

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**DESARROLLO DE LA PERSONA DEL TERAPEUTA Y SU INFLUENCIA EN EL
QUEHACER PROFESIONAL: *DESDE LA MIRADA DE LOS
EXPERIMENTADOS.***

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

AUTORA:

PS. CARLA CARVAJAL FUENTES

PROFESORA PATROCINANTE:

DRA. LAURA MONCADA ARROYO

Santiago, 2012

INDICE

I.	RESUMEN	2
II.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
III.	RELEVANCIA	5
IV.	MARCO TEÓRICO	6
	i. Psicología humanista.....	6
	ii. Desarrollo Personal.....	7
	iii. Psicoterapia.....	9
	iv. Investigación en psicoterapia.....	11
	a) <i>Variables del Paciente</i>	12
	b) <i>Alianza terapéutica</i>	14
	c) <i>Variables del Terapeuta</i>	15
	v. El Terapeuta.....	18
	a) <i>Elección de ser terapeuta</i>	18
	b) <i>El quehacer del terapeuta</i>	19
	c) <i>La vida personal del terapeuta</i>	20
	d) <i>El desarrollo como terapeuta</i>	21
	e) <i>Implicancias del ser terapeuta</i>	23
	f) <i>Psicoterapia personal</i>	25
V.	PREGUNTAS DIRECTRICES Y OBJETIVOS	27
VI.	METODOLOGÍA	28
	i. Tipo de estudio.....	28
	ii. Muestra.....	28
	iii. Instrumentos.....	29
	iv. Análisis de la Información.....	30
VII.	RESULTADOS	31
VIII.	DISCUSIÓN	57
IX.	CONCLUSIÓN	68
X.	LIMITACIONES Y PROYECCIONES	71
XI.	BIBLIOGRAFÍA	72
XII.	ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la vida por permitirme emprender este bello camino y darme la oportunidad de seguir creciendo día a día...

A mi familia, especialmente a mis padres por su confianza, entrega y comprensión, pues sin su apoyo no habría sido posible.

A mis amigos por su compañía, ayuda y sostén, especialmente a Cris y Nadia por estar ahí siempre.

A Laura Moncada, por su paciencia, confianza, entrega y dedicación no sólo en el proceso de esta investigación sino también durante todo el Magíster.

A Felipe Banderas por su apoyo y aquellas conversaciones durante el Magíster que fueron muy enriquecedoras para mí.

A Elisabeth Wenk por su asesoría y apoyo en esta investigación.

y al equipo de investigación en el marco del cual se desarrollo este estudio.

“Una persona, al descubrir que es amada por ser como es, no por lo que pretende ser, sentirá que merece respeto y amor”
(Carl Rogers)

I. RESUMEN

La presente investigación se enmarca en el estudio de la variable del terapeuta, específicamente de la persona del terapeuta. El objeto del estudio es describir desde la mirada de terapeutas de entre 20 y 35 años de experiencia en psicoterapia, pertenecientes a distintos enfoques teóricos (humanista, cognitivo, sistémico y psicoanalista), cómo el proceso de desarrollo de la persona del terapeuta influye en el trabajo terapéutico que realiza, indagando en la incidencia que ha tenido en éste su proceso de desarrollo personal, así los principales desafíos que ha debido enfrentar a través de su trayectoria profesional.

Con los fines antes mencionados se ha utilizado una metodología cualitativa, de tipo descriptivo. La recolección de la información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas a 12 terapeutas con experiencia en psicoterapia, las que luego fueron transcritas y codificadas para su posterior análisis.

Finalmente, se observa que el desarrollo personal de los terapeutas es un componente fundamental de su crecimiento profesional, por lo tanto, de la práctica psicoterapéutica.

Palabras Clave: Desarrollo Personal, Persona del terapeuta, Desafíos, Psicoterapia.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación en psicoterapia se viene desarrollando desde hace varias décadas, observándose un aumento tanto en la complejidad como en la especificidad de los fenómenos que estudia. Las investigaciones han estado orientadas principalmente a conocer y explicar cómo se produce el cambio terapéutico, con el fin de mejorar y potenciar los resultados de la psicoterapia (Arratia, 2007; Bergin & Lambert, 1978, Frances et al., 1985, Stiles et al., 1986, en Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989; Krause 2005;).

El estudio de los factores comunes o inespecíficos en psicoterapia surge debido a la necesidad de conocer los factores involucrados en todo proceso de cambio terapéutico, luego de demostrarse que no existían diferencias significativas en los resultados obtenidos por los distintos enfoques utilizados en psicoterapia. Las diversas investigaciones desarrolladas en el área lograron identificar la existencia de tres componentes fundamentales en todo proceso terapéutico: el paciente, el terapeuta y la relación terapéutica (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés y Dagnino, 2009; Krause, 2005; Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irribarra y Müller, 2008; Winkler et al., 1989;).

En la actualidad, es posible identificar líneas de estudio que profundizan en la incidencia de cada variable en el proceso terapéutico y en la relación que se da entre ellas, como por ejemplo: aspectos centrales que debe cuidar el terapeuta para fomentar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica (Safran y Muran, 2005), características de los pacientes que consultan, las distintas patologías y/o conflictos con los que deben lidiar los terapeutas, así como aspectos importantes a considerar en la formación de éstos (Fernández-Álvarez, 2002).

Los estudios centrados en la variable del terapeuta, objeto de la presente investigación, se vienen desarrollando hace más de dos décadas, orientándose principalmente a conocer la incidencia del terapeuta en el proceso de cambio terapéutico, sin perder de vista que las características de éste interactúan de forma compleja con las dinámicas del paciente, lo que muchas veces dificulta la diferenciación del aporte de cada variable (Roussos, 2001).

Internacionalmente es posible encontrar variados estudios sobre la variable del terapeuta, entre los que se destacan: qué hace a las personas elegir ser terapeutas, identificando aspectos positivos y negativos de esta decisión (Norcross & Farber, 2005); cómo se desarrollan los psicoterapeutas (Orlinsky & Rønnestad, 2005), el estilo personal de los terapeutas y su relación con los pacientes (Corbella, 2002, en García, Castañeiras y Fernández-Álvarez, 2008); el impacto de la terapia personal del terapeuta en la práctica clínica (Rake & Paley, 2009); la

naturaleza de las habilidades terapéuticas y el diseño de programas que buscan desarrollar y/o ampliar éstas (Fernández-Álvarez, Kirszman y Vega, 2008), entre otras.

En contraste a lo anterior, en Chile el desarrollo de investigaciones empíricas en esta línea es más bien reducida, destacándose algunas sistematizaciones de investigaciones mayormente internacionales sobre los factores comunes en psicoterapia, como las de Winkler, et al. (1989) y Santibáñez, et al. (2008)¹; el estudio exploratorio de Salvo (2003) sobre las variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia; la revisión de Moncada, Olivos y Rojas (2003) respecto de qué tan investigada es en Chile la variable del terapeuta, y finalmente, una investigación bastante interesante de Moncada (2007) sobre las teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas.

Varios estudios han mostrado que las características personales del terapeuta son más importantes en los resultados terapéuticos que el tipo de psicoterapia que éste practica, encontrándose que algunos terapeutas, independiente de su enfoque teórico, producen resultados consistentemente mejores, así como otros producen efectos consistentemente negativos con determinado tipo de pacientes (Beutler et al., 2004, Franks & Mays, 1985, Najavits, 2001, en Herrera, et al., 2009).

Además, se ha encontrado que la persona del terapeuta, entendida como las características y experiencias personales de éste, es ocho veces más influyente que su orientación teórica, y/o el uso de técnicas específicas (Beutler, 1995, en Chazenbalk, et al., 2004). De este modo, cabe preguntarse ¿Cómo el desarrollo de la persona del terapeuta –que integra sus vivencias y procesos- influye en el trabajo terapéutico que realiza con sus pacientes?

Asimismo, si bien a lo largo de su formación el terapeuta es entrenado en las habilidades y conocimientos necesarios para propiciar un buen desempeño, este aprendizaje no se da en una mente y cuerpo abstracto, sino por el contrario, cargado con una vasta gama de experiencias, algunas más elaboradas y/o conscientes que otras, con conflictos e inseguridades que debe ir trabajando y/o manejando a lo largo de su vida, donde muchas veces su desarrollo personal va vinculado con su desarrollo como terapeuta, si es que existe una diferenciación entre ambos procesos.

¹ En ambas se destacan como características del terapeuta que inciden en el desarrollo adecuado de la psicoterapia: la actitud, las habilidades, la personalidad, el nivel de experiencia y el bienestar emocional que éste posea.

III. RELEVANCIA

El desarrollo del estudio de los factores comunes ha puesto en evidencia la complejidad del proceso terapéutico, junto con la relevancia que juega cada uno de sus componentes – paciente, terapeuta, alianza terapéutica- en su eficacia.

Los estudios de Lambert (1992, en Krause, 2005), orientados a esclarecer el peso relativo de cada variable en la eficacia de la terapia, permiten comprender la relevancia de la variable del terapeuta en el proceso, pues de acuerdo a ello, el terapeuta interviene en al menos un 60% de la varianza, influyendo tanto en las expectativas del paciente (15%), la relación terapéutica (30%), así como la aplicación y elección de las intervenciones terapéuticas que se realizan (15%). De este modo, resulta fundamental profundizar en el estudio de la variable del terapeuta, dado que este funciona como un catalizador de los procesos de cambio del paciente (Brammer, 1979, en Winkler, et al. 1989).

Relacionado a lo anterior, Lambert & Bergin (1994) si bien sostienen que la mayor parte del resultado de la terapia se debe a factores pre-existentes en el cliente (como la motivación al cambio), destacan que la segunda mayor proporción del cambio la constituyen los factores personales del terapeuta, por sobre las variables técnicas que ocupan un distante tercer lugar, no por ser irrelevantes, sino por su impacto con relación a los aspectos personales.

Debido al reconocimiento de la importancia que tiene el terapeuta en todo proceso psicoterapéutico, es que se han impulsado diversas investigaciones en el área, haciéndose cada vez más evidente la necesidad de considerar no sólo factores macro como edad, sexo u orientación teórica del terapeuta, sino hacer distinciones más específicas (Araya y Herrera, 2007).

En esta misma línea, varios teóricos reconocen la importancia de seguir profundizando en el área (por ej. Fernández-Álvarez, 2002; Herrera et al., 2009; Moncada et al., 2003; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Sprenkle & Blow, 2007). Aspecto que se hace especialmente necesario en Chile, donde las investigaciones son más bien reducidas y se orientan principalmente en el entrenamiento de los terapeutas y la evaluación de los programas de formación, dejando de lado los aspectos más personales que influyen en el proceso de desarrollo profesional de los terapeutas, así como en su desempeño en el transcurso de la terapia.

IV. MARCO TEÓRICO

i. Psicología humanista

La psicología humanista tiene sus inicios en Estados Unidos en los años 60, como una alternativa a los modelos imperantes hasta esos momentos (Psicoanálisis y Conductismo); procurando dar lugar al estudio de las capacidades y potencialidades humanas que hasta entonces no eran abordados sistemáticamente por la Psicología, como por ejemplo: amor, Sí mismo, organismo, autoactualización, espontaneidad, juego, afecto, naturalidad, autonomía, entre otras (Quitmann, 1989; Kriz, 1997).

Las bases filosóficas del Humanismo se encuentran en el Existencialismo, la Fenomenología, el Humanismo clásico europeo y francés, desde las cuales adopta una concepción particular de ser humano, de la cual Kriz (1997) distingue cuatro ideas básicas:

- 1) Autonomía e independencia social: donde el ser humano aspira a independizarse como un ser activo y responsable de Sí mismo.
- 2) Autorrealización: orientación al desarrollo y completación del organismo.
- 3) Orientación por la meta y el sentido: el ser humano se estructura a partir de un sentido orientado a metas, las cuales muchas veces trascienden la propia existencia.
- 4) Totalidad: La persona como un ser u organismo unificado, donde se interrelacionan factores físicos, intelectuales, emocionales y espirituales, constituyendo al ser real, y no una suma de sus partes.

El enfoque humanista se caracteriza por confiar en la naturaleza humana, como expresión de una sabiduría mayor: la sabiduría del universo, donde el ser humano como una expresión del universo debe encontrar su lugar en el mundo y vivir en armonía con la totalidad, sin intentar controlarla (Kalaswki, Sepúlveda y Celis, 1996; Kris, 1997; Quitmann, 1989).

Relacionado con lo anterior, es importante destacar que la orientación humanista pone énfasis en una filosofía de vida basada en la propia responsabilidad del individuo para darle sentido a su vida, sin tener que recurrir al mundo trascendental (Quitman, 1989).

El desarrollo de la psicoterapia dentro del humanismo, basado en los principios que se esbozaron en un comienzo, se caracteriza por la emergencia de distintos tipos de abordajes terapéuticos, cuya tarea fundamental es desarrollar y fomentar en los individuos la actualización de las potencialidades intrínsecas a cada organismo (Kriz, 1997). Entre sus exponentes se pueden destacar a: Moreno (Psicodrama), Fritz Perls (Terapia Gestalt), Viktor Frankl

(Logoterapia), Carl Rogers (Enfoque centrado en la persona) y Carl Gustav Jung¹ (psicoterapia analítica).

ii. Desarrollo Personal

El desarrollo humano corresponde a un crecimiento integral, que incluye tanto lo personal como lo social. Lo personal está asociado al reconocimiento de uno mismo (límites propios, deseos profundos, aspiraciones, contradicciones, etc.), la autoestima, el desarrollo afectivo, la expresión de sentimientos, la autonomía, entre otros; mientras que lo social se relaciona con los roles sexuales, la vida grupal o la participación en las instituciones (Goñi, 2009).

Existen varias teorías o modelos desde los cuales se aborda la noción de desarrollo, los cuales se diferencian en torno a la concepción de la dirección, posibilidades y dinámica del crecimiento humano.

El desarrollo personal también es considerado como un proceso de cambio progresivo y pautado hacia unas formas de conducta que se valoran como superiores dentro de una determinada concepción del mundo, proceso mediante el cual el sujeto configura su propia individuación² (Zuazua, 2007, en Goñi, 2009).

Si bien el objetivo a alcanzar en el desarrollo recibe denominaciones no coincidentes entre las distintas disciplinas psicológicas, el conjunto de tales ámbitos conforma un horizonte que todo ser humano querría alcanzar: personalidad sana, personalidad madura, bienestar psicológico o autorrealización (Goñi, 2009).

Entre las distintas corrientes psicológicas existentes, es el enfoque humanista, el que asume una visión más positiva del ser humano y le confiere capacidad de autodirección, considerando en éste la manifestación simultánea de una tendencia que le impulsa a la supervivencia, así como al mismo tiempo otra que le estimula a lograr un desarrollo constante y una superación personal (Maslow, 1998).

Desde esta perspectiva la persona que emerge de un proceso de desarrollo personal tendría las siguientes características (Rogers, 1982):

1. Apertura a la experiencia: Es decir, el individuo “en una situación nueva es capaz de aceptar los hechos tal como son y no los distorsiona con el objeto de que se ajusten al modelo que le sirve de guía” (p.110). Siendo más realista en su relación con otros y en situaciones o problemas nuevos.

¹ Si bien en sus inicios se sitúa en el enfoque psicoanalítico, varios autores como Kriz (1997), lo reconocen más cercano a la psicología humanista, debido a que para Jung la psicoterapia no se propone la curación de síntomas sino el crecimiento o la autorrealización.

² Es decir, como el sujeto se acerca más a la expresión de su Self.

2. Confianza en el propio organismo: se relaciona con que un individuo más desarrollado aprende a confiar más en sí mismo, como un instrumento adecuado para encontrar la conducta más satisfactoria en cada situación inmediata. Pues en la medida que el individuo conoce sus propios sentimientos e impulsos, muchas veces complejos y contradictorios, y es capaz de percibir las exigencias sociales; puede recordar situaciones anteriores similares y recordar sus consecuencias, y por tanto, tener una percepción relativamente correcta de una situación particular.

3. Un foco interno de evaluación: En el desarrollo del proceso llevado a cabo por el paciente, este llega progresivamente a sentir que este foco de evaluación se encuentra en él mismo, buscando cada vez menos la aprobación o reprobación de otros, reconociendo que en él reside la facultad de elegir. Rogers plantea que desde ese lugar la única pregunta importante es: “¿Estoy viviendo de una manera que me satisface plenamente y que me expresa tal como soy?” (p. 113).

4. El deseo de ser un proceso: Se relaciona con que el individuo se ve más satisfecho de convertirse en un proceso que en un producto, es decir, acepta el hecho de no ser una entidad estática, sino un proceso de transformación, dándose cuenta que la mayor riqueza se encuentra en vivir el proceso detrás de la obtención de una meta en particular, más que lograr aquella meta.

Estas cuatro características pueden expresarse de distintas formas de acuerdo al grado de desarrollo del individuo, pudiendo verse reflejadas de la siguiente manera:

La persona que emerge de una experiencia óptima de crecimiento personal... es una persona capaz de experimentar plenamente sus sentimientos y reacciones, sin temer a ninguno, utiliza todo su equipamiento orgánico para captar, con tanta precisión como le es posible, la situación existencial, por dentro y por fuera. Permite a su organismo total funcionar con toda su complejidad para seleccionar, entre la multitud de posibilidades, esa conducta que en este momento será más genuinamente satisfactoria. Confía en este funcionamiento de su organismo, no porque este sea infalible, sino porque puede hacerse responsable de las consecuencias de sus acciones y corregirlas, si no son satisfactorias” (Rogers, 1969, en Celis, Farias e Iturra, 1976. p.21).

A partir de lo anterior, se puede decir, que el desarrollo personal, donde la relación con su sí mismo es central, lleva al individuo a cambiar, a convertirse en un ser más independiente del

resto, aunque no desvinculado, pero sí más autónomo en su funcionamiento y razonamiento moral, así como en su ajuste emocional.

iii. Psicoterapia

Antes de abordar los desarrollos de la psicoterapia es necesario conocer el significado del término.

Psico: proviene del término griego Psiche, que significa “alma” o “espíritu”.

Terapia: tiene su raíz etimológica en la palabra griega terapéutikos, que significa “asiste o aquel que cuida a otro”, por lo que psicoterapia hace referencia a la actividad que realiza aquella persona que cuida o asiste el alma de otro (Araya y Herrera, 2007. p10).

Los inicios de las prácticas psicoterapéuticas elementales, en sentido extenso, son tan antiguas como la humanidad. Sin embargo, los comienzos de la psicoterapia como se la conoce hoy en día, se sitúa a fines del siglo XIX, sirviendo como referencias varias publicaciones realizadas por Freud acerca del quehacer terapéutico, siendo una de sus principales obras: la interpretación de los sueños (en 1900), lo que ubica las primeras bases del desarrollo psicoterapéutico en el psicoanálisis (Kriz, 1997), surgiendo posteriormente los distintos enfoques que se reconocen en la actualidad.

En general, el proceso psicoterapéutico puede entenderse como:

Una interacción planificada y cargada emocionalmente, y de confianza entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales (...) La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal” (Frank 1982, en Kleinke, 1995, p. 21).

Rogers (1982) uno de los impulsores de la psicoterapia humanista, ve la psicoterapia no como una instancia que motiva al paciente al desarrollo (madurez psicológica), sino como un liberador y facilitador de ésta tendencia natural de los organismos, cuando se encuentra bloqueada; se destaca además la importancia del rol y la actitud del terapeuta para propiciar este proceso, donde el hombre se convierte en su propio organismo.

