

Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas

Dra Laura Moncada Arroyo

Resumen

En el presente trabajo se exponen las conclusiones de una investigación cualitativa que ha pretendido dar luces sobre la percepción de cambio y de estancamiento en las sesiones desde el punto de vista de los terapeutas formados en Institutos de post grado ya consolidados en nuestro ambiente académico. Los recursos metodológicos utilizados fueron: la aplicación de dos formatos distintos de entrevistas realizadas en dos sesiones, a cuatro terapeutas pertenecientes a su vez, a cuatro enfoques diferentes. Estos enfoques fueron: enfoque psicoanalítico, cognitivo, humanista y sistémico, y además se entrevistaron 8 formadores de los Institutos (4 entrevistas piloto y 4 entrevistas finales) conformando un total de 40 entrevistas. Como criterio de rigor metodológico se triangularon los datos emergentes de las entrevistas, primero con una investigadora cualitativa con la cual se construyó la matriz definitiva que es la fuente de todos los datos de esta tesis con el propósito de contrastar los datos encontrados con una persona externa a la investigación; y luego se triangularon los discursos de los terapeutas con los formadores de los Institutos. La finalidad de esta triangulación era contrastar las teorías formales expresadas por los terapeutas con una persona idónea en el enfoque seleccionado.

De los hallazgos se destaca que hubo más convergencias que divergencias en los discursos de los terapeutas, en relación a los tópicos investigados, no importando la línea teórica en la que se formaron, aspecto que se desconocía. Los tópicos estudiados son: el rol del terapeuta y del paciente, las metas terapéuticas, el tipo de intervenciones que se hacen, las reacciones de los pacientes a las acciones terapéuticas y aquellos elementos del encuadre y alianza que ellos destacan, como así mismo, aquellos factores extra-terapéuticos que los terapeutas reconocen que están influyendo paralelamente al proceso terapéutico.

Introducción

La investigación que aquí presentaremos se ubica dentro del campo de la psicología clínica y era su propósito generar conocimiento teórico proveniente de la praxis que contribuyera a la comprensión del cambio terapéutico desde la perspectiva del terapeuta. En efecto, se proponía el descubrir las teorías subjetivas¹ que los psicoterapeutas tenían respecto del cambio y de cómo se logra este cambio a través de las intervenciones terapéuticas con sus pacientes, particularmente aquellas que son consideradas por ellos mismos como exitosas o de aquellas que son consideradas de "impasse" o estancamiento.

A su vez, esta investigación está inserta en un tema mayor que es la investigación en psicoterapia, estudio que se viene desarrollando en el mundo desde alrededor de cincuenta años. Estudiar la cómo opera la psicoterapia resulta relevante debido al alto número de pacientes que mejoran su calidad de vida con esta experiencia (Lambert & Bergin, 1994), y es así como ha despertado interés cada vez más generalizado, es decir, no sólo en los clínicos, los académicos y los investigadores, sino también en los seguros que financian estas prestaciones de servicio, como así mismo en los planificadores de políticas gubernamentales en salud mental a nivel mundial (Jiménez, 2000).

Amplios han sido los temas estudiados en investigación en psicoterapia, tales como el caso individual (1895-1930), la efectividad medida en resultados finales (1930-1950), la evaluación del proceso –la evolución de la terapia- y su desenlace (1950-1975), las medidas técnicas y resultados finales (1975-1980) (Figuroa, 1996) y, en la última década, temas tales como la influencia de la variable de los clientes en psicoterapia, las variables del terapeuta, la relación terapéutica –alianza- y el fenómeno del cambio terapéutico.

El estudio del cambio terapéutico y del "episodio de cambio" en particular (Bastine et al., 1989; Elliott & Shapiro, 1992; Fiedler & Rogge, 1989; Rice & Greenberg, 1984; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy & Firth-Conzens, 1988; Martin & Stelmaczonek, 1988; Marmar, 1990; Rhodes, Hill, Thompson & Elliot, 1994) es un tema de plena actualidad dentro de la investigación en psicoterapia. Interesa aquí especialmente "el lapso de tiempo, el segmento, o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en las que se espera ocurran cambios significativos, con el propósito de someterlos luego a un análisis amplio tanto en relación a los cambios, como a sus condiciones previas y efectos" (Bastine, Fiedler & Kommer, 1989, p. 11).

¹ Groeben y Scheele en 1977 proponen que las teorías subjetivas son cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que poseen una estructura argumentativa, por lo menos implícita, que cumple diferentes funciones.

Estudiar estos momentos tiene una gran importancia por dos motivos: por un lado, resulta ser una contribución a la revisión de modelos teóricos subyacentes a la técnica, y por otro, resulta también importante para la práctica psicoterapéutica, ya que permite perfeccionar las modalidades técnicas de intervención terapéutica y hacerlas más eficientes, lo que va en directo beneficio de la mayoría de consultantes y terapeutas. Ambas son metas muy esperadas en la investigación en psicoterapia.

Por otra parte, el "episodio de cambio" puede ser estudiado desde la perspectiva de distintos actores, el consultante, el terapeuta y desde una mirada externa. La investigación que se hizo, es desde la perspectiva del terapeuta que tal como la revisión bibliográfica nos indica, ha sido la menos investigada, a pesar de todo lo relevante que se considera la persona del terapeuta en el campo de la investigación en psicoterapia (Beutler, Machado & Allstetter-Neufeldt, 1994; Vasco, 1992; Sandell, 1998; Orlinsky, 2000; Ronnestad & Skovholt, 2001; Horvath, 2002; Fernández Alvarez & García, 1998; Fernández Alvarez, 2002).

La investigación en el tema desde este ángulo a nivel internacional es escasa, destacándose sólo un artículo sobre el cambio desde la perspectiva del terapeuta (Straker & Becker, 1997). Por otra parte en Chile, como hemos podido comprobar no existen tantas publicaciones a nivel de post grado en relación a investigaciones en psicoterapia en la última década (Moncada & Olivos, 2001). Lo que allí se encontró fue que en la revisión entre los años 1990 y 1999 en seis revistas chilenas que son referencia para psicólogos y psiquiatras existían 216 artículos y, en esta área, sólo 28 de ellos fueron relativos al terapeuta y el cliente siendo sólo 11 publicaciones sobre los terapeutas.

Si bien en la percepción de los clientes sobre sus terapeutas y psicoterapias- el tema complementario- existe una línea de investigación desarrollada (Krause, 1992, 1994, 1998; Krause & Cornejo, 1997; Winkler, 1993, 1997; Krause, 2005), en el tema de la persona del terapeuta en Chile, que es lo que nos interesa, sólo disponemos de investigaciones respecto de algunas funciones académicas de la persona del terapeuta, principalmente sobre entrenamiento y supervisión clínica de terapeutas noveles (Gattini, 1991; Davanzo, 1992; Buguñá, 1993-94; Reyes, 1993; Reyes & Benítez, 1991; Reyes & Ortiz de Zúñiga, 1994-95; Pihán & Oberreuter, 1994; De la Parra, 1995; Isla, 1997; Muñoz, Vicente, Rioseco & Vielma, 1998, Rivera, 2000; de la Parra & von Berger 2002).

Nos parecía entonces interesante abordar este vacío existente en el estudio sobre la persona del terapeuta a partir de las teorías subjetivas, y relacionarlo con el tema actual sobre cambio terapéutico, con la finalidad de poder construir argumentos que logran otorgar una comprensión mayor al cambio y plantear preguntas que den nuevas interpretaciones a la forma en cómo los psicoterapeutas se explican el cambio y lo que produce cambio, a través de la reconstrucción de los momentos exitosos y los de "impasse" en su interactuar con sus pacientes. Recuperar las teorías subjetivas del terapeuta significa por lo tanto estar recuperando el legado de la praxis, y eso es de gran relevancia en cualquier disciplina aplicada y también en la psicología clínica en particular, y por cierto con muchas repercusiones teóricas, ya que permitirían contrastar los postulados existentes de los enfoques terapéuticos actuales.

Esto se engarza con el interés mundial de las dos últimas décadas que se ha puesto en el cambio terapéutico que ya no se manifiesta sólo a nivel teórico (Apter, 1999; Bergner, 1999; Fonagy, 2001) sino también se refiere al cambio en acción (Caspar, 1997; Mergenthaler, 1996; Petrocelli, 2002; Roussos, 2001; Wampold, 1997) a través de la interpretación que de estas situaciones hacen sus protagonistas.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuál es la teoría subjetiva que los terapeutas construyen respecto del cambio a partir de su propia práctica clínica?

Objetivo General

Reconstruir las teorías subjetivas de los terapeutas respecto del cambio a través del relato de los episodios de éxito y de impasse con sus pacientes a fin de determinar elementos convergentes y divergentes en diferentes orientaciones teóricas.

METODOLOGIA

La muestra intencionada quedó constituida por un total de 16 terapeutas de cuatro corrientes psicoterapéuticas y 4 formadores de cada corriente, a saber, enfoque terapéutico psicoanalítico, cognitivo, humanista y sistémico. Las dos razones para la elección de estos enfoques fueron: en nuestra comunidad científica ya son corrientemente utilizados con distintos fines en toda la literatura (Garfield & Bergin, 1986; Bergin &

Garfield,1994; Lambert, 2003; Roth & Fonagy, 1996; Strauss & Kaechele, 1999). Por otro lado, se sabe que son los cuatro enfoques terapéuticos más enseñados en las Escuelas de Psicología chilenas (Prieto & Saavedra, 2002).

Características de los Participantes

- Tipo de formación profesional: psicólogos
- Sexo: hombres y mujeres
- Línea teórica con la que trabajan

Lugares de Formación de donde Proviene

- En la línea psicoanalítica, terapeutas formados en el Sociedad Chilena de Psicoanálisis ICHPA.
- En la línea cognitiva, terapeutas formados en el Postítulo de Formación en Psicoterapia Constructivista Cognitivo en Adultos de la Universidad de Chile.
- En la línea humanista, terapeutas formados en el Instituto de Formación de Terapia Gestáltica Anchimalén
- En la línea sistémica, terapeutas formados en el Instituto Chileno de Terapia Familiar ICHTP.

Criterios de Exclusión de los Participantes

- Profesionales que trabajen menos de 12 horas semanales en psicología clínica
- Profesionales que no tengan una formación de post grado en alguno de los cuatro Institutos elegidos.
- Profesionales que estén involucrados con docencia en el área de la psicoterapia en el enfoque que se formaron.

También, antes de comenzar con las entrevistas, y con el objeto de pulir los guiones a utilizar, se llevaron a cabo 4 entrevistas pilotos con un terapeuta docente de cada uno de los 4 enfoques seleccionados. Luego se realizaron 32 entrevistas a los terapeutas (los entrevistas a cuatro terapeuta de los cuatro enfoque) y por último, 4 entrevistas finales a 4 formadores de estos terapeutas.

