



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Postgrado

**LA CAPACIDAD METACOGNITIVA DEL TERAPEUTA PERTURBADOR
ESTRATÉGICAMENTE ORIENTADO DURANTE EPISODIOS DE RUPTURA
Y RESOLUCIÓN EN LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

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

Ps. Cristóbal Manchego Soza

Año de Ingreso: 2020

Profesor Guía:

Dr. Juan Yáñez Montecinos

Informantes:

Javiera Duarte

Ana Karina Zúñiga

Santiago de Chile, 31 de Marzo de 2023

Agradecimientos:

A mi familia, amigos, pacientes, profesores y todos los que colaboraron en su momento.

Índice

Resumen - palabras claves/ Abstract – key words.....	6
Introducción.....	8
Formulación y Relevancia Del Problema	10
Marco Teórico y Empírico	14
Dimensiones y Procesos de la Metacognición	17
Metacognición y Psicoterapia.....	19
Psicoterapia Constructivista Cognitiva y metacognición del terapeuta	20
Rupturas y Resoluciones de la Alianza: un espacio para la Metacognición del Terapeuta.....	25
Hipótesis.....	33
Preguntas Directrices	33
Objetivos	34
Objetivo General.....	34
Objetivos Específicos.....	34
Marco Metodológico.....	34
Diseño.....	34
Diseño Muestral y Marco de Muestreo	35
Técnicas de Recolección de Datos.....	36
Plan de Análisis.....	39
Consideraciones Éticas.....	43
Procedimiento de Análisis	46
Resultados.....	50

Discusión.....	117
Conclusiones.....	125
Referencias Bibliográficas	129
Anexos.....	141

Índice de Tablas e Ilustraciones

Tabla 1: Marcadores de Rupturas y de Estrategias de Resolución	37
Tabla 2: Caracterización de los terapeutas	47
Tabla 3: Distribución de episodios de ruptura y estrategias de resolución por diada.....	48
Tabla 4: Distribución de marcadores por episodios de ruptura y estrategias de resolución.....	48
Ilustración 1: Temáticas de los procesos metacognitivos de terapeutas constructivistas cognitivos en episodios de ruptura y resolución.....	50

**LA CAPACIDAD METACOGNITIVA DEL TERAPEUTA PERTURBADOR
ESTRATÉGICAMENTE ORIENTADO DURANTE EPISODIOS DE RUPTURA
Y RESOLUCIÓN EN LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

RESUMEN

Antecedentes: La metacognición se entiende como una capacidad compleja, multidimensional y transversal, para comprender los estados mentales cognitivos y afectivos propios y ajenos, así como la habilidad para reflexionarlos y dominarlos (Semerari et al., 2012). Tradicionalmente, la investigación en psicoterapia se ha focalizado en cómo inciden en el resultado los enfoques, técnicas, experticia, entrenamiento e intervenciones (Lambert et al., 2013), yendo al alza en el estudio del proceso, sus factores comunes y desarrollándose aún variables inespecíficas del terapeuta que contribuyen al cambio (Wampold & Imel, 2015). En las terapias constructivistas (Guidano, 1994; Mahoney, 2003; Yáñez, 2005) y metacognitivas de esta línea (Dimaggio et al., 2015) han sido escasamente exploradas dichas variables, privilegiando el estudio del paciente o de la relación. Han sido menos estudiadas en Episodios de Ruptura y Resolución, reportados dentro de la dinámica terapéutica como relevantes para el desarrollo de la alianza terapéutica y la gestión del terapeuta (Eubanks-Carter et al., 2010). **Objetivo:** Conocer los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante episodios de ruptura y resolución en la psicoterapia constructivista cognitiva individual de adultos. **Método:** Se utilizó una metodología cualitativa y un diseño fenomenológico, de alcance exploratorio - descriptivo. Se identificaron episodios de ruptura y resolución con el Sistema de codificación de Rupturas y resolución (3Rs), sobre los que se realizó entrevistas semi-estructuradas, basadas en una Entrevista de Evaluación Metacognitiva (EEM), a terapeutas utilizando un procedimiento similar al de Recuerdo Breve Estructurado (RBE). La muestra constó de 6 episodios, 2 de cada terapeuta. Se pretende describir el contenido de los procesos metacognitivos de los terapeutas en estos episodios a través de un análisis de contenido. **Resultados:** Se logró identificar las dimensiones metacognitivas y describir las temáticas involucradas en los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado dentro de estos episodios.

Palabras Claves: Metacognición, Constructivismo Cognitivo, Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado, Episodios de Ruptura y Resolución, Investigación de proceso en psicoterapia.

ABSTRACT

Background: Metacognition is understood as a complex, multidimensional and transversal capacity to understand one's own and others' cognitive and affective mental states, as well as the ability to reflect on and master them (Semerari et. al, 2012). Traditionally, research in psychotherapy has focused on how the approaches, techniques, expertise, training and interventions affect the outcome (Lambert et al., 2013), increasing the study of the process, its common factors and still developing variables. unspecific of the therapist that contribute to change (Wampold & Imel, 2015). In constructivist (Guidano, 1994; Mahoney, 2003; Yáñez, 2005) and metacognitive therapies of this line (Dimaggio et al., 2015) these variables have been scarcely explored, favoring the study of the patient or the relationship. They have been less studied in Episodes of Rupture and Resolution, reported within the therapeutic dynamics as relevant for the development of the therapeutic alliance and the management of the therapist (Eubanks-Carter et al., 2010). **Objective:** To know the metacognitive processes of the strategically oriented disturbing therapist during episodes of rupture and resolution in individual cognitive constructivist psychotherapy for adults. **Method:** A qualitative methodology and a phenomenological design, exploratory-descriptive in scope, were used. Episodes of rupture and resolution were identified with the Rupture and Resolution Coding System (3Rs), on which semi-structured interviews were conducted, based on a Metacognitive Assesment Interview (MAI), to therapists using a procedure similar to Recall Brief Structured (RBE). The sample consisted of 6 episodes, 2 from each therapist. It is intended to describe the content of the metacognitive processes of the therapists in these episodes through a content analysis. **Results:** It was possible to identify the metacognitive dimensions and describe the themes involved in the metacognitive processes of the strategically oriented disturbing therapist within these episodes.

Key Words: Metacognition, Cognitive Constructivism, Strategically Oriented Disruptive Therapist, Rupture and Resolution Episodes, Process Investigation in Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Se ha visto escasa investigación en psicoterapia dedicada al terapeuta en Chile (Moncada, 2007). Entre 2003 y 2011 los estudios que lo involucran llegan a un 4% del total de 16 artículos (Moncada et al., 2014). A partir de ese año, se ha visto mayor interés en esta variable, en especial sobre la investigación de la mentalización del terapeuta (de la Cerda et al., 2019; Díaz & Morán, 2019; Fischersworrying, 2018; Martínez, 2011; Martínez et al., 2017), estudios que varían en su metodología por sobre el sesgo teórico (Moncada et al., 2014).

En las últimas décadas la investigación de la psicoterapia se ha dedicado a los factores comunes, dentro del paradigma del proceso-resultado y el cambio terapéutico, sin resultados concluyentes aún (Krause, 2011). Tras la duda de la contribución del factor del terapeuta (Wampold & Imel, 2015; Duncan, 2010), se demostró que la experiencia o su entrenamiento no favorece necesariamente un buen resultado (Lambert et al., 2013), sin embargo, sus características, estilo personal, atributos, competencias y actitudes (Dobry, 2005; García & Fernández-álvarez, 2007; Orlinsky et al., 2020; Yáñez, 2005) y el efecto de su rol en psicoterapia tendrían implicancias relevantes en éste (Fichersworrying, 2018; Baldwin e Imel, 2013; Crits-Christoph et. al, 1991; Wampold, 2015). Los factores de mayor preponderancia son la alianza terapéutica, la empatía y sus conceptos relacionados: asertividad y autenticidad, de gran evidencia relacionada al vínculo y cambio (Wampold, 2015). El terapeuta también aparece como factor relevante tanto antes como después de estas competencias, en orden de evidencia (Wampold, 2015). Aunque el rol del terapeuta se ha descrito en terapias constructivistas, tanto metacognitivas como cognitivas (Carcione et al., 2011; Dimaggio et al., 2015; Popolo et al., 2010; Mahoney, 2003; Yáñez, 2005) la revisión de su gestión ha sido escasa en el contexto clínico y más en Chile (Moncada et al., 2014), con pocos estudios al respecto (Cologon et al., 2017; Cooper, 2012).

La empatía se ha comparado a la metacognición y mentalización, entre otros conceptos (Allen et al., 2008; Dimaggio et al., 2015), no obstante, la metacognición surge, en el proceso terapéutico, como una capacidad de conocimiento sobre la mente propia y ajena (la del paciente), y en el uso de esta información, siendo crítica para el desarrollo de la

relación. Sus dimensiones envuelven procesos similares y distintos, así el déficit de éstas explicaría ciertas psicopatologías en las personas (Semerari et al., 2002; 2012).

La psicoterapia Constructivista Cognitiva (PCC), como una alternativa, ocurre en inherentes cambios interdependientes entre paciente, terapeuta y la relación (Safran & Segal, 1991). Con el aporte de la Teoría de la Asertividad Generativa (Yáñez, 1996) se ha redefinido ésta competencia interpersonal y se describe al terapeuta como perturbador estratégicamente orientado encargado de crear condiciones adecuadas para el cambio y manejo de la incertidumbre mediante aspectos emocionales y cognitivos en la interacción para el desarrollo de la relación terapéutica (Yáñez, 2005).

Existe evidencia de la relación entre las habilidades mentalistas y el estilo personal del terapeuta (Corbella et al., 2009) donde utiliza la metacognición en las reacciones emocionales de pacientes dentro de episodios significativos para mejorar su disposición a la relación (Krause et al., 2018). En las rupturas de la alianza se juega la calidad de la relación terapéutica, por confrontación o evasión del paciente, seguidas comúnmente, de resoluciones (Eubanks-Carter et al., 2010; Safran & Muran, 2005, 2006) apelando al componente afectivo del vínculo en la alianza terapéutica (Bordin, 1979). El terapeuta guía al paciente a revelar e integrar sus estados emocionales y experiencia de malestar generando ampliar, abstraer y flexibilizar su autoconciencia (Chacón, 2010), a través de procesos autorreflexivos y heteroreflexivos enraizados en su competencia interpersonal, tales como el reconocimiento, diferenciación, integración y descentramiento descritos por la teoría de la metacognición (Semerari et al., 2003).

El objetivo de este estudio fue conocer los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado, durante episodios de ruptura y resolución, en la psicoterapia constructivista cognitiva de adultos. Se enmarcó desde lo exploratorio-descriptivo y se abordó cualitativamente a través de un diseño fenomenológico. Primero se delimitan los episodios relevantes a través del sistema de codificación de rupturas y resolución (3Rs) para después profundizar en la experiencia y gestión de los terapeutas dentro de estos episodios, mediante entrevistas semi-estructuradas basadas en la Entrevista de Evaluación Metacognitiva (MAI). Luego se realizó un análisis de contenido por codificación abierta y axial de las transcripciones, para generar un

modelo comprensivo de las temáticas que abarcan los procesos metacognitivos de los terapeutas dentro de estos episodios de ruptura y resolución.

FORMULACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Para entender el problema de esta investigación, es trascendental revisar la paradoja de la equivalencia de Rosenzweig (1936) que alude a la nula implicancia de distintas orientaciones teóricas sobre la efectividad terapéutica generando resultados equitativos para todas, que fortalecida con la conclusión de Wampold et al. (1997): la diferencia del efecto de los tratamientos es igual a cero, priorizó el estudio del funcionamiento del paciente (Krause, 2011; Tallman & Bohart, 1999). Por tanto, se ignoró la variable terapeuta hasta el 2003 (Wampold y Imel, 2015) tras concluir que la experiencia, entrenamiento, tipo de tratamiento, y sitio de estudio no influían la eficacia del proceso (Beutler y cols. 1994, en Beutler, 1997; Beutler, 1997; Blatt et al., 1996, en Lambert, 2013), y evidenciando que no contribuían significativamente a la recuperación (Okiishi et al., 2006). Así el cambio dependía más de factores comunes de la psicoterapia (Wampold, 2001). Del 13% de estos factores, sólo el 6 al 9% correspondía al terapeuta (Duncan, 2010) con una media de 5% (Lambert et al., 2013). Asimismo, en base a selección, supervisión y protocolos, faltaron diseños de investigación para este factor, reduciendo la variabilidad de los estudios y limitándolos a la eficacia de tratamientos (Lambert et al., 2013).

A pesar de lo planteado, se reconocieron sesgos, y se decretó mayor evidencia sobre el aporte del terapeuta (Wampold & Imel, 2015), demostrando que la experiencia, el enfoque teórico y el género del terapeuta no contribuyen significativamente a la recuperación del paciente (Okiishi et al., 2006) y que si hay consenso, desde distintos enfoques, en su rol, las metas, impases, intervenciones y el cambio (Moncada, 2007). Posteriormente, varios autores estudiaron la contribución del efecto terapeuta en el cambio terapéutico (Beutler, 1997; Lambert et al., 2013; Orlinsky et al., 2020; Popescu, 2012; Wampold et al., 1997), registrando mayor eficacia, según gravedad del paciente (Saxon & Barkham, 2012), nivel de empatía y apoyo directivo (Lafferty et al., 1989), lo que explicaría la varianza en su eficiencia y el rango de porcentajes mencionado.

Además, Beutler (2004, en Lambert et al., 2013) propuso un cuadrante de variables implicadas: rasgos observables (demográficos) e inferidos (características personales, estilos); estados observables (entrenamiento, enfoque y/o niveles de educación) e inferidos (relación terapéutica, adherencia y alianza). Por otra parte, Luborsky et al. (1986) destacan cualidades distintivas: la adaptación, la habilidad y el interés de ayudar; la pureza del tratamiento y la calidad de la relación terapéutica.

Por ende, si el efecto o variable del terapeuta fue minimizado, en ensayos clínicos randomizados y en base a protocolos, y los rasgos o estados observables son menos determinantes para el cambio (Lambert, 2013; Beutler, 1997; Popescu, 2012), el efecto del terapeuta podría estar en la variabilidad interna de éste a través de los rasgos inferidos (Beutler, 2004 en Lambert et al., 2013), sus actitudes y competencias (Orlinsky & Ronnestad, 2005; Yañez, 2005), estilo personal (García & Fernández-álvarez, 2007) o atributos personales en el rol (Orlinsky et al., 2020). Estos rasgos estarían inmersos en cualidades de adaptación y calidad de la relación (Luborsky et al., 1986). Aunque la principal fuente de variabilidad sería la diada y/o el paciente, la contribución del terapeuta en la alianza se aproxima al 9% de su varianza, lo que aun requiere de mayor investigación (Lambert et al., 2013).

Wampold & Imel (2015), aseveran que las características de los terapeutas modifican contextualmente los tratamientos, generando fuertes alianzas y facilidad en habilidades interpersonales. En orden de mayor a menor evidencia, su modelo contextual muestra los siguientes factores: la alianza, la empatía, la asertividad, el terapeuta en estudios naturalísticos, la autenticidad y al terapeuta en ensayos de control aleatorios (Wampold, 2015). La empatía se ha visto como uno de los factores con efectos positivos para el cambio (Wampold, 2015) y las “habilidades mentalistas” se han relacionado a su fundamento como precursoras de actitudes que la facilitarían en la dinámica terapéutica para la adaptación del estilo, las intervenciones y tareas hacia el paciente (Corbella et al., 2009). Según Dimaggio et al. (2015) y Semerari et al. (2002), la metacognición, se ha definido como la capacidad de conocer la mente propia y ajena en lo cognitivo y/o afectivo; incluyendo procesos de reconocimiento, diferenciación, relación, integración, descentramiento, además del control de estos estados mentales, para resolver problemas complejos. En el ámbito clínico, su déficit en pacientes se asocia a distintas

psicopatologías (Dimaggio et al., 2011; Lysaker et al., 2018; Semerari et al., 2002) y la literatura apoya su tratamiento a través del cognitivismo conductual (Wells y Simmons, 2014 en Hoffman, 2014; Mortiz et. al., 2014) y terapias constructivistas (Lysaker et. al, 2018; Dimaggio et. al., 2015).

El déficit metacognitivo se basa en narrativas empobrecidas de diferentes niveles de complejidad en el paciente y el rol del terapeuta es ayudarlo, primero a identificar y describir sus emociones, disponiéndose como “personaje interno” y estableciendo un dialogo para construir una historia alternativa a la que se cuenta (Dimaggio et al., 2003), por ende, el terapeuta constructivista promueve el restablecimiento de la narrativa, el análisis de patrones interpersonales y significados personales en la experiencia del paciente (Salvatore et. al., 2004), considerando su opinión en la gestión terapéutica (Dimaggio et al., 2011, 2017; Lysaker et al., 2018; Ruggiero et al., 2018). Además, el constructivismo destaca la colaboración, promoción de auto-observación del terapeuta (Gonçalves et al., 2009; Greenberg, 2015; Guidano, 1994; Mahoney, 2003; Neimayer & Raskin, 2000) disponiéndose y atendiendo a cambios en la alianza (Dimaggio et. al., 2003, 2017; Salvatore et. al, 2004; Semerari et al., 2002). La metacognición es crucial para la psicoterapia dada la importancia de la conciencia sobre los procesos psicológicos en la adaptación social, como factor protector de recaída del paciente (Karasu, 1995 en Semerari et al., 2002), donde el terapeuta, permeado por sus características particulares, lo asiste en simular mentalmente su mundo (Chacón, 2010; Dimaggio et al., 2003). Los estudios que incluyen al terapeuta se centran en la contratransferencia y su emoción dentro de episodios de ruptura (Ogrodniczuk et. al., 2005; Lombardo et. al., 2009) o las intervenciones que éste utiliza (Locati et. al., 2019; Høglend, 2014; Tapia et. al., 2010; Martínez et al., 2017), pero pocos hablan sobre su metacognición y su influencia (Cologon et al., 2017; de la Cerda et al., 2019; Locati et al., 2019) y menos dentro de estos episodios, donde se destaca la metacomunicación (Safran & Kraus, 2014).

Dentro de las terapias constructivistas, aunque no definida como metacognitiva, la PCC se presenta como un *complejo proceso de encuentro interpersonal* entre un paciente, que requiere de reorganización, y su terapeuta *perturbador estratégicamente orientado*. Éste último crea las condiciones para el cambio reordenando asociaciones disfuncionales, en sincronía y adecuación a su paciente, por medio de la incertidumbre

considerando su dinámica funcional y sus contenidos. Además se orienta en su propia organización a la dinámica entre ambos, reflejado en la alianza terapéutica (Yáñez, 2005). Su rol conlleva la asertividad generativa, competencia interpersonal compuesta de una dinámica intra e interpersonal en donde la intención y acción del terapeuta no solo deriva en una satisfacción de ayudar, sino que también entrega un efecto generativo en la relación con el paciente, ninguno de los dos siendo necesariamente consciente (Yáñez, 2005). Cuando el paciente reconstruye una experiencia crítica, el terapeuta la reformula con aspectos que lo perturbaron, lo que hace estratégica su acción (Chacón, 2010) utilizando sus emociones para que reconecte con su experiencia (Guidano, 1994) y por tanto haciéndose metaconsciente de sí mismo, sus emociones e interpretando a su paciente y previniendo rupturas en la alianza (Dimaggio et al., 2015; Safran et al., 2011).

Este modelo describe la alianza terapéutica como resultado de la visión del paciente sobre la dinámica con su terapeuta (Yáñez, 2005), y su incidencia sobre la relación. Para Bordin (1979), la alianza se compone del vínculo, su calidad afectiva y el acuerdo en las metas y tareas. Además contrae la negociación y una cierta independencia de ésta con otros factores lo que deriva en el cambio terapéutico (Safran & Muran, 2005). En la alianza ocurren rupturas y resoluciones, las primeras son un deterioro en la calidad de la relación, de la comunicación y colaboración entre los participantes, en dos formas confrontación o evasión. Las resoluciones son procesos de exploración de los sentimientos del paciente y clarificación del malentendido a través de intervenciones terapéuticas (Eubanks-Carter et al., 2010) existiendo un papel importante de la metacomunicación en la gestión del terapeuta para llevarlas a cabo (Safran & Kraus, 2014). El modelo Constructivista Cognitivo parece el más atingente para estudiar los procesos metacognitivos del terapeuta debido a su carácter dialéctico e histórico en torno a los significados del paciente ya que, en base a la evidencia, es coherente que el terapeuta realice clarificaciones y ocupe su metacomunicación incentivando al paciente atender sus patrones relacionales en la resolución de estas rupturas, y en los eventos relevantes en la terapia que conducen al cambio y a una alianza fortalecida (Duarte et al., 2019; Krause et al., 2018), aspectos abordados también en la Terapia Interpersonal Metacognitiva de corte constructivista (Dimaggio et al., 2015; Eubanks-Carter et al., 2010). Eubanks-Carter et al. (2010) concluyen en la importancia que el terapeuta

reconozca y explore las rupturas de la alianza más que evite o ignore, y que mantenga una actitud abierta y no defensiva en el contexto de ruptura, aceptando su responsabilidad en ellas y siendo consciente de su rol.

La relevancia del estudio es principalmente disciplinar terapéutica, ya que la metacognición genera conciencia sobre los procesos psicológicos para la adaptación social y bienestar de los pacientes (Semerari et al., 2002), promoviendo una directa relación en la calidad de vida (Blanc et al., 2014). Si los terapeutas son más metaconscientes de sí mismos, de su paciente y del vínculo podrían orientarse y perturbar estratégicamente de mejor manera, promoviendo esta adaptación. Por otra parte, existe una relevancia disciplinar académica debido al escaso consumo de literatura científica del área (Morrow-Bradley & Elliott, 1986) lo que podría incentivar investigaciones promoviendo la práctica clínica en Chile, y viceversa (Castonguay & Muran, 2015; Moncada et al., 2014). Ambas relevancias podrían impactar en la formación y entrenamiento de terapeutas (Cologon et al., 2017; Yáñez, 2005). Por último, indirectamente en lo social podría aportar al manejo de la precaria salud mental en Chile (Vicente et al., 2016) y consecuencias de la pandemia. Es por esto que la pregunta de investigación es: ¿Cómo son los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante los episodios de ruptura y resolución dentro de la psicoterapia constructivista cognitiva de adultos?

MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO

Existen diferentes conceptos que refieren la capacidad de pensar sobre sí mismo (Norman, 2019) tales como la “auto-observación” (James, 1980 en Lysaker et. al, 2018), “Mentalización” (Luquet y Luquet, S/F en Freeman, 2006), “automonitoreo” (Ellis, 1962 en Norman, 2019), “Mentalidad Psicológica” (Bohart y Wade, 2013 en Talia et. al, 2019), “Teoría de la Mente” (TdM) (Tellez-Vargas, 2006; Wellman, 2017), “lectura mental” (mindreading) (Gallesse y Goldman, 1998; Dimaggio et. al, 2008) y “Metacognición” (Flavell, 1979), entre otros. La Mentalización como término común (Fonagy et. al, 1991; Fonagy y Bateman, 2016) o transteórico (Luyten et. al, 2020) es la habilidad para percibir, imaginar y atender los estados mentales propios y ajenos (Allen

et al., 2008), incluyendo su interpretación intencional de estos (Allen, 2003). El psicoanálisis ha querido demostrarla como la noción más global, relegando al resto a procesos particulares (Allen et al., 2008). La “función reflexiva” (FR) es la forma en que la han operacionalizado para su investigación (Allen et al., 2008). Desde la tradición psicoanalítica, se quiere demostrar que el concepto de mentalización es más global a los demás, relegando al resto a aspectos o procesos particulares de lo que incluye el “mentalizar” (Allen et al., 2008). Sin embargo, existen precisiones y diferencias entre los conceptos similares que se expondrán a continuación.

La TdM aparece como una capacidad humana y sistema cognitivo de desarrollo dinámico de interpretaciones de estados mentales sobre uno mismo y de los demás, ligadas a creencias, deseos y acciones (Wellman, 2017). Su último desarrollo, la Teoría de la Simulación, explica que a través de la imitación y neuronas espejo se produce la idea de “lectura mental” como versión “intersubjetiva” desde una lógica dialéctica (Gallese & Goldman, 1998). La distinción de este proceso para el psicoanálisis está puesta en la actitud egocentrista, y por ende, la atribución errónea del estado mental del otro que complejiza el manejo de la contratransferencia (Allen et al., 2008). Aunque la “lectura mental” está íntimamente relacionada a la TdM es transversal, al menos en las últimas visiones teóricas, denota la atribución del otro sin considerar lo afectivo (Allen et al., 2008). Otras reflexiones rescatan su componente emocional volviendo a una discusión filosófica que deriva a la “empatía dinámica” (Rockwell, 2008).

La metacognición definida como “forma de pensar sobre lo pensado” o “conocimiento sobre el conocimiento” y se refiere a lo explícito, cognitivo e individual (Allen et al., 2008). El concepto nace de la psicología del desarrollo (Flavell, 1979) y la psicología clínica lo adoptó posteriormente (Salvatore et. al, 2004; Dimaggio y Lysaker, 2015; Wells y Simons, 2014). El término se expandió hacia lo interpersonal, la metacomprensión, el conocimiento social y atribución de estados mentales, debido a lo relevante de la consciencia de procesos mentales para la adaptación social en psicoterapia, siendo un factor protector de recaída (Semerari et al., 2002). Desde la psicoterapia, la metacognición se define como la *“capacidad de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas”* y *“...de utilizar dichos conocimientos con fines estratégicos para la resolución de problemas y*

control de estados mentales específicos que son fuente de su sufrimiento subjetivo” (Carcione 1997 en Semerari et al., 2002), realzando su carácter práctico, funcional, ejecutivo y afectivo para la praxis clínica.

En los últimos años la disputa de la prevalencia conceptual de esta habilidad mental ha disminuido y varios autores los utilizan indistintamente. Se defendía la TdM por sobre la metacognición y viceversa, en especial la habilidad de “lectura mental”, integrando la primera noción a la segunda sólo en una lógica utilitaria, argumentando el nivel de introspección, la fiabilidad, representatividad, etc que tenía la “lectura mental” (Carruthers, 2009). Sin embargo, en la clínica la TdM, aunque debe estar incluida en la “Metacognición”, no es fundamental ya que tener visión de la mente del otro no es suficiente para su reflexión (Camaioni, 1995 en Semerari et al., 2002), o sea requiere una representación de la mente del otro o metarepresentación (Chiesi y Mazzoni, 1996 en Semerari et al., 2002). La diferencia fundamental entre estas nociones es el contexto en donde se observan: la TdM se delimita a la deducción de estados mentales en un marco experimental, mientras que la metacognición usaría estos estados para atribuir significados a eventos personales en interacciones afectivas reales (Dimaggio et al., 2015), por ende condensaría aspectos del funcionamiento mental en un amplio cuadro dándole sentido a la acción (Lysaker et. al, 2013 en Dimaggio et al., 2015).

La mentalización y metacognición, se han considerado sinónimos en esencia con aristas específicas. Aunque la noción de mentalización para algunos prevalece (Frith, 2012; Kongerslev et al., 2015), ésta estaría arraigada al desarrollo cognitivo infantil, por tanto, la metacognición sería más amplia y activa en la madurez, sintetizando operaciones cognitivas y afectivas, de sí mismo y otros (Ridenour et al., 2019). Además, la primera estaría ligada al apego (Fonagy et. al., 2002 en Dimaggio et al., 2015) y la segunda a distintos sistemas motivacionales (Semerari et al., 2002) compuesta por variables semi-independientes entre sí, y por tanto siendo más específica (Semerari et. al. 2007; 2012 en Dimaggio et al., 2015).

A fin de cuentas todas las nociones apuntan a habilidades que involucran capacidades distintivas, unas más independientes que otras, y que entrañan la representación de cogniciones y afectos (Dimaggio et al., 2008). Lo común es el dinamismo, la

multidimensionalidad, el proceso atencional, la abstracción y conciencia de estados mentales.

Dimensiones y Procesos de la Metacognición

John Flavell (1979), fue el primero que postuló distinciones dentro del concepto de metacognición, señalando cuatro subtipos: 1) *conocimiento*: el que uno tiene de sí mismo y del resto; 2) *experiencias*: la consciencia de experiencia cognitiva o afectiva que acompaña a cualquier iniciativa intelectual; 3) *metas o tareas*: los objetivos que tenemos como proyecto personal y 4) *estrategias*: las formas que pensamos en cómo nuestras acciones o de otros puedan ayudarnos para cumplir objetivos. Norman et. al (2019) tomando esto, aportan dos funciones de la metacognición: 1) *monitorear* los propios estados de la actividad mental momento a momento y 2) *controlar* esos pensamientos, sensaciones o representaciones para recordar o cambiar algo del foco cognitivo, en mayor o menor medida, incluyendo la interrelación de estas funciones, la introspección y autorregulación. Los mismos autores demostraron que el concepto es ampliamente utilizado en diferentes disciplinas de la psicología, y específicamente en el tratamiento y prevención de la salud mental, la psicología de la personalidad y la neurociencia. Otros autores consideran que la metacognición se diferencia entre un *proceso implícito o explícito* (Frith, 2012; Martínez et. al., 2011). El primero se considera de un carácter más automático, rápido y sin mayor conciencia de la persona, mientras que el segundo uno voluntario y más pausado.

Por otra parte, Semerari et. al. (2002) proponen tres dimensiones en el contexto terapéutico: 1) ***Autorreflexividad***: representación de acontecimientos y operaciones cognitivas heurísticas del propio funcionamiento mental, 2) ***Comprensión de la Mente Ajena (CMA) y Descentramiento (D)***: representación símil pero respecto del otro, sumado al funcionamiento ajeno y 3) ***“Mastery o dominio”***: resolución de problemas y estrategias de complejidad progresiva. Aunque imposibles de separar en la experiencia, el orden permite observar contenidos específicos con implicancias en el proceso terapéutico. En la autorreflexividad y la CMA, la metacognición está presente, como requisitos básicos, en procesos diversos: el ***reconocimiento o identificación*** de

funciones mentales propias y del resto, cognitivas y afectivas, de naturaleza representacional y autónomas; la *diferenciación y caracterización* de cogniciones y emociones propias y del otro, como subjetivas, hipotéticas, falibles o modificables; el *relacionamiento*: reconocer que la conducta puede ser influenciada por ideas, emociones, el contexto social o relacional, y en el caso de la CMA, considerando en un otro su comunicación conductual o actitud; y, por último, la *integración* del escenario mental y los procesos interpersonales propios y de los demás, caracterizando creencias y afectos, además entregar un relato coherente de los tipos de funcionamiento ideoaffectivos.

En la autorreflexibilidad, específicamente, la *diferenciación y caracterización* requieren del reconocimiento de límites de expectativas, deseos y pensamientos respecto a la realidad. Así mismo en la CMA, se adosa el *Descentramiento* que implica romper con el egocentrismo en la mente ajena: el otro tiene objetivos independientes, atribuye significados e importancia de forma distinta. Reconociendo que el tiempo, el desarrollo personal, su experiencia personal y relacional influyen en sus procesos mentales (Semerari et al., 2002).

En la “Mastery”, el lenguaje debe dar cuenta de estados y procesos mentales como problemas a resolver, describiendo tareas o situaciones relacionales conflictivas. Existen *tres niveles de estrategias* en creciente complejidad de resolución: 1) actuar directamente, variando el estado del organismo, evitando condiciones de su aparición y/o usando el apoyo contextual; 2) imponerse (o inhibirse) voluntariamente a una conducta; o regular intencionalmente su organización mental (atención o concentración en lo intrafísico o interpersonal); 3) actuar sobre las creencias a la base del problema, usando los conocimientos sobre la propia mente, o del funcionamiento ajeno si es interpersonal, aceptando las propias limitaciones que influyen el cambio en uno mismo, en otros y de la situación, para prever efectos de acciones sobre uno mismo y el resto (Dimaggio et al., 2015; Semerari et al., 2002).

Metacognición y Psicoterapia

La investigación ha abordado el déficit metacognitivo y sus funciones en pacientes con diversos trastornos mentales, explicando nociones como autoreflejo, memoria autobiográfica, prejuicios y reconocimiento, entre otros (Lysaker et. al, 2018; Dimaggio et. al, 2008, 2011, 2015; Salvatore et. al, 2004; Wells y Simons, 2014 en Hoffman, 2014; Mortiz et. al, 2014; Popolo et. al., 2010, 2019). Los modelos terapéuticos cognitivos conductuales que abordan este tratamiento son la Terapia Metacognitiva (Wells y Simmons, 2014 en Hoffman, 2014) o el Entrenamiento Metacognitivo (Mortiz et. al., 2014). Los constructivistas son la *Terapia de Reflexión y Comprensión Metacognitiva (TRCM)* (Lysaker et. al, 2018), la *Terapia Metacognitiva Interpersonal (TMI)* (Dimaggio et. al., 2015). Las últimas promueven el restablecimiento de la narrativa (Salvatore et. al., 2004) y contribuyen al análisis de patrones interpersonales y significados personales en la experiencia del paciente, además destacan la gestión colaborativa del terapeuta y la opinión del paciente en su intervención (Dimaggio et al., 2011, 2017; Lysaker et al., 2018; Ruggiero et al., 2018).

Si bien se ha descrito del terapeuta su disposición, sus funciones y su actitud en cuanto a las señales y fluctuaciones de la alianza terapéutica (Dimaggio et. al., 2003, 2017; Salvatore et. al, 2004), además de la visión del paciente sobre su validación y expresión emocional (Dimaggio et. al., 2008, 2010; Lysaker et. al., 2018); no se ha descrito su metacognición en el contexto clínico. Comúnmente la investigación de esta capacidad en psicoterapia es sobre la psicopatología del paciente (De Jong et al., 2020; Philipp, 2019; Moritz et al., 2014; Martínez et al., 2017; Talia et al., 2019; Luyten et al., 2020; Blanc et al., 2014), otros estudios se centran en la contratransferencia y efectos del terapeuta (Ogrodniczuk et. al., 2005), su manera de sobrellevarla en supervisión (Lombardo et. al., 2009), su epistemología, interacción terapéutica, recursos e intervenciones en el proceso (Lee et al., 2013; Cooper, 2012; Locati et. al., 2019; Høglend, 2014; Tapia et. al., 2010, Martínez et al., 2011, 2017).

Aunque muchos estudios profundizan en la FR de pacientes en el contexto terapéutico desde una perspectiva cuantitativa (Martínez et al., 2017; Talia et al., 2019), también se ha propuesto su relevancia en el terapeuta como contribución al desarrollo reflexivo del paciente (Allen y Fonagy, 2002 en Martínez et al., 2017) y con la interacción la

complementariedad de FR incrementaría en sesión (Diamond et al., 2003 en Martínez et al., 2017). Martínez et al. (2017), en general, encontraron una baja FR de pacientes a partir de intervenciones terapéuticas aunque estudios recientes involucran la FR del terapeuta al tratamiento y la alianza terapéutica (Cologon et al., 2017; de la Cerda et al., 2019; Shaw et al., 2020; Woodall, 2018; Duarte et. al., 2019). Se observó que la FR del terapeuta aporta mayor capacidad reflexiva en el paciente, efectividad en el cambio y que terapeutas con alto apego ansioso podrían tener mejor FR, por tanto cobra relevancia el entendimiento del proceso reflexivo del terapeuta como factor común en la efectividad de la terapia (Cologon et al., 2017; Shaw et al., 2020). Asimismo, hay evidencia que la metapercepción del terapeuta como agradable o confiado genera mayor conexión con pacientes, pero a diferencia del estudio anterior, si es percibido como ansioso dificulta su vínculo y su confianza en él (Cooper, 2012).

El carácter dinámico, interactivo y complementario de la mentalización en la diada favorecería “la exploración de nuevos posicionamientos”, ya que en episodios de cambio el paciente al mentalizar sintoniza con el terapeuta coherente y colaborativamente, pero en ruptura mentalizaría autoafirmativamente, colocando una barrera (de la Cerda et al., 2019). En un estudio en curso se ha visto en episodios de cambio que el terapeuta proveería de experiencias al paciente, alentando su autoreflexión, generando un incremento de FR a través de la sensibilidad y contingencia en la interacción clínica. Pero no sólo dependería de la alta FR del terapeuta sino también de su habilidad para disminuir, aumentar, complementar, empujar o estresar la FR del paciente, siendo relevantes estas habilidades interactivas (Duarte et al., 2019). Por tanto, parece interesante explorar estas habilidades metacognitivas que implicarían actitudes e intenciones del terapeuta en su gestión y la relación terapéutica.

Psicoterapia Constructivista Cognitiva y metacognición del terapeuta

La PCC es un *proceso de encuentro interpersonal humano complejo* entre terapeuta y paciente, donde se crean condiciones para la reorganización del paciente, a través del lenguaje y procedimientos, con el fin de realizar una revisión y cambio personal durante un tiempo estimado dentro del contexto clínico (Yáñez, 2005). Se caracteriza por

acontecimientos y elementos desarrollados en tres niveles: 1) fenomenología del paciente, 2) fluctuaciones en la relación terapéutica, y 3) experiencia interior del terapeuta, interdependientes y en juego permanente, que influyen en el resultado (Safran & Segal, 1991). Safran y Segal (1991) aseguran el rol esencial del terapeuta, cuando este entiende su contribución en la interacción y rastrea sus cambios en el proceso de la terapia (autoexploración) a medida que se producen, lo que le permite comprender al paciente en el proceso.

En la PCC el terapeuta es visto como *perturbador estratégicamente orientado* (Guidano, 1994; Yáñez, 2005) y su función principal es el movimiento constante en el proceso de autoconocimiento del paciente, y es estratégica por dos aspectos; emocional y cognitivo. El primero subraya la sincronía, la adecuación ambiental e interpersonal y la sumersión afectiva en el relato del paciente. Lo cognitivo es al percatarse de la oscilación funcional, superficial y profunda del paciente, además del dominio del contenido de su vida, su forma de comunicar e intenciones. La actitud perturbadora es usar la emoción para reordenar los significados del paciente, y el hecho de conocerlos guía al terapeuta (Guidano, 1994) permitiendo la creación de condiciones para el cambio (Yáñez, 2005). Éste utiliza la perplejidad para involucrarse en la vida del paciente interviniendo asociaciones, removiendo y reordenando su narrativa disfuncional. La orientación estratégica implica ubicarse en su organización, como *observador participante* en el contexto interpersonal reflejando una alianza terapéutica establecida (Safran & Segal, 1991; Yáñez, 2005).

Holmes (2009) ve al terapeuta como cuidador de una base segura, el espacio terapéutico, con atributos eficaces como sensibilidad, responsividad, coherencia, fiabilidad y mentalidad psicológica. La mentalidad es una estrategia terapéutica para comunicar su presencia, pensar la mente del paciente siendo capaz de sostenerla sin incluirse, que liaría implícitamente el monitoreo, relacionamiento, diferenciación, integración y descentramiento en su gestión terapéutica. Yáñez (2005) reconoce las intenciones terapéuticas como competencias técnicas, bases de la actitud del terapeuta dentro del proceso: 1) **Neutralidad**: baja respuesta emocional a contenidos del paciente, manteniendo sensibilidad y disponibilidad, enganchando en el relato y desenganchando de sus emociones; 2) **Abstinencia**: no referir lo personal, utilizarlo sólo al contraste y la

alteridad necesaria de lo que discurre; 3) **Receptividad**: disposición sensorial, cognitiva y afectiva para conectar con el paciente y el contexto y 4) **Escepticismo**: no involucrar prejuicios en el paciente. Éstas ayudarían para establecer una alianza colaborativa que soporte la relación y posterior cambio terapéutico (Yañez, 2005) dando pie a intervenciones como preguntas abiertas, paráfrasis, reflejos de sentimientos, silencio y escucha activa (Reik, 1948 en Locati et al., 2019). En inicio el terapeuta escucha la historia y motivo de consulta, observa gestos y atiende sus propios sentimientos en la interacción inmediata a modo de conceptualizar al paciente (Locati et al., 2019) procesos reflexivos que aluden a características personales y habilidades terapéuticas como factores inespecíficos y competencias interpersonales.

Según Yañez (2005), el desempeño de un terapeuta se expresa en competencias técnicas y personales, la competencia interpersonal la define como conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas que sobresalen en un área del funcionamiento humano (nivel conductual, emocional y cognitivo). Estas competencias son el resultado interdependiente del conocimiento, la habilidad, la actitud y el autoconcepto del profesional. Para este estudio es interesante la habilidad y actitud, particularmente. Las habilidades son patrones de acciones que resuelven eficientemente demandas en un área de funcionamiento humano compuestas de factores personales, interpersonales y profesionales. Se asocian a la formación y la experticia en la acción terapéutica, permeadas por patrones de la vida del clínico pudiendo obstruir o fortalecer su gestión. La actitud es la evaluación que le da uno(a) mismo(a) a su trabajo, conocimiento y habilidades por lo que va de la mano con su motivación y expectativas del ejercicio clínico. Esta actitud puede compensar los factores personales (rasgos inferidos) entorpecidos: estilo personal y/o personalidad del terapeuta, pero un terapeuta se caracteriza normalmente por una buena salud mental, motivación y adaptabilidad del sí mismo. Por último, el factor interpersonal es la forma en que el terapeuta ha resuelto progresivamente la intersubjetividad en relaciones interpersonales significativas y secundarias constituyéndose en parte neural de la alianza terapéutica, pudiendo ser un factor inespecífico importante del cambio terapéutico ya que refiere al modo en cómo se despliega el conocimiento (Yañez, 2005).

Como se mencionó antes, en el modelo contextual de factores comunes de la psicoterapia (Wampold, 2015) la asertividad se posicionaba como factor de segunda importancia para el cambio, asimismo uno de los cuerpos teóricos en los que el modelo CC entiende el factor interpersonal es la teoría de la Asertividad Generativa (Yáñez, 2005). La asertividad clásica es una característica personal que implica una afirmación del sujeto acerca de algo, alguien o de sí mismo para satisfacer una necesidad a través de un acto y que se expresa en una actitud ante los demás (Yáñez, 2005) sin trasgredir a otros (Yáñez, 1996).

Esta definición no realza la importancia de la dinámica intersubjetiva para la satisfacción o el efecto interpersonal, por esto que se reformula como **Asertividad Generativa** definiéndola como “*competencia interpersonal orientada a expresar un deseo (intención asertiva) a través de una acción (acto asertivo), cuya satisfacción sólo es posible dentro de una dinámica interpersonal, que como consecuencia se produce un efecto generativo (intra e interpersonal) en la relación de los sujetos*”, por tanto esta habilidad se transforma en competencia con dos efectos. El primero, referido en la versión clásica, es una retroalimentación negativa o positiva sobre la acción, es decir, si fue eficaz o no. Pero el efecto *generativo*, acorde al resultado del acto (el cambio en el estado de la relación) con los pacientes es en torno a su intensidad, permanencia, intimidad y proyección (Yáñez, 2005) que podría aportar si se consideran los procesos metacognitivos de base.

Mahoney y Freeman (1988) llaman ontología constructiva, no solo a que el contexto media el significado de nuestra identidad, sino que somos “*participantes activos en nuestro intercambio con el ambiente*” y por tanto, somos también moldeadores asertivos de nuestro sí mismo. Las teorías motoras dentro del cognitivismo, incluyen la retroalimentación positiva (combinada con la retroalimentación negativa) como proceso inherente de los sujetos, lo que lleva no solo a significar las situaciones y relaciones en torno al contexto sino también a nuestra experiencia y patrones derivados de ésta. Como efecto de retroalimentación negativa, existe la posibilidad de amenaza de ruptura que puede ser o no tolerable para el sujeto dentro de un acto asertivo frustrado, pero también la posibilidad de la mantención de la red de relación interpersonal como retroalimentación positiva (Yáñez, 2005). Por tanto, los procesos metacognitivos a la

base de la competencia de asertividad generativa podrían estar relacionados en la gestión de dichas rupturas. Estas se revisarán más abajo en un capítulo en particular.