Desde la perspectiva Rogeriana, la psicoterapia es concebida como un proceso de cambio paulatino, en el cual se pueden reconocer siete etapas de desarrollo –que se describen a continuación-, desde donde el individuo pasa de la fijeza al flujo, de la rigidez al movimiento (Rogers, 1982):

- *Primera Etapa:* En este lugar el individuo se encuentra alejado de su vivencia, por lo que no se espera que solicite ayuda, pues su comunicación interna se encuentra bloqueada.

- *Segunda Etapa:* ésta puede iniciarse sólo cuando el sujeto puede vivir la experiencia de ser plenamente recibido, es posible apreciar que la expresión comienza a fluir pero con temas ajenos a sí mismo, pudiendo expresarse contradicciones, reconociendo pocas como tales.

- *Tercera Etapa:* Aquí si el individuo se siente recibido tal como es por parte del terapeuta, se espera que las expresiones referentes al sí mismo como objeto fluyan con mayor libertad, donde si bien los constructos personales son rígidos, pueden ser reconocidos como constructos y no como hechos externos (pueden ser cuestionados), pudiéndose reconocer las contradicciones de la experiencia.

- *Cuarta Etapa:* Si el individuo se siente comprendido, aceptado con agrado y recibido tal como es, en sus distintos aspectos, sus constructos comienzan a tener mayor flexibilidad y a expresar sus sentimientos con mayor libertad que en la etapa anterior. Es posible observar en los pacientes que los sentimientos son descritos como objetos del presente e incluso en ciertas ocasiones se experimentan en el presente inmediato, pero acompañado de desconfianza y temor hacia ellos, por lo que la aceptación franca de los sentimientos es escasa. También es posible observar en los pacientes preocupación ante las contradicciones e incongruencias que comienzan a notar entre su experiencia y el sí mismo. En esta etapa y la próxima es donde se constituye la mayor parte de la psicoterapia tal como se la conoce, en sus distintas vertientes.

- *Quinta Etapa:* Una vez que el individuo ha logrado sentirse recibido en sus expresiones, conductas y experiencias, se observa un aumento de la flexibilidad, libertad y del flujo orgánico de éste; donde los sentimientos se expresan libremente en tiempo presente, estando muy próxima la posibilidad de experimentar plenamente los sentimientos, comenzando a filtrarse a pesar del temor y desconfianza que ello le puede significar, despertando generalmente, sorpresa y temor, y muy rara vez placer.

En esta quinta etapa la experiencia se construye de modos mucho menos rígidos, descubriendo nuevos constructos personales, que son examinados y cuestionados más

críticamente. Las contradicciones e incongruencias son encaradas cada vez con más claridad, aumentando la aceptación de la propia responsabilidad en los problemas que se encaran y la preocupación acerca de en qué medida el paciente ha contribuido a ellos.

Posteriormente, los diálogos que se sostienen en el interior del Sí mismo se van liberando, la comunicación interna mejora y su bloqueo se reduce. Se trata de un proceso que avanza con irregularidad, donde a veces retrocede un trecho, otras parece no avanzar sino extenderse hasta cubrir un territorio más amplio, pero continúa fluyendo hacia adelante.

- *Sexta etapa:* Si el cliente se sigue sintiendo plenamente recibido en la relación terapéutica, elementos de la etapa anterior serán reemplazados por una fase distintiva y a menudo dramática caracterizada por: la experimentación inmediata de sentimientos que antes estaban “atascados”, inhibidos en su proceso, aceptando la cualidad inmediata de la experiencia y el sentimiento que la constituye.

En esta etapa muchas veces el cliente vive subjetivamente en la experiencia pero sin advertirlo y el Sí mismo como objeto tiende a desaparecer. La incongruencia entre la experiencia y la percepción se experimenta vívidamente a medida que se transforma en congruencia, y la comunicación interna se torna libre y relativamente exenta de bloqueos.

- *Séptima etapa:* Aquí ya no es imprescindible que sea recibido plenamente por el terapeuta, aunque sigue siendo útil. En esta etapa los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata y rica en matices, tanto dentro como fuera de la relación terapéutica. Los constructos personales se replantean provisionalmente, siendo validados a través de experiencias ulteriores y aún en caso de serlos, se los plantea con mayor flexibilidad.

El individuo cambia su manera de relacionarse, mostrándose en un extremo del continuo como un sujeto que evita las relaciones íntimas, que percibe como peligrosas y por otro, vive libremente su relación con el terapeuta y con los demás. Su conducta está basada en su vivencia inmediata.

iv. Investigación en psicoterapia.

Los estudios en torno a la psicoterapia tuvieron un impulso durante los años 50, gracias a los cuestionamientos de Eynseck a la efectividad de ésta (Krause, 2005).

En los años 80, el desarrollo de investigaciones en torno a los factores comunes o inespecíficos presentes en la psicoterapia –independiente del enfoque teórico de base- permitió constatar finalmente, qué hace que la psicoterapia finalmente funcione (Winkler et al., 1989;

Norcross, 1986, en Krause 2005). Donde se pueden destacar los planteamientos de Garfield (1981, en Winkler et al., 1989), respecto de que el cambio terapéutico se relaciona tanto con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación que se da entre ambos, siendo estos tres factores estudiados de forma independiente hasta la actualidad.

A continuación se esbozarán algunos de los principales hallazgos relacionados con cada una de éstas variables, utilizando las categorías planteadas por Winkler et al. (1989) y utilizadas por Santibáñez et al. (2008) en su revisión, incorporando además hallazgos de otras investigaciones al respecto.

a) *Variables del Paciente:*

Son consideradas como aquellas variables pre-existentes en el paciente que dan cuenta de los resultados obtenidos en la psicoterapia, siendo relevante que el terapeuta las conozca y así contribuir a mejores resultados de la psicoterapia.

Entre las variables que destacan Santibáñez et al. (2008) como las más abordadas en la literatura y cuyo estudio ha dado cuenta de alguna relación con los resultados en la terapia son:

- *Variables demográficas:* Corresponde al género, edad y nivel socioeconómico. En torno a la primera, no hay evidencia que apoye su incidencia en los resultados de la terapia (Garfield, 1994, en Santibáñez, et al., 2008). Respecto de la edad, se muestra que en iguales condiciones los pacientes más jóvenes son mejores candidatos para la terapia, sin embargo, la evidencia es débil (Trull & Jerry, 2003). Por último, sobre el nivel educacional y socioeconómico, se plantea que a más educación y mejor nivel socioeconómico, mayor será la permanencia del paciente en el tratamiento (Mac Nair & Corazzini, 1994, en Santibáñez et al., 2008). Por su parte, Banks (1972; en Trull & Jerry, 2003) ha sugerido que se puede dar una mayor empatía y autoexploración cuando el terapeuta y el paciente son de la misma raza.

- *Diagnóstico clínico:* Incluye las características de personalidad y estilo de funcionamiento; tipo de perturbación; además de la complejidad de los síntomas. Sobre la primera, Santibáñez et al. (2008) reconocen que no hay acuerdo en cuáles son los aspectos más importantes a considerar, sin embargo, aspectos como la inteligencia, habilidad de producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, monto de estrés y productividad verbal, se relacionan con el éxito de la terapia (Garfield, 1978, en Santibáñez et al., 2008); también se ha observado que a

pacientes con locus de control interno tienen mejores resultados con terapias no directivas, al contrario de los de locus de control externo, quienes se benefician más con terapias directivas.

Respecto del tipo de perturbación, se observa que pacientes con perturbaciones afectivas y conductuales leves tienen mayor mejoría que pacientes con otro tipo de patología más grave como psicóticos o personalidad límite (Santibáñez et al., 2008). Lo que se condice con hallazgos de otros autores que refieren que los pacientes que más han sido catalogados de “pacientes difíciles” son los diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, registrando tasas de abandono de hasta un 66%, en los primeros tres meses de tratamiento, a diferencia de los diagnosticados con esquizofrenia con un 14 % de abandono y los diagnosticados con trastorno de personalidad en quienes es posible encontrar tasas de un 38% (Franks & Mays 1985, en Herrera et al., 2009).

Por su parte, sobre la complejidad de los síntomas, Beutler (1983, en Santibáñez et al., 2008), refiere que pacientes con síntomas monosintomáticos responden mejor a tratamientos orientados conductualmente, a diferencia de los multisintomáticos - generalmente pacientes psiquiátricos- quienes se beneficiarían más de terapias de insight.

- *Creencias y expectativas:* Santibáñez et al. (2008), plantean que tanto las creencias como las expectativas que el paciente tenga sobre la terapia -al iniciar el tratamiento-, puede influir tanto en los resultados como en la mejoría percibida por estos. Varios autores reconocen que las expectativas del paciente no sólo se relacionan con el tratamiento - técnicas, duración, etc.-, sino que también las expectativas sobre el terapeuta y las creencias con relación a los logros o beneficios que pueda obtener de ésta son fundamentales (Navarro, Schindler & Silva, 1987; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

Por lo anterior, se vuelve fundamental el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los participantes del proceso terapéutico, siendo recomendado considerar las expectativas del paciente, aclarando y corrigiendo sus dudas y creencias al momento de iniciar la terapia, para evitar su posible deserción por estos motivos (Ábalos y Villegas, 1995).

- *Disposición personal:* Se ha observado que aquellos pacientes que tiene una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se muestran intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, tienen pobres resultados del proceso terapéutico, al contrario de lo que ocurre con los que si tienen una disposición positiva (Frances et al., 1985, en Santibáñez et al., 2008).

Respecto de la motivación al cambio de parte del paciente, es posible encontrar diferenciaciones entre clientes visitantes y los clientes demandantes, donde los primeros, son aquellos que inician la terapia sin percibir un problema, o considerarse como parte de la solución, y los segundos si bien son capaces de percibir un problema, pero no se consideran parte de la solución (Shazer, 1988, en Herrera et al., 2009). Algo similar es lo que plantean Proshaska & DiClemente (1983), sobre las etapas del cambio en que llegan a consultar los pacientes (precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento, recaída), siendo relevante que el terapeuta sepa en qué etapa llega el paciente para dirigir sus intervenciones en pro de movilizarlo a la etapa siguiente.

También se ha evidenciado que cuando las personas son obligadas o forzadas a consultar, ya sea explícita o implícitamente, muy pocas veces se benefician de la experiencia (Trull & Jerry, 2003) o terminan abandonando la terapia (González & Sierralta, 1997, en Santibáñez et al., 2008).

Krause (1992), por su parte identifica cinco condiciones del paciente como fundamentales en el cambio terapéutico (en Santibáñez et al., 2008. p.4):

- (a) experiencia de los propios límites;
- (b) aceptación de la necesidad de ayuda;
- (c) cuestionamiento de los modelos explicativos personales;
- (d) transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia;
- (e) expectativas del consultante en torno al rol o función del terapeuta, del propio rol y sobre la estructura (del setting) de la relación de ayuda.

b) Alianza terapéutica:

Para Santibáñez et al. (2008) una de las aproximaciones teóricas más influyentes sobre la relación terapéutica ha sido la de Rogers (1951,1957), siendo considerado como uno de los pioneros en definir los componentes activos que la constituyen (Gelso & Carter, 1985, Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977, Parloff et al., 1978, en Santibáñez et al., 2008).

En 1976 Bordin, da una definición transteórica del concepto, planteando que ésta sería “una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y consultante” (Horvarth, 1995, en Santibáñez et al., 2008. p.7). Dando cuenta además de tres componentes que definirían la calidad y fuerza de toda alianza: El vínculo, tareas y metas. La calidad del vínculo se relaciona con el grado en que paciente y terapeuta sean capaces de negociar un

acuerdo sobre las tareas y metas de la terapia, mediando en la calidad del vínculo que se establezca (Safran & Muran, 2000, en Santibáñez et al., 2008)

Por su parte, Orlinsky & Howard (1986) dan cuenta de la existencia de dos fenómenos relacionados con la calidad del vínculo:

La fortaleza de la relación de trabajo –investidura personal de ambos participantes y habilidad de coordinar sus respectivos roles- y la calidad de su relación personal – resonancia de la comunicación mutua y los afectos que cada uno ilícita en el otro- (en Santibáñez et al., 2008. p.8).

En la revisión realizada por Winkler et al. (1989), se da cuenta de la importancia del involucramiento del paciente en la terapia, para poder predecir los resultados de ésta. Donde por ejemplo, la percepción que tiene el paciente del significado de la conducta del terapeuta determinaría la eficacia de la terapia (Bejarano, 1999, en Santibáñez, et al., 2008).

La diversidad de estudios realizados sobre la alianza terapéutica, da cuenta de una falta de consenso de parte de los distintos enfoques teóricos sobre cómo definirla y aún más para establecer sus componentes (Santibáñez, et al., 2008). Sin embargo, es posible observar que en el contexto de una buena relación, las potencialidades del paciente se activan, las cualidades del terapeuta son valoradas, y por ende, el proceso de cambio se fortalece (Opazo, 2001).

Sobre la alianza, Krause (2001, en Santibáñez, et al., 2008) ha planteado que una ausencia de ajuste emocional o “sintonía” del paciente con el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio, pudiendo llevar a término de ésta relación de ayuda.

Varios autores, plantean la necesidad de que paciente y terapeuta se metacomuniquen durante el curso del proceso terapéutico, de tal forma de resguardar la calidad de la relación que se da entre ellos (Bischoff, McKeel, Moon & Sprenkle, 1996, Joanides, Brigham & Joannig, 1997, en Santibáñez, et al., 2008).

c) Variables del Terapeuta:

Entre los factores del terapeuta que Winkler et al. (1989) y Santibáñez et al. (2008) reconocen inciden en los resultados de la terapia se destacan: la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional que tenga el clínico; aspectos que se condicen con los resultados encontrados por Beutler, Machado & Allstetter (1993). A continuación se detallan los principales hallazgos de cada uno de estos factores:

- *Actitud*: Respecto de esta variable Strupp (1978, en Santibáñez, et al., 2008), refiere que el terapeuta debe tener una actitud que favorezca el cambio, entre las que se destacan: incentivar la autoexploración del paciente, mostrando respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda. Cualidades similares a las propuestas por la Escuela Rogeriana como condiciones necesarias en el terapeuta para facilitar el proceso del paciente.

Los autores destacan también que para que el terapeuta pueda mantener una actitud de respeto frente al paciente es necesario que éste tenga fuentes extra terapéuticas de satisfacción y seguridad personal (Brammer, 1979, Fromm-Reichmann, 1958, en Santibáñez, et al., 2008).

- *Personalidad*: Sobre esta variable se ha observado que la personalidad del terapeuta puede contribuir en gran medida al cambio, donde el desarrollo de una personalidad sana daría cuenta de mejores resultados (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986). La presencia en el terapeuta de una personalidad madura, con un alto nivel de autoconocimiento y la satisfacción de sus necesidades básicas, sería un aspecto esencial en este sentido (Fromm-Reichman, 1958, Strupp, 1978, en Santibáñez et al. 2008).

A pesar de lo anterior, no hay resultados concluyentes sobre los rasgos de personalidad característicos que potencien mejores resultados, pues éstos en gran medida van a estar mediados por las características del paciente, donde por ejemplo, Hall y Malony (1983, en Trull & Jerry, 2003) evidencian que altos niveles de dominación en un terapeuta da mejores resultados en casos donde el terapeuta y el consultante son semejantes culturalmente, y aquellos con baja dominación se mostraban más efectivos con pacientes de cultura distinta. Otras investigaciones han identificado en terapeutas menos efectivos la presencia de rasgos como frialdad, pesimismo, inautenticidad, narcisismo y baja introspección (Strupp & Hadley, 1985, en Araya y Herrera, 2007).

- *Habilidades*: Sobre este aspecto, Ruiz (1998, en Santibáñez et al. 2008) se refiere a ellas como las distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta el terapeuta al dedicarse a la práctica clínica, las cuales son independientes de la postura teórica en que se adscriba. Se distinguen cuatro requisitos importantes que debe poseer el terapeuta: a) Interés genuino por las personas y su bienestar; b) conocimiento de uno mismo o autoconocimiento; c) compromiso ético; d) actitudes que favorezcan la relación terapéutica como por ejemplo: calidez, autenticidad, empatía (Fernández-Álvarez, Kirszman y Vega, 2008).

También se ha observado lo importante que resulta que el terapeuta posea una sensibilidad clínica que le permita distinguir entre las necesidades neuróticas y no neuróticas del paciente, hacer una cuidadosa evaluación de lo que éste necesita, tipo de ayuda que requiere, así como anteponerse a las defensas que pueda presentar el paciente en torno a la solución de su problemática (Strupp, 1978, en Santibáñez et al., 2008).

- *Nivel de experiencia:* ha sido una de las variables más estudiadas, encontrándose una relación directa entre la edad y la experticia del terapeuta con su estilo comportamental, donde a mayor edad y experticia éstos tenderían a actuar con más empatía y exploración; además de presentar una mayor tolerancia a las expresiones de emociones negativas que los terapeutas principiantes, conductas que han mostrado alta relación con cambios positivos de los pacientes (Feixas & Miró, 1993, en Santibáñez, et al., 2008).

A pesar de lo anterior, otras investigaciones han observado que los resultados obtenidos entre terapeutas profesionales y legos, no muestran ninguna diferencia en cuanto a efectividad terapéutica, llevando a la conclusión que la efectividad de algunos factores inespecíficos como el compromiso y la comprensión, son independientes de la formación y experiencia profesional (Winkler, Avendaño, Krause y Soto, 1993, en Santibáñez, et al., 2008).

También se ha encontrado que la experiencia y experticia del terapeuta, tiene una cierta influencia en la terapia, ya que terapeutas más experimentados logran buenos resultados con mayor porcentaje de pacientes que los novatos, pues si bien éstos últimos logran un éxito equivalente en sus terapias, registran un mayor número de abandonos del tratamiento (Roth & Fonagy, 2005, en Herrera et al., 2007).

Finalmente, Skovoholt & Ronnestad (2003) sugieren que los terapeutas con mayor experiencia se encuentran en un estado de integridad mayor del desarrollo humano, lo que también se relaciona con sus buenos resultados.

- *Bienestar emocional:* varios autores plantean que los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus pacientes, pueden ser más sensitivos y capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales de éstos (Howard, Orlinsky & Trattner, 1970, en Santibáñez et al., 2008). Se ha encontrado también que terapeutas inefectivos, tienden a presentar un menor grado de bienestar vital general (Beutler, et al. 2004, en Araya y Herrera, 2007).

Al respecto Jiménez (2004, en Santibáñez, et al., 2008) señala que el nivel de ajuste terapéutico del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico; pero que un cierto grado de conflicto psicológico en el terapeuta resultaría muchas veces positivo para el desarrollo de la terapia.

Por su parte, Salvo (2003) refiere que los mismos terapeutas reconocen la necesidad de ser personas relativamente sanas, maduras, que atiendan a su propio desarrollo y bienestar integral.