Esto, como se verá en el cuadro siguiente , hizo que se completara un total de 40 entrevistas

Entrevistas a Formadores	
1 entrevista piloto a cada uno	4 entrevistas
1 entrevista final a cada uno	4 entrevistas
Total entrevistas a formadores	8 entrevistas

Entrevistas a Terapeutas		
4 terapeutas psicoanalistas	2 entrevistas	8 entrevistas
4 terapeutas cognitivos	2 entrevistas	8 entrevistas
4 terapeutas humanistas	2 entrevistas	8 entrevistas
4 terapeutas sistémicos	2 entrevistas	8 entrevistas
Total entrevistas a terapeutas		32 entrevistas

Los participantes finalmente entrevistados fueron:

Terapeuta	Edad	Género	Años de psicólogo	Orientación teórica	Año postitulo del	Pacientes por semana
1	35	F	8	Gestáltica	96-98	18-20
2	28	F	4	Gestáltica	00-02	20
3	30	M	4	Cognitiva	00-01	22
4	38	M	11	Psicoanálisis	95-98	30
5	36	F	9	Cognitiva	97-98	15
6	37	M	13	Psicoanálisis	92-95	30
7	30	M	5	Sistémica	99-00	10
8	49	F	7	Cognitiva	99-00	10
9	36	F	5	Gestáltica	01-03	20
10	35	F	4	Sistémica	99-00	15
11	36	F	10	Sistémica	98-99	20
12	52	F	9	Cognitiva	97-98	12
13	36	F	10	Psicoanálisis	98-01	14
14	31	M	8	Psicoanálisis	99-02	15
15	33	F	11	Gestáltica	00-02	10

16	40	M	15	Sistémica	96-97	13
----	----	---	----	-----------	-------	----

Procedimiento de Recolección y Registro de Datos:

Para este estudio se utilizaron dos tipos de entrevistas que se complementaron entre sí: la entrevista "narrativa" y la entrevista semi-estructurada llamada también "con guión temático". Ambas entrevistas pretenden, de dos formas diferentes, develar las teorías subjetivas con que funcionan los terapeutas respecto de su práctica clínica.

Entrevista narrativa: aquella donde un entrevistado presenta en forma de relato lineal al entrevistador un área de interés en la que acepta participar. Esto puede ser un episodio tan grande como la vida completa - en el caso de una biografía - hasta uno muy breve como momentos de la vida vividos en pocos minutos. Esto le permite al investigador conocer el mundo experiencial del entrevistado en una forma comprensiva (Flick, 2002).

Entrevista semi-estructurada (con guión temático): aquella entrevista que tiene preguntas abiertas que se llevan a la situación de entrevista en forma de una pauta. Se espera que las preguntas o temas a tratar puedan ser contestadas libremente por los entrevistados (Flick, 2002).

La forma de operar fue la siguiente: la primera fue la entrevista "narrativa" donde al terapeuta se le pidió que se centrará en la descripción minuciosa de episodios o momentos de éxito e impasse ocurrido en las recientes sesiones terapéuticas que estaba llevando a cabo con ellos. Adicionalmente éste(a) dio datos generales y específicos de los pacientes a los que se refería en su relato. En esta primera entrevista los terapeutas sólo narraron éstas situaciones (éxito e impasse) pidiéndoles expresamente que no analizaran, teorizaran o hipotizaran sobre lo allí ocurrido. Es decir, narraron linealmente los episodios tal cual recordaban que ocurrieron aquellos momentos de esas sesiones.

Luego en la segunda entrevista y como una decisión contemplada con fines de clarificación del material, entregado por cada participante en la primera de las dos entrevistas- se utilizó una "entrevista semi-estructurada". Su finalidad era obtener el relato de cómo se explicaban los terapeutas aquellos fenómenos ocurridos (éxito o impasse) que describieron en la entrevista anterior, y la concepción de algunos conceptos teóricos que estaban contemplados en las preguntas específicas.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y luego fueron transcritas textualmente con la finalidad de obtener fielmente el discurso de los terapeutas que permitiera un análisis de sus contenidos .

Triangulación de datos

La triangulación de datos como criterio de calidad se realizó en este estudio de dos maneras. La primera se hizo con una psicóloga investigadora con amplia experiencia en metodología cualitativa pero no familiarizada con el área de la psicología clínica. La segunda triangulación fueron las cuatro entrevistas adicionales hechas a los docentes de los institutos de los cuales fueron extraídos los participantes, en calidad de representantes de la formación del Instituto.

Hallazgos de esta investigación

El principal hallazgo al mirar los resultados de los discursos de los terapeutas entrevistados en torno a las temáticas propuestas es que en la percepción de cada una de ellas, tienen un alto grado de coincidencia no importando la línea teórica en la que se formaron, aspecto que desconocíamos.

Estas coincidencias están expresadas en la concepción de los temas que a juicio de ellos y en forma transversal en los enfoques, son determinantes en el cambio terapéutico. Estos tópicos son: el rol del terapeuta y del paciente, las metas terapéuticas, el tipo de intervenciones que se hacen, las reacciones de los pacientes a las acciones terapéuticas y aquellos elementos del encuadre y alianza que ellos destacan, como así mismo, aquellos factores extraterapéuticos que los terapeutas reconocen que están influyendo paralelamente al proceso terapéutico.

Queremos destacar que las coincidencias de los enfoques en los puntos mencionados -que a continuación presentaremos con mayor detalle y relacionaremos con antecedentes empíricos pre-existentes- constituirían o podrían mirarse como un conjunto complementario y explicativo, tentativamente como un modelo, respecto del fenómeno de cambio terapéutico desde las teorías subjetivas de los terapeutas.

A este conjunto de puntos interdependientes lo llamaremos "concepción global de cambio", que era una meta de la investigación, ya que da cuenta de cuales son las teorías subjetivas de los terapeutas, es decir. corresponde a aquello que los terapeutas construyen teóricamente a partir de elementos diversos -por ejemplo las teorías formales y experiencias de vida- entre los cuales es muy determinante su práctica clínica directa -que les permite construir una mirada subjetiva- donde se incluyen las vivencias personales que el terapeuta tiene en el encuentro directo con el paciente, durante el transcurso de las sesiones terapéuticas mismas.

El segundo hallazgo que nos resulta relevante es que dentro de la mirada global que involucra los puntos mencionados estaría inserto y se destacan, coincidencias sobre las técnicas. Es decir, hemos encontrado una convergencia respecto del uso de técnicas que los terapeutas entrevistados declaran emplear, y esto, como decíamos, podemos entenderlo como un punto relevante en sí mismo, dentro del modelo global, por el hecho que son hallazgos transversales en los cuatro modelos investigados y por el acento que suele hacerse particularmente en la literatura y en la docencia como elementos diferenciadores entre los enfoques (Kriz, 1990; Roth & Fonagy, 2004). Además, estas técnicas están ligadas, a juicio de los terapeutas entrevistados, en gran medida a momentos cruciales del proceso terapéutico, aspecto en el que también coinciden.

Ya planteados los dos hallazgos más relevantes de este estudio, desarrollaremos las temáticas en que coinciden los terapeutas y que conforman y permiten construir una mirada global de cambio.

1. El Aporte del Rol del Terapeuta y del Paciente

Las teorías subjetivas de los terapeutas entrevistados convergieron en considerar como principales características del rol del terapeuta y como condiciones humanas del terapeuta aquellas de acompañar, ser sensible, ser ético, y reconocer los propios límites. Estos resultados van en la misma línea de los encontrados por Salvo (2003), quien destaca la función de acompañar, y de los encontrados por Fontbona y Martínez (2003), quienes subrayan la importancia de evitar la omnipotencia, como también los de Straker y Becker (1997) quienes señalaron que acompañar con una actitud atenta y absorta en el paciente contribuía al buen resultado de la psicoterapia. Pareciera ser entonces que hay formas o estilos básicos de enfrentar al paciente -así como se verá en la actitud del paciente hacia la terapia- que serían la base donde se construye un proceso terapéutico, y serían entendidas como el primer requisito para que éste sea productivo.

Por otro lado, dentro de las características centrales del rol del terapeuta se mencionó, a nivel profesional, la relevancia de escoger un enfoque, lo cual concuerda con los hallazgos de Orlinsky y Rønnestad (2005), Krause (1992) y Tschuschke y Czogalik (1990). Pensamos que tener una buena y sólida formación teórica puede ser muy deseable para el ejercicio de la psicología clínica, debido a que lo entendemos como un quehacer de gran repercusión social y muy demandante tanto en lo técnico, lo personal y lo ético para la persona del terapeuta, donde el cuerpo teórico sostiene un actuar consistente y coherente.

Además, los terapeutas entrevistados declararon que la utilidad de las técnicas se confirma en el ejercicio del rol profesional, una circunstancia postulada también por Kottler (1991), y admiten que con un mayor nivel de experiencia se acrecienta la flexibilidad teórica, incorporándose elementos de otras teorías, aspecto que también ha sido destacado por Orlinsky y Rønnestad (2005), Krause (1992), Tschuschke y Czogalik (1990) Safran y Muran (2000) y Castañeiras, García, Lo Bianco y Fernández-Alvarez (2005). Este punto nos desafía a plantearnos en relación a la evolución del desempeño como terapeuta, la pregunta sobre la necesidad de integración teórica y/o técnica de los enfoques terapéuticos que es un tema muy actual y polémico en estos momentos de los avances de la investigación en psicoterapia (Opazo, 2001; Vasco, 2001). En cuanto a este punto -integración- el cuestionamiento es cuál y bajo qué criterios sería la forma más adecuada de llevarlo a cabo.

Más allá, los terapeutas participantes valoraron la instancia de supervisión con dos matices diferentes, como instancia de aprendizaje y de enriquecimiento profesional. Otros investigadores han apuntado en la misma dirección (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Fontbona & Martínez, 2003; Salvo, 2003; Skovholt, Jennings & Mullenbach, 1996; Pekarik, 1994, cit. en Beutler et al., 2003). Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble y Wong (2003) afirmando que la supervisión, desde la perspectiva de los formadores de terapeutas, es el método más importante de asegurar que los terapeutas desarrollen competencia y habilidad. Nos parece relevante que los terapeutas estén conscientes que si bien la formación es un eje central del ejercicio de la profesión, otro eje también puede ser el compartir su desempeño con terapeutas que llevan más tiempo que ellos trabajando, y recibir de ellos toda la orientación, corrección y sugerencias tanto en lo teórico -por ejemplo las lecturas más apropiadas en relación con la problemática específica del paciente- como en lo clínico -actitud e intervenciones adecuadas- siendo la supervisión una instancia privilegiada de reflexión.