Ambos efectos involucran tres niveles de respuesta: 1) conductual, de tipo voluntario principalmente, que incluye la motricidad; 2) emocional, implícito, indirecto e involuntario, muchas veces inadvertido para ambos sujetos pero accesible a través de la interpretación del lenguaje no verbal, acompañado de los actos de habla y la forma en que se entrega la información (tonos, silencio, timbre, entonación, etc.). Este nivel será decisivo en el proceso del acto asertivo ya que informa sobre el estado interno de los sujetos; y 3) cognitivo, que contempla a través del lenguaje la abstracción de los significados atribuidos a la relación para integrar el funcionamiento del sujeto. Se expresa en esquemas cognitivos interpersonales que conllevan a una coherencia de la identidad personal. En este nivel lleva a la práctica la asertividad a través de los tipos de actos de habla: locutivo (discurso), ilocutivo (intención) y perlocutivo (evaluación y efecto del discurso) (Yáñez, 2005).

El modelo contextual, muestra que los factores comunes del terapeuta, sus habilidades y competencias, como empatía, asertividad (afirmación), congruencia y autenticidad contribuyen al cambio terapéutico (Wampold, 2015). Dentro de los componentes de las competencias del terapeuta en la PCC, en específico en *las habilidades interpersonales, la actitud y el autoconcepto* (Yáñez, 2005), los procesos metacognitivos podrían estar mediando como proceso dialéctico, por ejemplo dentro de su asertividad generativa como competencia interpersonal y/o la empatía como habilidad, entre otras, influyendo su gestión en rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica. Las habilidades personales e interpersonales, desarrollan complejidad y resolución en sus relaciones significativas, respectivamente (Yáñez, 2005) pudiendo estos procesos metacognitivos jugar un rol crucial en variables de introspección, flexibilidad y autoevaluación del contexto clínico (Salvo, 2003 en Dobry, 2005). Yáñez (2005) afirma que los componentes de las competencias están interrelacionados, por ende el generar cambio en uno, afectará los demás. El terapeuta al desplegar procedimientos, utilizaría el conocimiento propio y del paciente para cooperar en la resolución de problemas como aparato psíquico auxiliar. La Asertividad Generativa, como competencia interpersonal del terapeuta y factor inespecífico del cambio en psicoterapia de basta evidencia, se

asocia al modelo contextual. Esta competencia conlleva perturbar estratégicamente (nivel perlocutivo), está relacionada a la interpretación del lenguaje (nivel emocional – ilocutivo) requiriendo procesos de autoreflexividad y descentramiento para producir el efecto generativo. Los procesos metacognitivos de monitoreo, en específico la relación entre pensamientos y emociones, así como también la integración para describir las transiciones, podrían ayudar a atender distintos niveles de análisis en paralelo para identificar datos significativos y probar hipótesis explicativas de éstos en pacientes.

La PCC y la TMI no explicitan la importancia de la metacognición del terapeuta, pero se deduce de ambas la necesidad de representar la mente del paciente y a “sí mismo”, además el uso de procesos metacognitivos podrían estar implicados en la gestión de intervenciones y técnicas como el enganche y desenganche, la identificación de marcadores interpersonales, el descentramiento (Kiesler, 1988 en Safran & Segal, 1991), ya que al menos el *Descentramiento*, como proceso metacognitivo, (no sólo por alcance de nombre) si parece estar en juego explícitamente en la TMI y en la PCC (Dimaggio et al., 2015; Safran & Segal, 1991; Semerari et al., 2002; Yáñez, 2005). Podría especularse que estos procesos intervienen en técnicas constructivistas como la moviola o auto-observación (Guidano, 1994), la autoexploración de proceso emocional (Greenberg, 2015), el desmentido experiencial (Safran & Segal, 1991), la exploración experiencial y la metacomunicación (Yáñez, 2005), evocación de narrativas, fomento de conciencia emocional y promoción de agencia personal (Dimaggio, 2011).

Rupturas y Resoluciones de la Alianza: un espacio para la Metacognición del Terapeuta

En la relación terapéutica como *relación real* se enfatiza la genuinidad y experiencia de beneficio mutuo (Gelso, 2014 en Wampold, 2015), siendo una respuesta auténtica entre personas que se aprecian, confían y respetan (Greenson 1967, 1971 en Safran & Muran, 2005). Es un vínculo de confianza básica que requiere mayor profundidad en el desarrollo de la experiencia (Bordin, 1979) como contexto interpersonal de encuentro entre la diada, acordando una interacción por periodo determinado para generar cambios en la organización del paciente (Yáñez, 2005). A principios del siglo pasado se

consideraba la personalidad y experiencia del analista en el impacto de la dinámica (contra)transferencial (Ferenczi 1932 en Safran & Muran, 2005) y hoy aunque se sabe que es responsabilidad del terapeuta establecer la relación terapéutica, la alianza terapéutica dependería más de la percepción del paciente sobre ésta (Wampold, 2015; Yáñez, 2005).

Greenson (1971 en Safran & Muran, 2005) fue el primero que habló de la alianza terapéutica como capacidad de la diada para trabajar juntos en el tratamiento, mientras que Bordin (1979) describe tres componentes de ésta: 1) el vínculo, 2) el acuerdo sobre las metas terapéuticas y 3) entre las tareas terapéuticas; destacando que el cambio terapéutico requiere calidad afectiva del vínculo, influencia entre la diada, negociación y relativa independencia de factores específicos y comunes de la psicoterapia. Mahoney y Freeman (1988 en Yáñez, 2005), suman como componentes: 4) el “enfoque crédulo mutuo”: confianza mutua; 5) la actitud de explicación permanente: el terapeuta conectando aspectos teórico-epistemológicos a la hipótesis del funcionamiento del paciente para una interpretación activa; y 6) una actitud exploradora: frenando la sobreteorización e hipotetizar con hechos y experiencias, que aboga una influencia del terapeuta en la relación. Según Baldwin et al. (2007) su repercusión es relevante ya que los terapeutas efectivos son capaces de formar una alianza fuerte con un rango de pacientes. Asimismo se ha visto que la variabilidad interna y entre terapeutas tiene una influencia significativa en la calidad de la alianza y los resultados terapéuticos (Zuroff et al., 2010; Crits-Christoph, 2009 en Lambert et al., 2013). Sin embargo, y en la dinámica de la interacción, la alianza es continuamente negociada dentro de la diada, a nivel consciente e inconscientemente, y como propiedad emergente de relación terapéutica, siendo un importante mecanismo de cambio en sí mismo (Safran & Kraus, 2014).

En psicoterapia a modo de reconocer, describir y explicar procesos implícitos del cambio terapéutico se han descrito episodios relevantes desde distintos enfoques (Duarte et al., 2019). Dentro de esta gama, existen los episodios de *Ruptura y Resolución de la alianza terapéutica* (Safran y Muran, 2005), los primeros también llamados *Fallas Empáticas* (Kohut, 1984 en Safran et al., 2011) o *Impasses Terapéuticos* o *Eventos de Malentendido* (Rhodes et al., 1994), los que son inevitables y

necesarios para la exploración y el cambio (Safran et al., 2011). Todas las rupturas son más comunes de lo que se piensa y los terapeutas contribuyen tanto como los pacientes en sus variaciones y grados de intensidad, pudiendo ocurrir en cualquier momento de la terapia, de forma única, en distintas sesiones o como tema repetitivo (Safran & Kraus, 2014). Los episodios de ruptura aluden a un deterioro en la calidad de la relación, comunicación y colaboración de las tareas o metas, existiendo dos subtipos, 1) *confrontación*: una acción explícita por parte del paciente, o 2) *evasión*: omisión del malestar expresados en lenguaje no verbal. Los episodios de resolución responden a los de ruptura y son procesos de exploración de los sentimientos del paciente y clarificación de malentendidos que incluyen intervenciones terapéuticas (Safran & Muran, 2005, 2006). En las rupturas el paciente puede alejarse o acercarse o ir en contra del trabajo terapéutico o del terapeuta. En donde los dos primeros casos sería una ruptura evasiva, ya que cuando el paciente se acerca lo hace negando su propia experiencia, escondiendo implícitamente sus sentimientos o pensamientos, con deferencia y/o complacencia (Eubanks-Carter et al., 2015). Para Krause et. al. (2018), estos episodios están dentro de un modelo de 2 ejes : 1) Eje de la transformación subjetiva, representado por Episodios de Cambio y de Estancamiento y 2) Eje de la relación terapéutica, representado por las rupturas y resoluciones, que comúnmente ocurren de manera conjunta (Morán et al., 2016).

Los terapeutas usualmente no son conscientes de la insatisfacción de los pacientes, y no les es fácil reconocerlo, pudiendo los paciente abandonar de la terapia (Hill et al., 1996; Rhodes et al., 1994; Safran & Muran, 2005), por tanto el establecer una relación entre las defensas, la culpa, las expectativas de castigo y los sentimientos problemáticos hacia el profesional es una importante ayuda para diferenciar un buen resultado terapéutico (Foreman & Marmar, 1985). De ahí la relevancia que el terapeuta cultive una autoconciencia constante de sus reacciones subjetivas como fuente de información, generando una sintonización afectiva en cambios dentro de las sesiones, ya que al notar una ruptura puede empezar a *desengancharse* del patrón relacional que esta desenvolviéndose en la interacción (Safran & Kraus, 2014), lo que coincide con la dinámica terapéutica en la PCC, involucrando posibles procesos metacognitivos descritos anteriormente.

Eubanks-Carter et al. (2010) revisaron tres paradigmas en los que se han estudiado las rupturas y resoluciones de la alianza: 1) *Análisis de tareas*, usado para desarrollar y afinar modelos de resolución de rupturas a través de reportes de la diada después de las sesiones; 2) *Ensayos de Control Aleatorio*, utilizado para evaluar y comparar la efectividad de las intervenciones y tratamientos de resoluciones de rupturas y 3) *Observación Naturalística*, usado para observar los procesos de rupturas y resolución en terapia relacionándolo con los resultados y las fluctuaciones en los puntajes de la alianza de pacientes (Safran et al., 2011).

Dentro del primer paradigma, se estableció el modelo de resolución de rupturas de Safran y Muran (2000 en Eubanks-Carter et al., 2010) que considera 4 etapas: 1) el terapeuta reconoce la ruptura e intenta desengancharse, invitando al paciente a explorar el evento; 2) ambos exploran sus percepciones los matices de la ruptura, que podría traer la sensación de rechazo del paciente, produciendo evasión; 3) ambos exploran las maniobras de evasión y sus funciones; 4) la diada se mueve hacia clarificar el deseo o necesidad subyacente del comportamiento del paciente. Esta última etapa depende del tipo de ruptura, en las evasivas la resolución implica ayudar al paciente a expresar autoafirmativamente, explicitando que es lo que necesitan del terapeuta (Eubanks-Carter et al., 2010; Safran et al., 2011). En las confrontaciones clarificar podría llevar a un sentimiento de mayor vulnerabilidad en el paciente llevándolo a una queja, siendo recomendable para el terapeuta mostrar una postura abierta, no defensiva y reconociendo su contribución en el quiebre (Eubanks-Carter et al., 2010; Safran et al., 2011). Se ha propuesto en la resolución enfocarse en asociar las rupturas a situaciones vitales ocurridas fuera del proceso terapéutico discutiendo alternativas para sobrellevarlas (Agnew et al., 1994). Los terapeutas con buenos resultados tienden a reconocer y enfocar su atención en la mayoría de las rupturas, y a diferencia del modelo de Safran y Muran, se vinculan a la formulación preestablecida del caso y otras relaciones del paciente (Bennett et al., 2006) lo que debe ser con precaución al comienzo de la terapia, privilegiando la calidad de la interpretación (Safran et al., 2011). En otra investigación se evidenció que las rupturas ocurren por desacuerdos implícitos sobre los objetivos terapéuticos: el terapeuta se centra en la tarea y el paciente evade. Pero al redirigir la atención a sus problemas significativos, los terapeutas refuerzan la colaboración (Aspland et al., 2008).

En los estudios de Vanderbilt, dentro del segundo paradigma, se observó que los terapeutas respondían de manera defensiva a los pacientes que expresaban sentimientos negativos, y al intentar regular sus dichos y manejar sus patrones interpersonales del vínculo terapéutico resultaba peor aumentando sus mensajes hostiles o posibles de cualquier interpretación (Strupp, 1993). Los terapeutas con técnicas rígidas se interfieren en su estilo al adherir más a su modelo teórico para resolver rupturas, lo que produce un resultado terapéutico ineficiente o mayor abandono (Castonguay et al., 1996; Henry, Strupp, et al., 1993 en Eubanks-Carter et al., 2010; Piper et al., 1991, 1999). Por ende, la inserción de habilidades de manejo interpersonal y una actitud colaborativa mejoraba la calidad de la alianza, la adherencia y en algunos casos los resultados terapéuticos (Eubanks-Carter et al., 2010). Se observó que al romper el protocolo del enfoque cognitivo y guiar al paciente empáticamente a explorar la ruptura, disminuía su reactividad negativa, validando sus sentimientos y al reconocer el terapeuta su contribución (Castonguay, 1996; Castonguay et al., 2004 en Eubanks-Carter et al., 2010).

Del modelo de Safran y Muran expuesto se deriva la Terapia Relacional Breve (BRT, sigla en inglés) y el Entrenamiento enfocado en la Alianza (AFT, sigla en inglés) como guía para los terapeutas en el reconocimiento de patrones comunes y estrategias de intervención, enseñándoles a reconocer lo que está ocurriendo en el momento de la sesión dentro de la relación terapéutica y a sus propios sentimientos como fuente de información (Safran & Kraus, 2014), lo que implica el monitoreo como proceso metacognitivo básico. La BRT, focalizada en la alianza y desarrollada gracias a los estudios anteriores, consiste en tomar consciencia plena del vínculo donde, a través de la metacomunicación, el terapeuta explicita sus patrones interpersonales para generar nuevas formas de interactuar (Eubanks-Carter et al., 2010). La empatía hacia una reacción emocional del paciente sería clave en este tipo de terapias (Eubanks-Carter et al., 2010), como parte del proceso de enganche y desenganche que Yañez (2005) expone en su modelo comunicacional terapéutico en la PCC, y que sostiene la técnica también llamada “metacomunicación” en el trabajo del eje sincrónico de la sesión aportando a la actitud *perturbadora estratégicamente orientada* del terapeuta. Este proceso y técnica se puede vincular a la autorreflexividad y sus procesos metacognitivos base (Dimaggio et al., 2015), para dar cuenta de lo que está sucediendo en la interacción

como intento de traer a la conciencia lo que emerge, es decir, la atención plena en acción (Safran & Kraus, 2014).

En el paradigma de la observación naturalística, existen tres formas de identificación de estos episodios: 1) autoreportes directos de pacientes y terapeutas; 2) medidas basadas en observadores y 3) autoreportes indirectos basados en medidas de la alianza. Dentro de la modalidad de autoreporte indirecto, Kivlighan y Shaughnessy (2000 en Stiles et al., 2004) encontraron que el patrón de la alianza (alto-bajo-alto, forma de U) en terapia prevé una resolución de rupturas exitosa derivando en un buen resultado terapéutico, mientras que Stiles et al. (2004) aunque con menos sesiones si observaron una relación positiva entre diadas con patrones de rupturas y resoluciones abruptas (alto-bajo-alto en forma de V) y mayores ganancias, lo que podría contribuir a un buen resultado. A través de autoreporte directo, se encontró que las rupturas (reportadas más por terapeutas) ocurren usualmente dentro de las primeras seis sesiones significativamente relacionadas al resultado terapéutico, por tanto mientras más intensa una ruptura, el resultado en el funcionamiento interpersonal empeora, es decir, una pobre resolución llevaría al abandono (Muran et al., 2009). Eames & Roth (2000 en Eubanks-Carter et al., 2010), además de corroborar un mayor reporte de rupturas por parte de terapeutas, concluyeron que éstas se correlacionan positivamente con un apego preocupado y negativamente con un apego evitativo en pacientes. La diferencia entre reportes de pacientes y terapeutas se debería al enfoque teórico sobre la relación (Muran et al., 2009) aunque los pacientes reportarían menos rupturas por estar atentos o incomodidad al reconocerlas (Eubanks-Carter et al., 2010). Los estudios anteriores develan la importancia en la percepción del terapeuta sobre la alianza y sus episodios, la frecuencia en que ocurren y sus razones en como los perciben. En términos prácticos la forma en que pensarían la relación terapéutica y, por ende, como se piensan en ella.

Sommerfeld et al. (2008) encontraron reportes de rupturas de similares proporciones, entre pacientes y observadores externos, con ambos tipos de marcadores (confrontación y evasión). En sesiones donde ambos reportaban rupturas, los pacientes las describían con mayor profundidad y sentían más útil la terapia cuando los terapeutas fueron susceptibles a señales de ruptura y fueron alentados a explorarlas en conjunto. Además, se reportó que los esquemas interpersonales desadaptativos del paciente influyen en la

aparición de rupturas, y al activarse pueden dar oportunidad crítica para influir positivamente en su adecuación, por ende identificar, indagar y cambiar patrones defensivos de pensamiento y comportamiento del paciente (Sommerfeld et al., 2008).

Otro estudio basado en la observación, y a través de la Escala de Interacción Colaborativa, reportó correlaciones significativas entre intervenciones terapéuticas negativas y marcadores de ruptura en pacientes, también entre intervenciones positivas y procesos colaborativos del paciente, además de marcadores de ruptura indirectos como evasiones: desenganche emocional (Colli & Lingardi, 2009).

A través del método de observadores externos, se podría disuadir la duda del menor reporte de episodios por parte de los pacientes, bajo el cual se desarrollo un sistema de codificación de resolución de rupturas (3Rs, sigla en inglés), sugiriendo que la observación naturalistica identifica más los episodios que el autoreporte de los pacientes y terapeutas (Mitchell et al., 2010 en Safran et al., 2011). En estos sistemas de codificación se rescatan la mayoría de los resultados de los estudios mencionados que se transforman en marcadores interpersonales para codificar rupturas y resoluciones de la alianza entre pacientes y terapeutas. Se puede apreciar que en los estudios mencionados anteriormente se le da una importancia a la gestión de la “reparación” del terapeuta lo que implícitamente requeriría de procesos metacognitivos, al menos en las dimensiones de la autorreflexividad y la CMA, para la mantención o la mejoría de la alianza terapéutica.

Dentro de esta línea de estudio, desarrollada por Safran y Muran (1996) pero usando el sistema de codificación de Harper, se observan marcadores que distinguen las rupturas (Eubanks-Carter et al., 2015). En las confrontacionales, el paciente necesita afirmar su autonomía, agencia y su propia expresión sobre la relación y la insatisfacción hostil puede traducirse en quejas sobre la terapia y/o el terapeuta, el rechazo de intervenciones, controlar o presionar, entre otras (Barros et al., 2016). Por otra parte, en las evasivas el paciente usa estrategias para distanciarse del terapeuta, lo que favorece el vínculo pero en detrimento de sus necesidades personales, comúnmente de manera no verbal: silenciándose, contestando monosilábicamente, siendo deferente o muy dócil, negar incomodidades, cambiar de tema o evadir en el relato una situación centrándose en otra persona, entre otros. Esto hace que disminuya su involucramiento emocional en

la relación (Barros et al., 2016). Estos marcadores describen conductas que podrían tener implícitamente la presencia o ausencia procesos metacognitivos, en juego dentro de la dinámica interpersonal y en la alianza terapéutica, siendo interesante explicitarlos en el quehacer terapéutico.

Eubanks-Carter et al. (2010) concluyen que la investigación: 1) apoya el reconocimiento y exploración de rupturas por parte de los terapeutas más que su evitación, vinculando la resolución a oportunidades de cambio terapéutico positivo cuando se gestionan adecuadamente y probablemente buenos resultados; 2) da énfasis en los terapeutas en mantener una conducta no defensiva y abierta aceptando su contribución y 3) da cuenta del efecto negativo de la rigidez del terapeuta para concientizar su rol en estos eventos.

La TMI, adhiere a la *relación real* en el aquí y ahora, como proceso interpersonal donde paciente y terapeuta vuelcan sus modelos relacionales históricos, éste último asumiendo una actitud colaborativa, reparando impasses y reflejando estados mentales. Un objetivo constante para el terapeuta implica el dialogo constante consigo mismo, en pos del vínculo, que es fuente de información, instrumento y prevención del daño; reconociendo sus emociones, vulnerabilidades y falta de conocimiento personal, para identificar sus propios patrones problemáticos considerando la metacomunicación para reparar y regular la relación (Dimaggio et al., 2015), siendo útil que el terapeuta guíe su atención indagando emociones, pensamientos y sensaciones de los pacientes (Dimaggio et al., 2010). Si el terapeuta se muestra reactivo ante un impasse, es probable que sea una señal que este envuelto en un ciclo interpersonal típico, donde este demostrando sus propios esquemas subjetivos siendo inconsciente en la intervención de recuerdos emocionales problemáticos (Dimaggio et al., 2010), lo que confirma la importancia de la confianza en la alianza terapéutica y la colaboración mutua para obtener buenos resultados (Semerari et al., 2002).

Semerari et al. (2002) afirman que la relación terapéutica y la metacognición están indisolublemente vinculadas en la interacción y tienen como fin el cambio dentro de la gestión terapéutica. Consideran la actitud interpersonal del terapeuta como información indirecta de los estados mentales del paciente y "*hacer uso técnicamente orientado de los estados mentales del terapeuta durante la interacción...*" (Semerari et al., 2002,

pág. 85), lo que concuerda con el planteamiento de la actitud terapéutica de Yañez (2005) y la teoría de la asertividad generativa del CC mencionados. Un terapeuta nunca es totalmente consciente de su mundo interior pero si está atento a sus propios sentimientos y tiene la habilidad de distanciarse o desengancharse de ellos para observarlos y reflexionarlos hasta tener una perspectiva diferente e intervenir (Dimaggio et al., 2015). Si los componentes relacionales de la alianza revelan una interacción en la diada donde los factores comunes con evidencia como la asertividad, empatía y la actitud del terapeuta están involucrados, es interesante el estudio de los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégico orientado dentro de rupturas y resoluciones ya que nos puede permitir comprender mejor su gestión terapéutica aportando al estudio de proceso en estos episodios.

HIPÓTESIS

- 1) La metacognición del terapeuta perturbador estratégicamente orientado es una capacidad dinámica presente dentro de los episodios de ruptura y resolución en la interacción clínica.
- 2) Los terapeutas perturbadores estratégicamente orientados utilizan procesos metacognitivos básicos y complejos en estos episodios.

PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cómo es la experiencia que tiene el terapeuta CC en los episodios de ruptura y resolución? ¿Cómo gestiona sus emociones y pensamientos? ¿Qué sentido tiene su metacognición? ¿Cómo significan los procesos metacognitivos en los episodios?
- ¿Cómo se presentan las dimensiones de autorreflexibilidad, la Complejidad de la Mente Ajena y Descentramiento de los terapeutas en los episodios de ruptura y resolución? ¿Cuáles son más utilizadas por ellos?
- ¿Qué características tienen los procesos de monitoreo, diferenciación, relacionamiento, integración y descentramiento en el terapeuta constructivista cognitivo? ¿Existirá alguna diferencia entre ellos en distintos episodios?

OBJETIVO GENERAL

Conocer los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado, en los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia individual constructivista cognitiva de adultos.

Objetivos Específicos

- Indagar los procesos metacognitivos de los terapeutas constructivistas cognitivos respecto de los episodios de ruptura y resolución en la psicoterapia individual de adultos.
- Identificar las dimensiones metacognitivas de autorreflexividad, Complejidad de la Mente Ajena y Descentramiento del terapeuta constructivista cognitivo en los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia.
- Describir los procesos metacognitivos de identificación, diferenciación, integración, descentramiento del terapeuta constructivista cognitivo en torno a los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia.

MARCO METODOLÓGICO

Diseño

Se utilizará un diseño cualitativo, exploratorio – descriptivo, con enfoque fenomenológico, que busca encontrar la esencia a través del lenguaje y lo que contrae, dejando de lado las creencias y teorías actuales para crear conocimiento nuevo tomando como primeros datos la experiencia personal (McLeod, 2001) que implicaría profundizar en la experiencia subjetiva de terapeutas en ejercicio pretendiendo aprehender sus significados (Salgado, 2007) sobre sus procesos metacognitivos. Este enfoque se enmarca a su vez en una perspectiva constructivista, debido a que se entiende el fenómeno a conocer como una realidad relativista en un contexto intersubjetivo, desde un conocimiento subjetivista considerando la co-construcción entre el investigador y los participantes, así como también relevar la mayor variabilidad de aspectos situados en el contexto (Krause, 1995).

Diseño Muestral y Marco de Muestreo

Se identificarán como participantes a diadas terapéuticas, los terapeutas serán los participantes primarios o directos, es decir en donde se buscarán las unidades de análisis que son los episodios de ruptura y resolución. Los pacientes serán participantes secundarios y no tendrán características específicas para su selección. Para elegir a los terapeutas se llevará a cabo un muestreo homogéneo o de casos típicos combinado con un muestreo en cadena o “bola de nieve”, en caso de necesitar más datos para la saturación. Los terapeutas deben cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) estar ejerciendo profesionalmente como psicoterapeuta en forma activa, 2) estar diplomado o magistrado en el enfoque constructivista cognitivo, 3) un mínimo de 2 años de experiencia en terapia individual de adultos, 4) disponibilidad para participar y 5) posibilidad de invitar un paciente activo interesado en participar de una investigación de proceso en psicoterapia. Respecto a los criterios de exclusión: 1) Los terapeutas no podrán estar cursando una licencia médica psiquiátrica, 2) presentar sintomatología moderada o alta en torno a su salud mental. Para resguardar estos criterios de exclusión se pidió un autoreporte por medio del OQ-45.2, para visualizar posible sintomatología, en las instancias de contacto anteriores a la firma de consentimiento informado de terapeutas. Así mismo, cada terapeuta seleccionará un proceso actual y, junto a su paciente, eligieron una sesión de la terapia. Los participantes directos del estudio son los terapeutas, sin embargo al investigar los episodios de ruptura y resolución en un material audiovisual grabado (online) por el terapeuta, se les solicitará a los pacientes su consentimiento para utilizar una sesión de psicoterapia. Los pacientes al no ser parte del análisis directo y no formar parte del proceso de recolección de datos, es decir, no responder las entrevistas, se considerarán colaboradores o participantes secundarios, ya que sólo se pretende tener su autorización y voluntad a través de un consentimiento informado específico, para evaluar y seleccionar los episodios respectivos como material de análisis. El terapeuta, en la convocatoria institucional, deberá invitar a uno de los pacientes que haya marcado la opción: “Acepto que me contacten para participar de otras investigaciones que se desarrollan en el CAPs”, rectificando y/o actualizando su voluntad de ser contactado para participar en investigaciones dentro del CAPs firmada en el consentimiento institucional, sin comentarle nada más al respecto.

Dentro de la muestra de episodios de ruptura y resolución encontrados en la diada, las unidades de análisis son los episodios en que las rupturas se observen de forma clara y exista un resguardo emocional y ético al terapeuta, es decir que no hayan implicado mayor intensidad y disrupción. Estos episodios se ven constante y empíricamente dentro de las primeras 6 sesiones (Eubanks-Carter et al., 2010) por lo que se intentará que sean dentro de este margen. Dentro de estos episodios se estudiarán los procesos metacognitivos del terapeuta. Los criterios de inclusión de ambos tipos de episodios para la selección están descritos en el manual de 3Rs que serán evaluados por el investigador principal. Los autores señalan que es un sistema que no requiere transcripción y que los calificadores pueden ser estudiantes principiantes (Eubanks-Carter et al., 2009 en Eubanks-Carter et al., 2010). La muestra de arranque será de 6 episodios, 2 por cada terapeuta, continuando el muestreo hasta alcanzar suficientes unidades de análisis que permitan saturación teórica. Se espera llegar a la saturación teórica con 10 episodios.

Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizará el *Sistema de Codificación de Rupturas y Resolución (3Rs)* para observar, identificar y seleccionar estos episodios relevantes (Eubanks-Carter et al., 2015) en sesiones de psicoterapia online que serán grabadas en el audio e imagen. Según los criterios sugeridos en el manual, se utilizará la unidad de codificación de segmentos de 5 a 10 minutos en la revisión de las grabaciones, extensión que dependerá de la duración del episodio aunque manteniendo un proporcional entre estos tiempos dentro de la duración total de la sesión. Esta revisión estará a cargo del autor. Se transcribirán las sesiones y se determinarán los episodios considerados de ruptura y resolución, detallando en la hoja de puntajes del instrumento la cantidad de marcadores de ruptura por cada intervalo de codificación identificados, evasivos o confrontacionales, asignando puntaje de significancia en cada uno, así como también a las estrategias de resolución de los terapeutas y, por último, el grado en que fue resueltas las rupturas en general dentro de la sesión, así como también si hubo influencia del terapeuta. Todo esto con el fin de elegir los dos episodios más representativos para la instancia de entrevista con el terapeuta.

El manual delinea, en una primera sección, el proceso de codificación: las unidades de codificación a optar, la necesidad de utilización de video, indicadores de un buen proceso en la sesión y de posibles rupturas, la decisión de identificar el tipo de ruptura (evasiva, confrontación o ambas) o de estrategia de resolución, la elección de marcadores al respecto, la clasificación del grado de certeza y significancia de cada uno, además de la categorización del grado general de resolución y de contribución del terapeuta en la causa o exacerbación de las rupturas. Los marcadores posibles son:

Rupturas evasivas	Rupturas de confrontación	Estrategias de resolución
Negación Respuesta mínima comunicación abstracta Narración evasiva y/o cambio de tema Deferente y apasiguador Quiebre de contenido/afecto Autocrítica y/o Desesperanza	Quejas o preocupaciones sobre el o la terapeuta Paciente rechaza la intervención del terapeuta Quejas o preocupaciones sobre las actividades de la terapia Quejas o preocupaciones sobre los parámetros de la terapia Quejas o preocupaciones sobre el progreso en terapia Paciente se defiende del terapeuta Esfuerzo por controlar/presionar al terapeuta	Clarifica el malentendido Cambia la tarea o el objetivo Ilustra tarea o provee justificación para el tratamiento Invita a discutir pensamientos o sentimientos sobre el terapeuta o algo de la terapia Reconoce su contribución en la ruptura Devela su experiencia interna sobre la relación terapéutica Vincula la ruptura a patrones interpersonales amplios entre paciente y terapeuta Vincula la ruptura a patrones interpersonales amplios en otras relaciones del paciente Valida la postura defensiva del paciente Reenfoca o dirige al paciente

Tabla 1: Marcadores de Rupturas y de Estrategias de Resolución

Entrevista semi-estructurada basada en la Entrevista de Evaluación de la Metacognición (MAI). Esta entrevista indaga la capacidad metacognitiva ante episodios interpersonales y autobiográficos relevantes. Se solicita que se describa detalladamente la peor experiencia vivida en los últimos 6 meses, para provocar narraciones sustanciosas que permitan identificar los procesos metacognitivos utilizados por la persona los cuales son: monitoreo, diferenciación, integración y descentramiento (Semerari et al., 2012). Esta entrevista será adaptada para consultarle al terapeuta y profundizar en los episodios de ruptura y resolución identificados previamente a la sesión facilitada por cada diada, y por tanto en su experiencia emocional y cognitiva, principalmente, que tuvo al interactuar con el paciente para evaluar los procesos metacognitivos mencionados de autorreflexividad y CMA (más D). Cada función metacognitiva es definida por cuatro descriptores, cada uno describe una habilidad relacionada.

Para aplicar esta entrevista se utilizará un procedimiento adaptado y similar al *Recuerdo Estructurado Breve (REB)* o *Brief Structured Recall* en inglés, versión más corta de una técnica derivada de una metodología fenomenológica llamada "*Recuerdo del Proceso Interpersonal*" (*RPI*) o *Interpersonal Process Recall* en inglés (Cashwell, 1994; McLeod, 2001) que incluye los siguientes pasos: 1) Observación o revisión de las grabaciones de las sesiones completas por parte del investigador, con el fin de seleccionar los episodios significativos que formarán parte de las unidades de análisis, generando preguntas posibles para un guión de entrevista (considerando la estructura de la MAI), 2) Introducir a los terapeutas en la sesión de revisión o recuerdo creando un ambiente cómodo, no amenazante y con el propósito de indagar en sus pensamientos y sentimientos sobre los episodios seleccionados, 3) durante la revisión de los episodios en conjunto, tanto investigador como el(la) terapeuta podrá parar la reproducción, y realizar una pregunta o comentario guía, si el terapeuta decide detener la reproducción, se le dará tiempo para analizar el momento observado, y el investigador facilitara su reflexión a través de preguntas abiertas (preparadas en la pauta), tomando en cuenta la congruencia con su lenguaje no verbal en el video; y 4) se deberán evitar correcciones o apreciaciones del investigador. Para aportar a esto, también se acordará la revisión de la sesión en conjunto y la entrevista lo antes posible después de la entrega del material audiovisual y selección de los episodios a modo de maximizar los recuerdos de la

experiencia vivida. Se grabaran las sesiones en audio para su posterior transcripción y análisis.

PLAN DE ANÁLISIS

Este estudio fue a través de un análisis de contenido temático a las entrevistas transcritas realizadas a los terapeutas, para generar códigos y categorías profundizando la experiencia de los terapeutas en los episodios mencionados, con la ayuda del software Atlas Ti. Si bien en estas entrevistas existirá un resultado cuantitativo a propósito de la utilización del instrumento de la MAI, debido a la utilización de la escala Likert, este no será reportado para resguardar la privacidad de los (las) participantes y sólo se considerará el análisis cualitativo en la discusión. Se fueron entregando avances de codificación hasta el informe final de los resultados de las temáticas encontradas sobre los procesos metacognitivos en los episodios seleccionados.

El análisis de contenido implicó primero la familiarización con los datos, escuchando y leyendo continuamente; después la organización de éstos; luego la codificación de las unidades de análisis: este caso serán frases o párrafos; y en cuarto lugar la categorización de estos datos en ámbitos que respondan al principio de similitud semántica respecto de todos los temas posibles a extraer del material, claramente tomando en cuenta el cuerpo teórico presentado anteriormente. Se debe considerar además que las categorías y subcategorías pueden excluirse mutuamente para que haya una clasificación precisa. Por último, la integración, interpretación y recontextualización de estos datos (Krippendorf, 1990).

Si bien la epistemología de base en este estudio adhiere al constructivismo y desde lo metodológico a la fenomenología para la realización de las entrevistas, se pretendió una aproximación inicial y exploratoria a la descripción de los procesos metacognitivos del terapeuta en los episodios referidos y no la generación de una teoría, como podría ser con la metodología de la teoría fundamentada aunque ambas analizan patrones en los datos (Braun & Clarke, 2006). Al ser una investigación exploratoria, se considera que el análisis iniciará en una descripción semántica y general de los temas explícitos, sin embargo, y a raíz que el objeto del análisis comporta constructos de una abstracción

mayor, referidos a la forma en que sienten y piensan los terapeutas de sí mismos y del paciente, también se contemplara un nivel de análisis latente, es decir, interpretaciones que pueden estar a la base de los extractos seleccionados (Braun & Clarke, 2006).

Esta investigación adoptará la sistematización del análisis de contenido de Cáceres (2003), quien define los siguientes pasos, a saber: 1) Selección de objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación; 2) El desarrollo del Pre-análisis; 3) La definición de las unidades de análisis; 4) el Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación; 5) Desarrollo de categorías y, por último 6) la integración final de los hallazgos. Con el fin de dibujar el proceso previo a la codificación del material elegido, se expondrán los primeros 4 pasos, ya que los siguientes se presentarán en conjunto a los resultados.

Selección de objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación

Este paso, conlleva lo antes ya descrito en el objetivo del estudio, es decir los procesos metacognitivos de los terapeutas abordados en las referidas entrevistas, a través del guión adaptado y traducido en base a la MAI. Por tanto, se parte de la base teórica de la metacognición (Semerari et al., 2012) pero desde el modelo comunicacional terapéutico del constructivismo cognitivo (Yáñez, 2005), ya que no se puede partir un análisis sin influencia del investigador, de los comunicadores o del contexto (Cáceres, 2003). Este estudio pretende ceñirse a los contenidos intrínsecos de los sujetos de estudio, los procesos metacognitivos de los terapeutas en los episodios señalados, esperando conocer elementos que esbocen sus temáticas.

Pre-análisis

El corpus de datos o documentos de contenido son las transcripciones de las tres entrevistas a los tres terapeutas en base a la estructura de la MAI, como se mencionó más arriba, por lo que el análisis de patrones temáticos se pretende hacer en el conjunto de datos en total, es decir de los tres documentos. Por otra parte, se proponen las siguientes guías generales para el análisis: 1) Contenido general y particular que

contemple la referencia al intercambio intersubjetivo entre paciente y terapeuta, desde el punto de vista del terapeuta; 2) Contenido que contemplen los estados mentales, tanto cognitivos como emocionales, de los terapeutas y/o sus pacientes en torno a la interacción comunicacional terapéutica dentro del modelo comunicacional terapéutico del constructivismo cognitivo; 3) Contenido que se refiera al desarrollo de ideas o conocimiento acabado de los dos puntos anteriores, tanto en forma retórica como conocimiento con referencia teórica; y 4) Aspectos contextuales de los episodios de ruptura y resolución experimentados (dentro de la sesión o terapia) o de la cotidianidad del terapeuta que se relacionen y/o revelen información sobre sus procesos metacognitivos, descritos en el marco teórico.

Asimismo, los siguientes indicadores de datos se podrán tomar en cuenta para el contenido que requiere el análisis: 1) Palabras que denoten tipos de pensamientos, como imaginar, recordar, fantasear etc.; 2) Frases que indiquen identificación o reflexión respecto a emociones o pensamientos de la (del) terapeuta o de su paciente; 3) Frases que indiquen relaciones entre emociones y pensamientos, o entre éstos dos y comportamientos; 4) Frases que revelen interacción del terapeuta con su paciente y/o de los estados mentales de su paciente; 5) Frases o párrafos que narren integración entre los indicadores anteriores; 6) Frases que identifiquen diferencias o distinciones entre creencias, ideas, formas de pensar, eventos, actos o interpretaciones referidas a la interacción clínica; y 7) Frases que acusen una comprensión de la subjetividad, respecto al paciente u otro, en el significado o en su relevancia independiente de sí mismo.

Definición de unidades de análisis

La unidad de análisis de contenido para esta investigación será el tema, frases o párrafos, es decir un grupo de palabras que tienen significado en su conjunto. Esto puede conllevar a más de una frase o párrafo mientras quede clarificado el significado por el cual se incluye. Es por esto que se guiará el análisis por los temas, es decir, en base a las guías e indicadores antes mencionados.

Reglas de análisis y codificación

Según Cáceres (2003), importante es antes de la codificación generar lineamientos generales para codificar las unidades de análisis, lo cual entregará mayor confiabilidad y validez a los resultados. No obstante, estas reglas pueden ir modificándose conforme avanza el análisis, y principalmente la codificación. La idea es que en la medida que se procesan los datos, estos entreguen retroalimentación a estas reglas, de manera constante, y viceversa. Es decir, las reglas surgen después de una primera separación o codificación inicial o “abierta” de las unidades de análisis, y pueden cambiar, especificarse o desaparecer. A continuación, y en coherencia con lo expuesto en los pasos anteriores, se describen las reglas para el análisis de esta investigación, y la codificación de los datos:

- 1) Que pertenezcan a procesos metacognitivos del terapeuta referidos a episodios de ruptura y resolución (marcadores) tanto seleccionados del material entregado por los participantes como también episodios derivados del recuerdo de otras sesiones y/o pacientes del terapeuta.
- 2) Que den cuenta de actividad cognitiva y/o afectiva del o de la terapeuta sobre sí mismo(a), su paciente o la comunicación entre ellos dentro de la interacción terapéutica.
- 3) Que conlleven actitudes, acciones y/o estrategias de intervención del terapeuta que estén relacionadas a procesos metacognitivos de base.
- 4) Que impliquen marcadores de estrategias de resolución de rupturas relacionadas a la metacognición del terapeuta.
- 5) Metáforas que describan la manera en que los(as) terapeutas se representan la interacción y/o comunicación con sus pacientes dentro de estos episodios.
- 6) Aspectos contextuales del setting terapéutico, de la vida personal y profesional en que se dan los episodios en el material entregado.

Lo que Cáceres (2003) define como “libro de códigos” en un manual de campo, que es la compilación de los nombres de los códigos además de una definición de ellos, en esta investigación se realizará continuamente y en paralelo al análisis de los datos y la

codificación. Por tanto, se presentarán en la sección de resultados de este estudio en conjunto a las categorías emanadas del mismo análisis.

Desarrollo de Categorías e integración de hallazgos

Este quinto paso, en el caso de este estudio, se desarrollará posteriormente a la codificación y se esbozará en los resultados debido a que deriva del paso de la codificación abierta. Es importante tener en cuenta que este procedimiento de categorización emergente es incierto, inferencial y depende más de las características del investigador, lo que puede generar sesgo de lo que éste conoce o haya estudiado del tema, por tanto las categorías no se definen hasta el final (Cáceres, 2003). Las categorías que impliquen una descripción al agrupar los códigos generados contendrían un menor nivel de inferencia que las categorías que implican una relación entre estos códigos, lo que este autor considera el “contenido latente” (Cáceres, 2003).

La integración final de las categorías y subcategorías estará guiada por la epistemología constructivista que se mencionó anteriormente. La idea es poder generar abstracciones y una síntesis que pueda contribuir a las bases teóricas que motivaron esta investigación. Este último paso está sustentado en el esfuerzo reflexivo e inductivo de las fases previas, y será expuesto en el apartado de resultados. Según Cáceres (2003), no es necesario que estén integradas entre sí todas las categorías, dando a entender puntos de vistas posibles con una riqueza y complementarios desde los datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación presente se alinea en su totalidad al reglamento del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la Universidad de Chile del año 2017, además, se consideran los lineamientos de la telepsicología en infancia (Farkas et al., 2020) trabajados y adoptados por esta casa de estudios y otras instituciones, que fueron adaptados a adultos, debido a que para este rango etario no existen en Chile actualmente (ver anexo 8).

Se invitará a participar de la investigación a los terapeutas, a través de una convocatoria en dos vertientes, de forma directa e institucional detallada en el protocolo de contacto (ver anexo 1), por lo que se utilizará la red profesional del investigador responsable en la primera y el apoyo del Centro de Psicología Aplicada (CAPs) en paralelo y de manera indirecta en el segundo caso (ver anexo 2). Al CAPs se le solicitará el contacto de los terapeutas, por medio de una carta de invitación (ver anexo 3) que se le hará llegar al encargado del centro. Los participantes seleccionados, como se especifica en el protocolo de contacto, tendrán diferentes instancias para consultar todos los aspectos relativos al consentimiento informado (ver anexo 4), explicando claramente el objetivo del estudio, las diferentes etapas previstas, la naturaleza del método, los tiempos comprometidos en las etapas y el material que se generará.

El consentimiento informado es dinámico y se adaptarán a los lineamientos de la telepsicología, resguardando la confidencialidad de los datos de los participantes, tanto en la obtención, registro y posterior utilización de los resultados. El protocolo de contacto (ver anexo 1) especifica la convocatoria en dos vertientes, una institucional y otra directa, además de las instancias que tendrán los participantes para resolver dudas. No existe ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, la participación permitirá generar información para mejorar, eventualmente, los procesos en la gestión terapéutica ya que el estudio contrae una relevancia disciplinar en el ejercicio clínico. Además una relevancia académica que permitirá generar información incipiente sobre los procesos metacognitivos del terapeuta que podría beneficiar la formación para psicoterapeutas y un aumento del consumo de literatura científica de psicoterapia y motivación en la investigación de estudiantes y profesionales del área.