Finalmente, es importante consignar que no hay datos suficientes sobre los factores sociodemográficos de los terapeutas para generalizar sobre la influencia de su edad o sexo en los resultados de la terapia (Fernández-Alvarez, 2002). Sin embargo, sobre etnia y religión, se han observado que pacientes con un sistema de valores más estricto tienen mejores resultados en la psicoterapia, si tienen un terapeuta al que ven compartiendo un sistema de valores próximo, y obtienen malos resultados si identifican que el terapeuta está en un sistema de valores alejado, tendiendo a abandonar los tratamientos

v. El Terapeuta

A continuación se abordarán en mayor profundidad distintos aspectos relacionados con el terapeuta, especialmente a la persona del terapeuta, es decir, los aspectos personales de éstos que se relacionan con los elementos identificados en el apartado anterior, y por ende, afectan su labor.

a) Elección de ser terapeuta

Guy (1995) reconoce una serie de aspectos personales de los terapeutas que se relacionan con la elección del ejercicio de la psicoterapia, muchos de los cuales también contribuyen a su labor:

- *Motivaciones funcionales*: integra la curiosidad y carácter inquisitivo (relacionado a un profundo interés por la gente y curiosidad por sí mismas y los demás), capacidad de escuchar, capacidad de conversar, empatía y comprensión, comprensión emocional, introspección, capacidad de autonegación (el terapeuta está obligado a contenerse dejando de lado sus necesidades personales en pro del paciente), tolerancia de la ambigüedad, capacidad de calor humano y atención, tolerancia de la intimidad, comodidad frente al poder y capacidad de reír.

- *Motivaciones disfuncionales*: Corresponde a motivaciones que si bien podrían ser funcionales al ser llevadas al extremo entorpecen tanto la vida personal como profesional de los terapeutas, el autor reconoce las siguientes: perturbación emocional (necesidad de autocomprensión más profunda, asociado a la necesidad de resolver problemas personales o desentrañar traumas emocionales), enfrentamiento indirecto (la psicoterapia como medio para afrontar indirectamente las contingencias de la vida a través de la experiencia del paciente), soledad y aislamiento (ser terapeutas como un intento de superar ese sentimiento), deseo de poder (tanto personal como sobre otros), necesidad de amor (expresar amor y ternura en un espacio seguro) y como una forma de rebelión indirecta.
- *Factores relacionados con la familia de origen*: integra las experiencias emocionales tempranas, las características de los padres y las relaciones familiares.

Jennings & Skovholt (1999) por su parte, en una de sus investigaciones realizadas con terapeutas expertos identificaron que la vida personal de éstos en su infancia se caracterizó por la vivencia de un estrés significativo y la tendencia a procesarlo más que huir de él, una preocupación por entender a otros y a sí mismo, concebir el sufrimiento humano con un profundo significado, además de tender a tomar el rol de ayudador.

Es importante tomar en cuenta que todas estas experiencias que en un primer momento pueden facilitar la elección de convertirse en terapeuta –para bien o para mal-, siguen arraigadas en la persona del terapeuta –especialmente las más tempranas- como ponen en evidencia Rønnestad & Skovholt (2001) donde terapeutas con una vasta experiencia reconocen que aún a pesar de los años hay experiencias tempranas que siguen ejerciendo su influencia.

b) El quehacer del terapeuta

El quehacer diario del terapeuta está relacionado con el ejercicio de la psicoterapia, que ocurre como resultado de un compromiso profesional y personal de parte de él. Involucra escuchar y hablar a los pacientes, establecer relaciones con ellos, y ejercer por cuenta propia la formación especializada, las habilidades y capacidades que los terapeutas han adquirido y perfeccionado a lo largo del tiempo (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Rogers (1982) por su parte, reconoce que el terapeuta tiene un rol central en el desarrollo adecuado de la terapia, pues es el encargado de propiciar las condiciones necesarias para que el individuo pueda llevar adelante su proceso, que de acuerdo al autor son: la congruencia (ser

genuino, auténtico), la empatía (poder conectar con la vivencia del paciente) y el respeto (aceptación incondicional, apertura a la experiencia del paciente sin juicios). En sus palabras:

Cuanto más pueda el cliente percibir en el terapeuta una actitud de autenticidad, comprensión empática y respeto incondicional por él, tanto más se alejará de un funcionamiento estático, rígido, insensible e impersonal, para orientarse hacia un comportamiento caracterizado por un modo fluido, cambiante y permisivo de vivenciar los sentimientos personales diferenciados (p. 68).

En esta misma línea, Guy (1995) refiere que para que el terapeuta pueda acompañar a los demás en el afrontamiento de las exigencias de la vida, es necesario que él mismo este vivo y pueda experimentar la vida plenamente; ya que sin importar la formación ni la experiencia que posea, la capacidad de compartir empáticamente las tragedias y triunfos de sus pacientes es característica de los terapeutas. Donde, su misma vulnerabilidad es lo que le permite comprender, aceptar y curar las heridas de sus pacientes.

c) La vida personal del terapeuta

La práctica de la psicoterapia influye y a su vez es influida por el impacto de cada acontecimiento sobre la vida personal y profesional del terapeuta, los cuales están asociados a las distintas etapas evolutivas que va viviendo (Guy, 1995), lo que se puede apreciar en el siguiente párrafo:

Los terapeutas a menudo se casan, tienen hijos y a veces se divorcian. Se trasladan a nuevos consultorios, ciudades y estados. Con frecuencia sufren la pérdida de seres queridos, son víctimas de enfermedades o accidentes, y afrontan la influencia del envejecimiento sobre su vida y su trabajo. A pesar de su aparente invulnerabilidad ante las tragedias de la vida, padecen enfermedades terminales y en algún momento mueren. Ni las necesidades de los pacientes ni las esperanzas de los terapeutas pueden cambiar esa realidad. (p.340)

Los acontecimientos de la vida del terapeuta tienen distintas aristas tanto para él como para quienes lo rodean, encontrándose que si bien muchas de estas experiencias le permiten enriquecer su vida, logrando una mayor madurez y comprensión de los conflictos de la vida de los pacientes; también en la medida que el terapeuta avanza en el ciclo vital, se puede ver enfrentado a problemas o preocupaciones que pueden desorganizar la estabilidad tanto de sus

vidas como de sus relaciones, por ende, significar una fuente considerable de tensión y entorpecer tanto su vida personal como profesional (Guy,1995).

d) El desarrollo como terapeuta

El desarrollo del terapeuta es un proceso paulatino que combina tanto la adquisición de la técnica como de la experiencia previa, durante y posterior a la sesión terapéutica, por tanto, incluye también la vida de éste.

En cuanto al desarrollo profesional de los terapeutas, Orlinsky & Rønnestad (2005) reconocen la existencia tanto de un desarrollo continuo como de un desarrollo acumulado. En el primero identifican dos dimensiones independientes el desarrollo actual y el agotamiento actual; y en el segundo, una dimensión relacionada con la percepción retrospectiva del desarrollo, que integra el cambio de la habilidad clínica inicial a la actual, así como el nivel de dominio terapéutico adquirido.

Sobre el desarrollo y agotamiento actual, los autores manifiestan que los terapeutas experimentan ambos en distintos grados a consecuencia de su trabajo; identificando que cuando hay predominio en los terapeutas del desarrollo actual la sensación es de progreso, mientras que cuando predomina el agotamiento actual la sensación es de retroceso (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Respecto del desarrollo acumulado a lo largo de los años, encuentran que niveles altos de desarrollo acumulado se relacionaban positivamente con el desarrollo actual y negativamente con el agotamiento actual (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

También se observa que el desarrollo acumulado se asocia más fuertemente con la amplitud y la profundidad de la experiencia del terapeuta con casos de diferentes modalidades terapéuticas y no necesariamente, con los años de práctica clínica (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Moncada (2007) en un estudio sobre las teorías subjetivas de los terapeutas, identifica entre las principales características que reconocen en un terapeuta efectivo las condiciones humanas de acompañar, ser sensible, ser ético, y reconocer los propios límites.

Por su parte Rønnestad & Skovholt (2001), en un estudio con terapeutas expertos identificaron en su trayectoria cuatro campos de aprendizaje a través de los cuales se fueron desarrollando como terapeutas: experiencias tempranas (desde su niñez), experiencia profesional acumulada a través de los años, interacción con profesionales ancianos y experiencias en la vida personal de un adulto.

Relacionado a lo anterior, los autores encontraron que experiencias profundas en cualquiera de los ámbitos referidos pueden afectar radicalmente la labor de los terapeutas, siendo esencial para su desarrollo óptimo que puedan ir reflexionando y procesando continuamente sus experiencias tanto a nivel personal como profesional (Rønnestad & Skovholt, 2001).

Por otro lado, Jennings & Skovholt (1999) en otro estudio con terapeutas expertos con décadas de experiencia, identifican las principales características que presentan aquellos terapeutas con buenos resultados en psicoterapia. Estas fueron diferenciadas en tres niveles: Cognitivas, emocionales y relacionales.

- Características cognitivas: eran muy curiosos, ávidos alumnos, manejaban la ambigüedad, con una profunda comprensión de la condición humana y se guiaban actualmente por la sabiduría acumulada.
- Características emocionales: mostraban una profunda aceptación de sí mismos, eran genuinamente humildes, con voluntad de crecer, alta capacidad de darse cuenta, disfrutar apasionadamente la vida y ser fuertes para profundizar en la pena y el dolor.
- Características relacionales: Tenían habilidad de reunir a otros, una aguda percepción interpersonal, sentido ético, compasivos, generosos, manejaban bien los tiempos en las relaciones (timing) y tenían apertura a las sugerencias de la vida.

A pesar de las características descritas, es importante constatar que Jennings & Skovholt (1999) encontraron que el inicio de la vida profesional de estos terapeutas también estuvo marcado por las dificultades propias de los novatos.

El reconocimiento de parte de terapeutas experimentados de las dificultades que vivieron en sus inicios, es relevante porque da cuenta de que más que los terapeutas no pasen por dificultades en la práctica, el éxito está dado por cómo las abordan, pues como plantea Kottler & Blau (1989), “el fracaso puede ser muy destructivo si los terapeutas novatos no son capaces de usarlo como experiencia de aprendizaje y ponerlo en perspectiva” (p.90).

Sobre los desafíos a los que se ven enfrentados los terapeutas Moncada (2004) identifica la necesidad de: terapia personal, aprender de sí mismos –como su herramienta de trabajo-, prepararse mejor, además de revisar/aprender sobre la ética profesional.

Relacionado a lo anterior, Salvo (2003) destaca la importancia de que el terapeuta evalúe permanente su quehacer, ya sea a través del feedback de sus clientes o el intercambio de experiencias con otros terapeutas experimentados.

En torno al desarrollo de los terapeutas, se observa que cada vez es más evidente la necesidad de que éstos integren lo técnico y lo personal en sus intervenciones, pues esto junto al encuentro hace que la experiencia terapéutica sea completa (Salvo, 2003).

Finalmente, en cuanto al perfeccionamiento del terapeuta, hay que destacar que dada la diversidad de personas que asisten a psicoterapia, y la particularidad de sus problemáticas, “no existe (...) un prototipo ideal de capacidades básicas que deben reunir todos los terapeutas para tener un desempeño adecuado. Pero no caben dudas que ciertos niveles mínimos deben reunirse” (Fernández-Álvarez, et al., 2008, p.113-114).

e) Implicancias del ser terapeuta

La práctica de la psicoterapia como se ha observado tiene distintos efectos para quien la ejerce, siendo en esos efectos en los que se busca profundizar a continuación.

Para los terapeutas, cada relación que establece con su paciente es una nueva aventura, un desafío y todo un nuevo mundo por descubrir, cuya experiencia puede comprenderse en las siguientes palabras de Rogers:

[...] Siento cuanto lo asusta su mundo y los ingentes esfuerzos con que intenta mantenerlo en su sitio. Quisiera captar sus sentimientos y que él advierta que los comprendo. Quisiera que sepa que estoy de su lado, en su mundo estrecho y oprimido y que puedo observarlo relativamente libre de temor. Quizá logré convertirlo en un mundo más seguro para él [...] Sería bueno poder acompañarlo en el espantoso viaje que debe emprender hacia su propio interior, a encontrar los temores ocultos, el odio y el amor que jamás se ha permitido sentir. Reconozco que este es un viaje muy humano e imprevisible para ambos y que quizás yo mismo eluda en mí, sin saberlo alguno de los sentimientos que él irá descubriendo. Hasta ese punto sé que mi capacidad de ayudarlo se verá limitada. Sé que en ciertos momentos sus propios temores lo harán percibirme como alguien despreocupado, un intruso que lo rechaza y no lo comprende. Quiero aceptar plenamente estos sentimientos en él; no obstante, espero que mis propios sentimientos se manifiesten claramente, de modo tal que él logre percibirlos en el momento preciso [...] Lo que soy y lo que siento es suficientemente bueno como para servir de base a una terapia, siempre que logre ser lo que soy y lo que siento en mi relación con él. Entonces quizás él también logre ser lo que es, de manera abierta y libre de temor (1982. p. 69).

Araya y Herrera (2007) por su parte, ven la psicoterapia como:

Una disciplina que obliga al profesional que la practica a enfrentarse directamente al dolor y las vulnerabilidades propias y ajenas, que fuerza a reconocer que terapeuta y consultante somos seres humanos con conflictos y temores, y que nos equivocamos continuamente, pero también que en esos errores existe una enorme fuente de crecimiento (pp.7-8).

Dada la demanda emocional que significa el trabajo como terapeuta es que Guy (1995) destaca la importancia de que los terapeutas consideren su necesidad de amor, comprensión, apoyo, discusión y orientación como cualquier otra persona, pues dejarlas de lado puede tener costos importantes tanto para él como para quienes le rodean (familia y amigos), pudiendo provocar una creciente sensación de insatisfacción y desilusión ante la vida, llegando incluso a perder el sentido de ésta. Volviéndose cada vez más difícil alentar a sus pacientes a mejorar su condición, dado que ellos no han alcanzado la satisfacción en sus propias relaciones personales.

Orlinsky & Rønnestad (2005) respecto de cómo los terapeutas vivencian el trabajo terapéutico han identificado dos grandes dimensiones:

- 1) La experiencia de estar involucrado en una Conexión o Relación Sanadora.
- 2) La experiencia de estar involucrado en una Conexión Estresante.

La Conexión Sanadora se relaciona con el nivel de habilidad actual del terapeuta, un mínimo nivel de dificultades, el uso de estrategias constructivas para manejar las situaciones, la presencia de un compromiso genuino para tener relaciones afirmativas y receptivas con los pacientes, vivir experiencias óptimas en las sesiones, así como una sensación general de eficacia terapéutica (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Se encontró que las variables que mejor predecían las experiencias de Conexión Sanadora con los pacientes eran: el rango o amplitud teórica del terapeuta, el apoyo ofrecido por el lugar de trabajo, la satisfacción con el sitio de trabajo, la amplitud y profundidad de la experiencia del terapeuta con diferentes modalidades de tratamiento, así como un ambiente de trabajo positivo (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Por su parte, la conexión estresante de los terapeutas se relacionaba con la presencia de muchas dificultades en la práctica terapéutica, la cual se acompañaba de uso de estrategias defensivas en el manejo de las situaciones, estrategias terapéuticas poco constructivas, además de sentimientos de aburrimiento y ansiedad durante las sesiones.

Los autores se encontraron con que muy pocas características de los terapeutas permitían predecir una Conexión Estresante, lo que sugiere que este aspecto de la experiencia se relaciona más a las características de los casos y de la práctica profesional. Sin embargo, es necesario constatar que los terapeutas que presentaban mayor estrés eran aquellos que sentían poco apoyo o satisfacción con su sitio principal de trabajo, que no tenían práctica privada y/o se encontraban en un proceso de desmoralización (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

También es importante destacar que la práctica estresante que se da en un 20% de los terapeutas noveles, decrece hasta un 6 o 7 % en los terapeutas más antiguos (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Finalmente, sobre las implicancias de ser terapeuta, Moncada (2004) refiere que los terapeutas identifican las siguientes:

- Ventajas del rol: un espacio de intimidad, una oportunidad de crecer, un desafío a superarse y la experiencia única que significa.
- Desventajas del rol: Exposición a una gran demanda, el contacto con el estrés, la exposición al dolor y el agotamiento.
- Dificultades a las que se han visto enfrentados: pocas instancias de supervisión, baja organización gremial, relación deficiente con las isapres, soledad/ burn out del terapeuta, sufrir vaivenes económicos y peligros de lidiar con otros insanos.

f) Psicoterapia Personal

Los beneficios de que los terapeutas pasen por su propio proceso de psicoterapia personal es un aspecto que prácticamente nadie discute, existiendo varias investigaciones que dan cuenta de ello (ej. Bellows, 2007; Norcross, 2005; Orlinsky, Schofield, Schroder & Kazantzis, 2009; Rake & Paley, 2009;).

Sobre el proceso de crecimiento de los terapeutas, Bellows (2007) destaca la importancia de la existencia tanto de un desarrollo personal como profesional de parte de éstos, haciendo referencia a los estudios realizados por Henry, Sims & Spray (1971) y Rachelson & Clance (1980), que reconocen desde hace ya varias décadas lo beneficioso que resulta para los terapeutas vivenciar su propio proceso de psicoterapia, lo que se condice con las investigaciones de Rake & Paley (2009).

Los estudios sobre la incidencia de la terapia personal de los terapeutas en la práctica clínica coinciden en qué a los terapeutas les permite: una mejor comprensión del poder de los conflictos inconscientes y procesos intrapsíquicos, logran vivenciar el impacto que tiene la técnica psicoterapéutica en los problemas personales, como una relación interpersonal en

marcha le proporciona al terapeuta un modelo del rol profesional que puede adoptar, así como también el terapeuta tiene la oportunidad para resolver problemas personales que puedan interferir con su práctica de la psicoterapia (Dearing, Maddux, y Tangney, 2005, Glass, 1986, Meissner, Ornstein, Fink, y Lewis, 1973, Nierenberg, 1972, Silverstone, 1970, en Bellows, 2007; Rake & Paley, 2009).

También se ha observado que muchos de los terapeutas recuerdan a sus ex terapeutas como modelos para proceder cuando los procesos con sus pacientes se encuentran estancados, así también, se observa que la terapia personal les permite mejorar su sentido de identidad profesional y mejorar sus relaciones interpersonales, donde la aceptación de su propia imperfectibilidad personal en el transcurso de la terapia les beneficia en el aumento de la empatía con sus pacientes, sobre todo al comprender lo difícil que resulta el proceso de cambio en terapia (Bellows, 2007; Rake & Paley, 2009).

Por último, es importante destacar los aportes de Macran y Shapiro (1998, en Rake & Paley, 2009) que en estudios sobre cómo la experiencia de terapia del terapeuta puede mejorar la práctica terapéutica, identificaron cinco aspectos comunes de sus beneficios:

- 1) Ayuda al terapeuta a gestionar los aspectos estresantes de trabajo clínico y mantener una buena salud mental.
- 2) El terapeuta puede tener una mayor auto-conciencia de sus dificultades lo que le permite que éstos no perjudiquen el proceso de terapia con sus pacientes.
- 3) El terapeuta consigue una experiencia de ser un paciente, lo que fomenta la empatía en la práctica terapéutica.
- 4) El terapeuta como paciente se entera de técnicas terapéuticas y experimenta un modelo de comportamiento del terapeuta.
- 5) Una experiencia útil de terapia personal puede desarrollar un sentido de confianza en el proceso de la terapia.

Al respecto, Moncada (2004) reconoce que la psicoterapia personal del terapeuta le permite enfrentar el desafío de ser un espejo saludable, poder separar lo propio de lo del paciente, tener espacios de catarsis y tener una vía de aprendizaje.

Finalmente, varios autores (Bellows, 2007; Moncada, 2004; Moncada, 2007; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Orlinsky, Schofield, Schroder & Kazantzis, 2009; Rake & Paley, 2009; Rønnestad & Skovholt, 2001; Salvo, 2003) dan cuenta de la importancia de la terapia personal en el crecimiento profesional de los terapeutas, debido a que le proporciona motivación, apoyo y estimulación para su desarrollo personal y profesional.