Otros puntos destacados en relación al rol del terapeuta fueron la relevancia de la formación de post grado, un resultado que también ha sido enfatizado por Salvo (2003), y así mismo la necesidad de procurarse un desarrollo personal que contribuya al desempeño profesional, lo cual ha sido indicado por otros investigadores (Geller, Norcross & Orlinsky, 2005; Salvo, 2003; Fontbona & Martínez, 2003; Skovholt & Rønnestad, 2001; Orlinsky et al., 2003; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Desde nuestro punto de vista, en particular en torno al desarrollo personal, creemos que el ejercicio de la psicología clínica, es una actividad profesional muy exigente, porque no sólo están involucrados conocimientos sino que en forma muy directa la persona del terapeuta tiene que involucrarse en su actividad a todos los niveles de su funcionamiento -cognitivo, emocional, corporal, conductual y espiritual- de modo que es ineludible que el terapeuta se haga cargo de sí, de su historia, de sus repertorios, y de

sus circunstancias para enfrentar su quehacer, ya que postulamos que a mayor autoconocimiento mayor comodidad habrá en el ejercicio del rol lo que redundaría en pericia y eficacia

Lo ya mencionado se ve confirmado en un aspecto en que coincidieron los enfoques, referido a la dificultad de escuchar cosas penosas y complicadas durante las sesiones, como por ejemplo la ideación suicida, un hecho que hace del autocuidado un elemento importante que es capaz de favorecer el rol. A este respecto, Mullenbach (2000) resalta la otra faceta de este tema, al decir que si bien los terapeutas están expuestos a escuchar temáticas dolorosas, también tienen la oportunidad de ver el avance y la superación de las vicisitudes que atraviesan sus pacientes, situación que puede ser muy reconfortante.

En cuanto al rol del paciente, la principal contribución que éste haría a la terapia, en la que coincidieron todos los enfoques, es tener una alta motivación por el cambio, que los terapeutas lo ejemplificaban en una apertura a trabajar sobre la historia personal, acompañado de trabajar mucho en su proceso y creer que se puede recibir ayuda, aspectos que también ha destacado Krause (2005).

Por otro lado, en cuanto a la percepción de los terapeutas de la reacción positiva de los pacientes a sus intervenciones, los terapeutas de todos los enfoques coincidieron en considerar como aspectos importantes el hecho de que el paciente pudiera encontrar sentido a una intervención determinada y el hecho de que el paciente agradeciera la sesión terapéutica llevada a cabo.

2. Las Metas Terapéuticas como una Guía del Trabajo a Desarrollar

Los discursos de los terapeutas participantes en relación a las metas terapéuticas pueden ser considerados opiniones relevantes acerca de la orientación del cambio terapéutico. En este sentido, la convergencia se centró en la necesidad del paciente de tomar conciencia, lograr explicaciones nuevas de la realidad y, por último, en la necesidad de conocer y explorar sus propias emociones durante el proceso terapéutico para que éste pueda ser considerado exitoso. Los hallazgos de Krause (1992, 2005) destacan estos mismos aspectos como logros terapéuticos desde la perspectiva de los investigadores en entrevistas a los pacientes como así mismo Machado, Beutler y Greenberg (1999) en relación a la experiencia emocional en las sesiones terapéuticas.

Esto significa que cuando ocurren estos fenómenos -tomar conciencia, tener explicaciones nuevas, conocer las emociones- tanto los pacientes como los terapeutas reconocen que se facilita el cambio, por tanto, sería importante considerarlos como meta terapéutica. Por otro lado, es interesante particularmente ver la coincidencia en relación a los aspectos emocionales, ya que nuestra impresión es que si bien en el enfoque humanista y sistémico ha sido enfatizado desde el principio de la enunciación de estos enfoques, cada vez se está incluyendo más explícitamente en todos los enfoques terapéuticos la importancia de una "comprensión" desde lo emocional como complementario y necesario a lo cognitivo, y esto es el aporte de teóricos como Stein & Lambert (1995) y Kohut (1984) en el enfoque psicoanalítico y Guidano (1991) en el enfoque cognitivo.

3. La Mirada sobre el Cambio

En cuanto al cambio, llama la atención que si bien acorde a las teorías subjetivas presentadas los cuatro enfoques tienen a nivel teórico una formulación central diferente de lo que es el cambio², existiría un fenómeno donde por un lado lo teórico permite diferenciarlos- o al menos claramente hacer un énfasis en aspectos diferentes tales como técnicas, rol del terapeuta y paciente, elementos de pre-cambio y concepción de cambio- mientras por otro, a nivel de la práctica clínica se descubren semejanzas muy importantes en la manera en que los terapeutas reconocen el cambio³ de sus pacientes en el curso de las sesiones, en aquellos elementos favorecedores y entorpecedores que distinguen al cambio. Y, para esta investigación el discurso sobre la práctica clínica es la temática de estudio.

Esto se aclara -la comprensión desde la práctica clínica- cuando nos detenemos en el discurso de los terapeutas entrevistados en afirmaciones, que apuntan a elementos de la definición de cambio, donde todos los enfoques lo consideran un aprendizaje del paciente en distintos niveles, cognitivo, conductual, emocional y experiencial. También se puede observar en el discurso convergente de los terapeutas respecto de las condiciones que producen cambio, que dice relación con comprender y dimensionar la relación transferencial y contrartransferencial como aportes al éxito terapéutico. Afirmaciones similares han sido hechas por Roussos (2001) y Fontbona y Martínez (2003).

Otros indicadores de cambio en que todos los enfoques convergen son los planteados en la línea de que el paciente experimenta sorpresa por la novedad de las intervenciones del terapeuta lo que implica tener mayor

² En el análisis relacional de esta investigación se da cuenta que para los psicoanalistas el cambio es una re-estructuración de los objetos internos, para los cognitivos un aprendizaje que se produce en los niveles cognitivo, conductual, emocional y experiencial; para los humanistas el cambio es una armonización del funcionamiento del ser humano, y para los sistémicos son modificaciones del funcionamiento individual y sistémico

³ Un ejemplo de ellos serían los índices de cambio que reconocen en los cuales tienen grandes convergencias.

capacidad de hablar de sí mismo, distinguido también por Roussos (2001) y Krause (1992, 2005); revisa su historia personal, que lo destaca Krause (1992, 2005); tiene explicaciones nuevas de sí y de su vida, siendo más consciente de sí mismo e integrando diferentes aspectos propios, un aspecto mencionado por Fontbona y Martínez (2003) y Krause (2005).

En el área emocional, los terapeutas participantes destacan como indicadores de cambio las manifestaciones de catarsis y los nuevos estados anímicos, un hallazgo que concuerda con los resultados de otros investigadores (Roussos, 2001; Krause, 2005; Korman 1998).

Por otro lado, en lo conductual, se enfatizó como indicadores de cambio una mayor asertividad y nuevos patrones de relación familiar, a lo cual también han apuntado los hallazgos de Krause (1992, 2005). Por otra parte, en lo corporal los terapeutas entrevistados coinciden en cambios corporales (aparición), nuevas posturas corporales y disminución de síntomas físicos, tal como ha sido señalado también por Beutler et al. (2003).

En este punto los psicoanalistas son los únicos terapeutas que subrayan la relevancia de las experiencias de frustración, mientras que los enfoques restantes ponen énfasis en los recursos del paciente. En relación a este último punto, otros investigadores han indicado resultados positivos cuando se utiliza la activación de recursos de los pacientes, pensándose que son éstos los que darán nuevas perspectivas y nuevas fuerzas para enfrentar lo cotidiano y por tanto movilizar el cambio acercándose a las metas planteadas en la psicoterapia (Grawe, 1997, Willutzki, Haas & Neumann, 2000, cit. en Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2003; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2003).

Si miramos todos estos indicadores de cambio recién mencionados, que se desprenden de los discursos de los terapeutas, nos encontramos que si bien sus modelos difieren y tienen particularidades en su esbozo teórico, en la práctica clínica ellos reconocen muchos aspectos convergentes que estarían apuntando al "cómo" ocurre el cambio, es decir a elementos que develan el proceso de cambio y finalmente se cristalizan en formas de pensar, sentir y actuar del paciente de una gran similitud. Esto nos plantea una necesidad de revisión del sentido y la forma de concebir las teorías por un lado, y comunicarlas por otro lado en la docencia y su necesario engarzamiento con la práctica, ya que creemos que si hay más concordancia de la que hemos pensado habría que replantear la forma - haciéndonos cargo de los aspectos comunes resultado de la empiria- en que explicamos los fenómenos de cambio, incluyendo en la teoría el desarrollo de la praxis, sin que exista una dicotomía entre ambas.

Por otro lado, en cuanto a cambio e indicadores de cambio, nos parece muy importante destacar una línea de investigación (Krause, 1991, 1992, 2005; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993; Krause, Uribe, Winkler & Avendaño, 1994; Krause & Winkler, 1995; Krause & Cornejo, 1997; Krause et al., 2003) debido a las coincidencias con nuestros hallazgos en temáticas relevantes relativos a la involucración, desarrollo y resultados finales para el paciente en una terapia que en nuestro estudio fue vista desde la perspectiva del terapeuta. Esta línea (Krause, de la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes & Altimir, 2005) ha construido un modelo progresivo de cambio del paciente y tiene semejanzas con nuestra investigación, ya que lo que sostienen estos investigadores, tiene en cierto sentido visiones paralelas y convergentes a los discursos de los terapeutas de nuestro estudio, lo que, a nuestro juicio, la hace complementaria y amplificadora de nuestros hallazgos.

En la última presentación realizada por Krause (2005)⁴, se plantean diecinueve indicadores de cambio emanados de los hallazgos de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos trece años en esta área. Las coincidencias con ellos -que enseguida señalaremos- son en doce de los diecinueve presentados por ellos,⁵ en los cuales nos queda más claro nuestra convergencia. En el caso de nuestros entrevistados, los puntos que aquí desarrollaremos, corresponden a indicadores de cambio percibidos desde la perspectiva del terapeuta en el paciente -y por tanto son una respuesta tentativa a la discusión actual sobre el cambio- de modo que es en ese sentido en el que estamos indicando la importancia de que exista una equivalencia con las aseveraciones encontradas en la línea de investigación de Krause (2005).