Respecto al tipo de riesgos de la investigación, se presenta la revelación de información personal y sensible de la situación a tratar en la sesión que puede ser motivo de desistir de la participación, además de datos personales que podrían identificar a los participantes. Así mismo, en la entrevista realizada a los terapeutas la información entregada expondrá la gestión terapéutica. En ambos casos, además de la confidencialidad que implica estricta reserva de datos, los nombres de los participantes y algunos fragmentos serán suprimidos y/o reemplazos de los documentos utilizados

(ver anexo 9), para resguardar la identidad de los participantes y sólo tratados con la asistente de investigación y el profesor guía a través de siglas. Los consentimientos, los archivos audiovisuales y entrevistas transcritas necesarias podrán ser revisados, autorizados y/o denegados en cualquier momento por los participantes (terapeuta y/o paciente) dentro de un drive creado específicamente para comunicar o actualizar, por ambas partes, la participación e información del proceso de la investigación de cada terapeuta. Serán avisados de los avances, teniendo respuestas a dudas contingentemente. Además al finalizar el estudio, después de obtener los resultados, todos los archivos recolectados se guardarán en un dispositivo anexo al computador del investigador, se borrarán de la nube y se destruirán los sobrantes para evitar el acceso o utilización de la información de posibles personas malintencionadas o hackers.

Otro riesgo latente que deriva de esta investigación es que la autoimagen profesional o personal de los terapeutas se vea afectada durante la recogida de datos, en exposición de avances o informe final, tomando en cuenta que se trabajará con la percepción que el o la profesional tenga de su propia experiencia metacognitiva en dichos episodios. Así mismo, existe el riesgo que los pacientes, dentro del proceso de psicoterapia se vean influidos por la aceptación o rechazo de la invitación que los terapeutas les hagan para considerar su participación en el estudio, lo que podría debilitar el vínculo o influir en su rol. En los dos casos anteriores, además de la posibilidad de denegar su participación y resguardar sus datos personales, se procurará para ambos tipos de participantes, el ofrecimiento de contención emocional y la posibilidad de trabajar estos aspectos, de forma gratuita, en 2 sesiones de intervención en crisis ofrecidas por el investigador principal, como parte de su quehacer como psicoterapeuta y coordinando directamente con él. Además, en el caso del terapeuta, si no se puede abordar a través de una intervención en crisis y/o contención emocional, en el momento de la entrevista se considerará una derivación pertinente considerando no sobre intervenir, con la disposición de datos de contactos en redes de atención privada y centros de atención de salud o psicoterapeutas particulares para comenzar un proceso terapéutico, lo que se puede apreciar detalladamente en el Protocolo de Abordaje de situaciones de Desestabilización Emocional (ver anexo 5).

Un último riesgo es que los participantes dentro de las etapas del plan de acción puedan contagiarse de COVID19, que no deja de ser una amenaza a la salud pública. Debido a esto es que el IR privilegiará participantes terapeutas que estén desarrollando su ejercicio profesional a través de la telepsicología. Por tanto, como medida preventiva dentro de la última reunión estipulada en el protocolo de contacto (ver anexo 1), y cómo no existe documento oficial sobre los aspectos éticos de la telepsicología hasta la actualidad en Chile, se repasarán los “Estándares éticos de atención en la prestación de servicios de telepsicología”, que se detallan más abajo, en el apartado de otros relevantes y se respaldan en un documento particular (ver anexo 8).

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

La presente investigación se llevó a cabo en 3 etapas: el muestreo de los episodios de ruptura y resolución; la recolección de datos y entrevistas a terapeutas y, por último, el análisis de datos. Para el muestreo de las unidades de análisis, es decir los episodios de ruptura y resolución, era necesario convocar a los terapeutas. En un comienzo se realizó dos tipos de convocatorias, directa e institucional. La primera con el fin de buscar en la red profesional del investigador a terapeutas voluntarios que cumplan con los criterios mencionados, y a través de los vínculos con el Magíster de la Universidad de Chile. La segunda convocatoria se realizó a terapeutas que cumplieran los criterios y que estuvieran o hayan estado trabajando dentro del enfoque constructivista en el CAPs, previa aprobación del comité de ética y envío de carta de solicitud al director del centro (ver anexo 1 y 2).

En esta convocatoria institucional, y a través de la ayuda del gestor clínico del CAPs, se les envió una carta de invitación (ver anexo 3) a más de 80 terapeutas que fueron parte de los programas de diplomado y magíster desde el año 2016 al 2020 a través de correo electrónico. Sólo respondieron dos terapeutas, a las que se les contactó por la misma vía y luego por teléfono para explicarles en qué consistía la investigación y sus implicancias para solicitar su participación voluntaria y consentida. Sólo una tuvo la disponibilidad, sin embargo, no se logró concretar su participación por la falta de interés de los pacientes con los que trabajaba.

En el caso de la convocatoria directa, se obtuvieron 15 contactos a través de la red de colegas y estudiantes de generaciones anteriores tanto de magíster como diplomado, de los cuales en principio 8 mostraron su voluntad de participar. Sin embargo, sólo 4 pudieron obtener una buena acogida de sus pacientes y, finalmente, con 3 de ellos se pudo establecer contacto con ambas partes, es decir terapeuta y paciente. Independiente del tipo de convocatoria, tanto a terapeutas como a sus respectivos pacientes, se les presentó y entregó su consentimiento informado específico (ver anexo 4 y 7), donde se detallaron la solicitud de colaboración y las consideraciones éticas, partiendo por los terapeutas ya que son los participantes primarios. Los 6 participantes, es decir las 3 diadas, firmaron el consentimiento informado específico correspondiente.

Luego cada diada seleccionó una sesión a videograbar para posteriormente entregar al investigador responsable. Los archivos fueron enviados en un plazo de 2 semanas después de realizar la sesión, debido a distintas circunstancias laborales y personales. Este material, los consentimientos firmados y los cuestionarios OQ-45 realizados por los terapeutas fueron almacenados en un espacio virtual de memoria compartido con cada terapeuta, llamado drive. Se dieron espacios suficientes para la resolución de dudas de los participantes. A continuación se presenta una tabla con la caracterización de los participantes primarios:

Terapeuta	Género	Edad	Años de experiencia Clínica	Años de formación académica en el área
T1	Mujer	42	17	10,5
T2	Mujer	56	14	11
T3	Hombre	39	8	9

Tabla 2: Caracterización de los terapeutas

Una vez obtenidos los videos de las sesiones se procedió a aplicar el 3Rs para identificar los episodios a estudiar con el fin de seleccionar 2 episodios por sesión. Del análisis realizado se pudo obtener 67 episodios de distintos momentos de cada terapia (fase inicial, de desarrollo o avanzada), los cuales se dividen en 53 evasivos y 14 confrontacionales. Además de un total de 44 estrategias de resolución asociadas a estos episodios. En la siguiente tabla se describe la distribución de los episodios encontrados:

Diada	Numero sesión	Episodios encontrados	Episodios evasivos	Episodios Confrontacionales	Estrategias de Resolución
T1-P1	5	32	32	0	12
T2-P2	11	17	11	6	19
T3-P3	68	18	10	8	13

Tabla 3: Distribución de episodios de ruptura y estrategias de resolución por diada

Por otra parte se observó los siguientes marcadores en los episodios mencionados:

Sesión	Evasivos	Confrontacionales	Marcadores de Resolución
T1-P2	11: Respuesta mínima 3: Comunicación Abstracta 3: Narración evasiva o cambio de tema 10: Deferencia 8: Quiebre contenido/ afectivo		1: Cambia la tarea 1: Ilustra tarea o provee justificación para el tratamiento 10: Invita a discutir pensamientos o sentimientos
T2-P2	2: Negación 1: Respuesta mínima 4: Narración evasiva o cambio de tema 2: Deferencia 2: Autocrítica/desesperanza	1: Rechaza intervención 5: Control/presión a la terapeuta	1: Cambia la tarea 3: Ilustra tarea o justifica el tratamiento 8: Invita a discutir pensamientos o sentimientos 1: Devela experiencia interna sobre la relación 3: Vincula a patrones con otras relaciones del paciente 1: Valida postura defensiva 2: Redirige al paciente
T3-P3	2: Comunicación Abstracta 2: Narración evasiva o cambio de tema 2: Quiebre contenido/ afectivo 4: Autocrítica/desesperanza	2: Queja o preocupación sobre el terapeuta 1: Rechaza intervención 1: Queja o preocupación sobre el proceso 1: Defiende del terapeuta 3: Control/presión a la terapeuta	1: Clarifica malentendido 1: Cambia la tarea 3: Invita a discutir pensamientos o sentimientos 2: Vincula a patrones con otras relaciones del paciente 1: Valida postura defensiva 6: Redirige al paciente

Tabla 4: Distribución de marcadores por episodios de ruptura y estrategias de resolución

De todos estos se seleccionaron 6 episodios de ruptura y resolución, 2 por cada diada, y los criterios fueron una clara visualización de ruptura y un bajo grado de significancia para resguardar la estabilidad emocional de la (del) terapeuta. En el caso de la primera diada, se seleccionó uno de narración evasiva y otro de mínima respuesta, en donde la terapeuta sobreexplicaba la pregunta. En el segundo caso, se eligió un episodio confrontacional y otro evasivo. En el primero existía un control o presión a la terapeuta y en el segundo una negación. En el último caso, ambos episodios seleccionados fueron confrontacionales: una queja o preocupación sobre el terapeuta y el proceso y una postura defensiva hacia el terapeuta. Las sesiones fueron transcritas para su análisis y elección del material a presentar en las posteriores entrevistas.

En la segunda etapa, una vez resueltas las dudas de todos los participantes se coordinaron las fechas y horarios para realizar las entrevistas. Antes del comienzo del estudio, dentro del proyecto de investigación se había traducido y adaptado el guión de entrevista semi-estructurada de la MAI (ver anexo 6), la cual fue facilitada por su autor principal, Antonio Semerari. Las entrevistas en los tres casos se realizaron a través de la plataforma virtual “Meet”, y estuvieron sujetas a la disponibilidad de cada uno de los terapeutas. En el primer caso, se logró realizar la entrevista en una sola oportunidad, pero en los dos casos siguientes se tuvieron que coordinar dos instancias posteriores debido a la extensión de las respuestas y falta de tiempo. En las 5 instancias la duración de la entrevista fue de una hora y treinta minutos, aproximadamente. Es importante mencionar que luego de la primera entrevista, surgió la necesidad de agregar una orientación teórica sobre los episodios de ruptura y resolución, así como también corroborar que se mantenía un acuerdo con los terapeutas, sobre donde se produjeron las rupturas dentro de los extractos presentados a través de la modalidad de REB las veces que fueran necesarias, tanto para el (la) participante como para el investigador en favor de clarificaciones o preguntas. Lo anterior modificó el guión de entrevista para mejorar la indagación (ver anexo 6). Estas entrevistas se grabaron en audio y fueron transcritas con ayuda de una asistente de investigación (ver anexo 9).

En la última etapa, se decidió hacer un análisis de contenido luego de las entrevistas a los terapeutas según en manual de la MAI, sus resultados en datos cuantitativos no serán reportados dado el carácter del estudio. El análisis de contenido consideró sólo

codificación abierta y axial de las transcripciones con ayuda del software Atlas ti 22.2-23, las que fueron revisadas en varias oportunidades retroalimentando la indagación de las entrevistas siguientes. La codificación se realizó en paralelo con los 3 terapeutas hasta llegar a una saturación teórica.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en relación al objetivo general de la investigación que es conocer los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado en los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia constructivista. A través del análisis de contenido de las transcripciones de la aplicación de la MAI se logró llegar a cinco temáticas, que se clasificaron en las siguientes categorías principales que son: Actitudes y Aptitudes Terapéuticas, Estrategias Terapéuticas, Factores Intervinientes o Contextuales de los Episodios, Aspectos Cognitivos y Afectivos del Terapeuta Constructivista Cognitivo y Observación de la interacción o del paciente. Como se muestra en la siguiente ilustración:

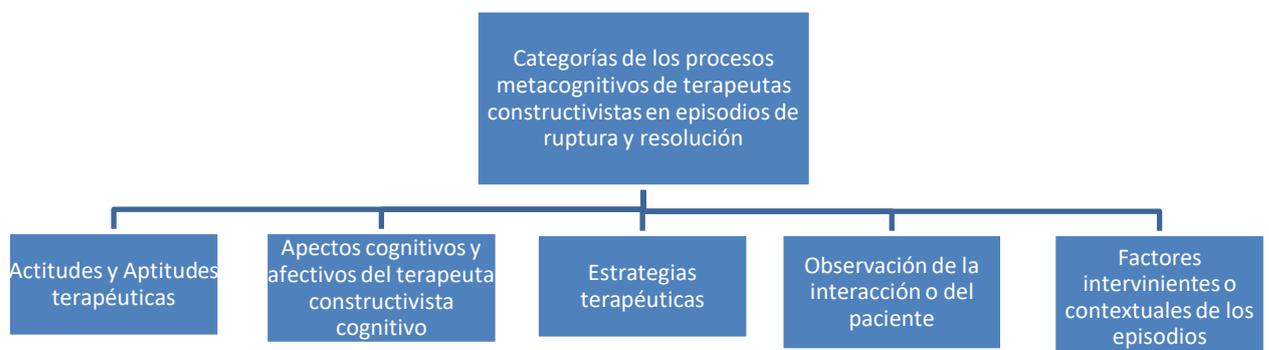


Ilustración 2: Temáticas de los procesos metacognitivos de terapeutas constructivistas Cognitivos en episodios de ruptura y resolución

1. Actitudes y Aptitudes Terapéuticas

1.1 Aptitudes Terapéuticas

Esta sub-categoría intermedia agrupa habilidades que pueden generar predisposiciones

a modos de ser en terapia: la empatía, la flexibilidad y la humildad aportando una positiva y probable efectividad en los episodios de ruptura y resolución. Se relacionan estrechamente con las actitudes terapéuticas que se revisan más abajo.

1.1.1 Empatía Terapéutica

Es una aptitud de disposición a escuchar, entender e intentar ponerse en el lugar del paciente, la situación y los involucrados en ésta, tanto cognitiva como afectivamente, dentro de los episodios mencionados o referidos. La empatía se observa dentro de la comunicación e interacción en el episodio de ruptura que ayuda a interpretar los sentimientos o pensamientos de su paciente (T1, T2 y T3). Algunos ejemplos de lo anterior (ver líneas 2806, 2858, 2890, 2895 del anexo 9 para complementar):

“...como yo me equivoqué, ¿cachay? Como que la respuesta de ella no sé si sería tanto de pena sino que sería más como de desilusión como de “no se acuerda”. Igual puede ser un poco de pena. Pero sí lo vemos de ese lado de la exigencia de la psicóloga que le dice, “Ah, no estás trabajando, chuta, estás haciendo sólo la práctica”. Como que casi no contara como un trabajo. Me llega como así, ahora.” (T1).

“...ah, ella así lo está elaborando. Estoy tratando de ver cuánto desgaste emocional le significó ese temblor y lo que pidió y lo que recibió y lo que no recibió. Hacia ahí está centrada mi cabeza. Estoy tratando de entender por qué...” (T2).

“...dialogando en torno a un miedo en donde ella pueda sentir que la terapeuta logra dimensionar quizás no en su justa medida, nunca me voy a dimensionar a cabalidad lo que ella siente, con una mariposa debajo de su pijama. Pero que ella logre notar que estoy haciendo el gesto de tratar de entender cómo es eso. Eso ayuda.” (T2).

“...pero así...y claro, yo sentía que ella se mantenía de pie firme al cañón, firme ante su temor y nada podía hacer tambalear, un poco su temor y que no entraba la cabida de reflexionar...” (T2).

“Yo pensé empáticamente en el hijo y me dije: seguro que le debe molestar un montón. Porque cuando a mí me decían: “como tú eres psicóloga”...” (T2).

“Si yo no entendiera el humor de P, yo quizás me podría haber sentido hasta mal o hasta incómodo por haber esbozado una sonrisa. ¿Cachay? Yo creo que ese podría haber sido otro escenario.” (T3).

Otra manera de visualizar la empatía en los(as) terapeutas es en la exploración de la situación que trae su paciente o con quienes interactúa, es decir en la parte previa al episodio el o la terapeuta podría ponerse en el lugar de alguno de los actores de la

escena comentada (T2, T3). Ejemplos de lo anterior (ver líneas 1449, 1461, 1476, 1596, 2779 del anexo 9 para mayor detalle):

“Un poco, yo creo. Poniéndome un poco en el lugar del hijo: “Como tú eres psicólogo”. Ella le está exigiendo al hijo como mis familiares también me podrían exigir a mí.” (T2).

“...en este episodio en particular en reconocer el humor de P. A mí al principio me costaba. Porque él no es tan explícito a veces. O dice “te podí reír también” pero no lo dice como riéndose tanto.” (T3).

“Probablemente le llega muy mal a él.” (T2).

En un tercer ámbito, la importancia que implica la *empatía terapéutica en el rol terapéutico*. En este sentido, trabaja para el *vínculo terapéutico* (T2), la *regulación de emoción* en la interacción del episodio, la *disposición de entendimiento y diálogo* (T2, T3). Citas representativas:

“...Sentimiento de tener la confianza que puede ver su fragilidad y puede verse frágilmente, confiar en, de confianza en que puede verse a sí misma frágil, y que la terapeuta en esa fragilidad no se va a ensañar con ella. (T2).

“Yo creo que un terapeuta debería aprovechar sus emociones de una manera útil en psicoterapia.” (T3).

“Un espacio seguro, estable. Una persona que realmente la va a oír y que yo, realmente, estoy pendiente de ella. Realmente estoy oyendo. O sea, le pregunté hasta por detalles de lo que me decía, cómo me lo decía. Para tratar de entender ese mundo. Y eso me hacía bien. Le hacía bien a la paciente.” (T2).

“Yo con P he logrado establecer un lenguaje, una manera de comprender cosas. De entender cómo él entiende. Entonces yo creo eso me facilita mucho” (T3).

La empatía preliminarmente se podría asociar a la flexibilidad y a la humildad terapéutica. La flexibilidad podría predisponer empatía y ésta estaría interinfluenciada con la humildad. Por otra parte, y respecto a las actitudes, la empatía podría predisponer a una asertividad terapéutica principalmente, sin perjuicio que se asocie a otras dependiendo del contexto del episodio.

1.1.2 Flexibilidad Terapéutica

Es una sub- categoría que denota una aptitud de percepción de más alternativas u

opciones en una interacción con el (la) paciente y poder adaptarse al respecto en los episodios seleccionados. La flexibilidad del terapeuta se puede observar en la adaptación al contenido o forma del diálogo (T1, T2), en las consecuencias de la interacción (T1, T2) o en el simple reconocimiento de más alternativas (T2) dentro del episodio de ruptura. Se observa en las citas que siguen (ver líneas 137, 2537, 2946 del anexo 9 para mayor detalle):

“O sea, yo creo que tiene sus ventajas y desventajas como todas las cosas.” (T1).

“Mi foco de atención va dirigido hacia dónde voy a entrar a picar más, de todo el aparataje o el abanico de posibilidades que trae la paciente, dónde más me voy a enfocar para elaborar que fuese más productivo para ella.”(T2).

“...y después queda en manos, ni siquiera en manos de la paciente, así como súper así: “Sí, lo voy a hacer”. No, porque los pacientes hacen giros y no saben cómo se produjeron esos giros. Y uno le tiene que preguntar, pero ¿qué cambió?, ¿cómo se dio esto?, ¿por qué ahora esto es distinto? ¿Por qué no se mantiene lo de siempre?” (T2).

“Porque pueden existir otras posibilidades, y quedarme con la sensación de que igual se podría haber hecho otra cosa es bonito, pero no me carcome.” (T2).

Además, la flexibilidad puede aparecer en la conducta y/o respuesta de la (del) terapeuta respecto de la retroalimentación verbal o el pensamiento de su paciente en el episodio. Dentro de esto podría regular su reacción ante una posible ruptura por su comunicación verbal o no verbal o clarificar preguntas (T1), aceptar la incertidumbre de su intervención o entender el pensamiento y la forma de ser de su paciente en el episodio (T2, T3). Algunas citas que ejemplifican son (ver líneas 2509, 3693 del anexo 9 para mayor detalle):

“No entrar en conflicto (...) con lo que me está diciendo. Sino “si, en realidad puedes tener razón, ¿qué es lo que te hizo verlo así?, la idea no es que te sientas así” o “Ojalá que para futuras sesiones me lo puedas transmitir también porque yo siento que eso puede ser de ayuda como para que la terapia funcione”. Bajo esos términos, como tratar como de ser como más sumisa y como de entender un poco lo que pueda estar sintiendo el paciente” (T1).

“Ahí generalmente el paciente como da su retroalimentación. Dice: “no, si no estoy entendiendo” o en realidad me dice: “No, sabes que sí”, o como que se ríen y ahí digo: “Ya voy a intentar explicarme mejor”. O a veces digo “¿se está entendiendo?” cuando veo un lenguaje no verbal como de que están medias perdidas...” (T1).

“Claro. Podría ella haber pensado que: "le sigo teniendo miedo a estas cuestiones", "los bichos tienen tanto miedo como yo, o sea también están asustados". (...) "Yo estoy asustada, pero esos bichos también están asustados". "O sea yo y ellos no nos

diferenciamos tanto, o sea, somos iguales al final". "(...) a mí me dan miedo ellos y a ellos les doy miedo yo". "O sea, yo también tengo la capacidad de provocar miedo". "O sea, la mariposa no me vino a atacar, sino que se equivocó de camino y se metió debajo de mi pijama. Lo único que quería era salir". Eso es lo que pienso que ella podría empezar a masticar." (T2).

"Entonces no sé cuál va a ser el destino de lo que uno dice. Le deseo lo mejor cuando tiro ahí la posibilidad de que entre en medio de esto tan rígido que ella tiene..." (T2).

"Es que claro pero eso también lo flexibiliza (...) Porque el saber que P es de esta forma me permite entender lo que él dice no desde lo textual sino desde lo interpretativo. ¿Cachay? P es de esta forma, P juega un poco estos juegos de hacer estos comentarios. ¿Cachay?" (T3).

Por último, esta aptitud surge en el terapeuta respecto a su emoción, pensamiento o intervención en el episodio y puede mostrarse como cuestionamiento a su estrategia, su propia hipótesis o sensaciones sobre su paciente en la ruptura (T1, T2, T3). Cabe mencionar que la Flexibilidad parece ser la base para predisponer la empatía y la humildad. Además se contradice con la actitud de rigidez terapéutica. Algunos ejemplos de esto son (ver líneas 972, 1529, 2529 en anexo 9 para complementar):

"Como de no estar cumpliendo las expectativas que le dice la psicóloga, pero esto es como de otra respuesta que no es lo que yo pensé." (T1).

