidentemente también van estar en lo que yo te cuento para que me puedas ayudar. Entonces llegar a una consulta, verlo a él sentado en el escritorio, y sentarte a cinco metros de él, y mirarlo sin sentir cercanía real, sin sentirte escuchada, es como si te miraras, pero no te ves, en el espacio de la terapia. Es como si no hubiera un vínculo más allá de las palabras y ahí está esta pared de vidrio.

Cuando uno llega donde el terapeuta está medio perdido, como un niño perdido en la calle, desprotegido, hay sentimientos de desapego, de pérdida, de angustia. Entonces cuando uno llega a donde un psicólogo a pedir ayuda se siente más o menos así, de ahí que la contención que te da esta persona, el terapeuta es fundamental para poder parar ese sentimiento y poder empezar a sacar las reales

razones de por qué te sientes así. Porque no es verdad que estás desamparado, no es verdad que estás en desapego, no es real, me entiendes..., es una fantasía, son sentimientos que uno crea para poder explicarse lo que está sintiendo, pero no es eso realmente lo que pasa. Entonces lo que el terapeuta pone es como un colchoncito, como cuando uno sabe que ahí está su cama y te sientes en confianza plena, para poder estar relajada lo más posible y te entregas.

E: ¿Qué implicancia tendrá el abordar el cuerpo en el espacio de la terapia, pensando en la depresión y el vínculo terapéutico?

P: Bueno pensando en la sintomatología que uno tiene cuando está con depresión es muy importante lo corporal, porque te calma te aterriza, y necesitamos estar aquí presentes para poder solucionar las cosas. Porque de alguna manera estos síntomas también son una fantasía, es algo que crea es cuerpo, para avisarte de otro problema, no es que ese sea el problema, hay gente que llega al cardiólogo por estos temas y le dicen, sabe que usted no tiene nada en el corazón, vaya y trátese psicológicamente. Entonces desde ese punto de vista es importante incluir el cuerpo, ahí están los síntomas, que en el fondo, al menos en mi caso, te hacen sentir tan mal que te impulsan a pedir ayuda.

Y desde lo afectivo también es mucho más importante, pienso yo, te dan la confianza para poder abrirte, para poder...nadie abriría su cuerpo delante de otro ser humano, para que le viera las vísceras, el corazón, y quizás exagerando es eso lo que uno hace en terapia, abrirse a otro. Y es cien por ciento, porque aquí la mentira no sirve, no te puedes mentir, porque uno es el que está buscando ayuda. Y solo desde ahí puede resultar realmente. Un abrazo, una contención, uno sabe en el fondo que no se va a morir, pero la sensación es muy fuerte. Por eso lo afectivo corporalmente es muy importante.

La expresión corporal juega mucho es esto, es lo que somos

P: Los ejercicios de respiración son una herramienta importante en estas terapias, sobre todo cuando una viene con crisis de pánico, porque los síntomas son fuertes, una siente que se va a morir, hay una gama de estados físicos por lo que una pasa, yo en un momento llegué a sentir que me clavaban agujas en la

mandíbula de las puras crisis de pánico, entonces el respirar y el sentir el cuerpo te aterriza, inmediatamente te trae al aquí y ahora, con la respiración sientes que vuelve el aire, ya no te estas ahogando, ayuda a estabilizar el cuerpo. Luego de ahí una puede trabajar más terapia desde lo psicológico. Tiene importancia entonces en este caso el abordar al cuerpo, facilitar tranquilidad, como bajar un poco los síntomas con los que yo llegué al menos, para poder trabajar en la terapia.

Ahora con esos cambios, estoy más tranquila en la terapia y afuera también, aprendí a manejar mi respiración y cuando me siento mal, hago un rato un ejercicio y puedo seguir, no me paraliza como antes.

Entrevista

P10, estudiante, 21 años, 1 año de terapia.

E: Me gustaría que me hablaras de cómo fue el proceso terapéutico, cómo lo sentiste, como lo has vivido, como llegaste..., los síntomas que tenías...

P: Cuando llegué estaba con hartas cosas así... reprimidas, dentro, igual me ha servido para conversar, me sirvió para hablar el tema de mi papá, eso me tenía harto estresado y chato, y cuando estaba con el quiebre de Valentina también me sirvió, igual estaba como súper así, acumulado por dentro, con hartas cosas que me tenían chato, ahora estoy mejor (se ríe). En ese momento yo me sentía mal, como si estuviera solo en el mundo...por eso busqué ayuda, mi mamá se va de Santiago, se cambia sin tener en cuenta que no tengo un espacio donde estar, como si yo fuera invisible, con mi papá todo es muy difícil y los amigos, mi única red de verdad, están viajando para vivir fuera....en verdad sentía que no había esperanza para mí.