⁴ Los indicadores de cambio construidos por Krause son los siguientes: aceptación de la existencia de un problema, aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda, aceptación del terapeuta como profesional competente, expresión de esperanza (remoralización o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas), descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales ("fisura"), expresión de necesidad de cambio, reconocimiento de la propia participación en los "problemas", descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos, aparición de sentimientos de competencia, establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, aspectos propios y del entorno, aspectos propios y elementos biográficos, reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas, transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros, formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas, enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía, autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico, reconocimiento de la ayuda recibida, disminución de la asimetría, construcción de una teoría subjetiva biográficamente fundada, sobre sí mismo y/o la relación con el entorno (indicador "global").

⁵ Los únicos puntos excluidos son, el uno, tres, quince, dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve.

En el punto número dos, que desde la perspectiva de los investigadores en relación a los pacientes⁶ se podía clasificar como “aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda”, en nuestra investigación fue reconocido por los terapeutas entrevistados como “darse cuenta que necesita ayuda”. Esto significaría que tanto el terapeuta percibe en el paciente el reconocimiento de cierta necesidad que lo trae a psicoterapia, como así mismo el paciente puede reconocerlo y considerarlo una parte relevante de su motivación para entrar en un proceso psicoterapéutico. Esto implicaría que esta condición inicial de “estar necesitado” permite la acción de la búsqueda y eventualmente el compromiso con el proceso que se inicia.

Respecto del punto cuatro, que desde la perspectiva de los investigadores con los pacientes es un índice de cambio denominado “expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas”; desde la perspectiva de los terapeutas, fue reconocido como “creer que puede recibir ayuda” y “expresar sensación de esperanza”. Esta coincidencia nos está dando cuenta de la valoración de los recursos del profesional al que se ha acudido y eventualmente, del beneficio por tanto que se podrá obtener en el proceso.

En el punto cinco de las investigaciones de Krause, se expresa el “descongelamiento o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales” como indicadores de cambio que, desde la perspectiva de los terapeutas entrevistados, correspondería a afirmaciones tales como, “hay un desbloqueo paulatino de defensas”, y “el cambio es entendido como proceso de reflexión del paciente”. Podemos entonces afirmar que tanto pacientes como terapeutas consideran que, los pacientes toman una conciencia paulatina de su funcionamiento a distintos niveles y éstos serán necesarios para ir avanzando en un proceso que se verá consolidado en un cambio. Esto quiere decir que el paciente evoluciona desde un funcionamiento más estereotipado y arcaico, a uno que a través de la reflexión le permite armonizar mejor sus creencias, emociones y conductas.

Respecto del sexto punto “expresión de necesidad de cambio” destacado en las investigaciones desde la perspectiva de los investigadores sobre el cambio en el paciente, los terapeutas participantes observan en los pacientes una “decisión de cambio de rumbo”. Estos puntos estarían aludiendo a la relevancia de la toma de conciencia de los pacientes de la relación entre la comprensión de los fenómenos revisados en psicoterapia y la implicación de la voluntad personal para llevar a cabo los cambios pertinentes. Es decir, el paciente avanzaría en el proceso de cambio hacia una etapa de mayor responsabilización de su participación en la psicoterapia, por ejemplo tomando decisiones importantes en relación a su trabajo, pareja o hijos, que les permitirá concretar sus deseos de cambio, siendo protagonistas reales de los objetivos terapéuticos.

En relación al séptimo punto mencionado por Krause como índice de cambio, “reconocimiento de la propia participación en los problemas”, los terapeutas de nuestra investigación expresan como un indicador de cambio que el paciente “comprende la propia responsabilidad en su situación de vida”. Como ya observábamos en el punto anterior, se va ratificando progresivamente el hecho que el paciente adquiere un compromiso cada vez mayor en la psicoterapia y el terapeuta puede dar fe de ello.

El punto ocho, “descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo”, correspondería a afirmaciones de los terapeutas entrevistados tales como: “el paciente tiene nuevas perspectivas” y “se hace consciente de sí”, logra “aprendizajes sobre su funcionamiento”, realiza una “exploración de aspectos desconocidos” y puede “revisar su historia personal”. Aquí podemos darnos cuenta de la importancia de la exploración introspectiva y las dimensiones de ésta en el paciente, respecto de sí mismo y su vida, que el proceso terapéutico le permite. Creemos que este fenómeno ocurre primordialmente al interior de una psicoterapia y sería distintivo de ella, en comparación a otras relaciones significativas del paciente, y de hecho los terapeutas entrevistados así lo confirman. Esto implica que la psicoterapia dada sus características -búsqueda de ayuda, setting, alianza, metas terapéuticas, etc- posibilitaría una ayuda de mayor alcance y profundidad que las redes simples de apoyo sociales de una persona donde podemos encontrar desde la comunidad misma, la pareja, el trabajo hasta el apoyo espiritual o religioso.

En relación al noveno punto o indicador de cambio de Krause, éste índice fue llamado “manifestación de un comportamiento o una emoción nuevos”, los terapeutas entrevistados observan, entre otras cosas, en el paciente “realización de nuevas acciones”, “mayor asertividad”, “nuevos estados anímicos” y “cambio de vivencias”. Todas estas tienen relación con la concreción del cambio que puede ser observado o reconocido en situaciones cotidianas del paciente. Llamamos la atención estas coincidencias, las que, a nuestro juicio, están apuntando a las esferas que el paciente empieza a desplegar a raíz de la experiencia psicoterapéutica.

⁶ La diferencia entre esta investigación y la línea de investigación de Krause (2005) reside en que la nuestra fue una indagación directa sobre las teorías subjetivas de los terapeutas sobre el cambio terapéutico. En cambio, en la línea que estamos citando, los investigadores construyeron un modelo de cambio que se nutre de entrevistas a pacientes con preguntas más generales que las de nuestro estudio (Krause, 2005).

El punto diez mencionado por Krause que se refiere al índice "aparición de sentimientos de competencia", tiene su correlato en la percepción de los terapeutas participantes en nuestra investigación respecto del cambio que logran los pacientes durante el proceso terapéutico, descrito por ellos como "un empoderamiento de sí mismo". Nos podemos entonces dar cuenta que el proceso terapéutico proporciona la posibilidad de un cambio tan radical y de tantas repercusiones como el que hemos expresado, ya que por ejemplo una persona que llega a consultar con sentimientos de inadecuación, situaciones tensantes que no domina, confusión respecto a sus verdaderas alternativas conductuales, puede experimentar cambios no sólo en su actuar, sentir y pensar, sino que además puede llegar a experimentar que es capaz y posee todos los recursos necesarios -y por tanto utilizarlos- para enfrentar los distintos escenarios de su vida.

En relación al índice de cambio del punto once, "establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios, aspectos propios y del entorno, aspectos propios y elementos biográficos", los terapeutas entrevistados mencionan, entre otros puntos, "integración de diferentes aspectos propios", el "logro de objetos internos más sólidos", y "comprender semejanzas actuales al pasado". La convergencia en estos puntos nos permite darnos cuenta cómo el paciente hace un recorrido lineal de su historia e integra y activa en el presente nuevos aspectos que le resultan enriquecedores y que representan un claro avance en comparación con el estado inicial en que llega a buscar ayuda psicológica. Probablemente, este recorrido hecho en forma responsable y comprometida por parte de ambos actores -tal como lo afirman nuestros terapeutas- se transformará en los cambios más duraderos que han sido denominados por muchos investigadores como el "éxito terapéutico".

Relativo al punto doce, "reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas", los terapeutas participantes afirman que el paciente logra "desmitificar algunos aspectos de su vida". Asimismo, piensan que se puede reconocer una "disminución de sus síntomas corporales". Estas afirmaciones resultan relevantes debido a que muestran la vinculación entre el ámbito psicológico y su posible repercusión en el ámbito somático del paciente -tema ampliamente discutido por distintos profesionales de la salud (Dunn, 1990; Schnake, 1995, 2001) que, en estas investigaciones, es reconocida claramente tanto por los pacientes como por los terapeutas. Es decir, pareciera que la psicoterapia brinda una interesante vía de trabajo a niveles paralelos al psicológico, o bien si se quiere entender de otra manera, es una aproximación holística del ser humano. Un trabajo psicoterapéutico entonces repercutiría en distintos niveles de funcionamiento del ser humano, incluido los niveles somáticos.

En relación al punto trece señalado por Krause, cuyo índice de cambio fue denominado "transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros", los terapeutas de nuestra investigación aseveran tanto una "nueva conceptualización de la autoestima" y la manifestación de "humor respecto de sí mismo", como el "desarrollo de empatía". Entendemos que estos puntos están indicando que, a medida que el proceso terapéutico avanza y el paciente se hace más responsable y colabora en el trabajo propuesto, tal como se enuncia con otros matices en el punto diez anteriormente expuesto, los logros que obtiene son de gran envergadura. Esto, lo comprendemos como diversos avances que se van engarzando a distintos niveles, desde la misma biografía del paciente hasta los niveles cognitivos, emocionales, conductuales y espirituales dándole una visión nueva de variados aspectos de sí mismo al mismo tiempo que herramientas que puede utilizar en su vida cotidiana.

Por último, respecto al índice de cambio del punto catorce, "formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas", nuestros terapeutas entrevistados afirman que "el paciente tiene explicaciones nuevas de sí y de su vida" y "verbaliza el darse cuenta". La afinidad con Krause en este punto ratifica la importancia de la formación de nuevos constructos subjetivos más sanos y adaptativos para el paciente, es decir, una aproximación a sí mismo y su realidad más armónica, llevada a cabo en el transcurso del proceso terapéutico y que se transforma en un recurso para la vida del paciente.

En resumen, queda en evidencia que muchos aspectos del modelo de cambio psicológico en los pacientes construido por los investigadores a los que estamos haciendo referencia, respecto de las condiciones tanto de la búsqueda de ayuda, desarrollo y resultados del proceso terapéutico por un lado, y de la teoría subjetiva de los terapeutas en relación a estos mismos puntos por otro -es decir percepción de cambio- se muestran complementarios. Aunque nos falta desarrollar otras coincidencias aún de algunos puntos entre los terapeutas participantes de los distintos enfoques escogidos en este estudio, quisiéramos destacar a propósito de las coincidencias entre el modelo de cambio de Krause (2005) y los discursos de nuestros terapeutas en cuanto a indicadores de cambio, que estas similitudes pueden estar indicando que el fenómeno de cambio terapéutico ocurre efectivamente por un lado gracias al aporte que ya presentamos sobre una "percepción de cambio global" en las páginas precedentes. Por otro, el proceso terapéutico evoluciona con las características que tanto los pacientes como los terapeutas revelan, más allá de las afirmaciones paradigmáticas y teóricas que los enfoques sostienen que es o "debiera ser" un proceso terapéutico y por tanto, afirmado en estas creencias, tanto o más que en lo que las

teorías formales que los Institutos de post-gradó -de donde se eligieron los terapeutas entrevistados en esta investigación- ponen acento en su formación teórica y práctica.