"...pero piensa tú que a veces creo que (...) nosotros tenemos como tan encajonado las formas que tenemos de actuar, que como que no queda espacio para que en medio de estos dos cajones, aparezca una posibilidad alternativa de actuar. (...): "El agua busca por dónde pasar, si no logra salir por aquí, se va a ir pa' los lados y va a tratar de salir como pueda, pero siempre va a buscar una salida". Y entonces, claro, si está esta forma de actuar ante ésta y actúa de determinadas formas esto con esto, yo lo que hago es introducir el pie a la mitad, y va a entrar como el agua y va a salir como pueda." (T2).

"Pero este otro formato de que considere otra posibilidad tiene que ser entregado, dialogando" (T2).

"Siempre inculco la duda de: ¿será esto? ¿Habrá un plan B? ¿Podría ser otra cosa?" (T2).

"Yo creo que lo que cambia es como la intensidad y la duración, como el significado (...) Yo creo que tiene que ver con el significado. Que tan significativo es. Más que la intensidad porque, no sé para mí, como que la intensidad emocional es más bien fugaz respecto del significado que pueda tener. Ahora entiendo hay emociones que son más intensas que otras pero claro también tiene que ver con la duración de esa emoción..." (T3).

"Entonces es una emoción intensa pero que tiene una duración y un significado por supuesto distinto." (T3).

1.1.3 Humildad Terapéutica

Se define como habilidad para demostrar igualdad con su paciente, aceptar sus errores y limitaciones terapéuticas en los episodios mencionados, sin apelar a una jerarquía o poder dentro de la relación, es decir, no ostentar de su posición frente al otro, aunque si reconociendo sus capacidades y relativizándolas, valorando el trabajo y esfuerzo del otro. Los terapeutas demuestran esta humildad reconociendo equivocaciones (T1), sin menospreciar sus capacidades o valoración en la comunicación (T1, T2, T3). Algunas citas que ejemplifican son (ver líneas 217, 603, 772, 3140 del anexo 9 para mayor detalle):

“De hecho es algo que yo lo sé y lo trato de poner en práctica de centrarme más en los procesos, como de dar más espacio, como que yo sé que soy como muy directiva. Entonces yo trato como de trabajarlo.” (T1).

“(IR:¿Hay una ruptura ahí?) (...) Sí, sí. Porque la estoy llevando hacia algo del por qué ella no ha logrado consolarse: “son unos murciélagos”... “porque tú no has hecho eso”. Claro, hay una tensión ahí.” (T2).

“Claro, quizás no fui muy resolutivo en hablar de eso porque como digo ya habíamos hablado de eso.” (T3).

En segundo lugar, la humildad terapéutica puede darse al destacar la percepción de la interacción o comunicación de su paciente en un episodio, más que la propia (T1). Algunas citas que ejemplifican son:

“Ahí generalmente el paciente como da su retroalimentación. Dice: “no, si no estoy entendiendo” o en realidad me dice: “No, sabes que sí” o como que se ríen y ahí digo: “Ya voy a intentar explicarme mejor”...” (T1).

“...Y yo creo que eso también me tranquilizó, que no es como que me dijo como: “¡Ay no pero si estoy trabajando sólo...estoy trabajando po!”. No fue como una actitud, como un lenguaje no verbal, como de recalcar me de que yo me había equivocado, ¿cachay? Sino que la actitud de ella también es como bien congraciativa como que no, yo creo que eso igual ayudo a que no perdurara, no se mantuviera esa sensación.” (T1).

Además ocurre cuando el (la) terapeuta demuestra igualdad y/o valoración a su paciente, interviniendo verbal y explícitamente o comparando sus reacciones en el episodio (T1), la importancia que le otorga en el diálogo validando el rol de su paciente (T1, T2). Asimismo aparece cuando el terapeuta percibe sus propias emociones en el episodio colocándose de igual en el momento o, incluso, en una emoción similar a la de

su paciente (T3). Algunas citas que ejemplifican son (ver líneas 1031, 2384, 2738, 3161, 3371, 3968, 3973, 4248 del anexo 9 para mayor detalle):

“...Sino: “si, en realidad puedes tener razón, ¿qué es lo que te hizo verlo así?, la idea no es que te sientas así” o “Ojalá que para futuras sesiones me lo puedas transmitir también porque yo siento que eso puede ser de ayuda como para que la terapia funcione”.” (T1).

“A lo mejor yo no me explico bien. Donde a lo mejor me vio a mí. A lo mejor también pudo haber dicho (...): “yo no me estoy explicando bien”...” (T1).

“La retroalimentación parte no sólo de lo que dice la paciente, sino que también la terapeuta. Lo que responde, y lo que yo digo, lo que responde y digo, entonces es un zurcido por arriba y por abajo, por arriba y por abajo. No estoy sola en esto y ella tampoco está sola en esto. Pero estamos las dos en roles totalmente distintos, pero me mantengo en este pinponeo, entonces, yo digo “va, va, vamos zurciendo y ahí vamos” (T2).

“Me gusta creer que puede existir otra posibilidad de interpretar esto que ella vive y cómo lo interpreto yo y cómo trato de corroborarlo con ella, esto que estoy interpretando, sin encajar una lógica mía en ella, ¿ya? Si lo interpreto es porque estoy preguntando, ella me responde, eso alimenta lo que voy a preguntarle de nuevo...” (T2).

“Si tengo la duda, lo que hago es preguntarle, ¿no?” (T2).

“En este episodio en particular, o sea claro, yo creo que claro es inevitable sentirlo porque es algo que también me interpela a mí desde percepción de mí mismo. Entonces aparece ese miedo pero inmediatamente le agrego un contenido y digo ok pero es algo que ya hemos hablado, ¿cachay? pero el miedo lo sentí igual aunque fuera fugaz.” (T3).

“...Que él tiene miedo a ese abandono de alguna manera y yo tengo miedo a equivocarme. Equivocarme también es sinónimo de que me dejen. De perder el vínculo.” (T3).

Una última forma de contemplar la humildad terapéutica es en torno a la no ostentación de su rol en el momento de ruptura y/o resolución. Esta puede aparecer como cautela ante una incertidumbre, intentando no rigidizarse en sus preconcepciones o hipótesis que tiene de su paciente (T2), advirtiendo un aprendizaje terapéutico o su inseguridad (T3). Algunas citas que ejemplifican (ver líneas 1672, 1896 del anexo 9 para complementar):

“Si no sé nada que decir, bueno, me quedaré en silencio. Diré: “mira”. (T2).

“...es que yo no me aferro a mis hipótesis. (...) todo lo contrario. Yo las trato de fragilizar y las pongo a prueba y las tiro a la arena, a ver si realmente resiste la hipótesis...” (T2).

“..O sea, trato de, en lo posible, de nunca pasarme la película, de: "ah, ella debe estar pensando...". No.” (T2).

“Creo que lo aprendí a manejar de mejor manera.” (T3).

“...en este episodio en particular en reconocer el humor de P. A mí al principio me costaba porque él no es tan explícito a veces.” (T3).

“Yo creo que, siento yo que afortunadamente no llegué a ese punto pero sí a la preocupación constante un poco de lo que estamos hablando acá, ¿cachay? Como... me tengo que medir igual como en el ejercicio.” (T3).

“Yo creo que él tiene mucho miedo. (...) Sí, mucho y todavía. No conmigo, bueno no sé pero con el mundo” (T3).

“...estoy especulando pero, quizás con el tiempo yo pueda reconocer más fácilmente y más rápidamente mi emocionalidad y ocuparla con mayor holgura en ciertas situaciones, no lo sé.” (T3).

En el análisis relacional, se puede sumar a lo descrito anteriormente, que la humildad terapéutica puede influenciar una actitud asertiva pero también intuitivamente puede llevar a una sumisión y/o desesperanza en la conducta de los terapeutas.

1.2 Actitudes Terapéuticas

Esta sub-categoría intermedia agrupa tendencias a actuar de la (del) terapeuta que pueden repercutir de forma positiva o negativa en los episodios de ruptura y resolución, las que se relacionan de diferentes formas entre sí y con las aptitudes mencionadas.

1.2.1 Asertividad Terapéutica

Esta categoría da alusión a la comunicación cuidadosa y direccionada de la (del) terapeuta con su paciente que resguarde el vínculo terapéutico para intervenir o explorar una situación dentro del episodio seleccionado. Se concibe a un buen terapeuta, respecto a su rol, como el (la) que utiliza su emocionalidad a favor en el episodio pero midiéndose para no equivocarse en el ejercicio, por lo que un elemento crucial es la

sensación de medida (T3). Ejemplos de lo anterior:

“Un buen terapeuta no se lanza digamos a lo que le aparece a flor de piel y se ríe a carcajadas, y le tiro una talla de doble sentido de vuelta. Para mí en mi cabeza restrictiva, digamos, el buen terapeuta si bien utiliza su emocionalidad en favor de lo que está ocurriendo también es medido...” (T3).

“...si es un elemento estructural que siempre está. Yo creo que es más bien como una sensación de medida más que una frase.” (T3).

Los(as) terapeutas pueden ser asertivos(as) en los episodios y en el proceso no presionando a su paciente o metafóricamente "no haciendo doler más la herida", que implica resguardar la manera para referirse a un tema en particular de su paciente que produzca resistencia (T2).

“... O sea, cuando un paciente viene con una herida en carne viva, yo no le puedo echar alcohol ahí en plena herida, casi como vamos a limpiar bien. (...)...Es como que yo hiciera algo así, yo pierdo a la paciente. No po, entonces es como acercar. Como si aquí está la herida, aquí, en la mano, justo acá está la herida. Bueno, yo toco por aquí, yo toco por acá, digo esto está afiebrado. Entonces, claro, aquí, hay que ser... no podría ser tan, no podría hacer yo un pinponeo, como con la P” (T2).

“Y cuando yo le hago este otro pinponeo, yo creo que la calma, que la tranquiliza. Es como decirle: tranquilita, P. Tranquilita. Es como amainarla. De una manera solapada, porque no le digo directamente: “sabe, nosotros los psicólogos”; listo. La perdí. Entonces, a la P hay que rodearla.” (T2).

Por otra parte, la asertividad puede verse reflejada en etapas de la terapia y/o contenidos dentro de los episodios como, por ejemplo, la importancia de sentirse cómodo(a) en una primera sesión de varias preguntas (T1), o respecto a imprevistos en el inicio o preparación de una sesión (T3). Además, intentando ser precavido y sutil cuando no hay claridad de la intención del paciente en temas que implica generar límites (T3).

Ejemplos de lo anterior:

“...ahí le dije: "pucha, lo principal es que tú te sientas cómoda con un terapeuta porque vas a contar cosas importantes que te han pasado en la vida y la idea es que te sientas contenida”...” (T1)

“No P, si en el fondo a veces te puedes enfermar tú, a veces me puedo enfermar yo, puede pasar algo y son cosas que ocurren ¿cachay?”. Pero siempre tratando como de entregarle esa tranquilidad. "Estay enfermo P, está bien no es tu decisión" ¿te fijay? "Yo sé que no lo estás diciendo a propósito para no vernos" (T3).

“...De repente los pacientes te dicen cosas medio en broma y tú te podí reír y a lo mejor un paciente lo puede tomar mal. Entonces sí que tengo esa precaución como de

ser sutil.” (T3).

“... me mido y cuando él me da como... el pase para que me pueda seguir riendo como que me permito esa fugaz distensión de la risa pero siempre como encajonado en este corchete gigante como de la mensura, ¿cachay?... que siempre estuviera puesto dentro de un bloque o de un límite. Y yo me puedo mover dentro de ese límite con cierta libertad pero sé que tiene unos bordes que son infranqueables.” (T3).

Así mismo, existen preguntas asertivas para conocer expectativas de sus pacientes sobre su terapeuta o el proceso pero principalmente para orientar su intervención en el episodio (T2), asimismo si el terapeuta percibe que no está explicándose bien o su paciente está confundido(a) (T1).

“¿Pero tú sabes qué te podrían dar para que tú te sintieras calmada cuando tienes miedo o cuando algo pase y te contengan? ¿Qué sería bueno?” Y en un momento, yo la llevo hasta eso y le digo. “Pero no lo sé”, me dice. Bueno, pero pensémoslo ahora. ¿Por qué no? Y ella dice: “que me digan...”, y ella lo describe.” (T2)

“...cuando generalmente me doy cuenta que el paciente, como que se perdió o no está entendiendo, como que le digo. Y yo más encima si estoy un poco enredada le digo como “Ay, parece que me enredé un poco. ¿Me estás entendiendo o lo digo de nuevo?”. Generalmente trato de hacerlo, pero aquí no me di cuenta en su lenguaje que no haya entendido la pregunta, a pesar de que me di cuenta que estaba enredada.” (T1).

El cuarto ámbito observado es la asertividad no verbal, que puede estar relacionado al anterior de “no presionar”, ya que el (la) terapeuta decide no hablar o utilizar su lenguaje no verbal para dar a entender un cese de interacción en la ruptura y no aumentar su intensidad (T2) o evitar seguir contribuyendo en ahondar en un tema que no es atingente. Por ejemplo:

“...porque en ese episodio, por eso es que yo hasta ahí llego y me quedó así: “Mm...”, no quedo, no quedo, no sigo muñequando con ella porque algo saldrá.” (T2).

“...Cuando me muevo así y yo lo hago así: mm sí. Y la estoy, claro, le estoy tratando... Dije: mira, mira como juego con ella al hacer este movimiento.” (Mira a un costado y abre los ojos) (T2).

Por último, parece interesante notar cuando los terapeutas se han dado cuenta que la falta de asertividad puede contribuir a un episodio de ruptura, dejándose llevar por la emoción y perder el foco o adquirir una postura explícitamente más estricta (T3).

“Por qué yo le podría haber dicho: “P es inadecuado que hablemos de sexualidad en nuestra sesión”, no sé. Yo lo he escuchado... (...) otros terapeutas, muy en otros: “No podemos hablar” así tal cual, así como...o sea en episodios de ruptura, ahí hay otros que son: “no, no podemos hablar de esto nosotros”...” (T3).

“Yo creo que sí. Sí porque si no yo me podría, insisto, como lanzar en la emocionalidad divertida, graciosa, dejarme llevar por eso, reírme mucho rato con él, perder el foco ¿cachay? No es una conversación con un amigo, no estoy en la terraza de mi casa.”(T3).

1.2.2 Autocrítica Negativa

Los participantes dan cuenta por momentos de una autopercepción negativa de sí mismos en torno a la interacción con su paciente dentro de los episodios seleccionados o rupturas similares. Se critican en diferentes esferas el autoconcepto de forma genérica, su autoeficacia frecuentemente, donde ponen bajo un juicio de valor negativo su habilidad terapéutica, como la sensación de ser olvidadiza o redundante (T1, T3), la sensación negativa, concreta y tajante de cometer un error, incluso utilizando ofensas hacia sí mismos y además, la baja autovaloración o autoimagen (T1, T3). Ejemplos de lo anterior son (ver líneas 41, 54, 115, 3239, 4089 del anexo 9 para mayor detalle):

“y no hacerme cargo de mi propio miedo de no ser un buen terapeuta y enfrentarme a que él me lo está diciendo en la cara.” (T3).

“...no sé qué palabra podría ser. Como disminuida, o no sé. Es como que explico pero cacho que como que me estoy explayando mucho.” (T1).

“Me perdí, no sabía que decir, me sentí súper incómodo, me sentí como juzgado pero al mismo tiempo culpable, cachay como de haberlo hecho mal, de corroborar que lo hago mal. Como que...es una corroboración del hecho, pero además es una corroboración de una condición. Lo hice mal y lo hago mal.” (T3).

“Entonces siempre viví como en una sensación disminuida de mi mismo” (T3).

“Como que a lo mejor yo soy muy centrada en la tarea, entonces eso me hace de que no tengo el objetivo de ver que cuando ella se guarda la emocionalidad” (T1).

“...al mismo tiempo es incómodo, a mí me incomoda. Yo de repente trato de poner algo, no se me saca el reloj y lo dejo ahí para no verme.” (T3).

“...como que dije: “como tan olvidadiza”, ¿cachay? Si estábamos hablando del trabajo, de que ella está haciendo la práctica, ¿Me entiendes? Entonces, volver a decirle lo mismo en torno como al trabajo fue como algo visceral “chuta la estas embarrando”. (T1).

“Por parte mía. O sea como que a lo mejor yo encuentro redundante como que yo le haga la pregunta, como ella siempre ha trabajado y no como sólo la práctica.” (T1).

A veces la autocrítica se asocia a una sensación corporal, un cuestionamiento personal constante o arrepentimiento en lo dicho al paciente (T1).

“...la sensación que fue como algo en la guata así como de...como la embarre” (T1).

“...a veces me pasa y como que digo: “chucha a lo mejor lo estoy haciendo mal” ¿cachay? “La cagué, no debería haber dicho esto”...” (T1).

Otra forma de presentarse la autocrítica negativa es en el diálogo terapéutico o en la percepción de la (del) paciente: la preocupación de verse despistada en la interacción, ser incoherente al comunicar, decepcionar o no explicarse bien (T1). Así mismo la falta de continuidad en interrogar sobre un tema o derechamente considerar mala una pregunta (T2). Y por último, desestimar o evitar explicitar lo que percibe de su paciente en base a su miedo (T3). Ejemplos de lo anterior son (ver líneas 24, 52, 2371 del anexo 9 para mayor detalle):

“A lo mejor no tiene tanta consistencia. (...) porque a lo mejor en otra circunstancia, como en la vida uno podría haber dicho: “sabi que esto como que la embarré”. En ese sentido no fue tanta consistencia como de decirle a ella: “oye sabi que como que siento que la embarré con decirte esta pregunta”, si ya estamos hablando de eso, ¿Cachay?, como esa parte de coherencia yo no, no la dije” (T1).

“... y como de una pregunta de despistada, ¿Cachay? como que con su respuesta me doy cuenta que mi pregunta fue una pregunta como de despistada.” (T1).

“A lo mejor yo no me explico bien. Donde a lo mejor me vio a mí. A lo mejor también pudo haber dicho (...): “yo no me estoy explicando bien”...” (T1).

“Entramos en un punto, se cerró. Entramos en un punto, se cerró. No me avoque a uno, porque me hubiera gustado que nos centráramos en uno específicamente y trabajarlo y cerrarlo. Pero, aunque pasamos por varios puntos (...) lo que no quiero, la terapeuta no quiere que salpiquemos por tantas cosas, que al final hablamos cosas, muy bonita la sesión, pero no hicimos nada. Eso no quiere que pase.” (T2).

“No sé, o sea, no sé lo que me pasa. Yo debí, todavía me acuerdo, debí haberme quedado preguntando más ahí. Y de repente hago una pregunta y paf se me fue para otro lado. Listo, la perdí.” (T2)

“...puede ser un error mío desestimar aunque sea, por pequeña que sea la manifestación, el hecho que lo diga, y no agarrar eso y como “a ver pero P explícame bien, esto de que se trata” y quizás claro, mi error estuvo ahí en quizás no resolver eso que quizás puede tener que ver con lo que tú me preguntas del miedo...” (T3).

La autocrítica negativa de forma menos prevalente se observa al sentirse o creerse exigentes con su paciente, en base a la entonación, prosodia o la interpretación de éste sobre sus palabras en el episodio (T1). O, por el contrario, de ser autoexigente consigo

mismo(a) (T3).

“...no sé si estoy bien. Sí, eso es lo que siento ahora. (...) de que ella era también de evaluaciones, de como que: “no, sólo la práctica”, así como (...) “pucha, no estoy haciendo mucho”, ¿cachay? Así como que la psicóloga le estuviera exigiendo que, en realidad, tendría que rendir más. (...) Como que yo estuviera como de que “oye, no estoy trabajando y sólo en práctica”, (...) como una actitud...”. (T1).

“Como bien exigente la psicóloga, como que le está pidiendo que rinda.”(T1).

“P no hablaba, ¡no hablaba nada! era súper difícil, y era como “uta que difícil, no quiere hablar conmigo”, “a lo mejor yo estoy haciendo algo mal”, “la cagué”, ahí lo pensaba.” (T3).

Se observa que esta actitud se relaciona estrechamente con la Incertidumbre terapéutica, que abordaremos más abajo, ya que se observan contadas veces cerca dentro del discurso, es posible que si hay falta de certeza exista una mayor probabilidad a que el o la terapeuta cuestione o critique su trabajo.

1.2.3 Desesperanza Terapéutica

Definida como una actitud de desilusión y falta de motivación para el trabajo terapéutico futuro a propósito de (o en) un episodio de ruptura. Puede estar presente dentro de la misma interacción terapéutica del episodio (T1), en torno a su autocrítica o baja valoración (T3) o a la predisposición negativa o falta de regulación de su paciente (T1, T2), la disminución de sus expectativas profesionales o la restricción de su emocionalidad, la alta cantidad de factores de riesgos presentes (T2). Ejemplos de lo anterior (ver líneas 846, 2171, 3591 del anexo 9 para mayor detalle):

“me estoy enredando, no lo estoy haciendo, no me va a entender.” (T1).

“...si ella no se siente cómoda tampoco vamos a llegar a ninguna parte.” (T1).

“creo que me doy cuenta ahí que este es su ancho, y no me hago más expectativas de ella porque así es como ella funciona, a pesar de que quiero llevarla más para allá, como que calza la P es la P”. (T2).

“Yo no puedo hacer nada por eso.” (T2).

“...la sensación de... como es esa palabra de que yo no puedo hacer nada por ti. (...) No, es como cuando uno ya sabe que... cuando le dicen al paciente: tiene cáncer y esto ya... el tratamiento... (...) Desamparo. Eso me provocaron varios pacientes. Me estoy

acordando de una de ellas. Es como ese desamparo y eso de... Entonces, yo ahí, cuando vivía esa sensación de: yo como terapeuta qué puedo hacer por ella, si por todas partes todo hace agua.” (T2).

“No sé si me irá a ocurrir. O si en algún momento ocurre.” (T3)

“(IR: Como desesperanzado.).... Claro sí. Y de hecho me acuerdo perfecto porque eso fue un jueves, y me quedaba viernes y sábado para atender. Y ese viernes y ese sábado fue fatal. Fue muy difícil enchufarme.” (T3).