V. PREGUNTAS DIRECTRICES Y OBJETIVOS

i. Preguntas Directrices

¿Qué es para los terapeutas el desarrollo personal?

¿Qué importancia ha tenido su proceso de desarrollo personal en la trayectoria profesional de los terapeutas?

¿Qué aspectos personales reconocen han potenciado su práctica como terapeutas?

¿Cuáles son los desafíos a los que se ven enfrentados los terapeutas en su quehacer profesional?

¿Cómo resuelven los terapeutas los desafíos a los que se ven enfrentados?

ii. Objetivos

Objetivo General:

Describir la influencia que ha tenido el desarrollo de la persona del terapeuta en el quehacer profesional de terapeutas de entre 20 y 35 años de experiencia en psicoterapia.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la comprensión que tienen los terapeutas sobre el concepto de Desarrollo Personal.
2. Determinar la importancia que le asignan los terapeutas al proceso de desarrollo personal en su quehacer profesional.
3. Establecer aspectos de la persona del terapeuta implicados en el desarrollo del ejercicio profesional.
4. Identificar los principales desafíos a los que se ve enfrentado el terapeuta a lo largo de su trayectoria profesional y cómo los resuelven.

VI. METODOLOGÍA

i. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo Descriptivo, debido a que busca caracterizar la experiencia personal en su quehacer profesional de un grupo de terapeutas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; Rodríguez, Gil y García, 1999).

La investigación se llevó a cabo a través de una metodología cualitativa, por ser la más idónea cuando se busca comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quién actúa, centrándose en la búsqueda de subjetividades y adoptando una perspectiva “desde dentro” del fenómeno estudiado (Krause, 1995).

Además, el enfoque cualitativo se caracteriza por ser un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo modifican y transforman en una serie de representaciones, orientado al desarrollo de una comprensión en profundidad de las motivaciones, prejuicios o inhibiciones subyacentes a ciertos comportamientos o escenarios sociales (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). En este caso, respecto del desarrollo de los terapeutas en su quehacer profesional.

Dentro de la metodología cualitativa, el diseño más idóneo para el tema a estudiar es de tipo narrativo “de tópicos” (Mertens, 2005), ya que se pretendió recolectar datos sobre la experiencia de un grupo de terapeutas a lo largo de su trayectoria profesional con el fin de describir y analizar los contenidos obtenidos.

ii. Muestra:

En esta investigación se utilizó una muestra intencionada, no probabilística de “sujetos tipo”, de carácter homogéneo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Para la selección de la muestra se utilizó como criterio de inclusión el que fueran terapeutas experimentados, por tanto, según lo propuesto por Orlinsky & Rønnestad (2005), debían tener más de 15 años de experiencia en psicoterapia. Asimismo, debían declarar adscribirse dentro de uno de los enfoques terapéuticos más enseñados en las escuelas de psicología chilenas: humanista, cognitivo, sistémico y psicoanalista (Prieto & Saavedra, 2002).

El tamaño de la muestra se determinó en base al criterio de la “saturación teórica”, es decir, hasta que la información recogida ya no aportará nuevos elementos a lo establecido (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

De este modo, la muestra quedó compuesta por 12 Terapeutas (6 hombres y 6 mujeres), 3 de cada enfoque psicoterapéutico, con entre 20 y 35 años de experiencia en psicoterapia, que en su mayoría se dedican en este momento a la práctica privada, logrando así la homogeneidad de la muestra.

Sexo	Orientación teórica	Años de experiencia	Procesos de Psicoterapia personal
Mujer	Humanista	35	3
Mujer	Humanista	27	5
Hombre	Humanista	35	3
Mujer	Sistémica	35	3
Mujer	Sistémica	26	6
Mujer	Sistémica	25	4
Hombre	Cognitivo	27	3
Hombre	Cognitivo	28	2
Hombre	Cognitivo	20	2
Mujer	Psicoanalista	21	3
Hombre	Psicoanalista	32	1
Hombre	Psicoanalista	21	2

iii. Instrumentos:

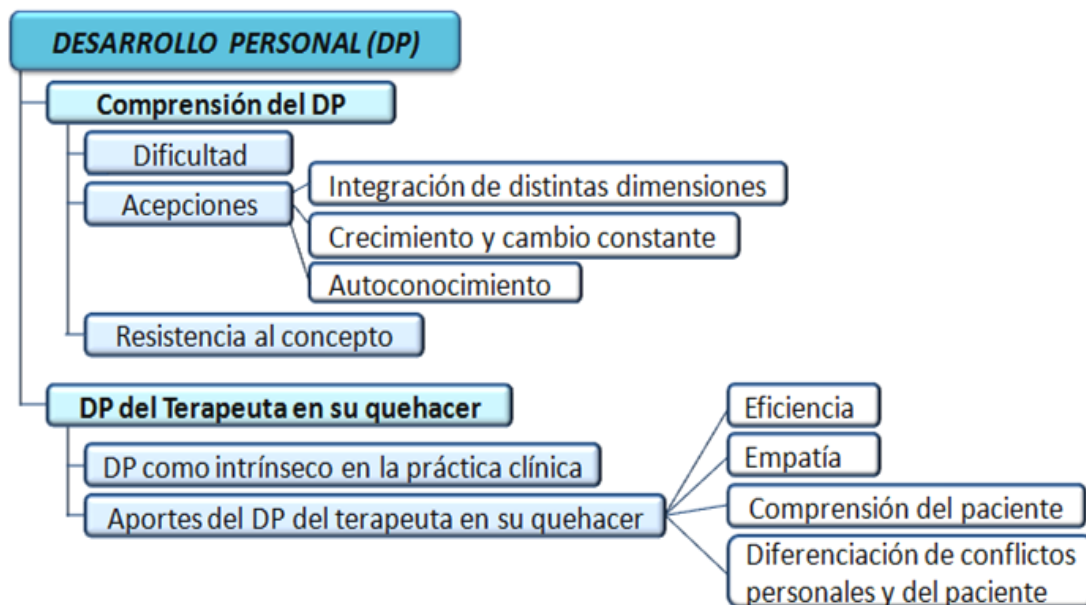
Para levantar la información necesaria para esta investigación se realizaron entrevistas semi-estructuradas, las que contaron con guión temático (en anexo 1), con el objeto de profundizar en la experiencia de los terapeutas en su quehacer profesional, y así comprender el rol que ha jugado su desarrollo personal en el ejercicio terapéutico.

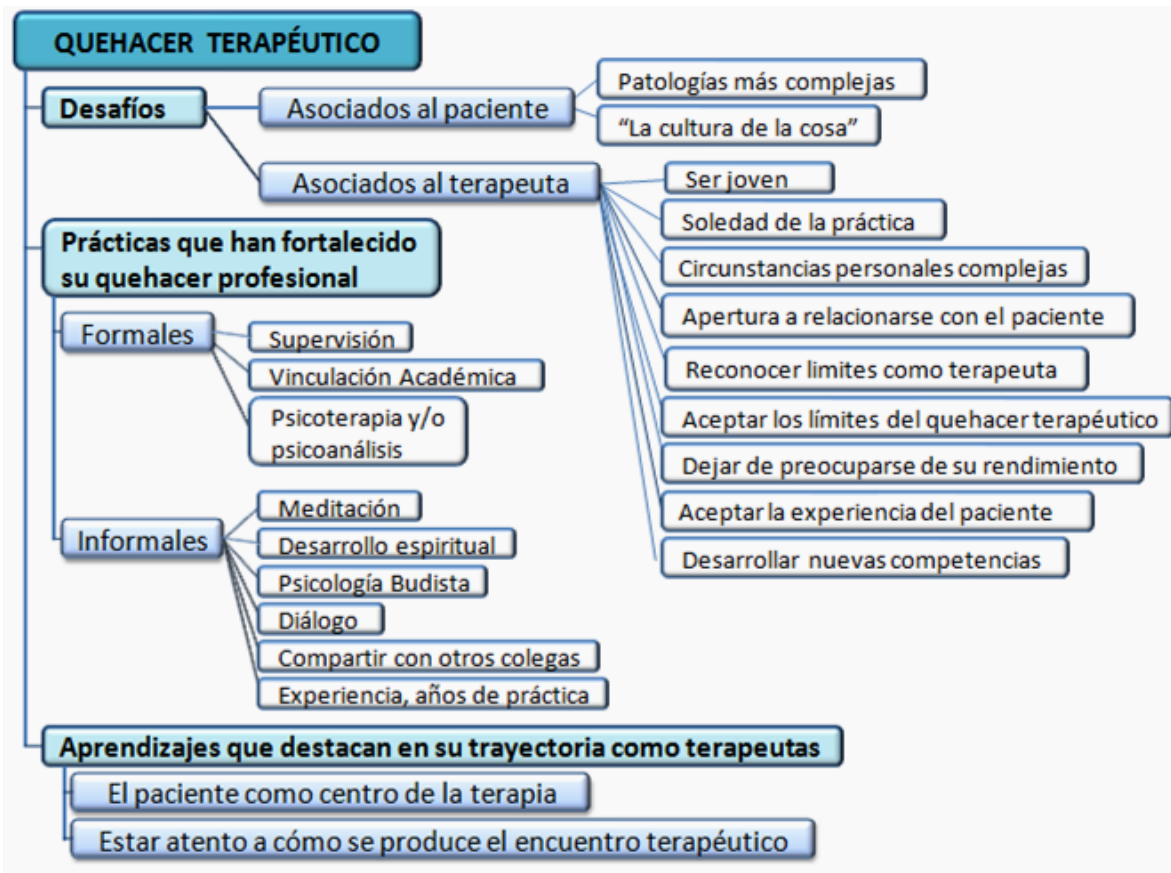
iv. Análisis de la Información

Una vez realizadas las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, resguardando la confidencialidad de los participantes. Posteriormente, la información recabada fue procesada a través de un análisis de contenido, el cual se realizó mediante sucesivas lecturas de sus relatos, con el fin de codificar, fragmentar y sistematizar los contenidos entregados por los terapeutas, seleccionándose los tópicos más relevantes para los objetivos de la investigación (Scribano, 2001).

VII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en torno al desarrollo de la persona del terapeuta a 12 psicólogos clínicos pertenecientes a los principales enfoques utilizados en psicoterapia (humanistas, sistémico, cognitivo y psicoanalista), con entre 20 y 35 años de experiencia en ésta, cuyos principales contenidos quedaron organizados de la siguiente manera:





I. DESARROLLO PERSONAL (DP).

Esta categoría da cuenta tanto de la comprensión (dificultad, acepciones y resistencias) como del rol que tiene para los terapeutas el DP.

i. Comprensión del DP.

Agrupar las distintas nociones que tienen los terapeutas sobre el DP.

a. Dificultad con el concepto.

Si bien todos los terapeutas lograron entregar sus apreciaciones, a favor o en contra del DP, algunos de estos tuvieron dificultades en un primer momento al referirse al concepto.

"No sé cómo responderte la pregunta, porque no se desde qué área me lo estás preguntando" (V.1).

“Desarrollo personal, mira lo primero que se me viene es como taller de desarrollo personal... no sé... desarrollo personal...” (X.1).

b. Acepciones.

Aborda los distintos significados que le asignan los terapeutas al concepto de DP, los cuales giran en torno a: la integración distintas dimensiones, un crecimiento y cambio constante, y autoconocimiento.

• Integración de distintas dimensiones.

Asociado a una noción del ser humano compuesto por distintas dimensiones y la necesidad de darles un lugar a todas ellas como parte de su desarrollo.

“[...] hay como 2 cosas, una es lo que llamaban de la sombra, es decir, que uno integre todo lo que ha rechazado, esa es una etapa enorme digamos... como todo lo que no te gusta de ti, lo que tú ocultas, lo que a ti te da vergüenza como que todo eso lo integres esa es la primera etapa. Y segundo, digamos trascendencia, o sea la dimensión espiritual como darse cuenta que... [...] o sea que no estás solamente abandonado con tus propios recursos [...] (III.1).

“Supongo que es como desarrollar todo lo que uno es como humano y uno es tantas cosas. Uno es una persona como te decía sociable, una persona de esfuerzo, una persona que practica, uno es un ser sociable, uno es familiar, uno es trabajador y está la parte del logro, de una meta, entonces darle espacio a todo eso [...]” (VIII.1).

• Crecimiento y cambio constante.

La mayor parte de los entrevistados coincidió respecto del DP como un proceso asociado al crecimiento y cambio constante a lo largo de la vida de los seres humanos, siendo responsabilidad de cada uno darle una direccionalidad particular a éste.

“Crecer, estar... yo creo en el crecimiento, que pese a la edad que tenga uno nunca es igual al año anterior... entonces estar abierto a la vida para ir aprendiendo; para ir conociendo temáticas y conociendo más a la vida... abrirse más a la vida...” (II.1).

“Un desarrollo constante, una preocupación constante, y una atención constante al desarrollo personal en todos los ámbitos, [...] estar siempre abierto a ser mejor persona siempre” (VI.1).

“El desarrollo personal es un camino que emprendemos todos, psicólogos y no psicólogos por tratar de lograr ser mejor persona, una persona más plena, una persona más integrada, una persona más saludable en el aspecto psicológico, físico, espiritual, y en ese sentido el desarrollo personal tiene que ver con un caminar que uno va haciendo y va pudiendo cada cierto tiempo, evaluarse y reorientar las decisiones que pudo haber ido tomando, generando de alguna forma una mirada de la propias vivencias como si fueran una esfera [...]” (IX.1).

• **Autoconocimiento**

Se considera el conocimiento personal como un aspecto central del DP.

“Estar elaborándose y conociéndose, parte de un conocimiento, de un crecimiento, de una elaboración, de cómo se ve uno mismo y cómo se ve uno mismo reflejado en el mundo y con las personas que están a su alrededor, conociéndose cada vez más en los detalles, en los engranajes internos mínimos, y ese crecimiento permitirte estar mejor, estar en una mejor relación con los demás, eso para mí es el desarrollo personal” (V.2).

“En primer lugar el propio psicoanálisis, y en segundo lugar hacer análisis también es desarrollo personal [...] Es que vivir es un desarrollo personal. Ahora claro, hacer una vida muy complicada muy destructiva o autodestructiva, no le podríamos llamar desarrollo personal, pero uno puede ir haciendo una vida que a uno lo desarrolle en el sentido también de hacerse mejor, de vivir mejor, de comprender mejor las cosas que ocurren en nuestro entorno y a uno mismo. Todo eso puede entenderse como desarrollo personal, ahora dentro de eso, [...] Ejercer el psicoanálisis, trabajar de acuerdo a las reglas con los pacientes, vivir la aventura de psicoanalizar, pero todo eso con posterioridad a haber tenido el propio psicoanálisis” (XI. 2,3).

c. Resistencia al concepto.

Algunos terapeutas se manifestaron en desacuerdo con el concepto de DP, asociado a tres aspectos: cuestionar la direccionalidad supuesta detrás del DP, encontrarlo un absurdo o considerarlo un mito muy optimista.

“[...] yo más bien lo que he aprendido es que más bien uno tiene que desaprender la construcción del ego que ha hecho y que le interfiere en su modo de estar en el mundo. Entonces como más bien rescatar lo original, más que caminar hacia adelante [...] yo creo que es más bien la imagen de la... no sé po, de las semillas que tiene todo desde el árbol, que tiene todo lo que necesita y que en el camino en vez de transformarse en árbol se transformó en cualquier cosa, entonces como rescato más bien mi origen, me da esa sensación” (I.4,6).

“Un mito, en ese sentido, es decir, es un mito muy optimista, cuando se habla de que la idea de desarrollo habla entonces de un proceso más o menos ininterrumpido que avanza hasta cierto punto ideal, eso puede ser como la adultez como un momento ideal de la vida, o qué sé yo... el logro de una... no sé un vínculo mucho más pleno, o la iluminación si uno piensa desde ese punto de vista [...] Ahora si lo miras desde otro punto de vista, las cosas que se conciben en una etapa se pierden en otra, es decir, por ejemplo, uno no vive las cosas con tanta intensidad las cosas como en la niñez, o no tiene la misma tranquilidad como en la adultez tardía, en que tus expectativas también disminuyen, en que uno se siente menos devaluado, y presionado, etc. se pierden otras cosas” (XII.1).

ii. DP del terapeuta en su quehacer.

Los terapeutas dan cuenta del lugar que ha tenido el DP en su trayectoria profesional. Existiendo consenso de lo relevante que ha sido en la práctica clínica, especialmente en su perfeccionamiento como instrumento.

a. DP como intrínseco en la práctica clínica.

Los terapeutas reconocen su DP como indisociable de la práctica clínica, homologándolo incluso con el aporte de la técnica en el desarrollo profesional.

“[...] no puedes desligar el desarrollo personal con el desarrollo profesional, en nuestro caso los clínicos, el desarrollo personal está ligado con el desarrollo profesional. Está absolutamente ligado” (VI.4).

“[...] yo creo que una cosa es ser buen terapeuta, y uno puede ser experto en las técnicas, pero hay otra cosa muy distinta que es más difícil y es ser mejor persona, si uno es mejor persona, sin duda será mejor terapeuta, sin duda y eso tiene que ver con el camino del desarrollo personal” (IX.3).

“hay distintas concepciones de lo que es ser terapeuta... o sea una es que tú te aprendas técnicas y que tú te supervises y que sigas aprendiendo técnicas, etc. esa es una... yo más bien creo que hay una segunda alternativa, otra forma de verlo... mientras más tú te trabajas, o sea más eficiente y afluente, lo que no significa aprender técnicas necesariamente, o incluso tener una idea clara de lo que estás haciendo, porque empieza a funcionar algo que no es de cabeza [...]” (III.5).

b. Aportes del DP del terapeuta en su quehacer.

Se reconoce al DP del terapeuta como un elemento importante que les permite optimizar su desempeño en la terapia, pues contribuye a mejorar: su eficiencia, empatía, comprensión, y capacidad de discriminar entre sus conflictos personales y los del paciente.

• Eficiencia.

Los terapeutas plantean que en la medida que están mejor consigo mismos pueden ser una mejor herramienta en la terapia y por tanto, enfocar mejor y obtener resultados en un menor tiempo.

“yo creo que en la medida de que uno está más centrado en uno y está más abierto también a la vida... varía la sensibilidad con el paciente... la apertura a captar distintos matices y parece que uno enfoca más rápido, pareciera que uno pierde menos tiempo en tonteras...” (I.4).

“Porque en la medida en que uno está equilibrado, que uno ha experimentado la vida, que uno es más normal, no sé si más normal, pero al menos la experiencia, diferentes rutas, uno está más equilibrado, entonces si uno está más equilibrado, está más en paz con uno mismo, eso es estar en mejor condición para atender, para acoger al otro, para atender al otro, de ver donde está ubicado el otro y el ser

más eficiente y uno es capaz de ser más transparente, más no sé po, más honesto, directo, más eficiente, ser... No sé, limpio, plenamente limpio para el otro. Entonces sí, es fundamental. Si la dosis es uno. [...]" (VIII.3).

- **Empatía.**

Los terapeutas plantean que en la medida que se conocen y trabajan más en sí mismos, pueden conectarse mejor con la experiencia del paciente.