A nuestro juicio, esto tiene entonces repercusiones a niveles amplios, teóricos y prácticos, y los hallazgos pueden contribuir a discusiones tales como en qué está fundamentado el cambio, qué y cómo es lo que realmente está cambiando en el proceso terapéutico a juicio de sus actores, y cómo debiera comprenderse este fenómeno, además de continuar en la línea de preocupación de un gran número de investigadores internacionales que se preguntan cómo debiera seguirse estudiando estos temas para avanzar en esta área de la investigación en psicoterapia (Lambert, 2003).

4. La Mirada sobre el Impasse

Recordemos que el impasse ha sido entendido como aquellos momentos en que hay una detención o paralización del ritmo de la sesión o del proceso terapéutico mismo.

Relativo a las teorías subjetivas de los terapeutas respecto a impasse, como expresamos en el capítulo anterior, no fue necesario un modelo que graficara a cada uno de los cuatro enfoques elegidos, ya que hubo una coincidencia en la percepción de éste en todos los terapeutas entrevistados, describiéndose principalmente como un detenerse, tanto la sesión terapéutica misma como el proceso, significando en algunos casos el abandono del paciente.

Los terapeutas de todos los enfoques refirieron que un factor relevante que determina la manifestación del impasse es la circunstancia de que aspectos personales de la persona del terapeuta se vean activados frente a lo que el paciente está exponiendo. Todos los enfoques coincidieron respecto a los indicadores de impasse en que, en la propia persona del terapeuta, el impasse puede ser reconocido a través de la aflicción y malestares físicos y en términos emocionales, esta situación puede reconocerse a través de la aparición de angustia.

En este punto nos parece importante destacar lo que ya se mencionó en el capítulo anterior, que el impasse si bien tiende a mirarse como negativo, era considerado muchas veces como positivo, por ejemplo como una oportunidad en la psicoterapia o como un fenómeno potenciador, como así mismo que solía ocurrir después de avances significativos en el proceso, por tanto debía ser comprendido como un fenómeno dual y que se debe mirar en su conjunto.

Respecto de los indicadores de impasse del paciente, las principales coincidencias de los cuatro enfoques fueron las expresiones de resistencia y el hecho de acudir a terapia en busca de consejos y recetas y por tanto no asumir y no entender las características del proceso terapéutico. Krause (1992) también ha señalado la resistencia como indicador importante de la potencial detención del proceso terapéutico.

Los terapeutas entrevistados mostraron acuerdo respecto de la auto-revelación como técnica y la búsqueda de supervisión como alternativas de solución al impasse. En la literatura, se encuentra respaldo para la auto-revelación como una forma eficaz de resolver un impasse (Watkins, 1990, Barrett & Berman, 2001, cit. en Beutler et al., 2003; Orlinsky, Ronnestad & Willutzky, 2003).

También otro aspecto significativo en este tópico que quisiéramos recalcar, fue las proposiciones presentadas como soluciones al impasse ya que incluyó observaciones de orden clínico como por ejemplo la actitud del terapeuta que involucraba paciencia y lograr una visión más general del proceso, y por otro lado también, propuestas de orden técnico como la flexibilización del setting o las intervenciones posibles que ayudaban a la resolución de estos momentos, dentro de las cuales se destacó la auto-revelación, el reflejo, la exploración vivencial, y la metacomunicación, como recientemente señalamos. Estas propuestas -tanto las clínicas como las técnicas- pueden ser un aporte concreto y no menor, en los recursos docentes y por tanto contribuir a la reflexión en las alternativas de intervenciones con repercusión en el entrenamiento específico de los terapeutas, relativo a las dificultades que enfrentan en los momentos de impasse en las sesiones mismas con sus pacientes.

Además, por supuesto esta contribución nos desafía a reconsiderar la postura y comprensión teórica que tenemos de este fenómeno -cuán deseable, evitable o qué enfrentamientos son posibles cuando ocurre un impasse- en el cual se encuentra amplia literatura, sin acuerdos entre sus autores, algunos considerándolo que se producirá un quiebre cuando el paciente se siente amenazado por motivos psíquicos y necesaria e inevitablemente habrá una interrupción de las sesiones -aunque después de semanas o meses se retome- dando a ello variadas interpretaciones (Burnstein & Cheifetz, 1999) y otros considerando que intervenciones no amenazantes serían de ayuda y un soporte para el paciente para avanzar en estos momentos de estancamiento de las sesiones (Watkins, 1990, Barrett & Berman, 2001, cit. en Beutler et al., 2003; Orlinsky, Ronnestad & Willutzky, 2003)

5. La Mirada de los Terapeutas sobre sus Intervenciones

Respecto a aquellas acciones de los terapeutas que reconocen como generadores de cambio todos los terapeutas entrevistados coincidieron en la utilización de intervenciones en diversos niveles con la intencionalidad

de promover el cambio en los pacientes. A niveles más generales⁷, los terapeutas entrevistados reconocieron utilizar intervenciones fundamentales como el acoger, el escuchar, el aclarar y el explicar. Salvo (2003) y Fontbona y Martínez (2003) destacan en sus hallazgos, estos mismos aspectos. Además, los terapeutas entrevistados dejan en claro que la relación terapéutica se ve promovida por medio de la realización de preguntas generales y el empleo intencional del humor.

En un segundo nivel de intervención, los terapeutas convergen al mencionar el reafirmar la comprensión del paciente y explicar intervenciones específicas, tales como explicar la técnica usada. Roussos (2001) asevera, en esta misma dirección, que la explicación de determinadas intervenciones -por ejemplo el sentido de una interpretación- contribuye al avance del proceso terapéutico.

Por último, en un tercer nivel más orientado al insight, coincidieron en destacar las intervenciones orientadas a ayudar a tomar conciencia -producir un insight-, la confrontación y la interpretación. Los estudios revisados por Orlinsky et al. (2003) confirman la confrontación como procedimiento terapéuticamente efectivo, mientras que respecto de la interpretación, los autores no han encontrado acuerdos, algunos considerándola de gran beneficio y otros expresando reservas en relación a su contribución terapéutica (Orlinsky et al., 2003).

Además, los terapeutas participantes coincidieron en que las intervenciones de cuidar el timing y de explorar las emociones del paciente son especialmente exigentes en términos de las habilidades del terapeuta. Opazo (2001) y Orlinsky et al. (2003) afirman que el cuidado en el timing de las intervenciones contribuye de modo significativo a los logros de resultados positivos en la psicoterapia. Lambert y Ogles (2003) coinciden con los terapeutas entrevistados, en el sentido que para que el terapeuta ayude al paciente a lograr un resultado favorable, es relevante que el proceso sea conducido con un compromiso empático, colaborativo y afirmativo con el paciente y que condiciones importantes son la habilidad de éste en el uso de sus técnicas y el cuidado de las intervenciones en un timing adecuado para el paciente, lo que apunta a las etapas de intervención que ya mencionaremos.

Por otro lado, en relación a las estrategias favorecedoras de cambio, los terapeutas entrevistados de los cuatro enfoques hicieron mención a la importancia de actuar chequeando al otro y de conservar el rol de terapeuta. Nos parece interesante que se haya destacado estos dos aspectos, ya que las dimensiones involucradas en el rol del terapeuta serían de distinto orden, ya que se está aludiendo a la sensibilidad del terapeuta, a la experticia técnica y a la ética del psicólogo, y a nuestro juicio estos aspectos son imprescindibles y muy complementarios.

El segundo hallazgo importante de esta investigación que señalábamos anteriormente, que deseamos relevar, es la convergencia respecto del uso de intervenciones y técnicas que los terapeutas entrevistados declaran emplear y los momentos importantes del proceso terapéutico en los cuales sería adecuado utilizarlas. En relación a la primera -uso de técnicas- de nuestra investigación, se puede desprender que terapeutas de distintas orientaciones están convergiendo en la utilización de intervenciones y técnicas y que serían éstas -además de las particulares de sus enfoques destacadas en el capítulo anterior⁸- las que podrían estar incidiendo en forma importante en el cambio detectado en los pacientes.

Además como mencionábamos recientemente, las técnicas destacadas por los terapeutas pueden ser reconocidas al menos en tres niveles de complejidad, las intervenciones orientadas a hacer un vínculo; aquellas que estaban destinadas a promover y mantener el desarrollo del proceso y por último, aquellas de un nivel más complejo orientadas al insight del paciente.

En la literatura encontramos que se han identificado seis técnicas primarias de intervención: preguntas, información, consejos, reflexión, interpretación y autoexpresión (Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer & Margison, 1987) y más recientemente se han encontrado en nuevas investigaciones, además de las anteriores, resultados significativos en intervenciones tales como feedback, prescripciones, apoyo, exploración evocativa, confrontación experiencial, activación de los recursos de los pacientes y autorevelación del terapeuta (Orlinsky et al., 2003).

Nos resulta muy importante destacar que todas las técnicas mencionadas en la literatura recién citada, si bien no en forma unánime -es decir no todas dichas por todos los terapeutas de los cuatro enfoques- fueron reconocidas como utilizadas por los terapeutas entrevistados.

Además, y con respecto a este mismo punto Lambert y Ogles (2003) reflexionan sobre la recopilación de investigaciones de los últimos diez años, sobre lo que está ocurriendo con las intervenciones terapéuticas,

⁷ Se llamaron intervenciones generales a aquellas acciones que son mencionadas por los terapeutas como acciones utilizadas por ellos que sin embargo no son exclusivas del setting psicoterapéutico, y pueden ser reconocidas en otros contextos de relaciones humanas.

⁸ Las intervenciones que cada enfoque destacó como particularmente suyas fueron los psicoanalistas: dibujo winnicotiano, el señalamiento y la interpretación; los cognitivos: exploración vivencial, pedir registro conductual y asignación de tareas; los humanistas reflejos rogerianos, arte terapia, silla vacía, diálogo con órganos, técnicas chamánicas e imaginaria; y los sistémicos: uso del genograma, uso de metáforas, metacomunicación e intervención estratégica en el sistema familiar. Sin embargo, coincidieron en el uso de algunas de ellas.

señalando que más allá de las diferencias semánticas hay un número de intervenciones básicamente similares utilizadas por los terapeutas de las distintas orientaciones, por ejemplo el reflejo, la exploración experiencial, diversas etapas del focusing, las modalidades de interpretación y que este hecho -de que los distintos tratamientos tiendan a compartir sus técnicas aunque los teóricos no estén conscientes de ello- puede ayudar a explicar "la comparabilidad relativa de sus resultados" entre los enfoques, es decir, que los tratamientos de los distintos enfoques están obteniendo resultados similares.