1.2.4 Incertidumbre Terapéutica

Se define como una inseguridad y/o conducta dubitativa que implica incomodidad y ansiedad frente a la interacción con su paciente en el episodio de ruptura y/o resolución. Los(as) terapeutas podrían demostrar esta actitud en sus intervenciones, preguntas o interacción en general durante el episodio, relacionándose a su sensación de equivocación, y dudar de su reacción o corregirse a sí misma(o) (T1, T3); asociados a la forma de proferir su intervención o preocupación por que se entendiera (T1) o simplemente por pensar en hacerlo mal (T3), por ende asociados a la autocrítica. Algunos ejemplos acá presentados son (ver líneas 181, 214, 816, 849, 859, 3563 del anexo 9 para complementar):

“Si yo creo porque también...si, aunque no sé si estará bien o mal en realidad... tampoco hubiese tenido una...” (T1).

“...como de esa confusión de como poder integrar lo que me está diciendo como “ya que me dijo”, que son milisegundos pero no como confusión así de como cuando uno está y no está” (T1).

“...tratando de como de explicar lo que quiero como describir la situación como para que me entienda.” (T1).

“Entonces como yo tengo en la mente que tengo que decir eso, entonces ese era el momento para decirlo pero a lo mejor no era tan el momento, sino más que era más que ella hablara de lo que pasó en ese momento.” (T1).

“Pero claro ahora que lo pienso, y que lo hablamos, no sé si es tan resolutivo porque en el fondo como que evito entrar en esa sensación.” (T3).

“Entonces, a mí todavía como que no me entra ese elemento objetivo. Todavía predomina mucho ese miedo de yo hacerlo mal”. (T3).

Por otro lado, esta actitud puede darse en una medida por la duda en torno a lo que la (el) terapeuta va recibiendo o escuchando de su paciente (T2, T1), guardando silencio (T3), lo cual puede ser propositivo para generar una estrategia, si hacemos el enlace relacional. Por ejemplo:

“Entonces, eso me provocaba. Me llenaba un poco, me embargaba la duda, es decir, ¿qué necesitará esta paciente? De todo esto que me está contando, yo me preguntaba mientras me hablaba, no solo quién es esta paciente, sino que además, qué es lo que necesita resolver, cómo creería o cómo tendría que gestionar mejor la vida.” (T2).

“...todo se tambalea más y yo me muestro más como, "no entiendo, ¿cómo tus hijos aparecen así?", "eh ¿cómo puedo unir tu pena con...?" (T2).

“Pero sí aparece la duda, la pregunta, la incertidumbre. Eso que me preguntas, el qué será que lo lleva a ser tan procrastinador, porque aún no lo veo.” (T2).

“¿Ah?... Sí, puede ser preocupación, si puede ser como más preocupación” (T1).

“...guarde mucho silencio, como que me quedé más callado (...) ¡Sí!, mucho más.” (T3).

“Como que en mi confusión, por lo que me estaba diciendo, trataba de guardar silencio para tratar de pensar algo digamos para poder, como esto mismo volver al hilo pero mi emocionalidad era demasiado potente como para dejar trabajar de alguna manera la cabeza y decir “ya sabi que vamos a ir hacia allá” ... ” (T3).

La incertidumbre también se puede generar según las emociones de los terapeutas en los episodios, con la dificultad de reconocerlas, lo que estaría relacionado con la “desatención” (ver más abajo) o confusión o no definición de ellas (T1), la ansiedad de logro o sensación de culpa posterior (T1), o como resultado del intercambio con su paciente en la ruptura (T2, T3). Algunas citas demostrativas son (para complementar ver las líneas 49, 591, 811, 3334, 3380 del anexo 9):

“Es que yo siento que igual...sin duda que pudo haber sido un impasse terapéutico pero siento que... o sea el impasse se da por sentirme que estuve desatenta” (T1).

“Lo que pasa es que cuando yo hablo con ella, siempre ella me perturbaba. Siempre no, nunca llegábamos a puerto. Nunca,...es una paciente muy disfuncional, muy disfuncional... donde no logro hacer un diálogo como con la P” (T2).

“Claro como apresurada, no sé si es apresurada, como... un poco confundida puede ser, como ansiosa... pero no es ansiosa como apresu...porque no es apresurada de tener una respuesta...” (T1).

“Ahí sí sentí que mi reacción fue completamente distinta. Me perdí, no sabía que

decir, me sentí súper incómodo, me sentí como juzgado pero al mismo tiempo culpable, cachay como de haberlo hecho mal” (T3).

Esta actitud podría presentarse en dudas o inseguridad sobre el vínculo terapéutico en el episodio, que influye en la “ansiedad por perder el vínculo” dentro la observación de la interacción (ver más bajo). Y puede mostrarse en la manera en que supone el pensamiento o sentimiento de su paciente en el episodio (T1), del pronóstico que hace del vínculo según lo evaluado (T2) o la importancia y preocupación per se que le genera éste (T3). Algunas citas acordes son:

“Entonces yo siento que igual de ella fue como un...como que me hizo un escaneo en la primera sesión, ¿cachay?, porque decidió ir a la primera sesión presencial, ¿cachay?, como que ella evaluó siento, primero...” (T1).

“Esa es una percepción mía de lo que yo creo. No sé si eso será así. Yo siento que es distinto cuando ya uno tiene cierto vínculo.” (T1).

“No, que puede pensar que la psicóloga que no pone atención. Como que puede ella haber quedado con: “como tan desatenta”, “pregunta cosas que recién le pregunté”...” (T1).

“...sintiendo como que ella va a sentir de que en realidad no le estoy poniendo tanta atención a lo que ella está diciendo si yo vuelvo a repetir algo que ya me lo dijo” (T1).

“Esta mujer que tiene trastorno (...) muy complejo así. Era muy enredada y o sea, era un desafío manteniendo ahí, hacia dónde va esto y ella es un huracán, así.” (T2).

“un 70% de ese buen desenlace o ese buen final depende del vínculo, no sé si eso habrá cambiado, yo eso yo lo aprendí en el 2011. Entonces a mí me preocupa mucho eso a mí, me preocupa mucho el vínculo.” (T3).

“yo tengo miedo a equivocarme. Equivocarme también es sinónimo de que me dejen. De perder el vínculo.” (T3).

Por último, la incertidumbre puede reflejarse en una interpretación que el (la) terapeuta hace del episodio de ruptura, asociada a una suposición más propia, a un conocimiento previo sobre su paciente que lleva a veces a una contradicción o una mezcla de estos aspectos (T1). Ejemplos de esto son:

“O me sorprende como eso, como que estamos hablando bien y como que me dice eso y si, en realidad po (...) No sé si habrá sido rollo mío pero yo sentí eso en ese momento...” (T1).

“Chuta, no me acuerdo tanto detalle, pero sí me acuerdo que estaba el tema del rendimiento y la exigencia personal.” (T1).

“No, no fue que yo como que tuviera certeza de que era así. Sino que fue como "puede ser que"... ¿cachay?. Pero tampoco sentí que de parte de ella como que hubiese una respuesta como que me reafirmara que en realidad no le estaba poniendo atención.” (T1).

“Sabes qué, ahora que lo veo me da la impresión que es como más asociado como a un cuestionamiento. (...) Por parte mía. O sea como que a lo mejor yo encuentro redundante como que yo le haga la pregunta, como ella siempre ha trabajado y no como sólo la práctica. Como que da una respuesta... de no estar cumpliendo (...) Jajaja, no sé si estoy bien” (T1).

En este último modo el (la) terapeuta puede entrar en incertidumbre al no tener claridad de quien es su paciente, es decir, no tener una idea formada de éste(a) (T2), que se refleja en su reactividad o lo difuso del diálogo terapéutico. También puede pasar que el (la) terapeuta decida continuar con el contenido del paciente no abordando la ruptura explícitamente, debido al conocimiento previo del terapeuta sobre éste (T3). Algunos ejemplos son (Complementar con las líneas 779, 1624 del anexo 9):

“Pero sé que yo no le he logrado sacar la foto, por así decirlo, al paciente. Y no sé todavía quién eres tú...” (T2).

“Es que aquí no es pinponeo no es con esta mujer que está tan desencajada. Es como que estoy yo jugando con una raqueta y ella tiene una jabalina. Pero estamos en una cancha de tenis y ella está con una jabalina. Ya lanza la pelota, y tú ¿raqueta?. “Ya, pero si ya estoy lista con la jabalina”...” (T2).

“Pero acá, acá no po. Es una cuestión de que abrí una tapita y abrí una caja de pandora, una cuestión de ¿qué es esto?, ¿qué es esto? (...) Sí, me quedaba perpleja porque yo dije, ¿qué es esto?” (T2).

“(IR: Empiezas a responderle lo que él traía, ¿verdad?, cómo hacer el resumen pero no tocas este episodio.) T3: No, no lo toco, yo creo, no lo tengo así tan seguro.”

“sino como en este pensamiento propio como decir: “no, parece que no es lo mejor”...” (T3).

“...ahí quizás puede aparecer un poco también ese miedo cuando él dice: "no estoy motivado de hablar con mi terapeuta". Insisto es un tema que hemos hablado miles veces con él.” (T3).

1.2.5 Positivismismo Terapéutico

Esta sub-categoría demuestra un ánimo propositivo y positivo del terapeuta ante el diálogo e intercambio con su paciente dentro de los episodios seleccionados o referidos.

Esta actitud puede ser de dos tipos. Primero una actitud de orgullo terapéutico, es decir, un sentimiento de satisfacción o mérito consigo mismo(a) en el episodio de ruptura y resolución, donde expresa un bienestar respecto de su intervención o el entendimiento de su paciente, la situación (T2) o leer el vínculo (T3). Algunas citas que aluden al orgullo terapéutico son (Otros ejemplos en las líneas 1256, 1930, 2085, 2256, 2248, 2321, 2346, 2382, 2398 del anexo 9):

“Me siento bien porque logro hacer el ejercicio de...porque en realidad los vi, o sea, me acordé...” (T2).

“Es que la terapeuta ahí está disfrutando, porque entre comillas, la está haciendo. Porque la estoy haciendo, entre comillas, voy pa’ allá y la terapeuta está haciendo la pega...la terapeuta se está mojando la camiseta en la sesión (...) Entonces estoy satisfecha con eso” (T2).

“estoy contenta con mi interior en ese momento porque no me está... no interrumpe, a pesar de que hace la resistencia, a pesar de que me dice, yo estoy logrando hacer, contar esta historia y que no pasa nada: son feos, pobrecitos...pero, lo logra resistir.” (T2).

“eso es lo que me hace sentir bien que logro explicar una escena de... me hace sentir bien, porque al lograr explicar la escena, está atenta y me digo, “Voy a poder” (T2).

“un poco lo que siento que he descubierto en el ejercicio psicoterapéutico, es que comprender esa posibilidad de la relación en el vínculo facilita mucho más, por ejemplo, poder aprovechar estos momentos para hacer estos como pequeños globos de “ah nos reímos jajaja” y seguimos avanzando. (...) Como aprender a leer.” (T3).

Por otra parte, el positivismo se puede percibir como optimismo de los terapeutas, es decir, tener una disposición y tendencia esperanzadora de que se dará un futuro positivo, en este caso respecto a la interacción (T1, T2), intervención (T1, T2), de sí mismo(a) o en la reflexión sobre el pensamiento de su paciente (T2) en los episodios referidos. Algunos ejemplos de este optimismo son (complementar con las líneas 111, 2537, 2783, 2824, 2855, 2861 del anexo 9):

“...es como decirle ahí “ah mira pareciera ser que en realidad no lo estabas haciendo tan mal como tu pensabas”. (T1).

“Que aunque no mueva este con este, y sigan ahí muy anclados, con que mueva un poco el nuevo repertorio y los pueda mover en algo, ya es algo, ¿ya? Ya es algo, porque ya quedó, ya lo dije, lo tiré, lo pescó.(...) cuando uno va y alza un volantín deseamos lo mejor, o sea, que no se vaya cortado, y que baile y que después lo podamos recuperar, pero no sabemos el destino de nuestras palabras. (T2).

“yo tengo la expectativa de como dice jajaja, lo voy a decir en alemán: “ich will verstehen”: Yo quiero entender. Esa es la expectativa que tengo conmigo, yo quiero entender.” (T2).

“Y confío en que será un aporte para ella.” (T2).

“Entonces, por eso pienso, esperanzada, ¿no? A mí las cuestiones me están resultando ya. Estoy muerta de miedo, pero la T2 no me va a enjuiciar, no me va a castigar. (...) Claro, porque en ese episodio por eso es que yo hasta ahí llego y me quedó así: “Mm...”, no quedo, no sigo muñequeando con ella porque algo saldrá.” (T2).

“...reconocer lo que me pasa a mí con lo que él me dice. De alguna manera como ver dónde encaja cada cosa y tener esa, no sé si la palabra habilidad pero tener esa posibilidad de reconocer que hay ciertas temáticas que uno puede ir como entrelazando...” (T3).

“...estoy especulando pero, quizás con el tiempo yo pueda reconocer más fácilmente y más rápidamente mi emocionalidad y ocuparla con mayor holgura en ciertas situaciones, no lo sé.” (T3).

1.2.6 Reactividad terapéutica

Se define como una disposición activa de la (del) terapeuta ante un episodio de ruptura. Esta disposición puede implicar una autopercepción de impulsividad, premura o molestia por el comportamiento de su paciente (T1) o en torno a su propia intervención estratégica o exploración (T2) en el episodio seleccionado y/o referido. Algunos ejemplos de lo anterior son (complementar con las líneas 485, 524, 529, 2034 del anexo 9):

“Entonces yo le dije: “pucha entonces a lo mejor si no te has sentido cómoda... yo creo que lo principal para que tu tratamiento funcione es que tú te sientas cómoda entonces a lo mejor tienes que buscar otro profesional”, y me dijo: “Ah esto lo voy a hablar con el psiquiatra que me derivó porque encuentro que como no...como no me sentí de cómoda” y yo le dije: “bueno háblalo con él” ...” (T1).

“Si ya hay muchas situaciones de queja, o de situaciones de incomodidad del paciente, yo soy más directa. Si ya es demasiado su molestia, ya ahí me da más rabia, y soy más directa.” (T1).

“...mi pregunta fue más impulsiva. Como sin tanto pensarla, un poco más en la cabeza. Sin organizarla, eso. Sin organizarla tanto, sino como de llegar y empezar a hablar. Sin una organización previa de cómo formular para que se entienda.” (T1).

“con una paciente, que fue súper despectiva, y con ella le dije que en realidad si ella sentía que no estaba cómoda que se buscara otro psicólogo.” (T1).

“Claro, cuando uno está hiperalerta, está como atenta a la sorpresa de la posible respuesta que me puede dar, yo no sé por dónde viene el tiro. Yo no sé por dónde viene, entonces estoy hiperalerta, y le podríamos poner sorpresa porque está sobre calientito esto. “Yo te acabo de hacer una, te acabo de hacer una” “No sé cómo se hace” jaja “te acabo de hacer una” me la tira y se la tiré, entonces...” (T2).

“...estoy con las antenas muy paradas porque esto igual siempre siento que la sesión de psicoterapia es como un juego de tenis, porque le tiré una, y me tiró una corta, y yo le tiré una corta también.” (T2).

1.2.7 Rigidez Terapéutica

Se refiere a la dificultad o falta de disposición del (de la) terapeuta para percibir más alternativas u opciones en la interacción con su paciente dentro de los episodios seleccionados o referidos. Esta rigidez puede darse en relación a su interpretación de la situación y/o de su paciente, reacción de sí mismo(a) (T1, T2), además en la interacción y/o comunicación con su paciente (T1, T2), tanto desde lo verbal como desde lo no verbal. Algunas citas que ejemplifican lo anterior son (complementar con las líneas 388, 584, 936, 1071, 2136 del anexo 9):

“Más allá de su respuesta, como en términos de su lenguaje no verbal o de su actitud hacia la terapia, no encuentro que haya cambiado.” (T1).

“...a lo mejor si hubiese sido más chica hubiese tenido más paciencia pero ya con 15 años no estoy pa’ recibir tanta pesadez” (T1).

“Ya, sí po, ella me da otra respuesta, no me responde mi pregunta.” (T1).

“O sea no sé si la palabra es que no entendió, pero me dio otra respuesta.” (T1).

“Como que a lo mejor tiene que ver con algo mío como de ir más a la tarea, como al objetivo, en vez como en centrarme en el proceso de lo que ella está viviendo en ese momento.” (T1).

“No, 6 minutos encuentro que incluso es como igual dentro de todo un poco pronto podría ser. O sea cuando ya pasan como 15 minutos y tú ves que, como que en realidad el paciente se va desviando del...como que no hay de donde agarrarlo de lo que uno quiera, ahí si po pero 5 minutos no, no creo. (IR: ¿Y la sentiste a ella un poco desviada de...?) No, no pa’ nada, tampoco. No po si esta partiendo como de su semana, como contando un poco como lo inicial” (T1).

“Otra que podría, y que no apareció, por eso es que la deseché. Es que la madre haya dicho algo o que el hijo le haya entregado algo y ella se hubiese quedado satisfecha con esa contención.” (T2).

“Este es mi formato. O sea, esto yo lo hago en todas las sesiones. Con todos los pacientes me pasa lo mismo. Yo estoy abocada a este paciente.” (T2).

“Esta es como decir “esta es la velocidad de la paciente”, tal vez porque está arraigado. Cumple la expectativa que tengo de ella, no me hago grandes expectativas con la paciente sobre los giros que puede llegar a hacer” (T2).

En el análisis relacional incipiente podría ser importante recalcar que por definición, y al igual que como se dijo con la flexibilidad terapéutica, la rigidez también contradice la asertividad. Así mismo, se asocia fuertemente a la reactividad terapéutica, ya que normalmente esta última aparece si existe rigidez. Por otra parte, también ésta predispone desesperanza e influye negativamente al positivismo visto anteriormente.

1.2.8 Seguridad Terapéutica

Esta actitud se caracteriza por una convicción o determinismo de la (del) participante dando cuenta de una seguridad profesional en su intervención, comunicación interpretación o acción en la interacción con su paciente dentro de los episodios seleccionados o rupturas descritas. Se aprecia en la forma de pensarse o sentirse, la finalidad de una intervención y confianza en sí mismo(a), nivel de intensidad de la ruptura y respecto al vínculo (T1, T2, T3). Algunas citas que lo ejemplifican son (para complementar ver las líneas 94, 391, 681, 1661, 1703, 1968, 2066, 2192, 2248, 2455, 2632, 2784, 2806, 3132, 3246, 3607, 4120 del anexo 9):

“Yo tampoco sentí que era la idea quedarse pegada en eso si había que cambiar el tema. Que no fue tan tremendo tampoco.” (T1).

“Como que ya el vínculo estaba ya más fortalecido, entonces también yo creo que eso hace una diferencia, con la alianza terapéutica que ya había... en cómo ella toma esta desatención.” (T1).

“Porque nunca lo he vivido así como: aquí hay una tensión gorda.”(T2).

“La tranquilidad, aquí no hay una terapeuta que está ansiosa y decir: “chuta, qué le voy a decir ahora”...” (T2).

“Por ejemplo, yo anoto casi nada de los pacientes. Es una frase, dos frases. Todo el resto, la ficha está en la cabeza.” (T2).

“...Pero no es una incertidumbre que... No me desencaja, no me quita el sueño. No me cuestiono como psicoterapeuta.” (T2).

“Y confío en que será un aporte para ella.” (T2).

“Pero no, nunca nada de confusión, irrealidad, nada, no.” (T2).

“Entonces cuando me lo dice de nuevo, quizá hoy día claro yo lo recibo de un lugar distinto. Ya no me conflictua como me pasaba al principio. Las 5 primeras veces que me lo decía yo me urgía e iba a supervisión a solucionar esto, ¿cachay? O sea “oye que hago, mi paciente me dijo esto”. ” (T3).

“Entonces claro, yo quizás desestimo un poco el evento particular que tú me estas mostrando en función de toda esta otra como abultamiento de información que hay respecto de que no es aquí donde él siente realmente esa sensación.” (T3).

“...no me voy devolver en algo que ya hemos solucionado muchas veces.” (T3).

“puedo utilizar mi propio insumo emocional de manera mucho más fácil porque ya lo conozco ¿cachay? Y no tanto como en esta cosa como vigilante. Yo creo que he avanzado.” (T3).

“¿Siendo 1 muy superficial y 10 muy profundo dices tú?... Yo creo que eso es algo anterior a mi rol como terapeuta, creo que es algo que es más bien estructural mío como sujeto individual, que se manifiesta digamos en distintas cosas. Pero me atrevería a decirte que es un 10 jaja. Porque no es algo que me pase solamente en mi rol como terapeuta. Yo no sé ponte tú otra cosa que después trabaje...” (T3).

1.2.9 Sumisión Terapéutica

Si bien se adopta de la palabra sumisión por la utilización de una de las participantes, esta actitud no adquiere su connotación más clara de sometimiento, sino que se entiende como una reacción concordante con la complacencia, deferencia, pausa o receptividad de la (del) terapeuta ante la emoción percibida en su paciente o consigo mismo dentro de la ruptura (T1, T2, T3). Ejemplos de esto son (para complementar ver las líneas 182, 471, 494, 3456, 3336 del anexo 9):

“Es más como sumisa, como de aceptar no más de lo que me dice. No entrar en conflicto, no entrar en conflicto con lo que me está diciendo” (T1).

“Entonces ya es una ya...entonces le dije bueno, ahí fue lo sumisa, en realidad es como para irte conociéndote más, de que a que te dedicas” (T1).

“...de lo que a mí me estaba pasando con esa respuesta de ella. (...) No. No po, me quedé con lo de ella no más” (T1).

“Mm o sea es que en realidad ella tenía razón po de lo que estábamos hablando. Tenía razón al decirlo así, o sea “estoy trabajando en eso”. Eh...eso...o sea encuentro que venía con un poco con la dinámica que se estaba formando ahí po...” (T1).

“Como que lo solté y dejé que se quedara ahí. No es necesario seguir: “Vamos ahí, P”...” (T2).