[Respecto de su desarrollo personal] "Cada vez lo he ido potenciando más, porque cada vez me he ido preocupando más del asunto... entonces me abre sensibilidad en lo que estoy haciendo, lo que estoy ayudando, en lo que no estoy ayudando, hacia dónde tengo que avanzar, hasta donde no tengo que avanzar, en renunciar un poquito a la omnipotencia también... en nuevamente enfocar más rápido... y creo que a veces es súper terapéutico... porque yo creo que antes... cuando uno no se conoce tanto y no está tan... está más cerrada la vida y está más centrada como en objetivos más mentales... uno trata como de forzar un poquito más las cosas... en cambio cuando uno está así, estás más tranquilo... [...]" (II. 9).

"[...] en la medida que el terapeuta tiene un mejor desarrollo personal va a poder empatizar mejor con el paciente, va a poder entregarle una mejor calidad de servicio, va a ser una persona que va a tener una mayor amplitud de criterio, es un persona que va a estar más abierta, menos discriminadora, menos prejuiciosa, absolutamente" (VI.3).

- **Comprensión del paciente.**

Los terapeutas plantean que en la medida que se desarrollan como personas, pueden acompañar mejor al paciente, gracias a una mejor comprensión de lo que le ocurre a éste, producto de un mayor autoconocimiento y apertura.

"[...] yo puedo acompañar a una persona hasta donde yo haya... o sea por ejemplo tú, por ejemplo tú tienes una experiencia peak, te despersonalizas o te pasa algo raro me entiendes y yo digamos tengo un criterio psiquiátrico por esos casos yo no te voy a poder ayudar nada, si yo no tengo alguna familiaridad con eso [...] yo no necesito haber hecho todo, yo tengo que por lo menos tener una familiaridad, saber que eso existe por lo menos" (III.3,4).

“[...] en la medida que tú te sientes con muchas posibilidades también tú tienes una mirada del otro con muchas posibilidades, si tú tienes la sensación de que las posibilidades están todas dispuestas, el encuentro con el otro es un encuentro de iguales, si yo tengo mis posibilidades el otro tiene sus posibilidades y las de él están limitadas, las mías son mejores que las de él en este momento, por eso puedo estar aquí y estar sentado, y eso es un juego de posibilidades [...]” (VII.2).

• **Diferenciación entre conflictos personales y del paciente.**

Los terapeutas reconocen que en la medida que conocen mejor sus conflictos pueden discriminar mejor entre estos y los del paciente en la psicoterapia.

“En la medida que uno se conoce más a sí mismo, tiene más elaborado todos sus aspectos los positivos, los negativos, sabe cuáles son sus temas delicados y cuáles son sus fortalezas, es un mejor instrumento, una mejor herramienta, para poder distinguir cuando se está frente a una temática que tiene un sentido especial para uno, y por tanto, estar más alerta. Puedes diferenciar mejor y puedes tomar una mayor distancia, o supervisarte [...] cada vez más eficiente porque estás cada vez más en una especie de desvinculación con el tema que estás tratando, pero vinculación con el tema del otro [...]” (V.4,6).

“[...] entre más las conozco, eh... más consciencia tengo de los conflictos entonces menos los actúo, actuar quiere decir, entonces llevarlos a la práctica, sin que puedas mentalizarlos, sin que logres mayor consciencia de qué es lo propio que se está expresando allí. Los mecanismos de defensa actúan principalmente en aquello del otro que entra en vínculo con aspectos reprimidos del propio terapeuta. Entonces es determinante” (XII. 4).

II. PERSONA DEL TERAPEUTA

Esta categoría reúne todas las experiencias personales que los terapeutas reconocen han afectado su quehacer, dando cuenta así de las experiencias significativas que se relacionan con la elección de ser terapeuta, las que han potenciado su quehacer profesional, así como ha influido en su vida el ejercicio de la psicoterapia.

i. Experiencias significativas relacionadas con la elección de ser terapeuta.

Los terapeutas reconocen algunos hechos de su vida relacionados con la elección de la práctica clínica, reconociendo la presencia de una curiosidad por entender el funcionamiento de la mente, la preocupación por comprender a otros y acercamientos a conflictos psíquicos.

a. Curiosidad por entender la mente.

Los terapeutas refieren que desde temprana edad tenían la necesidad de entender cómo funcionaba la mente, de conocer más de sí mismos, aspecto que canalizaron de alguna manera con la elección de la psicoterapia.

“La lengua va donde la muela duele, dicen. Eh... yo siempre tuve mucha necesidad de entender, aunque creo que no entendí nada, no entendía cómo funcionaba el mundo. Y yo cuando entre a estudiar psicología quería entender cómo funcionaba la mente, esa era mi motivación y de los 5 años de escuela no aprendí nada sobre cómo funcionaba la mente. Desde el budismo zen pude entender cómo funcionaba la mente. Pero era como mi necesidad de comprender, de entender” (I.21,22).

“[...] Entonces por qué funciona cómo funciona, y los últimos años de la vida estoy qué sé yo, explorando estados de conciencia y es fantástico, cómo está su conciencia en ciertos momentos, en qué está por ejemplo, cómo se resuelven los problemas, siempre estoy pensando cosas así yo, experimentando conmigo mismo. Tiene que ver con esta curiosidad innata como que viene desde hace mucho tiempo” (VIII.23).

b. Comprender y relacionarse con otros.

Algunos terapeutas refieren que entre las motivaciones de ser terapeutas estuvo su interés desde pequeños por conocer, comprender y ayudar a otros.

“[...] cuando yo te digo que de chica quise ser terapeuta es porque de chica conversaba con mis amigas y era yo la que daba consejos, era yo la que no se qué... ahí tú te das cuenta que hay una capacidad empática previa, de una capacidad de observación, de una capacidad de expresar, no, no es expresar, de... de mostrarle al otro cosas y que el otro te escuche, de ser escuchado, la capacidad de ser escuchado, de hacer que te escuchen” (VI.19).

“[...] que los psicólogos podemos ser un poco sobre adaptados, podemos ser niños que emocionalmente han tenido que ser sobre adaptados, y entender a los papás, familias, diversos conflictos... pero sí pienso que uno como que emocionalmente tiene como una habilidad más especial de entender los problemas, desde chicos yo creo, los problemas emocionales de los otros e interesarnos la vida mental de las personas y la de uno [...]” (X.23a).

c. Acercamiento a conflictos psíquicos.

Varios terapeutas recuerdan algún evento de su infancia en que se relacionaron con personas que padecía algún tipo de trastorno psíquico y/o psiquiátrico o haber vivenciado algún conflicto y/o dificultad a lo largo de su vida antes de ser terapeuta.

“Y yo creo que hay un evento, que yo me acuerdo... que yo tuve una nana que venía del sur y que tuvo esquizofrenia... y yo le vi teniendo 8 ó 9 años, vi su proceso de enloquecimiento... ella me contaba... qué sé yo, las alucinaciones y terrible... bueno finalmente mis papás tuvieron que hospitalizarla y ahí yo me conecté con... ¡oh!... existe la locura... ¡que susto!... y entonces yo creo que eso también influyó en como de... ¡ay!... voy a buscar la forma de qué... ¿se podrá controlar eso?...” (II.16).

“[...] desde que alguien decide estudiar psicología no es una elección trivial, y después dentro de la psicología, convertirse en psicoterapeuta clínico, tampoco es trivial. Nadie anda eligiendo familiarizarse con la locura o con los conflictos psíquicos sin tener alguna familiaridad con ellos, por los propios conflictos psíquicos, eso es siempre así [...]” (XI.13).

ii. Experiencias que han potenciado su labor.

Esta subcategoría incluye aquellas experiencias personales que los terapeutas reconocen les han ayudado a desempeñar mejor la psicoterapia, asociado a una amplificación de su campo perceptivo.

a. Vivencias que amplifican la experiencia.

Los terapeutas destacan entre éstas dos tipos de experiencias que han contribuido en su labor: experiencias conflictivas y experiencias vitales diversas.

- **Experiencias conflictivas.**

Varios terapeutas destacan la importancia de entender y dar un sentido a las experiencias conflictivas que han debido enfrentar para poder ser un mejor catalizador de los procesos de elaboración de los pacientes.

“[...] hay algo que lo había olvidado, que para mí fue tremendamente importante y lo tuve que ir elaborando y que hice una psicoterapia al respecto y que tiene que ver con la seguridad personal, yo viví en una familia que sufrió el golpe de estado, yo tenía 13 años en ese tiempo, entonces yo me pase mi enseñanza media y mi adolescencia con el golpe de estado y toda la problemática de torturados, de desaparecidos, lo mismo en mi familia, porque por las participaciones políticas de mi familia, nosotros lo sufrimos, no fuimos la parte que dijo a ¡por fin termino!, sino que fuimos la parte... asustados de qué iba a pasar [...] y creo que la... que esta experiencia de vida, más que una dificultad en la medida que uno lo enfrenta, en la medida que uno lo elabora y lo resuelve, pero tienes que enfrentarlo y resolverlo, después te sirve mucho” (V.26,27).

“Ah... ojo... me ha pasado también en periodos -es bien loco esto- que he estado pasando momentos duros, difíciles... como dolorosos... y han sido momentos en que creo he hecho mis mejores terapias. [...] entonces yo creo que más que el estado de bienestar [...] entonces para mí lo que es fundamental es que en tanto uno está conectada con lo que está pasando, potencia la terapia... no tiene que ver con el estado de bienestar [...]” (II.6,7).

- **Experiencias vitales diversas.**

Los terapeutas reconocen que tener diversas experiencias a lo largo de su vida les permite establecer un mejor contacto con los pacientes, debido a que les proporciona una mayor apertura a la vida, por ende al contacto con los pacientes. Entre estas experiencias destacan: vivir un duelo, ser madre/padre, formar una familia, tener la instancia de reflexionar sobre la vida a temprana edad con adultos, consumo de sustancias alucinógenas en un contexto terapéutico, vivir en comunidad, instancias de contacto espiritual y relación con otros.

“[...] entre uno tenga más experiencias de vida, pero pueda elaborarlas, pueda disponer de ellas, tener más capacidad para discriminar, para poder hacerlas conscientes, en fin, para poderlas incorporar en otros procesos, entonces se enriquece uno como terapeuta [...]” (XII. 11).

“[...] hoy día puedo relacionarme con alguien en duelo de una manera absolutamente distinta que antes de tener un duelo, antes de tener un duelo no alcanzaba a dimensionar lo que al otro le estaba pasando y entonces había un espacio que no... Y yo creo que eso me pasa dependiendo si hay una experiencia con la que yo puedo conectar y que comparto con el otro, me es más fácil entrar en ese espacio [...]” (I.29).

“Qué aspectos han potenciado... Yo creo que la propia vida me ha puesto en un camino que me ha hecho crecer, el haber formado una familia, el ser papá, el enfrentarme a las dificultades de tener que ser papá, de crecer con los hijos, las dificultades como pareja, el desafío de mantener una familia, eso es importante, eh... como vivencia personal” (IX.17).

iii. Implicancias de ser terapeuta.

En esta subcategoría los terapeutas manifiestan cuál ha sido la incidencia que ha tenido en su vida el ejercicio de la psicoterapia.

a. Posibilita mayor apertura.

Los terapeutas coinciden en que el ejercicio de la psicoterapia les permite ganar una mayor apertura a las distintas posibilidades que tiene la vida, gracias a que con cada paciente pueden evidenciar in situ la existencia de éstas posibilidades.

“Yo creo que uno aprende muchas cosas a parte de lo que tú vez en tus propios procesos terapéuticos, aprendes con cada paciente, igual aprendes para ti mismo, o sea de alguna manera, los cambios en el otro también te sirven a ti, como va esto resulto me abre posibilidades a mi también, y como yo trabajo desde la co-construcción, no soy yo el experto, sino que voy co-construyendo con el otro [...]” (VI.9).

“Yo creo que ha sido muy bueno encontrarme con la psicoterapia, creo que yo naturalmente era bastante más impulsiva, bastante más voluntarista, bastante también em... rígida en las valoraciones éticas morales y acá sentada me ha tocado atender a gente pero... de las cuales yo jamás habría sido amiga o amigo y he podido como adentrarme en su mundo... obligándome a no enjuiciar, a no descalificar, a no... a entender también... y eso me ha ayudado mucho, sin abandonar mis puntos de vista que sigo día a día, pero me ha dado un poco más de amplitud creo yo” (IV.11).

b. Mayor consciencia personal.

Los terapeutas reconocen que el ejercicio de la psicoterapia les permite desarrollar una mayor consciencia personal, debido a que como son su propia herramienta de trabajo deben estar constantemente auto-observándose para propiciar una mejor relación con el paciente.

“[...] ha implicado gran parte de mi vida el desafío de cómo puedo estar más a disposición de otros y con todo lo que eso significa en términos de mi propio trabajo conmigo, estar permanentemente mirando eso y trabajando porque eso se sostenga” (I.18).

“[...] tiene que ver con que el ser terapeuta es un camino también, que tiene que ver también con el constantemente estar atento a lo que uno va viviendo como persona, el enfrentarse al drama humano que uno ve día a día en un paciente, le permite a uno valorar lo que vive, le permite a uno disfrutar lo que tiene, trabajar por mantener lo que tiene, evitar aquellos errores que pueda cometer, entonces yo creo que el ser terapeuta lo mantiene conectado a la vivencia de lo humano de lo trascendente, y yo creo que ese es un impacto muy significativo” (IX.8).

c. Un reto.

Varios terapeutas coinciden en que su rol implica un desafío a nivel personal dado que a veces su trabajo puede significar un descuido de sus aspectos personales. Además, refieren que si bien es una carrera profesional con muchas recompensas y satisfacciones, también implica realizar esfuerzos tanto en la formación (tiempo y dinero) como las relaciones interpersonales, donde muchas veces debe luchar con ciertos estereotipos de lo que significa y/o debería caracterizar a un terapeuta, por ende, con un impacto en su estilo de vida.

“[...] yo creo que más me ha ayudado, pero así no le rindo pleitesía al rol del terapeuta... felizmente no ha sido mi caso... pero conozco colegas que son geniales como terapeutas, pero que perdóneme dios como tienen la escoba en su vida personal [...] otros también, como saben que tú eres terapeuta, tú marido, quien sea... te van a poner ojo... típica historia que te pasa, el otro día que fui a una cuestión de nada que ver... de unas cuestiones de belleza, de ese estilo... cuando la niña se enteró que era psicóloga... uuff!!... me va a analizar... por eso a veces te desayuda... mi rol también... te ponen en el ah!! [...]” (II. 14).

“Ésta es una carrera de mucho costo, requiere el estar haciendo cursos, seminarios, comprando libros y eso también es un impacto, y también es un impacto el hecho de que es una carrera que tiene un costo muy alto en términos de que en la actualidad, tiene una rentabilidad menor que otras profesiones, [...] entonces ser terapeuta es casi un apostolado y una forma de ver la vida distinta, sobre todo para los hombres, donde la exigencia es mucho mayor [...] pero elegí esto por el servicio, por el desarrollo, cuando uno elige lo elige por eso, pero hay un impacto en el otro plano también [...] pero yo lo entiendo como una opción de vida más bien, sin embargo, el enriquecimiento que uno logra como persona, es impagable...” (IX. 10).

III. QUEHACER TERAPÉUTICO

Esta última categoría reúne las experiencias de los terapeutas en la práctica clínica, integrando tanto los desafíos que han debido enfrentar, los elementos que les han resultado útiles para enfrentarlos, así como los aprendizajes que han obtenido a través de su trayectoria profesional. Es importante destacar que se han considerado los distintos desafíos y elementos que los terapeutas reconocen han utilizado tanto para enfrentar los desafíos como para fortalecer su desarrollo profesional, más allá de la cantidad de terapeutas que coincidieron en cada uno de ellos, con el fin de dar cuenta de la diversidad existente.

i. Desafíos.

Esta subcategoría reúne los distintos desafíos y/o dificultades que han debido enfrentar los terapeutas a lo largo de su ejercicio profesional, tanto con relación a los pacientes como de su ejercicio como terapeuta.

a. Asociados al paciente.

Los terapeutas reconocen principalmente dos desafíos asociados al paciente: el abordaje de patologías más complejas y luchar contra “la cultura de la cosa”.

• Patologías más complejas.

Relacionado a pacientes que vuelven especialmente complejo el abordaje terapéutico.

“Los hombres pasivos son un profundo desafío, porque en el proceso cualquier persona que pueda participar eh... aportando información, tomando la iniciativa de vincularlo con sus síntomas o su proceso respectivo aporta muchísimo al desarrollo del psicoanálisis, eh... pero particularmente alguien que se concentra en un lugar que no despliega ninguna iniciativa suele ser bastante más lento, demoroso y trabajoso, porque además instalan la expectativa de que uno sea el que asuma la iniciativa, la actividad, el trabajo [...]” (XII.7).

• “Cultura de la cosa”.

Se hace alusión a la necesidad de cambiar el paradigma de como se relacionan los pacientes consigo mismos y lo complejo de ello.

“El desafío profesional más grande es la cultura de la cosa, es que los pacientes se ven a sí mismos como cosas, si yo tengo una depresión, tengo un diagnóstico de bipolaridad, entonces yo soy depresivo, soy cosa po, es como si el cuerpo tuviera una cosa, tengo una rodilla enferma no me pertenece a mí y ese es un problema, transformar esa idea de la cosa en que, en una persona que tenemos que ver cómo opera como persona no como cosa es lo más difícil además muy poco llevado por los colegas, [...] el objeto de estudio es la experiencia de la persona, no la enfermedad” (VII.9).

b. Asociados al terapeuta.

Los entrevistados hacen alusión a nueve desafíos relacionados con su ejercicio profesional: ser jóvenes al momento de comenzar a ejercer la psicoterapia, la soledad de la práctica, pasar por circunstancias personales complejas, apertura a relacionarse con el paciente, reconocer los límites como terapeuta, aceptar los límites del quehacer terapéutico, dejar de preocuparse por su rendimiento, aceptar la experiencia del paciente y desarrollar nuevas competencias.

• Ser joven.

Este desafío hace alusión al comienzo de la práctica clínica a la dificultad del terapeuta de comprender realmente lo que le ocurre al paciente o de transmitirle confianza a éste sobre su quehacer. Se asocia principalmente a la falta de experiencia de vida o la sensación de inseguridad del terapeuta al respecto.

[Sobre el desafío de ser terapeuta al comienzo de su carrera] “[...] cómo hacer que te crean, ese es el punto, tener peso de credibilidad, de tú estás hablando de experiencias de la vida, y hay veces que estás hablando de ser mamá y todavía no eres mamá, y estás trabajando ser mamá con otro, entonces cuánta credibilidad puedes tener o no frente al paciente si tu eres tan chico, me toco de esa época, para contarte, ¿usted tiene hijos o y usted es casado?, o sea usted me está hablando de todo esto, pero usted tiene experiencia en lo personal, eso me pasaba [...]” (VI.7)

• Soledad de la práctica.

Se relaciona con que gran parte del trabajo terapéutico se realiza solo con el paciente, lo que para algunos terapeutas puede significar un desafío. [Si bien sólo una terapeuta da cuenta de él, se lo aborda dado su correlato con la literatura al respecto].

“[...] hubo una época de la clínica individual en que era como sentir que sonaban los grillos... aunque tuviera supervisor o qué sé yo... hay una cosa entre tú y el paciente que es tremendamente... en que tú estás muy solo... la soledad es un desafío, la enfrente yo creo con mi forma de mirar psicoterapéuticamente” (II.11).

- **Circunstancias personales complejas.**

Varios terapeutas reconocen que a veces puede ser un desafío para ellos ejercer su rol cuando a nivel personal están pasando por dificultades importantes y es complejo parar. Sin embargo, pocos recuerdan episodios en que haya terminado siendo perjudicial para el paciente, logrando enfrentarlo satisfactoriamente.