También en este mismo punto resulta relevante, como segundo hallazgo relativo a las técnicas, el que a juicio de los terapeutas entrevistados coinciden que éstas están ligadas en gran medida a momentos cruciales o etapas del proceso terapéutico. Las primeras fueron las acciones verbales mínimas que eran aquellas que el terapeuta realiza en el primer contacto con el paciente y estaban destinadas a establecer una alianza con éste, cuyo ejemplo sería el uso intencional del humor. En seguida, se reconocieron las acciones exploratorias que están destinadas a obtener información sobre el paciente y las circunstancias en las que algunos discursos aislados, por así decirlo sin una "voz" que lo defienda.

Por ejemplo un terapeuta psicoanalítico habló de "recordar aspectos personales para intervenir", y esta expresión desde el punto de vista clínico nos permite un valioso recurso, no sólo por la certeza con la cual estaría interviniendo el terapeuta sino porque expresado desde ese lugar, puede tener una potencia e impacto mayor en el paciente dada la implicación explícita e implícita del contenido expresado. Entonces al no haber sido citada por la mayoría de los terapeutas representantes de cada enfoque este tipo de discurso se escapa. Nos parecería él se ha desarrollado, tal como la entrevista clínica. Por otro lado, se mencionaron las intervenciones de cimiento del proceso que serían aquellas intervenciones que se hacen en el período de afiatamiento del proceso terapéutico que contribuyen tanto al fortalecimiento del vínculo como a la facilitación de emergencia de contenidos terapéuticos, cuyo ejemplo sería el señalamiento.

En la siguiente etapa estarían las intervenciones que estaban destinadas a darle una continuidad al proceso, es decir, contribuir al desarrollo ya obtenido en la psicoterapia, cuyo ejemplo sería chequear la comprensión del paciente. También se reconocieron intervenciones de instrucción entendiendo como tales aquellas explicaciones y acotaciones que pueden contribuir a que el paciente comprenda mejor la dinámica y técnicas de las sesiones, cuyo ejemplo sería dar explicaciones pertinentes al operar y el sentido de una técnica como la silla vacía en la Gestalt.

Enseguida, se destacaron las intervenciones de profundización orientadas al insight y se entendió por ellas, aquellas mencionadas por los terapeutas como acciones específicas para las cuales han sido especialmente entrenados como psicoterapeutas cuya intencionalidad es por un lado promover y por otro sostener el cambio acorde a las metas propuestas y acordadas entre paciente y terapeuta, y un ejemplo de ellas sería la interpretación. Por último, se habló de intervenciones orientadas al mantenimiento que serían aquellas que el terapeuta realiza con el fin de afiatar aquellos progresos que el paciente haya realizado, tal como reforzar conductas.

Nos parece interesante reflexionar sobre el momento y la adecuación de las técnicas en el proceso. A nuestro juicio, este es un tema que suele ser abordado preferentemente en las supervisiones clínicas, sin embargo, podría ser muy útil en una comprensión teórica global del proceso de cambio. En este sentido, las etapas propuestas por los terapeutas pueden tener una aplicación al modelo de Prochaska y DiClemente (1994) planteado en el marco teórico de esta tesis. Estos autores como ya mencionamos, reconocen cinco etapas de cambio, cada una con sus propias características todas ellas emergidas de la investigación en psicoterapia. A saber, precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantención del cambio.

La etapa de precontemplación es aquella en que el sujeto no está intentando cambiar ni está haciendo ninguna acción en la dirección del cambio. Contemplación corresponde en la etapa en la cual las personas intentan cambiar y los cambios están dentro de sus metas de su futuro próximo. La preparación es una etapa que se caracteriza por que las personas empiezan a desplegar acciones significativas de cambio. La acción es la etapa donde las personas actúan y su cambio es observable conductualmente. Por último, la etapa de mantenimiento es aquella donde los sujetos procuran no tener recaídas.

Si hiciéramos una equivalencia con el modelo de Prochaska y DiClemente (1994), las técnicas que los terapeutas entrevistados consideran recomendables utilizar, serían en la etapa de precontemplación las acciones verbales mínimas y las acciones exploratorias y en la etapa de contemplación se podrían utilizar las intervenciones de cimiento del proceso. Por otro lado, en la etapa de preparación serían adecuadas las intervenciones que están destinadas a dar continuidad al proceso; en la etapa de acción serían recomendables las intervenciones de instrucción y las intervenciones orientadas al insight y por último en la etapa de cambio denominada de mantención estarían indicadas aquellas intervenciones orientadas al mantenimiento.

Prochaska (1999) destaca en relación a su modelo que sería muy importante que el terapeuta reconozca en qué etapa se encuentra el paciente y atendiendo a ello haga sus intervenciones, de manera que tal como los terapeutas entrevistados de este estudio manifiestan, se accione en los momentos propicios argumentando que así se puede, en un determinado tiempo del proceso, sostener o precipitar cambios que son deseables en el paciente, con mayor probabilidad de éxito.

Queremos destacar que esta referencia, que en nuestro estudio fue una opinión transversal a los enfoques -momentos apropiados para algunas intervenciones- no la encontramos explicitada en las teorías formales en los Institutos de los que provienen los terapeutas entrevistados, y como hemos señalado, observar la etapa del paciente para introducir la mejor intervención puede ser beneficioso en relación a un accionar efectivo, en lograr el impacto necesario y la profundidad en las metas propuestas, e incluso puede repercutir en el tiempo de duración del proceso terapéutico, ya que en tiempos propicios las intervenciones resultan más exitosas.

6. La Mirada sobre el Encuadre y la Alianza

Todos los enfoques coincidieron que el encuadre debería ser flexible y adaptable al funcionamiento del paciente. Esto quiere decir que si bien en algunos enfoques el planteamiento sobre encuadre es muy claro y específico, se pueden hacer excepciones puntuales cuando el paciente dado algunas características lo necesite, por ejemplo enfermedad o tipo de horarios de trabajo.

En relación a la conceptualización de alianza, todos los enfoques aludieron a la importancia fundamental del vínculo terapéutico. Nos parece interesante que los terapeutas entrevistados lo destaquen, coincidiendo en la apreciación "todo pasa por el vínculo", ya que ha sido uno de los aspectos más relevantes y profusamente estudiados en la investigación en psicoterapia en la última década (Fontbona & Martínez, 2003; Salvo, 2003; Horvath & Luborsky, 1993; Sexton & Whiston, 1994; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Orlinsky, Ronnestad & Willutzky, 2003; Krause, 1992, 2005; Krause, Uribe, Winkler & Avendaño, 1994; Beutler et al., 2003). Estas investigaciones destacan que la alianza terapéutica se encuentra dentro de los factores más decisivos en el éxito terapéutico (Safran & Muran, 2000; Svartberg, Seltzer, Choi & Stiles, 2001, cit. en Beutler et al., 2003; Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson, 2001, cit. en Beutler et al., 2003). Los terapeutas así están valorando la vinculación y todas aquellas habilidades que están involucradas en construirla, como un elemento favorecedor del cambio, que no debe descuidarse y que sería sin duda una plataforma decisiva donde se construye el proceso terapéutico.

En cuanto a aquellos elementos del terapeuta que favorecen la construcción de la alianza con el paciente, los terapeutas de todos los enfoques refirieron la aclaración de las características del encuadre utilizado (p. ej., duración de la sesión) y del funcionamiento de la terapia (p. ej., uso de técnicas no verbales) y, más allá, señalaron el acoger en la primera sesión al paciente, ser cálido, tener paciencia, demostrar honestidad y usar la autorrevelación. Lomas (1993, cit. en Opazo, 2001), Opazo (2001), Fontbona y Martínez (2003) y Salvo (2003) coinciden en la relevancia de la paciencia y la calidez en términos de la construcción de alianza.

Nos parece importante que los terapeutas reflexionen sobre condiciones de construcción de alianza previas a la aplicación de técnicas, y en la docencia sea también un punto de entrenamiento explicitado y al que se le dedica tiempo, porque tal como señalamos en el párrafo anterior, los resultados de las investigaciones están apuntando al impacto del clima que se crea entre terapeuta y paciente como algo muy "sanador" y tan relevante como el resultado de las técnicas que están dirigidas a aspectos fundamentales como darse cuenta, comprender aspectos de sí mismo, o contactarse con emociones novedosas. De esta manera, podemos entender la psicoterapia como una instancia profundamente humana al mismo tiempo que una intervención técnica y teóricamente sustentada.

7. Concepciones respecto de Factores Extraterapéuticos

Los terapeutas participantes de todos los enfoques coincidieron en identificar como factor extraterapéutico favorecedor del proceso terapéutico la presencia de un entorno que acepta el proceso terapéutico en la vida del paciente, en el sentido de que el paciente cuenta con apoyo y ayuda en su terapia ya sea por parte de sus pares, su pareja u otros vínculos afectivos significativos.

Por otro lado, a la hora de señalar los elementos extraterapéuticos entorpecedores, todos los enfoques convergieron en indicar problemas económicos para financiar la psicoterapia. Además, otro factor entorpecedor significativo, por el contrario de lo sostenido anteriormente como favorecedor, fue la actitud descalificadora al psicólogo por parte de los familiares del paciente. Es decir, la aceptación o crítica del proceso terapéutico por parte de los que rodean al paciente, resulta muy importante en el éxito o fracaso de éste.

Nos parece importante que el terapeuta considere estos factores, lo explicita y si puede actuar sobre ellos, no lo soslaye, ya que por ejemplo la flexibilidad del encuadre incluyendo a un familiar perjudicado que no conoce al profesional, puede redundar en mayores logros en el proceso.

Por lo tanto, y retomando la idea planteada anteriormente, si se mira lo recién expuesto, es decir las coincidencias transversales de los terapeutas entrevistados de los cuatro enfoques en torno a las temáticas mencionadas (rol del terapeuta y paciente, metas terapéuticas, cambio e impasse, etc) entendiéndolas como factores determinantes en el cambio, podemos darnos cuenta por qué a partir de estos datos nosotros postulamos

una "concepción global de cambio" que tiene semejanzas por ejemplo con el Modelo Genérico de Orlinsky⁹ sobre la psicoterapia. La diferencia que este modelo tentativo que proponemos con el de Orlinsky, es que el nuestro emerge del propio discurso de los terapeutas de cuatro enfoques, a diferencia del de Orlinsky quien lo construye como investigador por así decirlo, a un meta nivel teórico.

Es decir, lo que hemos encontrado y estamos sosteniendo, es que en el material que los terapeutas entrevistados entregan -a partir de su contacto con los pacientes en su práctica clínica- una "comprensión global de cambio" en el proceso terapéutico basada en una conjunción de algunos elementos de orden práctico -ya sean favorecedores o entorpecedores- que es reafirmada justamente, desde el ejercicio y desarrollo de su quehacer profesional.