E: Cuando te hablo de alianza terapéutica. ¿Qué entiendes qué podría ser? ¿Qué idea te da?

P: Una especie de alianza entre terapeuta y paciente, claro. Lo asocio a confianza, en este espacio es importante tener confianza, para poder trabajar bien, cómodo. No sé cómo explicarlo muy bien, pero lo relaciono con sentirme comprendido, sentir en el espacio de la terapia hay empatía conmigo, es algo que al menos yo necesito. He estado en otras terapias y me siento incómodo con los terapeutas que parece lo estuvieran juzgando a uno, en este proceso no me he sentido así, y esa parte es importante. En este espacio siento que puedo ser yo, que me aceptan, que puedo hablar mis cosas, soltar lo que tengo dentro, esto es importante, sobre todo si uno anda depresivo, con mucha tristeza, ahí uno tiene hartas cosas dentro y es bueno saber que no te están mirando como una rata de laboratorio, sino que como una persona.

Lo más importante que trate acá fue el tema de mi papá...pero si tuve momentos malos...de mierda...me acuerdo de momentos malos y que bueno que estaba aquí, sino hubiera sido peor...este fue un espacio para hablar. En esos momentos

no tenía con quien conversar lo que estaba viviendo, y era bien malo, difícil para mí. Pude ver lo que me pasaba y con la ayuda del terapeuta sentirme poco a poco mejor, es como que te ayudan a mirar tus problemas desde otro lugar, como de la vereda del frente, más tranquilo y pudiendo confiar en ti mismo.

Más que nada sentí contención, poder hablar lo que me pasaba, sentir que alguien me escuchaba, sentir que a pesar de todo lo malo que me estaba pasando yo era importante para alguien, uno tiene necesidad de ser escuchado, sobre todo cuando acumulas tanta mierda, y estas mal, es como que tu mundo se cae, todo está mal, y es importante poder conversarlo.

En la terapia sentí que el vínculo que se dio me ayudo a poder confiar y abrirme, para poder mirar bien lo que me estaba pasando. Si no hubiera llegado a percibir esta conexión, por decirlo así...creo que no hubiera podido avanzar en la mejoría de mi tristeza. En el camino fueron saliendo diferentes cosas y pude mirarlas con ayuda de mi terapeuta, todo esto ha sido muy valioso para mí.

P: Si miro hacia atrás y bien hoy estoy mejor, pienso que puede sacar conclusiones y aprender, quizás no volver a caer en lo mismo, quizás no sentirme igual por ciertas situaciones, uno igual aprende del espacio. Me sirvió para mirar cómo estaba con mi papá, yo tenía una ilusión, no sé, una expectativa, de que él era alguien que estaba ahí, pero nada, en el fondo nada, penca, me sirvió para darme cuenta un poco de eso. Antes estaba en la toma, no llegaba a la casa, la toma era como mi casa...ahora me di cuenta que mis sospechas eran ciertas, mi papá es una persona que no está presente en mi vida, pero para mí ya no es tema.

E: Y teniendo en cuenta el recorrido que has hecho. ¿Qué implicancia crees que tiene la inclusión del cuerpo en el espacio terapéutico?

P: Bueno yo pienso que es importante, como te dije antes yo he estado en otras terapias y la falta de cercanía me ha hecho sentirme incómodo. La cercanía del cuerpo en la terapia por un lado me da mayor proximidad en este espacio y además encuentro que me ha hecho muy bien porque cuando uno está depre el cuerpo es algo que se resiente mucho, como si no pudieras ni moverlo, entonces

llegar acá, hacer pequeñas cosas, ejercicios, movimientos, en principio ayuda a sentirlo y poco a poco creo que ayuda a recuperarse uno de tanta pena. Y bueno yo hago kung fu desde pequeño y esta forma de acompañar con el cuerpo lo que hablo de lo que me pasa me gusta, porque entiendo mejor todo, quizás es porque siempre he estado haciendo ejercicios y meditando. Pero creo que ayuda mucho, es como si fuera más completo.