“A lo mejor momentos en los que uno ha estado muy convulsionada por aspectos personales... en que también los hijos juegan un rol importante [...]” (IV.15).

“en el 2007 mi esposa tuvo un cáncer, yo recuerdo tenía la mente en otra cosa, tenía un paciente acá (consulta), muy obsesivo con dificultad de conectarse emocionalmente, de establecer vínculos en fin. Recuerdo que lo olvide atender, lo olvide, olvide la sesión, una o dos veces, donde habían actos transferenciales fregados [...]” (XII.17).

- **Apertura a relacionarse con el paciente.**

Los terapeutas refieren que cada nuevo paciente es un desafío debido a que es un mundo psíquico por descubrir, aprender y relacionarse, siendo el principal desafío abrirse a la aventura de vivir con la incertidumbre de lo que significa aquel acto de relacionarse con personas distintas día a día.

“Cada nuevo paciente es un nuevo desafío. O sea, es como el mayor desafío es cómo permanezco abierta a lo que sea que ahí surja, como la primera sesión de cada paciente nuevo es como y... ¿a qué mundo voy a entrar y cómo me abro a ese mundo?” (I.12).

“Los pacientes en sí mismos son un tremendo desafío, porque la diferencia de las visiones positivistas que con el diagnóstico uno puede tener una clara y ambiciosa visión acerca del diagnóstico y del pronóstico y por tanto, del tratamiento más apropiado, en psicoanálisis uno tiene una manera más aproximativa de acercarse a la comprensión o al ámbito en que podría darse algunas cosas, pero no es eh... el ejercicio de una técnica el psicoanálisis sino que es la práctica de un proceso de descubrimiento individual y en ese sentido no existe un diccionario acerca de las

neurosis, cada paciente tiene conflictivas que van a incluir aspectos de distintos niveles [...] (XII.6).

- **Reconocer límites como terapeuta.**

Los terapeutas plantean la necesidad de reconocer sus límites para poder llevar una práctica más empoderado en su papel y lograr una experiencia terapéutica más placentera producto de no exigirse ser o hacer algo que no puede. Resultando liberador tanto para él como para el paciente, a pesar de ello, reconocen lo complejo que puede llegar a ser.

“[...] yo he tenido que aprender a aceptar mi forma de hacer las cosas... y yo creo que eso es lo que yo he tratado de comunicar a la gente que enseñó [...] no es que Rogers o Perls o nadie tenga la manera correcta, como que uno lo tiene... entonces eso... yo creo que en el fondo como que nuestro proceso uno va aceptándose cada vez más, eso es lo que debiera ir haciendo, no comparándose, y... valorando tu propia manera [...]” (III.12).

“O sea, al principio aparecen los pacientes complejos porque uno no tiene tanto entrenamiento, después ya no. O sea, hay pacientes complejos, pero uno sabe que es porque el paciente es complejo, no tiene por qué ponerse nervioso, el paciente es complejo y llega a ser muy frustrante. Antes podría decir, uno dice ah no me la puedo, no soy capaz [...] entonces ahora uno dice ah se puede, no se puede, no se puede se deriva a un centro. No solamente tengo que salvar a todo el que llega, es llevarlo sabiamente” (VIII.13).

- **Aceptar los límites del quehacer terapéutico.**

Los terapeutas dan cuenta de la importancia y lo complejo que resulta, sobre todo al comienzo, entender y aceptar los límites de la práctica clínica respecto del trabajo con el paciente, así como del reto que implica trabajar con otros profesionales.

“[...] el tema de la compasión... y de sentir que es realmente doloroso ver que hay alguien que no puedes ayudar nomás y no deja de ser... no es gratis... duele, a mi me duele... te duele por el otro también, [...] gente súper joven que está al borde del suicidio y que podrás mandarlos a fármacos, y le darán alguna cosa... y ya con la experiencia tú vas olfateando más rápido... podrás mandarlo a fármacos, podrás

hacerle veinte mil psicoterapias... vino a esta vida a auto-eliminarse... esas cosas duelen [...]” (II.13).

“[...] las temáticas infantiles, que no se resuelven con la psicoterapia, ese es un tema que a mí me costó bastante, la temática infantil que no sólo depende del trabajo que tú puedas hacer sino que depende de otras circunstancias, de otras condiciones [...] como que no son temas psicológicos o psicoterapéuticos sino que sociales, [...]” (V.11,12).

- **Dejar de preocuparse por su rendimiento.**

Los terapeutas refieren lo complejo que resulta dejar de lado la necesidad de sentir que hacen las cosas bien y dar mayor protagonismo a las necesidades del paciente, aceptando el ritmo y las dificultades que pueda tener.

“[...] un desafío grande para los terapeutas es como dejar de estar centrados en sí mismos, que en hacerlo bien, en ser inteligentes, en decir algo que corresponda al marco teórico, en que dije algo que fue súper aportador y así no me deprimí y que en el fondo se centra en mí más que en el paciente. Y salir de ahí no es fácil a lo largo del ejercicio profesional, porque uno pasa muchos años más pendiente de sí misma, que del paciente” (I.14).

“Mira uno va desarrollando una paciencia sobre todo... eso es un desafío y la aceptación... [...] Si como que al principio era más intolerante, más impaciente, más apurón y digamos esas son cosas que hay que ir desarrollando... Sí uno quiere hacer psicoterapia también tiene que tener su ritmo...” (III.8,9).

- **Aceptar la experiencia del paciente.**

Los terapeutas se refieren a la dificultad de no juzgar la experiencia del paciente con etiquetas como “bueno o malo” y poder acompañarlo desde otra posición que lo lleva a reconocer que la experiencia del paciente es tan válida como la de él.

“Yo creo que otra parte fundamental de ese instrumento es como suspender el juicio, que es como yo digo que es hasta difícil de describir, pero es como cómo permanezco ahí con esto que no es ni bueno, ni malo, porque yo creo que implícitamente uno tiene eso y tiene implícitamente que esto que le está pasando

es malo y tendría que pasarle algo bueno [...] Yo creo que esa es una pega importante, el cómo poder estar sin juicio y mirar desde otro lugar” (I.33).

[sobre su desarrollo profesional en el tiempo del golpe militar] “De repente era chocante que llegaba una persona de la CNI de milico y era, eso era, pero eso me ayudo a ser muy profesional, lograba separarme completamente de lo personal, [...] era difícil eso, uno se tiende a disociar, pero eso fue al comienzo, además, la gracia que tenía el tener un modelo conductista es un modelo muy impersonal, entonces favorecía [...] tú tienes derecho a decir no acepto este paciente de nuevo, pero si lo aceptas, tienes toda la responsabilidad” (VII. 18,19).

“[...] fue un gran, gran desafío cómo yo logro entender a alguien que sea totalmente distinto y lo valoro y lo valido y entiendo que pueda ver el mundo de esa forma” (IX.5).

- **Desarrollar nuevas competencias.**

Los terapeutas reconocen la necesidad de desarrollar nuevas competencias clínicas - aprendiendo nuevas perspectivas y/o trabajándose como instrumento- o el aprendizaje de aspectos que no están directamente relacionados con la psicoterapia pero que son importantes para el desarrollo de ésta. Así también, reconocen el reto que significa costear económicamente sus estudios.

“[...] el psicólogo clínico o el ser terapeuta, que no se acaba nunca, entonces los psicólogos clínicos y los psicoterapeutas, somos personas que vivimos estudiando, leyendo, revisando, yendo al cine a ver el personaje principal, buscando un personaje en la literatura, un personaje histórico, [...] uno está constantemente conectado a la vivencia y la responsabilidad de estar estudiando siempre” (IX.9).

“[...] otro gran desafío creo yo, ha sido el comenzar a mirar el ejercicio profesional desde la teoría y desde la ética [...] en mi ejercicio profesional e incorporando una mirada transversal desde lo ético, que van marcando pautas con relación a lo que uno debe hacer, o no debe hacer por ejemplo, en un aspecto tan significativo como el que yo le estoy planteando ahora [sobre un ejemplo esbozado al respecto], que tiene que ver con la confidencialidad del otro, este ha sido un proceso interesante” (IX.6).

ii. Prácticas que han fortalecido su quehacer profesional

Esta subcategoría reúne aquellas prácticas tanto formales como informales reconocidas por los entrevistados como elementos que les han ayudado a fortalecer su trabajo como terapeutas, así como enfrentar los desafíos que ésta puede significar.

a. Formales.

Se refiere a aquellas prácticas ampliamente reconocidas y de las cuales hay varias investigaciones que avalan su utilización en la psicología, éstas son: la supervisión, la vinculación académica y la psicoterapia personal y/o psicoanálisis.

• Supervisión.

Los terapeutas consideran la supervisión como una instancia importante para resolver las dificultades que se puedan presentar en la práctica clínica.

“[...] la supervisión te ayuda montón a lidiar con pacientes difíciles, con pacientes que no escuchan, con pacientes que hacen lo que quieren, con pacientes que te echan la culpa a ti, sobretodo en el trabajo con límites, [...] que tienes que aprender a poner límites, que tienes que aprender a que no te invadan, el aprender a que no te manipulen, pero son experiencia y supervisión” (VI.8).

“Claro, yo me tuve que meter a un postgrado no más y ahí aprendí qué se yo, un año de supervisión equivale a como 6-7 años de experiencia, y si uno no se supervisa a uno se le va mucho” (VIII.14).

• Vinculación académica.

Los terapeutas dan cuenta de lo útil y enriquecedor que ha sido para su trabajo como terapeutas el estar constantemente ya sea estudiando, entrenándose y/o haciendo clases, pues les permite estar reflexionando constantemente sobre su trabajo, además de brindarles herramientas para enfrentar los distintos desafíos que se puedan presentar.

[Respecto de la poca experiencia al comienzo] “hay como un tremendo desafío, y ya elaborando con el tiempo, lo fui elaborando ya con el curso de postítulo con el que me sentí más segura y también fui creciendo y teniendo más experiencia que al final todo eso me ayudo mucho” (V.15).

“[...] ha sido un proceso de ir caminando en desarrollar habilidades técnicas, teóricas, prepararse, estudiar de manera sistemática, para eso me ha ayudado mucho el hacer clases, el estudiar, el estudiar, el estudiar, el compartir con otros cómo lo hacen, el ir a congresos, el exponerme y ver como otros se exponen [...]” (IX.4).

- **Psicoterapia y/o Psicoanálisis.**

Los terapeutas reconocen ya sea la psicoterapia o el psicoanálisis como un instrumento importante tanto en su desarrollo personal como profesional, por tanto también un medio que contribuye a resolver los desafíos que se puedan dar en la terapia.

“[...] porque todas mis experiencias de vida, el ser parte de una psicoterapia, me han permitido entender más al otro, al que tiene problema, al que sufre, poder ayudar, el haber vivenciado la psicoterapia para mí es súper importante, para mí todos los psicólogos tienen que tener por lo menos una psicoterapia en el cuerpo, porque si no has vivido ese proceso es más difícil hacer un proceso en otro, cuando uno ha vivido un proceso de psicoterapia, te facilita en estar en el otro lado, en el lado opuesto, porque ya conoces las dos partes” (V.20).

“[...] Un terapeuta que no haya una vez analizado sus propias emociones homosexuales que todos tenemos, va a encontrar muchas limitaciones para encontrar un paciente homosexual o con un paciente que no sea homosexual, pero en el cual también podemos encontrar esas emociones homosexuales, entonces no va a poder trabajarlas, porque sus propias complicaciones o su represión le van a impedir escuchar eso del paciente” (XI.5).

b. Informales.

Corresponde a aquellas prácticas identificadas por los terapeutas como útiles en su desarrollo, pero que no son exclusivos de la psicología o no están tan validados en el área, destacan seis: la meditación, el desarrollo espiritual, la psicología budista, el diálogo, compartir con otros colegas sobre su quehacer, y la experiencia asociada a los años de práctica. Es importante destacar que las tres primeras son principalmente reconocidas por terapeutas humanistas.

• **Meditación.**

Algunos terapeutas reconocen la práctica de la meditación como un elemento importante en su desarrollo como instrumento, otorgándoles mayor eficiencia en su quehacer.

[Respecto de la necesidad de afinarse como instrumento] “[...] la práctica de meditación es una forma de afinarlo permanentemente” (I.19).

“[...] desde que yo medito que es un acto de 15 minutos diarios, que lo hago así sistemático... me cuesta explicártelo así teóricamente... pero me da la sensación que el impacto con mis terapias ha sido distinto y que hay una cierta agilidad, tanto en enfocar, como en avanzar, como en recibir, como en parar... como en todo... parece que conocerse más, ya sea por meditación o por lo que sea... y estar más abierto a la vida te hace estar más también optimizando los recursos que tú tienes adentro, y es ideal para ofrecérselos a otros...” (II.5).

• **Desarrollo espiritual.**

Algunos terapeutas reconocen la importancia que ha tenido en el desarrollo de su quehacer su trabajo espiritual.

[Respecto al desarrollo personal desde lo espiritual] “Cuando tú te trabajas, y te trabajas, hay algo que se empieza a soltar... que es tu... bueno no sé... tus capacidades innatas, tu sabiduría innata o lo que sea, que todos tenemos, pero el tema es cómo soltar eso y como te diría eso es como que un día aparezca, entonces esa sabiduría que aparece... es la que hace todo... [...]” (III.6).

• **Psicología budista.**

Una de las entrevistadas dio cuenta de la importancia que había tenido en su desarrollo profesional y su trabajo personal la práctica de la psicología budista, marcando un antes y un después en su quehacer.

“[...] al principio sueltas algunas cosas, después uno va soltando otras, después uno va soltando la necesidad de decir cosas inteligentes. Ese es uno de los puntos de quiebre para mí importante, en términos de cómo ha ido modificándose... el cambio del marco teórico, para mí el cambio ha sido el marco teórico de la psicología

budista fue fundamental, porque además fue lo que me dio la herramienta para trabajar conmigo, que era como afinar este instrumento. Entonces, es distinto desde donde me paro hoy día que desde donde me paraba antes” (I.27).

- **El diálogo.**

Algunos terapeutas plantean que abrirse al diálogo en situaciones complejas ya sea con los pacientes u otros profesionales les ha sido de gran ayuda.

[Respecto al desafío de ser terapeuta joven al comienzo] “[...] *ahí lo que más me resultó es la honestidad, así nada más, no yo no tengo hijos pero esto es parte de lo que uno aprende, o sea así, si necesita un terapeuta con más experiencia me retiro, y así nada más, enfrentar honestamente la situación” (VI.18).*

[Sobre el desafío de que otros colegas comprendieran los cuidados de su trabajo] “*Yo creo que entre que uno explica, después se enoja, después dialoga, y finalmente entiende el resto, y entiendan que las acciones tienen consecuencias, por ejemplo si las personas que están en el mesón no te avisan cuando llega el paciente... es dialogar yo creo, dialogar, dialogar, dialogar, y explicar mil veces, que las cosas tienen consecuencias para los pacientes [...]*” (X.18).

- **Compartir con otros colegas.**

Terapeutas reconocen como un recurso ante dificultades contar con otros colegas o cercanos para compartir experiencias conflictivas que puedan estar enfrentando.

“En esa época, el compartir mi experiencia con otras personas que estaban trabajando conmigo me ayudaba bastante [...]” (V.14).

“Me ha servido mucho, tener reuniones clínicas semanales, conversarlo, preguntar, preguntarle a gente que sabe, yo antes de trabajar aquí en este consultorio, trabajé en el consultorio de la Universidad de Santiago mucho tiempo, hacíamos exactamente lo mismo, nos reuníamos todas las semanas, el conversar el plantear puntos de vista, plantear problemáticas [...]” (IX.7).

- **La experiencia que dan los años de práctica.**

Los terapeutas coinciden en que la experiencia que otorga la práctica profesional, así como las experiencias de vida han sido un factor relevante tanto para prevenir como para hacer frente a los distintos desafíos que pueden presentarse en la práctica clínica.

[Respecto de su impaciencia al abordar la problemática de los pacientes] *“jajá, aprendiendo no más... o sea los años te enseñan que tú no puedes apurar las cosas no más... (III.10).*

[Respecto de qué le ayudo a resolver cuán permeable era en la relación terapéutica] *“De la experiencia y de las supervisiones” (VI.11).*

“[...] la experiencia a uno le va permitiendo incluso ahondar lo que ya ha ganado con su análisis personal. Y entonces si uno ha acumulado experiencias en la vida, trabaja mejor con los pacientes, yo creo por ejemplo que en este momento yo diría que puedo calcular que yo me canso con los pacientes mucho menos de lo que me cansaba hace diez o quince años atrás, y lo que ha habido entre medio es experiencia, y entonces me hace trabajar con muchas más naturalidad, con menos esfuerzo y eso es el resultado de la experiencia” (XI.6).

iii. Aprendizajes que los terapeutas destacan en su trayectoria como terapeutas.

Esta última subcategoría recoge algunos aprendizajes que los terapeutas destacan han marcado su trayectoria profesional.

a. El centro de la terapia debe ser el paciente.

Algunos terapeutas destacan lo enriquecedor que ha sido tanto para ellos como para los pacientes dejar de lado la preocupación por su desempeño, respetando el tiempo de los procesos de éstos, además de estar más atentos a lo que le pasa al paciente y disfrutar más de su labor en la psicoterapia.

“[...] el haber sacado el foco de mi propio desempeño, yo creo que ese es un punto fundamental de dejar de estar preocupada, ver si lo estoy haciendo bien o mal y más bien estar centrada en el otro, es mucho más probable hacerlo bien para el otro centrada en el otro que si está llena de su propio discurso, qué le digo, será

inteligente, el marco teórico y qué diría el marco teórico [...] Yo creo que eso es un cambio significativo, porque además es el momento en que uno empieza a pasarlo bien haciendo lo que hace, en vez de estar tan angustiada, preocupada [...]" (I.25).

"[...] haber aprendido a validar la situación en que está la persona, en que está ahora y no donde debería estar, entiendes, y eso es bien importante digamos y tiene un efecto bien notorio porque cuando tú, y yo he sido muy apúrete en eso, el tener que llegar aquí y ver dónde están, o sea, yo lo que creo es que hay que validar primero donde está la persona, y desde ahí aceptarla, y desde ahí la persona se va a mover sola, pero si uno empuja, no tiene buen efecto y eso he estado aprendiendo a hacer" (III.17).

b. Estar atento a cómo se produce el encuentro terapéutico.

Los terapeutas destacan la importancia de estar alertas a los aspectos que se manifiestan en el encuentro con el paciente para propiciar un mejor trabajo.

"A los psicólogos en general nos ha costado ver que uno está estudiando un objeto de estudio que es igual a uno y que el otro que tiene al frente es un ser humano igual a uno y entonces hay un espacio donde inevitablemente nos encontramos, y es cómo estoy atenta a cómo se da este espacio" (I,11).

"En una frase, se la copie a un alumno, aprende la técnica, esa es una parte de la vida profesional, olvida la técnica, otra parte, hazlo con amor [...] por ahí va el cambio de actitud, desde estar muy atento hasta ver la técnica, entender, estudiar el libro, comprar el libro, resumir el libro, a bueno a después que resumí y aprendí el libro qué hago, cómo hago con eso, yo creo que ya veinte años dedicado a esto, estudiando todos los días, leyendo todos los días, haciendo clases todos los días, pero qué más, el otro tiene que sentir que hay interés por él, por lo que le pasa..." (IX.14).