Esta comprensión global de cambio, permite darnos cuenta que el cambio, no está sólo compuesto de un solo un factor- por ejemplo las técnicas-¹⁰ sino de un conjunto de factores -rol, alianza, impasse, etc- en los cuales hay importantes coincidencias transversales de los terapeutas de los enfoques participantes en esta investigación, que son sus teorías subjetivas sobre el cambio y que han sido re-construidas a partir de sus discursos. Los terapeutas entonces, van más allá de sus conocimientos previos y de sus teorías formales aprendidas en sus estudios de post-grado, y aseveran desde su experiencia y la construcción de sus teorías subjetivas, cómo se construye el cambio, en qué se afirma y sostiene, en qué indicadores se reconoce y cuales son los índices de éxito final.

Además, como estamos subrayando, estas coincidencias son mucho más de orden práctico que teórico y emanadas de la práctica clínica, que era la intención de descifrar en este estudio

En resumen, esto nos estaría hablando de que más allá de los paradigmas o las posturas teóricas a los que adhieren los terapeutas, en su práctica clínica reconocen estar guiándose por sus propias percepciones -teorías subjetivas- de concepciones, condiciones, e indicadores del cambio terapéutico donde tienen coincidencias notables¹¹.

Comentarios y Proyecciones de esta investigación

Al reflexionar sobre el proceso de investigación llevado a cabo, quisiéramos destacar algunas ideas. En primer lugar respecto del método de estudio que nos confirma que a través de las entrevistas y particularmente las utilizadas, se puede recoger un cúmulo de información que da cuenta de aquellas creencias subjetivas que los psicoterapeutas tenían o habían construido sobre el cambio y el estancamiento en las sesiones que ellos conducían, vale decir, con la metodología utilizada se logró efectivamente conocer las teorías subjetivas de los terapeutas.

Por otro parte, hemos reflexionado sobre un aspecto que en cierto sentido podría ser considerado como una limitación de la metodología cualitativa -si bien por otro lado se considera que el operar al que nos referiremos es justamente lo que le da peso a los hallazgos- que tiene relación con la agrupación que se hace de los datos en categorías donde se privilegia aquellos que tienen mayor representación quedando importante buscar la forma de rescatar estos datos de alguna manera en futuros estudios y poder analizar estos discursos, que iluminan también los hallazgos.

Por otro lado, creemos que haber escogido las teorías subjetivas para recoger la mirada de los terapeutas sobre su práctica clínica, efectivamente aportó a los propósitos de la investigación, ya que nos ha permitido comparar los discursos de los terapeutas con las teorías formales de los enfoques y con ello tenemos una noción de aquello que está faltando integrar entre la teoría y la práctica en todos los tópicos que hemos destacado.

Respecto de los aportes de esta investigación, como hemos afirmado nos parece importante que un principal hallazgo sea que en los discursos de los terapeutas entrevistados transversalmente hay coincidencias, por los desafíos que esto plantea tanto a nivel teórico como a nivel académico en el ámbito de la psicoterapia. Preguntas como ¿estamos los terapeutas haciendo cosas similares en nuestro contexto terapéutico? ¿cuáles son ellas? ¿necesitamos integrar algunos aspectos de los distintos enfoques y a qué niveles podría ser la integración? aparecen a raíz de los resultados de esta investigación como un desafío a analizar, discutir y contestar.

Lo interesante del aporte de esta investigación iría entonces en la línea de la aplicabilidad de los hallazgos en la práctica clínica, fenómeno que como afirmara Jiménez (2000) no ha estado ocurriendo, ya que a su juicio, habría un amplio consenso en que un gran porcentaje de la investigación existente carecía de aplicabilidad en la

⁹ Ver este modelo en Orlinsky y Howard (1987).

¹⁰ Como evidentemente lo han venido sosteniendo los investigadores y se ha visto resumido por Bergin & Garfield (1994) y Lambert, Bergin & Garfield (2003) a partir del gran cúmulo de investigaciones por ellos revisadas.

¹¹ no hay que olvidar que las teorías subjetivas a la vez que tienen aspectos implícitos y explícitos también están compuestas de elementos formales, aspecto que estamos recordándole al lector en más de una oportunidad.

práctica. La afirmación de Jiménez en este contexto, la podemos entender como la aplicabilidad a la docencia y entrenamiento en psicoterapia en nuestro medio. Es decir, se puede destacar que esta investigación permite afirmar con un soporte empírico que existen índices y elementos favorecedores de cambio que serían transversales a las teorías psicológicas y que no necesariamente están siendo consideradas e incluidas tanto a nivel teórico ni de entrenamiento práctico específico en la formación de postgrado, deducido esto a partir de los programas de los Institutos que se adjuntan en el anexo.

Esto concuerda también con los resultados de Lambert (2003) sobre la percepción de las investigaciones de Ronnestad (2002) y la de Straker y Becker (1997) respecto a los elementos favorecedores de cambio, y también con la percepción descrita en el modelo de cambio construido en relación a los pacientes, de por qué los terapeutas serían eficaces con ellos- debido al cuidado en el rol, la construcción de alianza, el uso de técnicas apropiadas por ejemplo- y obtendrían el cambio esperado dentro de sus procesos terapéuticos (Krause, 2005). Los estudios de Krause, de los cuales se dio cuenta en las páginas anteriores, parecen entregar algunas luces que ayudarían a generar argumentos en la misma línea que los planteados en esta investigación.

Es posible, además, complementarlos con otras investigaciones donde se puede incluir el discurso de los pacientes¹², y particularmente el criterio de terceros, es decir investigadores que observan estos momentos de cambio o estancamiento en las sesiones terapéuticas cuando éstas están ocurriendo.

Por otro lado otras miradas posibles para investigaciones futuras podrían ser incluir entre los entrevistados terapeutas integrativos y terapeutas con larga trayectoria laboral, con la intención particular de observar sus aportes al "punto de vista del clínico" -en oposición al del investigador solamente académico- como así mismo las coincidencias y discrepancias en sus discursos que enriquecen las teorías formales y subjetivas, y como resultado de ello un enriquecimiento de las teorías en que se afirman los enfoques terapéuticos y por tanto en su implementación práctica en la docencia de post-grado de especialistas en psicoterapia.

También planteamos reflexiones futuras, que tienen relación con aspectos que no eran el foco de nuestro estudio, pero que generaría una amplia discusión relativa a las diferentes implicancias de los modelos de cambio que surgieron desde las teorías subjetivas de los terapeutas en cada enfoque. Un ejemplo de ello sería el caso del modelo cognitivo donde los terapeutas entrevistados de ese enfoque no entregaron discursos que permitieran encontrar elementos de lo que se denominó "pre-cambio" -ver cap. 6, análisis relacional- y entender a qué corresponde esta ausencia y a qué equivale en la teoría formal de este enfoque. Pensamos que nuestros datos no están agotados. Hemos hecho una presentación de nuestros hallazgos en relación a la pregunta que nos interesaba, sin embargo, esta misma información podría utilizarse para contestar muchas otras preguntas, por ejemplo, en torno a una comparación teórica de los modelos emergidos en las cuatro corrientes, su vigencia y sus proyecciones, lo que podría generar a nuestro juicio, distintos e interesantes niveles de discusión que podrían ser motivo de futuros estudios.

Por otra parte, conviene relevar las teorías subjetivas como objeto de investigaciones futuras. Los resultados del presente estudio indican que la reconstrucción de teorías subjetivas, en el tema de la psicología clínica es plenamente pertinente y si bien en la literatura en este ámbito se encuentran escasamente estudiadas (Barthels 1991 Wagner 1995, cit. en Groeben & Scheele, 2001), a partir de nuestros hallazgos, nos parece que puede ser muy fructífero.

La reconstrucción de las teorías subjetivas en nuestro estudio puede resultar en un gran beneficio para los terapeutas por varias razones:

La concepción de cambio de las teorías subjetivas en primer lugar permite al terapeuta adquirir una visión ampliada sobre el paciente y los distintos momentos del acontecer terapéutico que desembocan en una mayor comprensión y dominio del fenómeno, y contribuye así a su meta que es el éxito del proceso. Esto es relevante ya que con una visión más amplia del cambio y los indicadores que le permiten reconocerlo, el terapeuta cambia también la percepción de sus posibilidades y su campo de acción crece (así también lo afirman Fernández Alvarez [1996, 2002] y Lambert et al. [2003]).

Además, las teorías subjetivas permiten que el terapeuta tenga nuevos parámetros que enriquecen su formación formal inicial y desarrolle así una mayor eficacia y también -postulamos que más importante aún- pueda lograr la experiencia de trabajar cómodo y relajado en su quehacer como terapeuta.

Nos parece que esta visión de un trabajo armónico -gracias a parámetros amplios, flexibles y acordes al estilo personal, que se deducen de las convergencias de los terapeutas entrevistados en los tópicos que hemos destacado- sería la más deseable, de modo que los terapeutas tengan una experiencia de su trabajo al estilo de lo que Orlinsky (2000) ha destacado como un óptimo la Sinergia de Sanación (Healing Synergy o armonía en el

¹² Ya que como explicábamos la línea investigativa de Krause (2005) es una línea donde no se investigó las teorías subjetivas de los pacientes.

proceso de sanación), opuesto a lo que estos mismos investigadores llamaron un trabajo estresante (Stressful Involvement), conclusiones sostenidas luego de un largo desarrollo de investigación hecho con una muestra de más de 5000 terapeutas con más 13 países participantes. Es decir, mediante teorías subjetivas surgidas principalmente desde la propia práctica terapéutica, se aumenta el grado de congruencia entre los conocimientos teóricos previos, el dominio de las habilidades entrenadas y las nuevas explicaciones y posibilidades de despliegue técnico que los terapeutas tienen, así mismo como la comodidad en el despliegue del rol.

Finalmente, consideramos que este tipo de investigación permite abrir la puerta hacia interrogantes que ayudan a avanzar en la investigación en psicoterapia y a los intentos complejos de dar cuenta de las explicaciones teóricas y prácticas sobre el cambio y sus distintos matices, así mismo como sobre el funcionamiento real en los procesos terapéuticos asentados en la experiencia cotidiana del hacer psicoterapia y cuales son entonces los factores responsables de sus éxitos.

Bibliografía

- Apter, N. (1999). Change: What is at stake? *International Journal of Psychotherapy*, 4 (1), 67-78.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Bergin, A. & Garfield, S. (Eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4. Ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Beutler, L., Machado, P. & Neufeldt, S. (1994). Therapist Variables. En A. Bergin & S. Garfield (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4. Ed.) (pp. 229-269). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2003). Therapist variables. En M. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Ed.) (pp. 227-306). New York: Wiley & Sons.
- Buguñá, C. (1993-1994). Docencia en Psicoterapia: El proceso de llegar a ser psicoterapeuta en Chile. En J.-P. Jiménez, C. Buguñá & A. Belmar (Eds.), *Investigación en Psicoterapia: Procesos y resultados investigaciones Empíricas SPR Capítulo Latinoamericano* (pp. 151-182). Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria.
- Burnstein, L. & Cheifetz, P. (1999). Impasse o pseudo-impasse in the psychotherapy of an inhibited writer. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 74-81.
- Caspar, F. (1997). What goes on in psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7 (2), 105-125.
- Clark, C. & Peterson, P. (1990). Procesos de pensamiento de los docentes. En M. Wittrock (Ed.), *La investigación de la enseñanza*. Barcelona: Paidós.
- Davanzo, H. (1992). Estudiantes de postgrado como observadores en psicoterapia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 30, 313-317.
- De la Parra, G., Riumalló, P., Belmar, A., Boetsch, M.-E., Valdés, C. & Guillón, M. (1995). Proyecto de investigación de la Unidad de Psicoterapia Breve del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: Primeros resultados. *Revista de Psiquiatría*, 12 (3-4), 126-133.
- De la Parra, G. & von Berger, A. (2001). A single case brief psychodynamic psychotherapy follow-up with the Outcome Questionnaire OQ-45.2: A Quantitative/Qualitative Assessment. *32° Congreso Internacional de la Society for Psychotherapy Research*, Montevideo.
- Dunn, A. (1990). Recent Advances in Psychoneuroimmunology. *Current Opinion in Psychiatry*, 3, 103-107.
- Elliot, R., Hill, C., Stiles, W., Friedlander, M., Mahrer, A. & Margison, F. (1987). Primary response modes: A comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
- Elliot, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Elliot, R. & Shapiro, D. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Normative Approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Fernández-Alvarez, H. & García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. *Psicoterapia: Procesos y Resultados*. SPR Latinoamericana (77-84).
- Fernández-Alvarez, H. (2002). La persona del terapeuta: Balance y perspectivas. Comunicación personal en *V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica*. Society for Psychotherapy Research.
- Fiedler, P. & Rogge, K. (1989). Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden: Ausgewählte Beispiele und Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 45-54.
- Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Fonagy, P. (2001). El proceso del cambio y el cambio de los procesos: Qué puede cambiar en un "buen análisis". *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 18, 80-96.

- Fontbona, J. & Martínez, D. (2003). Evolución del psicoterapeuta desde una perspectiva construccionista social. Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Garfield, S. & Bergin, A. (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3. ed.). John Wiley and Sons.
- Gattini, V. (1991). Análisis de la percepción de la docencia de postgrado en becados de psiquiatría. *Revista Psiquiatría*, 29 (2), 34-40.
- Geller, J. & Farber, B. (1993). Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 3, 166-180.
- Geller, J., Norcross, J. & Orlinsky, D. (Eds.). (2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Patient and Clinician Perspectives*. Cambridge: Oxford University Press.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Groeben, Norbert & Scheele, Brigitte (1977). *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt: Steinkopff.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.
- Guidano, V. (1991). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- Hill, C. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C., Thompson, B. & Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Horvath, A. & Luborsky (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 561-573.
- Horvath, A. (2002). *The alliance*. Canada: Simon Fraser University.
- Isla, R. (1997). Acerca de la investigación en psicoterapia dinámica en un contexto institucional. *Revista Terapia Psicológica*, 6 (3).
- Krause, M. (1991). Ich glaube inzwischen schon, dass ich eine Neurose habe- Veränderung von subjektiven Theorien durch Interaktion mit professionellen Helfern. En U. Flick (Ed.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit* (pp. 198-215). Heidelberg: Asanger.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 1, 41-52.
- Krause, M. (1993). "Die Krisenambulanz ist dazu da, wenn zum Beispiel mein Psychologe verreist ist"-Hilfesuche im Versorgungsnetz aus Sicht der KlientInnen. En J. Bergold & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 183-200). München: Juventa.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40 (también en: www.puc.cl).
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas a través de la psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica*, 7 (2), 29-43.
- Krause, M. (2004). Hacia una Práctica Efectiva de la Psicoterapia: Estudio de Episodios de Cambio, en Psicoterapias de distinto tipo, y su Relación con los Resultados Terapéuticos. Conferencia dictada sobre resultados de investigaciones. Capítulo chileno de la SPR, Universidad del Desarrollo, Chile.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad* (enviado a publicar).
- Krause, M. & Comejo, M. (1997). Psicoterapia y percepción de cambios: Su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica*, 6, 83-91.
- Krause, M., De la Parra, G. & Aristegui, R. (2003). Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: Estudio de episodios de cambio relevantes desde la mirada de "expertos", en diferentes tipos de psicoterapia, y sus efectos en los resultados terapéuticos. Proyecto Fondecyt N° 1030482.
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, M.-I. & Avendaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psyche*, 3 (2), 211-222.
- Krause, M. & Winkler, M. (1995). Soziale Repräsentationen psychologischer Interventionen unter Armutsbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3, 31-44.
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 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.
- Lambert, M., Garfield, S. & Bergin, A. (2003). Overview, trends and future issues. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Ed.) (pp. 805-821). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2003). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Mahrer, A. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research. *American Psychologist*, 43, 694-702.

- Maione, P. & Chenail, R. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 57-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marmar, C. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 265-272.
- Martin, L. & Stelmaczek, R. (1988). Participant's identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35* (4), 385-390.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1306-1315.
- Moncada, L. & Olivos, P. (2001). Panorama de las investigaciones de postgrado en el área de la psicoterapia en la última década. *Revista Psiquiatría y Salud Mental, 18* (2), 49-55.
- Mullenbach, M. A. (2000). *Master therapists: A study of professional resiliency and emotional wellness*. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota.
- Muñoz, M., Vicente, B., Rioseco, P. & Vielma, M. (1998). Diplomado en salud mental: Evaluación de una experiencia en educación médica. *Revista Psiquiatría, 15* (1), 45-49.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: Delimitación clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. (2000). Research on psychotherapists: Implications for psychotherapist. Paper presented at the *1st European Congress on Psychotherapy on Psychotherapy in a Unified Europe*. Barcelona, 5-9 September 2000. Esta ponencia será parte del libro que se encuentra en prensa: D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad, *The Psychotherapist's Perspective: Therapeutic Work, Professional Development, and Personal Life*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. En A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (4. ed.) (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. & Rønnestad, H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. En prensa.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Ed.) (pp. 307-388). New York: Wiley & Sons.
- Petrocelli, J. (2002). Processes and stages of change: Counseling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling y Development, 1*, 22-30.
- Pihán, R. & Oberreuter, M. (1994). Efectos de un programa de Diplomación en Psicoterapia Gestalt Integrativa en la actualización, medida con el Inventario de Actualización Personal. *Revista Psiquiatría, 11* (3), 136-142..
- 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 Iberoamerica: Propuestas de la Psicología Clínica y de la Salud. Centro de Convenciones Diego Portales 3, 4 y 5 de Octubre del 2002.
- Prochaska, J. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. & Di Clemente, S. (1994). En Petrocelli, J. (2001). Processes and stages of change: Counseling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling y Development, 1*, 22-30.
- Rees, A., Hardy, G., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J. & Reynolds, S. (2001). It's like catching a desire before it flies away: A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research, 11*, 331-351.
- Reyes, G. (1993). Influencia de los valores en la facilitación del aprendizaje de la agudeza empática. *Revista Psicología, Universidad de Chile, Vol. 4*, p. 37-43.
- Reyes, G. & Benítez, D. (1991). Efectos de dos modalidades de supervisión sobre el desarrollo de la agudeza empática y la expresión personal. *Revista Psicología Universidad de Chile, 2*, 55-65.
- Reyes, G. & Ortiz de Zúñiga, B. (1994-1995). La respuesta empática: Análisis de la consistencia del rendimiento en los distintos pasos del proceso. *Revista Psicología Universidad de Chile, 5*, 35-45.
- Rhodes, R., Hill, C., Thompson, B. & Elliott, R. (1994). Client Retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41* (4), 473-483.
- Rice, L. & Greenberg, L. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Rivera, M. (2000). La Supervisión Clínica del psicoterapeuta Infantil de Orientación Psicoanalítica en el marco de los conceptos de madre suficientemente buena, espacio transicional y juego de D.W.Winnicott. *Tesis de grado en el programa de Magister Infanto- Juvenil* de la Escuela de Postgrado de la Universidad de Chile.

- Rønnestad, M. & Skovholt, T. (2001). Learnings arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 181-187.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom?* (2. ed.) London: Guilford Press.
- 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 doctoral*, Facultad de Humanidades, Doctorado en Psicología Clínica, Universidad de Belgrano, Argentina.
- Safran, J. & Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: Guilford Press.
- Salvo, I. (2003). Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio-descriptivo. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Sandell, R. (1998). As time goes by: Long-term outcomes of psychoanalysis and long-term psychotherapy. Comunicación personal en la *Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación*, organizada por la Asociación Psicoanalítica Internacional. Buenos Aires, Argentina.
- Sexton, T. & Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *Counselling Psychologist*, 22, 6-78.
- Shilkret, R. & Shilkret, C. (1993). How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group. *Smith College Studies in Social Work*, 64, 35-53.
- Skovholt, T. & Jennings, L. (1996). *Master Therapists: Exploring Expertise in Therapy and Counselling*. USA: Allyn & Bacon.
- Skovholt, T. & Rønnestad, M. (2001). The long, textured path from novice to senior practitioner. In T. Skovholt (Ed.), *The Resilient*. Sexton, T. & Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *Counselling Psychologist*, 22, 6-78.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (1990). Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen? Versuch einer Integration. En V. Tschuschke & D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407-412). Berlin: Springer
- Vasco, A. (1992) Psicoterapeuta, Conheça-te a ti próprio!: características, creencias metateóricas, estilos terapéuticos e desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas portugueses. *Disertación doctoral* Facultad de Psicología, Ciencias de Educación Universidad de Lisboa, Portugal.
- Vasco, A.B., & Conceição, N. (2001). *Sequential model of "paradigmatic complementarity": First attempt at empirical validation*. Comunicação apresentada na "XVII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration," Santiago, Chile
- Wampold, B. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7(1), 21-43.
- Winkler, M. (1997). La esperanza de recibir ayuda: Sectores pobres y expectativas acerca de la psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica*, VI (3), 77-85.
- Winkler, M., Avendaño, C., Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica*, 20, 7-19.
- Wampold, B. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7(1), 21-43.