VIII. DISCUSIÓN

Antes de pasar a la discusión, es importante referir que si bien los resultados encontrados representan al grupo de terapeutas entrevistados, dadas las características que se buscó resguardar (equilibrio en la representatividad de los cuatro enfoques), surge la certeza de que si se siguieran entrevistando terapeutas en esta misma línea, los contenidos no deberían variar significativamente.

Además es necesario destacar que no existieron mayores diferencias en los contenidos entregados por los entrevistados de los distintos enfoques teóricos sobre el DP ni el desarrollo de la persona del terapeuta, lo que puede deberse a que son aspectos transversales a las líneas teóricas –factores comunes-, algo similar encontró Moncada (2007) sobre las teorías subjetivas de los terapeutas respecto del cambio psicoterapéutico. Sin embargo, se observó que fueron principalmente terapeutas humanistas quienes reconocieron la relevancia de prácticas que en esta investigación se denominaron informales -la meditación, la psicología budista y el desarrollo espiritual- como fortalecedoras de su quehacer.

Continuando con la discusión respecto de las categorías encontradas, se evidencia que si bien todos los terapeutas entrevistados lograron dar cuenta del concepto de DP, es decir, tenían una noción o idea de lo que implica el concepto, algunos presentaron dificultades en un primer momento, lo que se puede relacionar a una falta de familiaridad con el concepto o la diversidad de significados y/o connotaciones que pueden asignarse a éste. Pues como se refiere en la literatura, existen varias teorías o modelos para referirse al DP (Goñi, 2009).

Sobre la comprensión que muestran los terapeutas del DP, se puede distinguir entre acepciones del concepto y resistencias hacia él. Las acepciones giran en torno a tres aspectos del DP: autoconocimiento, integración de distintas dimensiones, crecimiento y cambio constante, que se condice con lo expuesto tanto por Rogers (1982) como Goñi (2009).

Las resistencias expresadas por algunos de los entrevistados estuvieron dadas en torno a tres aspectos: un cuestionamiento a la direccionalidad de éste, donde una terapeuta plantea que más que avanzar habría que rescatar la experiencia original; también se cuestiona el concepto por considerarlo un absurdo, pues se refiere a algo que es intrínseco en el ser humano, y finalmente se lo cuestiona por encontrarlo un mito muy

optimista, respecto de la noción de crecimiento permanente, dado que en cada etapa vital así como se ganan cosas se pierden otras.

Si bien estas resistencias son válidas, no van necesariamente en contra de los supuestos a la base del DP, pues los autores (Goñi, 2009; Rogers, 1982) han hecho evidente que si bien apunta a un crecimiento, la direccionalidad y meta última estará dada por quien emprende este viaje conscientemente y también por quienes no, pues es intrínseco al ser humano –idea a la base del segundo cuestionamiento- por tanto, puede estar aparejado de mucho dolor también, sobre todo para quienes no son conscientes del camino que han emprendido.

Respecto de la noción de mito, más que crítica contribuye a ampliar la noción de DP, pues si bien la meta puede ser lograr una personalidad madura, la autorrealización o la iluminación como esboza un entrevistado (XII), existe consenso en que son muy pocos quienes llegan a esa meta y como plantea Roger (1982) pasar de una etapa a otra de mayor desarrollo implica dejar atrás una serie de creencias -bases del conflicto- para permitir el paso de nuevos aprendizajes.

Por lo tanto, pensar en la autorrealización o desarrollo de una personalidad madura como el fin último del DP, se presta a confusión, pues funciona más bien como un ideal que ilumina el camino.

En esta misma línea, es importante aclarar que alcanzar estos estados no implica que el individuo deje de sufrir, deje de preocuparse, sino que adquiere una mayor consciencia, por ende, puede vivir los distintos estados de ánimo sin permanecer en ellos por mucho tiempo. En palabras de Rogers una persona que ha logrado un crecimiento óptimo: “Confía en este funcionamiento de su organismo, no porque este sea infalible, sino porque puede hacerse responsable de las consecuencias de sus acciones y corregirlas, si no son satisfactorias” (1969, en Celis, Farias e Iturra, 1976, p.21).

Pasando a la segunda subcategoría, referente al DP del terapeuta y su quehacer, todos los entrevistados coinciden en lo importante que resulta para ellos y su ejercicio profesional, pues son su propio instrumento de trabajo.

La relevancia asignada por los entrevistados al DP del terapeuta está dada en dos aspectos centrales: el reconocimiento del DP del terapeuta como un elemento intrínseco en la práctica clínica, por tanto, indisoluble de ésta; y el reconocimiento del DP como contribuyente en la mejoría de condiciones de parte del terapeuta que son indispensables en su práctica clínica.

Respecto al primer punto, es posible observar quienes consideran la vida personal y la vida profesional como indisolubles, por ende, rechazan este planteamiento –distinción entre vida personal y profesional-, y otros que plantean que el DP del terapeuta es tanto o más importante que el aprendizaje de la técnica.

Entre los aspectos que se ven favorecidos en la práctica clínica, los terapeutas destacan: la existencia de una mejoría en su eficiencia, esto relacionado con que en la medida que logran centrarse en sí mismos y su desarrollo, aumenta su apertura a lo que ocurren a su alrededor, estando en mejor condición para escuchar a otro, enfocando más rápido, pudiendo discernir mejor sobre las necesidades e intervenciones necesarias para el paciente, pues como refiere un entrevistado (VIII.3), en la medida que el terapeuta este más en paz consigo mismo, estará en mejores condición para atender, acoger al otro y ver donde está ubicado, mostrándose más eficiente en su trabajo.

La empatía es otro aspecto que los terapeutas reconocen se ve incrementado gracias al DP, planteando que entre más trabajan en sí mismos pueden conectarse mejor con la experiencia del paciente, debido a que desarrollan una mayor sensibilidad y pueden estar más abiertos a lo que el paciente trae a sesión.

Los terapeutas también destacan la comprensión del paciente como un elemento que se ve incrementado a través del DP, pues en la medida que el terapeuta está abierto a distintas posibilidades, puede aceptar y transmitir distintas posibilidades al paciente, dejando de lado el juicio, aspecto esencial en la práctica clínica, que se profundizará más cuando se aborden los principales desafíos destacados por los terapeutas.

Finalmente, los terapeutas reconocen que en la medida que conocen mejor cuáles son sus conflictos o las temáticas sensibles para ellos, pueden estar más atentos a cuando estas se manifiestan y no actuarlas en sesión; permitiéndoles una mejor discriminación en la práctica clínica respecto de cuando están frente a un conflicto del paciente o está apareciendo algún tema personal no resuelto.

Es importante consignar que gran parte de los aspectos que los terapeutas reconocen se han visto incrementados gracias a su DP -eficacia, empatía, comprensión y discriminación de problemas personales y de los pacientes-, se relacionan con las condiciones que Rogers (1982) consideró fundamentales en el terapeuta para un buen desarrollo de la psicoterapia -congruencia, empatía y aceptación incondicional-.

Cuando se habla de la persona del terapeuta en la literatura, por lo general se remite a aquellos componentes personales del terapeuta –experiencias tempranas, historia personal, miedos, conflictos, esperanzas, alegrías, etc.- que se relacionan e

incluso pueden determinar el estilo de terapia que realizara, y que a su vez se ve modificada producto de su ejercicio profesional (Fernández-Alvarez, 2002; Guy, 1995; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2001).

Respecto de lo anterior, es que se configura la segunda rama de los resultados de ésta investigación denominada “la persona del terapeuta”, que agrupa tres aspectos referidos por los entrevistados sobre su quehacer: experiencias relacionadas con la elección de ser terapeuta, experiencias que han potenciado su labor y las implicancias que ha tenido en su vida su trabajo como terapeutas.

Sobre la primera, los terapeutas distinguen tres aspectos relacionados con su elección de ser terapeutas: curiosidad por entender la mente, necesidad de comprender y relacionarse con otros, y el acercamiento a conflictos psíquicos a temprana edad. Aspectos que se condicen con los planteamientos de Guy (1995), Jennings & Skovholt (1999) y Rønnestad & Skovholt (2001).

Respecto al primero, los terapeutas destacan que desde temprana edad presentaron cierta curiosidad por entender la mente y el mundo, se preocuparon por conocer más en profundidad y ayudar cuando estaba a su alcance a quienes le rodeaban; así también la mayoría reconoce haber tenido un encuentro con alguien que tenía algún trastorno psiquiátrico y/o dificultades psicológicas, que les hizo preguntarse acerca de ello. Siendo interesante rescatar lo mencionado por uno de los terapeutas: “[...] *nadie anda eligiendo familiarizarse con la locura o con conflictos psíquicos sin tener alguna familiaridad con ellos [...]*” (X1.13).

Sobre las experiencias personales que los terapeutas refieren han potenciado su labor reconocen aquellas vivencias que les han permitido amplificar su experiencia (campo perceptivo), dado que ha significado un cambio importante en su forma de ver la vida, con repercusiones tanto a nivel personal como profesional, pues les permite relacionarse con los pacientes desde otro lugar. Éstas pueden dividirse en dos grupos: experiencias conflictivas y experiencias vitales diversas.

Entre las experiencias conflictivas los terapeutas destacaron vivir el golpe de estado, pasar períodos personales complejos (por ej. duelos importantes, preocupaciones familiares), experiencias que reconocen les han permitido mejorar como terapeutas, en la medida que han podido ir elaborándolas, pues les permite conectarse mejor con la experiencia del paciente, corroborando algunos de los hallazgos de las investigaciones de Jennings & Skovholt (1999) y Rønnestad & Skovholt (2001).

En cuanto a la diversidad de experiencias, éstas corresponden a aquellas vivencias que los terapeutas reconocen han tenido un impacto en su forma habitual de ver la vida, sin que pueda catalogárselas de “conflictivas”, estas son: ser madre/padre, formar una familia, tener la instancia de reflexionar con otros sobre la vida desde temprana edad, vivir en comunidad y compartir con un guía espiritual, consumo de sustancias alucinógenas en un contexto terapéutico, instancias de contacto espiritual, entre otras. Gran parte de los hallazgos van en la línea de lo propuesto tanto por Guy (1995) y Rogers (1982), respecto de la necesidad de un desarrollo integral de parte de los terapeutas, dada la complejidad de su labor.

Sobre el tercer y último eje de la persona del terapeuta, se encuentran las implicancias que reconocen los entrevistados ha tenido para ellos su trabajo como terapeutas, destacando tres aspectos que van en la línea de los resultados encontrados por Moncada (2004): proveedor de una mayor apertura, el desarrollo de una mayor consciencia personal, así como un reto.

Los terapeutas reconocen que su rol como terapeutas les ha permitido lograr una mayor apertura a las distintas posibilidades que tiene la vida, debido a que van aprendiendo de cada paciente formas distintas de enfrentar y relacionarse con el mundo.

Respecto de la adquisición de una mayor consciencia personal, los terapeutas refieren que esto es producto de que como son su propia herramienta de trabajo deben estar constantemente monitoreándose para potenciar el trabajo con los pacientes, lo que les permite ir adquiriendo un mayor conocimiento de sí mismos.

Sobre el reto que implica ser terapeutas, los entrevistados refieren que si bien su carrera profesional tiene varias recompensas y satisfacciones, también implica una serie de desafíos como por ejemplo, de formación (en términos de tiempo y dinero), cierto descuido de aspectos personales (siendo necesario estar atentos a mantener el equilibrio entre ambos campos) y en las relaciones interpersonales, donde muchas veces debe lidiar con ciertos estereotipos sociales de lo que significa o debería caracterizar a un terapeuta. Aspectos reconocido en la revisión de Guy (1995), así como en la investigación de Orlinsky & Rønnestad (2005).

En torno al quehacer terapéutico, tercera y última categoría identificada, los terapeutas hacen alusión en primer lugar, a una serie de desafíos a los que se han enfrentado a través de su trayectoria profesional, los cuales pueden dividirse en dos grupos: aquellos desafíos asociados al paciente y aquellos asociados al terapeuta.

Los terapeutas mencionan dos aspectos relacionados con los pacientes, que les ha resultado complejo abordar: patologías más complejas y la “cultura de la cosa”.

Sobre el primero, algunos terapeutas reconocen el desafío de enfrentarse a patologías más complejas, especialmente a aquellos pacientes con trastorno de personalidad límite, adicción a drogas y aquellos pacientes pasivos, en los cuales se vuelve complejo su tratamiento e implica que los terapeutas deban hacer esfuerzos adicionales para lograr buenos resultados.

Respecto al desafío denominado por uno de los terapeutas como la “cultura de la cosa”, hace referencia a la necesidad de cambiar el paradigma de como se relacionan los pacientes consigo mismos y lo complejo de ello, pues hay una tendencia a que si a una persona la diagnostican con una depresión, ésta inmediatamente se identifica con ello y dice “soy depresiva”, en vez de reconocer que está pasando por una depresión hoy, pero eso no la define como ser humano.

En cuanto a los desafíos asociados al terapeuta, los entrevistados destacan: falta de experiencia e inseguridades asociadas, soledad de la práctica, estar pasando situaciones personales complejas, apertura a relacionarse con el paciente, reconocimiento de sus límites como terapeutas, aceptar los límites del quehacer terapéutico, dejar de preocuparse por su rendimiento, aceptar la experiencia del paciente, y desarrollar nuevas competencias. Algunos de los cuales se condicen con aspectos identificados por Moncada (2007) como características de aquellos terapeutas efectivos.

Respecto de la falta de experiencia e inseguridades, los terapeutas reconocen al comienzo de su trayectoria profesional dificultades de comprender realmente la experiencia del paciente, debido a no tener la experiencia o no tener una noción más o menos clara de lo que significa, y relacionado a esto, el sentimiento de inseguridad sobre su labor.

Este desafío da cuenta de un factor común en gran parte de los terapeutas al comienzo de su labor y es la inseguridad con que parten en el ejercicio de la psicoterapia, lo que hace que prontamente emprendan el reto de seguir desarrollando nuevas competencias –que también es reconocido por los entrevistados-, lo que les permite seguirse desarrollando y convertirse en los terapeutas que hoy conocemos. Jennings & Skovholt (1999) hace alusión a este punto y Kottler & Blau (1989) realzan la importancia que tiene para los terapeutas novatos el poder mirar con perspectiva los errores y dificultades, para así crecer constructivamente como profesionales.

Otro aspecto considerado como desafío por parte de los entrevistados es la soledad de la práctica, aspecto al que también hacen alusión Guy (1995). Por soledad se entiende al espacio de encuentro característico de la psicoterapia, donde el terapeuta con todo lo que es se enfrenta al paciente y su problemática, pues más allá de las supervisiones y otras instancias posteriores, el encuentro es personal.

Los entrevistados también reconocen como un desafío mantenerse realizando psicoterapia cuando su vida personal está muy afectada (enfermedad de un familiar, dificultades importantes, etc.) pues les ha dificultado en ciertos casos ayudar al paciente, como por ejemplo, uno de los terapeutas recuerda haber olvidado atender a un paciente donde la transferencia era compleja (XII.17), a pesar de ello, gran parte de los terapeutas reconoce haber resuelto satisfactoriamente este desafío.

La apertura a relacionarse con el paciente es otro aspecto reconocido por los entrevistados como un reto, dado que ven cada paciente como un mundo nuevo por descubrir, por ende, de enfrentarse a la incertidumbre de no saber con qué se van a encontrar, así como que aspectos de sí mismos pueden aparecer en el trascurso de la relación; lo que se evidencia en los planteamientos de Rogers (1982) respecto de lo que significa para el terapeuta el encuentro con el paciente.

Otro aspecto complejo para los terapeutas ha sido reconocer los límites del quehacer terapéutico, es decir, percatarse de los alcances prácticos de la terapia en los pacientes, teniendo que aceptar cuando hay temáticas que van más allá de la psicoterapia y es necesaria la intervención de otros profesionales, esto último, especialmente con las temáticas infantiles.

Relacionado con lo anterior, aparece la dificultad de aceptar y reconocer su propia manera de hacer terapia, por ende, que hay pacientes a los que podrá tratar y otros que no; lo que ha implicado para muchos lidiar con la omnipotencia respecto de su quehacer, pero que una vez elaborado les ha permitido disfrutar más de la terapia. Guy (1995) da cuenta de este aspecto dentro de sus planteamientos acerca del terapeuta, al igual que Moncada (2007).

Relacionado a lo anterior, está el reto especialmente al comienzo de la práctica de dejar de preocuparse por su rendimiento, de que las cosas le salgan bien y pasar a dar un mayor protagonismo a las necesidades del paciente, lo que le permite comprender mejor las dificultades que pueda tener, por ende, respetar los tiempos de sus procesos, sin entramparse en buscar resultados rápidos en desmedro del paciente. Este aspecto se

relaciona con las características identificadas por Jennings & Skovholt (1999) en terapeutas experimentados con buenos resultados en psicoterapia.

Aceptar la experiencia del paciente es otro elemento importante en el desarrollo de la terapia y que de acuerdo a los entrevistados con el que no es fácil lidiar, pues en alguna medida se tiende a juzgar o catalogar la experiencia de “buena o mala”, por lo que implica de parte del terapeuta abrirse a relacionarse con el paciente desde otro lugar al habitual, donde por ejemplo, una terapeuta plantea que en general los terapeutas tienen implícitamente la tendencia a pensar que lo que le está pasando al paciente es malo, por tanto, tendría que pasarle algo bueno, sin embargo, el cambio estaría dado en más bien cómo aprender de eso, cómo vivir con eso (I.33). Esta propuesta es interesante y se alinea bastante con lo planteado por Rogers (1982) sobre la aceptación incondicional necesaria de parte del terapeuta.

Lo anterior, es relevante incluso en circunstancias complejas donde el punto de vista o actividad del paciente puede ir completamente en contra de la concepción del terapeuta, pues como refiere uno de los entrevistados, “[...] *tú tienes derecho a decidir no aceptar este paciente de nuevo, pero si lo aceptas, tienes toda la responsabilidad*” (VII.19).

El desarrollo de nuevas competencias es otro desafío identificado por los terapeutas, que se relaciona con varios aspectos: la necesidad de aprender acerca de nuevas perspectivas; mirar el ejercicio clínico desde la ética y/o ir trabajándose como instrumento; el aprendizaje de aspectos que no están directamente relacionados con la psicoterapia, pero que son importantes para su ejercicio, como lo es entenderse como una empresa y todo lo que ello implica; así como los costos asociados al estudio. Algunos de estos aspectos también son abordados por Guy, (1995) y se evidencian en Moncada (2004).

En torno a lo anterior, es importante detenerse en el último punto, referente al alto costo económico que les significa estudiar a los terapeutas, con relación a la retribución económica que tiene la psicología clínica respecto de otras carreras, pues se da cuenta de parte de una realidad vivida en Chile, donde la actividad no es reconocida en términos económicos como otras con igual o menor dificultad. Algo de este punto se encuentra en Moncada (2004) y al parecer es un aspecto menos abordado en investigaciones internacionales. Lo que hace preguntarse si es porque corresponde a una realidad más bien local o simplemente no se ha profundizado al respecto.

Posteriormente, los terapeutas reconocen algunas prácticas que han fortalecido su quehacer profesional distinguiéndose entre aquellas formales e informales.

Respecto de las primeras los entrevistados destacan: la supervisión, la vinculación académica, la psicoterapia y/o psicoanálisis personal. Es importante señalar que todas estas prácticas son más o menos reconocidas entre los investigadores y quienes se dedican a la psicoterapia (como por ej. Fernández-Álvarez, 2008; Moncada, 2004; Orlinsky & Rønnestad, 2005), a continuación se revisará más en detalle cada una.

La supervisión es identificada por los entrevistados como útil especialmente ante los retos que pueda significar la práctica clínica, por ende, lo reconocen como un medio importante de desarrollo profesional (Fernández-Álvarez, 2008)

La vinculación académica, remite ya sea al estudio, entrenamiento y/o actividad docente de parte de los terapeutas, y es considerado por los terapeutas entrevistados como un aspecto relevante dentro de su fortalecimiento como profesional.

Pasar por un proceso de psicoterapia y/o psicoanálisis personal, es un aspecto ampliamente reconocido por los terapeutas que participaron en esta investigación, especialmente como un medio para perfeccionarse como instrumento, debido a que les permite tanto enfrentar conflictos personales no resueltos, así como experimentar lo que significa pasar por un proceso psicoterapéutico, lo que tiene amplios beneficios para el quehacer que realizan, contribuyendo en gran medida a resolver y anticiparse a los distintos desafíos y/o conflictos que puedan producirse en la terapia.

Sobre los beneficios tanto de la psicoterapia como el psicoanálisis personal, hay varios autores (Bellows, 2007; Moncada, 2004; Moncada, 2007; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Orlinsky, Schofield, Schroder & Kazantzis, 2009; Rake & Paley, 2009; Rønnestad & Skovholt, 2001; Salvo, 2003) que reconocen la importancia de pasar por uno de estos procesos.

En torno al segundo grupo de prácticas los entrevistados hacen alusión: a la meditación, el desarrollo espiritual, la psicología budista, el diálogo, compartir con otros colegas las experiencias y la experiencia que dan los años de práctica. Es importante destacar como se específico al comienzo que las tres primeras fueron referidas principalmente por terapeutas humanistas, lo que puede relacionarse con las bases epistemológicas del enfoque en que se adscriben.

La meditación, es identificada por los entrevistados como un elemento importante en el desarrollo del terapeuta como instrumento, dado que les brinda una mayor eficiencia en su labor. La práctica de la meditación es una técnica cada vez más reconocida en Chile y el mundo, sobre todo a través del desarrollo y estudio del “mindfulness” (conciencia plena), que por escapar del foco de la investigación no se profundizará al respecto.

El desarrollo espiritual, es otro aspecto que varios terapeutas rescatan como útil para la práctica clínica, ya que les permite ampliar su experiencia y trabajar desde otra perspectiva. En Chile su estudio ha ido más de la mano de los desarrollos del enfoque humanista-transpersonal, existiendo más reticencia en abordarlo y considerarlo desde otros enfoques.

La psicología budista, es una práctica reconocida especialmente por una de nuestras entrevistadas, como un medio para trabajarse como instrumento, especialmente en torno a ir soltando aspectos personales que entorpecían su labor.

Respecto al diálogo y compartir con otros colegas, algunos de los entrevistados reconocen estas prácticas como un medio tanto para resolver conflictos como aprender junto a otros.

Sobre los beneficios de la experiencia y los años de práctica, son varios los terapeutas que reconocen en el ejercicio continuo de la psicoterapia un crecimiento importante, pues más allá de las medidas que puedan tomar, es ahí en la relación con el paciente donde las habilidades y destrezas se desarrollan.

Relacionado a lo anterior, existen varios estudios que dan cuenta de cierta relación entre una mayor experiencia y la obtención de buenos resultados con mayor porcentaje de pacientes (Feixas & Miró, 1993, en Santibañez et al., 2008; Roth & Fonagy 2005, citados en Herrera et al., 2007), pero así también Orlinsky & Rønnestad (2005) plantean que el desarrollo acumulado se relaciona más fuertemente con la amplitud y la profundidad de la experiencia del terapeuta con casos de diferentes modalidades terapéuticas y no necesariamente, con los años de práctica clínica. Por lo que una mezcla de ambos aspectos es sin duda beneficioso para el desarrollo de los terapeutas.

Finalmente, relacionado con su desarrollo como terapeutas, los entrevistados reconocen haber aprendido dos cosas principales en su trayectoria: primero, que el paciente debe ser el centro de la terapia y en segundo lugar, la importancia de estar atento a cómo se produce el encuentro terapéutico. Ambos aspectos se puede decir, son consecuencia del proceso de crecimiento por el que pasan todos los terapeutas.

El primer aprendizaje está asociado a la apertura y acogida de parte del terapeuta de lo que trae el paciente, por ende, da cuenta del desafío antes descrito por los entrevistados de trabajar continuamente por su bienestar personal –resolución de conflictos- y adquisición de habilidades, para así ser una mejor herramienta y poder facilitar mejor el proceso de cambio de los pacientes; lo que es reconocido tanto por

Fernández-Álvarez (2008); Guy (1995); Moncada (2004); Orlinsky & Rønnestad (2005) y Rønnestad & Skovholt (2001)

El segundo aprendizaje está relacionado con el anterior, y se asocia a que el terapeuta pueda establecer una conexión sanadora con el paciente, la cual está caracterizada por la presencia de un mínimo nivel de dificultades, el uso de estrategias constructivas para manejar las situaciones y la presencia de un compromiso genuino para tener relaciones afirmativas y receptivas con los pacientes (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Esta conexión está asociada de acuerdo a los autores principalmente con el rango o amplitud teórica del terapeuta, la satisfacción con el sitio de trabajo, la amplitud y profundidad de la experiencia del terapeuta con diferentes modalidades de tratamiento aspectos presentes en su gran mayoría en los terapeutas que participaron en este estudio.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación, evidencian la existencia de un consenso entre los terapeutas entrevistados sobre la importancia que ha tenido su proceso de DP en la práctica clínica que realizan.

Asimismo, se constató que a algunos terapeutas les resulta difícil hacer una distinción entre lo personal y lo profesional, pues refieren la imposibilidad de separarlos y considerar a uno sin la presencia del otro, ya que ambos elementos constituyen un sistema complejo.

Esta posición, de no separar estos dos mundos – lo personal y lo profesional - no sería conflictiva si realmente se le diera un lugar equitativo al desarrollo de ambos aspectos en la vida cotidiana. Sin embargo, la experiencia muestra que por lo general no es así, especialmente a nivel académico, donde prima el reconocimiento del segundo. Esta situación, hace indispensable que en Chile se le dé un espacio más notorio tanto al estudio como a generar instancias que potencien el desarrollo de la persona del terapeuta, como ocurre en algunos países extranjeros, de modo tal de concientizar a los terapeutas de lo significativo que resulta el preocuparse por cultivar ambos aspectos tan necesarios para la psicoterapia.

En esta investigación también se pudo observar, tanto en la literatura como en el discurso de los entrevistados, el impacto que las experiencias personales desde muy temprana edad tenían en la vida de los terapeutas, ejerciendo una influencia notoria en ellos y en el trabajo que realizan. Al respecto, existe consenso tanto en los entrevistados como en la literatura que para un óptimo aprendizaje y desarrollo profesional es indispensable que el terapeuta vaya tomando consciencia de cómo las experiencias lo afectan, elaborándolas y resolviéndolas en la medida de lo posible, para así hacer de éstas un recurso para su quehacer.

En relación a los desafíos a los cuales se han visto enfrentados los terapeutas a través de su trayectoria laboral, en el presente estudio fue posible identificar los siguientes: la juventud etaria al comienzo y la inseguridad asociada a ello; la soledad de la práctica; el tener que atender a sus pacientes cuando están pasando por situaciones personales complejas; la apertura a abordar las distintas conflictivas de los pacientes; el aceptar y reconocer tanto sus límites como terapeuta como del quehacer terapéutico, éste último aspecto lo reconocen como especialmente complejo, pero liberador en la medida que pueden resolverlo. Igualmente, refieren la necesidad de dejar de preocuparse por su

rendimiento, el aceptar la experiencia de los pacientes sin juzgarlas, y estar dispuesto a adquirir nuevas competencias, a pesar de lo demandante que ello puede significar en tiempo y dinero, debido a los importantes beneficios que implica.

Si bien los desafíos mencionados han significado un esfuerzo importante para los entrevistados, también han sido una fuente importante de crecimiento, impulsándolos a adoptar ciertas prácticas y/o estrategias que les han permitido fortalecerse como terapeutas.

Las prácticas que los entrevistados reconocen han contribuido a potenciar su labor fueron agrupadas en formales e informales. Entre las primeras destacan la supervisión, la vinculación académica y la terapia personal, las cuales son bastante aceptadas y practicadas desde hace ya varias décadas. Las estrategias informales se relacionan a la meditación, acercamiento a la psicología budista, fomentar su desarrollo espiritual, el dialogo, entre otras.

Es necesario mencionar que estas prácticas también les han sido bastante útiles a los terapeutas tanto para enfrentar como para prevenir los desafíos propios del quehacer terapéutico, debido a que son herramientas importantes en el proceso de perfeccionamiento de los terapeutas, debido a que les permite realizar una mayor integración tanto de lo teórico con lo práctico, como de lo personal con lo profesional.

Sobre la relación entre DP del terapeuta y su quehacer, los entrevistados reconocen la necesidad de que el terapeuta sea una persona que se oriente al DP, es decir, que se preocupe por su autoconocimiento, la integración de distintas dimensiones en su vida, así como que sea flexible, tendiendo al crecimiento y cambio constante, pues ello les permitirá no sólo ser una persona más desarrollada, sino también mejorar como instrumento, mostrándose más empático y comprensivo con el paciente, por tanto hacer más eficaz su práctica.

El terapeuta como agente catalizador del proceso de cambio del paciente, debe estar especialmente atento a las necesidades de éste, así como ser consciente de las propias, para de tal modo acompañarlo sin interferencias y potenciar el encuentro terapéutico.

Otro aspecto que se evidencia, es que si bien el aprendizaje de la técnica es crucial en un primer momento en la formación del terapeuta, pues sienta las bases de su desarrollo, también es necesario que en un momento deje de preocuparse por ella, y ponga su

atención a cómo se da el encuentro con el paciente, pues como refiere uno de los terapeutas, este cambio marca en gran medida el salto y le permite comenzar a disfrutar más del ejercicio de la psicoterapia, que de acuerdo a lo observado en este estudio, es en definitiva un camino de desarrollo personal.

Finalmente, los antecedentes señalados permiten concluir que el desarrollo de la persona del terapeuta influencia directamente en el tipo de terapia que éste realiza, pues el terapeuta hace terapia con lo que es, es decir, el resultado de la experiencia de vida acumulada y la formación recibida.

X. LIMITACIONES Y PROYECCIONES

Sobre las limitaciones del estudio, éstas están dadas por las propias de un estudio cualitativo que privilegia la profundidad versus la representatividad, donde si bien se buscó acceder a los entrevistados más idóneos para poder dar cuenta de la realidad de terapeutas de distintos enfoques teóricos, los resultados son representativos de este grupo en particular, pero ello no significa que no pueda dar cuenta de parte del escenario en que se desarrollan la mayoría de los terapeutas.

En cuanto a las proyecciones, una línea de estudio interesante de profundizar es la relación existente entre el DP del terapeuta y el autocuidado de éste, pues como se pudo evidenciar en la medida que el terapeuta se encuentre más desarrollado personalmente es más probable que experimente una conexión sanadora con sus pacientes, por ende, disfrute más de su trabajo. Ello puede contribuir a crear un clima adecuado, donde a pesar de que el terapeuta se enfrente al sufrimiento humano día a día, no tenga la necesidad de desarrollar explícitamente estrategias de autocuidado, pues en la medida que se conozca y tenga claros sus límites, puede administrarse mejor.

También es interesante pensar en replicar en Chile este tipo de estudio en terapeutas que trabajan en el servicio público o se especializan en patologías específicas, cuya realidad aparentemente es distinta de quienes se desempeñan en el sistema privado, lo que permitiría ampliar el conocimiento respecto del desarrollo de los terapeutas que trabajan con realidades y en contextos distintos a los entrevistados.

Por último, otro desarrollo interesante sería el estudio de cuál es el rol que le asignan tanto terapeutas novatos como estudiantes de psicología al DP de los terapeutas, de modo tal de profundizar más en esta temática.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Ábalos, G. & Villegas, M. (1995). *Percepción de un grupo de estudiantes de Psicología de los factores asociados a un eficiente proceso terapéutico en la atención de pacientes adultos: una investigación cualitativa acerca de las variables inespecíficas en psicoterapia*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Araya, C y Herrera, P. (2007). *Errores y dificultades comunes en terapeutas novatos*. Tesis de Maestría, Universidad Adolfo Ibañez, Santiago, Chile.
- Arratia, M. (2007). Efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1 (2), 1-12.
- Bellows, K. (2007). Psychotherapists' Personal Psychotherapy and Its Perceived Influence on Clinical Practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71 (3), 204-226.
- Beutler, L., Crago, M. & Arizmendi, T. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En Bergin, A. & Garfield, S. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (3rd Edition)* (pp.257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L., Machado, P. & Allstetter, S. (1993) Therapist Variables. En Bergin, A. & Garfield, S. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th Edition)* (pp. 229-269). New York: Wiley.
- Chazenbalk, L. Mammi, K., Nachman, C., Perera, M., Reizes, M., Arcuschin, O. y Alvarez, H. (2004). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Rev. Psicodebate 3: Psicología, Cultura y Sociedad*, 107-116. Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Celis, A., Farias, R. e Iturra, A. (1976). Estandarización del Inventario de Actualización Personal (POI) en una muestra de alumnos de la Universidad de Chile. Tesis de grado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Fernández-Álvarez, H. (2002). La persona del terapeuta. Balance y perspectivas. Comunicación personal. *Congreso Puentes y miradas: tendiendo puentes entre la investigación y la clínica*. Reñaca Agosto 8,9, 10 y 11 de Agosto.
- Fernández-Álvarez, H., Kirszman, D. y Vega, E. (2008). Programa de habilidades terapéuticas. En Fernández-Álvarez, H. (Ed.). *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (109-137).
- García, F., Castañeiras, C. y Fernández-Álvarez, H. (2008). La investigación en la Clínica. En Fernández-Álvarez, H. (Ed.). *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. (pp. 139-169). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Tesis doctoral, Universidad del país Vasco. Recuperada el 15 de diciembre de 2011 desde

http://www.argitalpenak.ehu.es/p291content/eu/contenidos/informacion/se_indice_tescspdf/eu_tescspdf/adjuntos/TESIS_EIDER_GO%C3%91I.pdf

- Guy, J. (1995) *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Hernández, R., Fernández, F. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª Edición). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Rev. Terapia Psicológica*, 27 (2), 169-179.
- Jennings, L. & Skovholt, T. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11.
- Kalaszski, A., Sepúlveda, P. y Celis, A. (1996). La psicoterapia humanista y transpersonal. Orígenes y conceptos fundamentales. En A. Celis (Ed.). *Humanismo, Espiritualidad y Psicoterapia* (pp. 19-43). Chile: Editorial Transformación.
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación* 7, 19-39.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Rev. Psykhe*, 1, 41-52.
- Kriz, J. (1997). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kottler J. & Blau D. (1989). *The imperfect therapist*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lambert, M. & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Maslow, A. (1998). *El hombre autorrealizado: hacia una sabiduría del ser*. Barcelona: Kairos.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Moncada, L. (2004). La persona del terapeuta en Chile: una mirada desde nosotros mismos. *Congreso Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía, GDT de Psicoterapia; y Society for Psychotherapy Research Reñaca (SPR)*.
- Moncada, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. En Cavieres, H. (Comp.), *Tesis Doctorales en Psicología. Compendio 2006-*

- 2007 (pp. 9-49). Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad de Chile.
- Moncada, L., Olivos, P. y Rojas, G. (2003). ¿Es la variable del terapeuta estudiada en Chile? Reflexiones en torno a las investigaciones empíricas de postgrado en psicoterapia. *Psiquiatría y salud mental*, 20 (3), 173-182.
- Navarro, A., Schindler, L. y Silva, F. (1987). Evaluación de la conducta del psicoterapeuta: Preferencias del cliente. *Revista Evaluación Psicológica*, 3 (1), 101-123.
- Norcross, J. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60 (8), 840–850.
- Norcross, J. & Farber, B. (2005). Choosing psychotherapy as a career: beyond “I want to help people”. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (8), 939-943.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (1992). *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un Modelo Integrativo*. Santiago, Chile: Ediciones CECIDEP.
- Orlinsky, D., Schofield, M., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2009). Utilization of Personal Therapy by Psychotherapists: A Practice-Friendly Review and a New Study. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(8), 828-842.
- Orlinsky, D. & Rønnestad, M. (2005). *How Psychotherapists Develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prieto, A. & Saavedra, M. (2002). Acerca del Ciclo de formación básica del psicólogo en Chile. *Comunicación personal XV Congreso Nacional de Psicología Clínica VII Congreso Iberoamericano Psicología de la Salud, Santiago*. Calidad de vida en Iberoamérica: Propuestas de la Psicología Clínica y de la Salud. Centro de Convenciones Diego Portales 3, 4 y 5 de Octubre del 2002.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Quitmann, H. (1989). *Psicología Humanística*. Barcelona: Herder.
- Rake, C. & Paley, G. (2009). Personal therapy for psychotherapists: The impact on therapeutic practice. A qualitative study using interpretative phenomenological analysis. *Psychodynamic Practice*, 15 (3), 275–294.
- Rodríguez, G., Gil, J. y Garcia, J. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Malaga: Ediciones ALJIBE.

- Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1982). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Rønnestad, M. & Skovholt, T. (2001). Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (2), 181-187.
- Rønnestad, M. & Skovholt, T. (2003) The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30, (1), 5-44.
- Roussos, A. (2001). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. Tesis de doctorado, Universidad de Belgrano, Argentina.
- Salvo, I. (2003). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio-descriptivo*. Tesis de grado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Safran, J. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A, Irribarra, D y Müller, P. (2008). *Variables inespecíficas en psicoterapia*. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Scribano, A. (2001). Investigación cualitativa y textualidad. *Revista Cinta de Moebio*, 11, 21-30.
- Sprenkle, D. H. & Blow A. J. (2007). The role of the therapist as the bridge between common factors and therapeutic change: more complex than congruency with a worldview. *Journal of Family Therapy* 29, 109–113.
- Stiles, W., Shapiro D. & Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- Trull, T. & Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*. 8 (11), 34-40.

XII. ANEXOS

1. Guión temático de entrevista.

- 1) ¿Qué es para usted el desarrollo personal?
- 2) ¿Usted cree que incide el desarrollo personal del terapeuta en el desarrollo satisfactorio de la terapia? *¿Cómo?
- 3) A partir de su experiencia, ¿Cuál es el papel que ha jugado o juega su proceso de desarrollo personal en su trabajo como terapeuta?
- 4) ¿A qué desafíos profesionales se ha visto enfrentado a lo largo de su trabajo como terapeuta? ¿cómo los ha resuelto
- 5) Y a nivel personal, ¿Qué implicancias ha tenido para usted su desempeño como terapeuta? ¿ha significado algún reto o desafío?
- 6) ¿Existen vivencias personales o de su historia de vida que hayan estado o estén vinculadas con su trayectoria como terapeuta? *¿Cuáles?
- 7) De éstas, ¿cuáles han dificultado su desarrollo como terapeuta? *¿cómo las ha enfrentado?
- 8) Y ¿Cuáles lo han facilitado o potenciado?

*(son preguntas que se agregan si la persona no responde en una primera instancia)