“Pero la que sí tengo recuerdo, que es esta que te cuento yo. Yo creo que lo que me pasó, sobre todo el principio cuando me lo dijo, guarde mucho silencio, como que me quedé más callado. (...) ¡Sí!, mucho más...Como que en mi confusión, por lo que me

estaba diciendo, trataba de guardar silencio para tratar de pensar algo digamos para poder, como esto mismo volver al hilo” (T3).

“Como no lograr quizás, no sé si lograr es la palabra, pero dejarme llevar más por lo jocoso del relato y yo reírme finalmente como yo sujeto, no como terapeuta.” (T3).

2. Aspectos Cognitivos y afectivos de los terapeutas

2.1 Aspectos Cognitivos

Sub-categoría intermedia que agrupa contenidos pertenecientes al ámbito racional del (de la) terapeuta, específicamente a la dinámica atencional de éste(a), en los episodios de ruptura y resolución seleccionados o referidos en las entrevistas. Existen tres sub-categorías principales en estos aspectos: La triple tarea atencional, Mundo Improminente y Tipos de Representaciones. Es en esta última donde se encuentran la mayor cantidad de códigos relacionados.

2.1.1 La Triple Tarea atencional

Se refiere a la disposición atencional de la (del) terapeuta para procesar la información que está recibiendo (sentimientos) de su paciente, lo que reflexiona de esa información (pensamientos) y la forma en que interactuará, responderá o reaccionará (T1, T2, T3), correspondiente a la autorreflexividad. Sin embargo, también se asocia a lo que puede estar pensando o sintiendo su paciente (CMA), en la segunda variante de esta triple atención (T1, T2). La manera de referir explícitamente estas dinámicas da cuenta del estrecho vínculo que se dibuja entre las actitudes y aptitudes con procesos metacognitivos probablemente más ligados al monitoreo y la integración, sin menospreciar la activación de la diferenciación y el descentramiento. Algunas citas que están referidas a las tres formas de atención, y otras a una o dos de ellas (para complementar ver líneas 1355, 1534, 1540, 1646, 1717, 1810, 1867, 1902, 2065, 2195, 2235, 2317, 2336, 2513, 3384 del anexo 9):

“Como tan olvidadiza, como tan pajarona, ¿cachay?, como que ese fue mi pensamiento conmigo. Y en relación a ella es como: “No le estoy poniendo como tanta atención”; “Ella debió haber pensado que no le estoy poniendo tanta atención a lo que ella está hablando”, si le hago esa pregunta.” (T1).

“Entonces yo trato de explicarla como en relación a lo que ella tiene y lo que dijo, y lo que yo tengo en mi mente.” (T1).

“...estoy haciendo la triple tarea (...). La estoy oyendo, estoy preparando lo que le voy a decir, estoy elaborando lo que me está diciendo, estoy preparando la devolución a su propuesta que ella hace y después la entrego”. (T2).

“dependiendo de cómo ella asimila lo que le estoy diciendo, yo lo que hago es decir: “ah, ella así lo está elaborando”. Estoy tratando de ver cuánto desgaste emocional le significó ese temblor y lo que pidió y lo que recibió y lo que no recibió.” (T2).

“Entonces, yo me pregunto también en ese momento, “¿valdrá la pena enfocarme en cómo ella vive los temblores?” Y yo me dije: “no. (...) ¿Qué es más sustancioso?”. Es más sustancioso el que ella aún no logra ser más concreta en algo definido que le quiere pedir no solo al hijo, sino que también a su madre.” (T2).

“... yo pienso también “Ah, voy a seguir hablando por aquí, ¿dará leche?, ¿habrá una posibilidad de que esto dé buena leche?” Entonces sigo ahí y me mantengo estando hiperalerta en lo que me está diciendo, y (...) en la siguiente intervención que voy a decir. Entonces ahí pienso, “¿araña o murciélago? Murciélago. (...)” Y eso en claro, en mili-segundos, entonces eso me mantiene ahí está mi satisfacción.” (T2).

“...yo creo que una característica provechosa, creo yo, en psicoterapia es también estar consciente de lo que me pasa a mí en sesión...” (T3).

“Yo creo que lo que él dice es gatillante pero el miedo está en mí, en la interpretación que yo hago de lo que él me dice, de lo que yo creo de mí mismo” (T3).

“Yo creo que la redirijo a esta cosa más de hilar, como de no atraparme en ese sentimiento que yo ya reconozco que es mío, que sé de dónde viene, que he podido elaborarlo históricamente pero que claro la resolución desde mi mismo es no atraparme en ese sentimiento”(T3).

2.1.2 Atención en el Momento

Esta categoría alude a un momento en donde el (la) terapeuta mantiene atención exclusiva en la interacción (T2, T3) en el episodio seleccionado o referido. Esta atención puede darse hacia sus emociones, pensamientos o en el contenido en juego, y está más relacionado con el proceso metacognitivo del monitoreo. Si lo analizamos desde el punto de vista relacional, pareciera ser una propiedad de la categoría anterior. Algunos ejemplos se presentan a continuación (ver líneas 1223, 1237, 1297, 1525, 1732, 1737, 1749, 1895, 2217, 2317, 2613, 3097, 3860, 3990 para complementar):

“... y me aboco exclusivamente con esta paciente. También pasa con los otros, pero si me limito sólo a esta paciente, mi atención está centrada exclusivamente en ella.” (T2).

“O sea, nada interrumpe. Ni mi cuerpo ni mis emociones. Yo estoy abocada a eso...” (T2).

“Y cuando digo comodidad es que estoy tan concentrada en lo que está diciendo, que me está diciendo eso...” (T2).

“Esos pensamientos van en relación a lo que me va diciendo y lo que voy diciendo, lo que me va diciendo y lo que voy diciendo, lo que me va diciendo y lo que voy diciendo.” (T2).

“Estoy tratando de entender por qué... mi cabeza está abocada a la escena...” (T2).

“Mi cabeza está todo el rato en la sesión tratando de focalizarme dónde voy a hincar más el diente.” (T2).

“Yo creo que en este caso la emoción para mí siempre es intensa porque soy capaz de reconocerla”. (T3).

“Yo me río porque yo sé, y evidente digamos, ¿no? de lo que estamos hablando cuando él dice: “cómo se hacen”. Estaba hablando del tema de la sexualidad y de las opciones sexuales propiamente tal.” (T3).

“Seguí tratando de escuchar qué era lo que él me iba a decir de lo último que habíamos hablado.” (T3).

2.1.3 Mundo Improminente

Alude a un concepto académico rescatado como código en vivo, y utilizado por el (la) terapeuta para denotar una dinámica, pensamiento, proceso o procesamiento de información interno inconsciente casi imperceptible en interacción con su paciente, relacionado al episodio relatado. Si bien es parte de los aspectos cognitivos, se asocia a aspectos afectivos del terapeuta y a la desatención dentro de los aspectos cognitivos, por la falta de monitoreo metacognitivo. Estos aspectos inconscientes normalmente son reflexionados posteriormente al episodio de ruptura, tanto en la misma sesión como también en la entrevista sobre estos episodios. Además no son ajenos a su aptitud o actitud en la interacción dentro del episodio. Algunas citas que ejemplifican son (ver líneas 209, 326, 656, 659, 677, 1031, 1721, 1729, 2522, 2571, 2580, 2599, 3139, 3233, 3330, 3487, 3914, 3968, 4152 para complementar):

“O claro puede ser como algún lenguaje no verbal o algo que uno no es tan consciente...” (T1).

“Sabes qué, ahora que lo veo me da la impresión que es como más asociado como a un cuestionamiento.” (T1).

“Generalmente trato de hacerlo, pero aquí no me di cuenta en su lenguaje que no haya entendido la pregunta”. (T1).

“Sí, pero yo creo (...) Y recién ahora vengo a entender algo que hago...” (T2).

“Ahora, insisto, ahora que tú me lo estas preguntando lo pienso y yo creo que, desde mi no desde él, quizás el miedo está como por debajo de la explicación racional. Entonces no dejé que el miedo de alguna manera, para bien o para mal, aparezca como un elemento también que me permita hacer esa resolución.” (T3).

“...es una sensación de mesura más que como que: “oye no, no te tienes que reír tanto”, como no es tan consciente al menos en ese episodio. (T3).

“El mundo improminente supuestamente es como este mundo que existe del cual no soy muy consciente pero sé que siempre está ahí. Entonces, por ejemplo, no sé tú cuando vas a comprar el pan a la esquina de tu casa. ¿Tu vas pensando todo el rato pie derecho, pie izquierdo, pie derecho, pie izquierdo, pie derecho, pie izquierdo?” (T3).

“...obviamente el mundo improminente está pensado en otra cosa mucho más profunda y compleja, pero es como esa explicación más simple. Pero es como esto que siempre está ahí pero hasta que no se hace presente yo no lo veo.” (T3).

“...quizás no es tan vívido porque no es una frase en mi cabeza que diga “no T3 no hables de sexo con P porque no corresponde”. No, quizás es solamente como, es un segundo en que yo me río y digo “ya, listo me reí”.” (T3).

2.1.4 Preocupación Estratégica

Se refiere a una predisposición de la (del) terapeuta tendiente a vigilar u observar cuidadosamente emociones y/o pensamientos del paciente, de sí mismo o de la interacción durante el episodio de ruptura seleccionado o referido. Es una propiedad de la triple atención y se interinfluencia con la Atención en el momento y se alterna con el Mundo improminente. Puede observarse respecto del objetivo de la terapia (T1, T2), asociada a la tranquilidad y también en la interacción o intervención (T2), influyendo por momentos a una actitud de incertidumbre terapéutica. Por otro lado, también se asocia a la protección de su propia emoción y/o identidad personal (ver abajo), o de regular su preocupación entre lo emocional y lo racional para mantener un foco (T2, T3). Algunos ejemplos son los siguientes (ver líneas 235, 1540, 1698, 1867, 2102, 2112, 2129, 2198, 2392, 2404, 2613, 2477, 2736, 2753, 2751, 3230 para complementar):

“Sí había que llegar a ese tema. Sí, como dentro de lo que yo tenía propuesto para la sesión, si había que empezar ya como a profundizar (...) pero como dentro de los objetivos como ya de como de sesión, si po había que entrar a profundizar.” (T1).

“...de poder centrarnos en lo que ella trae a consultar, como que sea productiva también la sesión en la que estamos” (T1).

“mi foco está en llevarla a algo que ella pueda pedir algo más definido que sea alcanzable para quienes a ella la rodean” (T2).

“Entonces, lo que permite que yo también no esté tan alerta, tranquila pero alerta.” (T2).

“Esa es una preocupación más estratégica. No preocupación de: “chuta, estoy preocupada”...” (T2).

“Acá, me estoy enfocando, una preocupación no como nerviosismo. Una preocupación como estratégica, es decir, dónde voy a dirigirme en esta sesión en lo que ella me está diciendo. A ver, ¿acá?, no. Acá podría ser. A ver, aquí no, acá no. A ver, podría ser. Y ahí estoy en ese ping-pong.” (T2).

“Entonces, yo exploro eso, si apareció algo más. Si funcionaron esos actores de otra forma, cosa que ella se hubiese calmado. Y por eso es que pregunto cómo fue.” (T2).

“ahí había una estrategia. No estoy diciendo la anécdota porque sí, porque lo estoy diciendo con una estrategia” (T2).

“sigo teniendo, sigue estando lo mismo que puedo tener con ella pero mucho más hipervigilante que en esto. Aquí estoy vigilante. Con esta otra escena estoy mucho más que hipervigilante.” (T2).

“Porque creo que si estoy usando esta estrategia que vengo a entender ahora, es una manera también de proteger mi mundo, protegerme a mí misma.” (T2).

“Sí, pero yo creo que va una idea de preocupación más bien como de continuar en el hilo. No tanto en la preocupación del miedo, continuar con el hilo de lo que está pasando, de lo que estamos hablando. (...) Insisto, como de preocuparme de no atrapar me en mi propio sentimiento.” (T3).

“el contenido racional que le agregé me permiten llevarla a una cosa que yo digo “okey” pero tengo que avanzar en esto otro, no me tengo que detener en esto que me pasa a mí.” (T3).

“ser consciente de lo que me está pasando. Y poder tomarlo de alguna manera. (...) Exacto, el miedo. (...) Por qué lo reconozco, sé de dónde viene, logró identificar en ese mismo segundo como este recorrido histórico completo. Entonces me doy cuenta que no tiene que ver con P.” (T3).

2.1.5 Desatención

Esta categoría se define como la distracción o desconcentración que la (el) terapeuta tiene a emociones o pensamientos de sí misma(o), de su paciente o en la interacción durante los episodios de ruptura, sean los seleccionados o referidos (T1, T2, T3). Esto estaría asociado a la dificultad de monitoreo e integración dentro de los procesos metacognitivos, pero en lo último también al descentramiento. En el mismo orden, se

presentan algunas citas que demuestran lo anterior (ver las líneas 9, 21, 35, 41, 173, 211, 292, 305, 427, 559, 758, 788, 801, 926, 966, 1035, 2110 para complementar):

“centrarme más como en el objetivo que en lo que sentí yo po...” (T1).

“... no sé si alcanza a ser molestia tampoco, como algo más leve como...no se me ocurre, no estoy tan buena para el reconocimiento. Sí, como de pensamientos de que no está resultando, como... eso es como que siento que es de cabeza, pero como de emocionalidad... es como menos...” (T1).

“Si, es que por eso te digo no sé si es como de frustración de decepcionarla, como... “no estoy haciendo bien la pega”, como en ese sentido no sé pero eso, no sé, frustración puede ser, no se me ocurre otra...” (T1).

“No, no. Estoy tratando de buscar una emoción, porque... es que no es... es que poder decir que... es que no es pena, es que es como, es que, no sé. No sé qué emoción ponerle...” (T2).

“Me cuesta responder sobre las emociones que tengo en ese momento, tratar de recordar si pasaron emociones.” (T2).

“si tú me preguntas por la secuencia de emociones que hay en ese momento, o en estos segundos de acá, son casi imperceptibles. Casi que no puedo... no siento yo que hay como una subida o una bajada, aunque sea leve, aunque sea nimia...” (T2).

“No sé si es una emoción porque es más racional pero como preocupación...” (T3).

“...más que centrarme en el proceso mismo que ella está sintiendo” (T1).

“no, la verdad es que no sé. No es pena ni rabia, como emoción primaria no creo que sea ninguna, ni culpa, alegría, no. No creo que sea ninguna de esas. (...) Ni rabia, creo que es algo como más simple...o sea, como que se encontró media confundida, pero como de llegar a pena o rabia no creo.” (T1).

“Como medio confundida, yo creo. (...) No, no creo. (IR: ¿Qué tipo de emociones crees que experimentó?) Eso, como de confusión.” (T1).

“No es como de sesiones anteriores sino como el hecho de repetir lo mismo...” (T1).

“Claro, pero como de esa confusión de como poder integrar lo que me está diciendo como “ya que me dijo”, como volver a repetir la misma pregunta y que ella me lo diga po, me dice: “bueno aparte de la...” (T1).

“...como que con su respuesta me doy cuenta que mi pregunta fue una pregunta como de despistada.”(T1).

“Cómo te dije (...) que ahí refuerzo como que en realidad que no me estoy centrando 100% en lo que estamos hablando” (T1).

“aquí no me di cuenta en su lenguaje que no haya entendido la pregunta, a pesar de que me di cuenta que estaba enredada.” (T1).

“...pero acá yo no vi ese lenguaje no verbal de la P. Que a lo mejor me hubiese dicho... o ese lenguaje como de que no está entendiendo, se perdió. (...) No, no me pasó eso. No me di cuenta de que ella no estaba entendiendo.” (T1).

“pero... ¿qué hay ahí? No sé, o sea, no sé lo que me pasa. Yo debí, todavía me acuerdo, debí haberme quedado preguntando más ahí. Y de repente hago una pregunta y paf se me fue para otro lado.” (T2).

“...de hecho me acuerdo perfecto porque eso fue un jueves, y me quedaba viernes y sábado para atender. Y ese viernes y ese sábado fue fatal. Fue muy difícil enchufarme.” (T3).

“mi emocionalidad era demasiado potente como para dejar trabajar de alguna manera la cabeza y decir “ya sabi que vamos a ir hacia allá”.” (T3).

2.2 Tipos de Representaciones

Es el tercer aspecto cognitivo que emana de los resultados de esta investigación, y se refiere a una sub-categoría intermedia que agrupa las formas en que los terapeutas pueden pensar sobre el contenido de la comunicación o interacción y lo que implican en los episodios de ruptura y resolución. Dentro encontramos códigos que implican el recuerdo o reflexión, imaginar una escena, generar una metáfora o símil que cotidianamente utilizan para explicar.

2.2.1 Imaginar la escena

Forma de representar visual o auditivamente un relato, dentro de un episodio en particular, de un posible pensamiento del paciente, o un recuerdo evocado de la (del) terapeuta escuchando a su paciente que puede utilizarse para explorar pensamientos o sentimientos de éste(a). Puede ser respecto al momento de la interacción (T1) o respecto al contenido que trae su paciente, es decir, la escena que relata en el dialogo terapéutico y la exploración de ésta (T2). Por otra parte, imaginar puede implicar ponerse en el lugar de los participantes de la escena y entender mejor la situación para considerar una intervención o exploración, así como también lo que podría pensar su paciente si hubiera optado por otra intervención (T2, T3). Podría estar relacionado con el proceso metacognitivo de diferenciación y/o descentramiento, direccionando una actitud empática y/o asertiva. Algunos ejemplos son las siguientes (ver líneas 1315, 1461, 1499, 1657, 1942, 2584, 2913 para complementar):

“como que a lo mejor le llega algo como más, de que no está rindiendo tanto.” (T1).

“(IR: ¿por qué crees tú que ella podría pensar de esa manera?)...Por su actitud o por su lenguaje no verbal. Como que dice “no, sólo la práctica” (...) Sí, yo creo que donde dice “sólo la práctica”, el “sólo” como que le da esa connotación como que en realidad estuviera haciendo poco.” (T1).

“mi intención es pescar eso, primero me imaginé en ese momento la escena. O sea, yo me imaginé a ella en la habitación de la madre, en una cama muy probablemente de dos plazas que tiene esa señora, grande, cómoda, casi poco menos marca Canon, así. Me la imagino yo a ella, con camisón, y a ella con la mano pescada en la camisa de la madre y el hijo de pie y tratando de alejarse de esta madre que es... ilimitada en las solicitudes.” (T2).

“Eso me imagino yo, cuando estoy con ella, pero con los pacientes, en general, yo me imagino la escena. Imagino. Es como que me siento en la cama cuando había temblado ese día.” (T2).

“...logro hacer cierta forma, una casi exploración, digamos, de la escena, del pijama cuando le entra en el pijama esta mariposa” (T2)

“Que me imagino empáticamente cómo lo cansará, cómo él huye a su habitación. Y que en este momento, si ella está en la habitación de él, ¿dónde estará él? ¿Te fijas? Como diciendo: “devuélveme mi nido”. Entonces, ella, trata de mear un territorio que no le corresponde.” (T2).

“A mí lo que me produjo fue imaginarme el cansancio del hijo. Me imaginé el cansancio del hijo. Porque el hijo es chico, tiene X años, debe tener.” (T2).

“...utilizarme para así tener un repertorio válido, y decirle a su hijo: “Mira, yo voy a psicólogo y T2 me dijo que, como psicóloga que es, y tú como estudiante de psicología, tendrías que estar a la altura de lo que pasó en ese momento en el temblor”. “Si yo te pedía que me contuvieses, tú tendrías que haberme tenido que contener”. “Porque tú eres un profesional de la salud mental, igual que la T2”. “Y la T2 corroboró lo que yo estaba pensando que tú tendrías que ser capaz de contenerme porque soy como tu madre, pero especialmente tú, porque eres un psicólogo, ya estás egresado”.” (T2).

“Yo me imagino mucho esa escena cuando me han pasado cosas así como que me lo imagino, como no llegar a ese punto.” (T3).

2.2.2 Recuerda interacción verbal con su paciente en episodio de ruptura

Se refiere a la evocación de una instancia pasada de comunicación (frases, aspectos no verbales o su sensación) con su paciente dentro del episodio de ruptura actual u otro referido. Algunas citas donde se observa (ver líneas 76, 105, 259, 510, 675, 780, 1179, 1391, 1661, 1814, 2410, 2646, 2670, 2684, 2734, 3551, 3727 para complementar):

“en esta sesión de hecho cuando ella dice “ah, con mi papá traté de expresar más mis emociones”, caché que eso era algo que habíamos hablado la anterior sesión” (T1).

“Es más, recuerdo que ella dice ahí, o más adelante, que se ponen a conversar tanto el hijo como su abuela: “¿Cuánto fue? Yo creo que fue seis”. “No, yo creo que fue 5 con 5”, “yo creo que fue un tanto”.” (T2).

“...”son unos murciélagos”...”porque tú no has hecho eso”. Claro, hay una tensión ahí. Ella dice: “No, es que una mariposa grande”, o sea, está reforzando, ¿cierto?” (T2).

“Porque ella está quizás respondiendo de manera mecánica: “Pero esto es un histórico mío” y yo le digo “Sí, pero acabo de hacerlo”, “Yo no sé cómo hacerlo”, “pero acabo de hacerlo”.” (T2).

“Me río un poco, él se da cuenta y me dice “sí riete” y yo le digo “sí siempre me río” le digo yo cuando él echa talla y cosas, yo me río con él.” (T3).

2.2.3 Recuerda vivencias para usar/reflexionar en el episodio o la terapia

Esta sub-categoría muestra la evocación de vivencias, personales o como terapeuta (con o sin este(a) paciente) que ayudan a interpretar la ruptura o algún momento de la terapia relacionado a ésta. Algunas citas de ejemplo son (ver líneas 1416, 1436, 1444, 1774, 2281, 2297, 2361, 2481, 2756, 3278, 3290, 3392, 3520, 3833, 4055 para completar):

“En algún momento me dijeron, no escuché siquiera, cuando estaba en el magíster o en el diplomado, no me acuerdo, como que dijeron “¡Oh, la psicóloga, oh, que activa es la psicóloga!” como que alguien entró, yo estaba en la sala espejo y dijo. “¡Oh, qué activa la psicóloga!”. A lo mejor eso pudo haber sido” (T1).

“Y si en mi historia, a mí me lo han dicho, ahí yo uso esa experiencia de vida para que traiga luz a la sesión. Pero no me conecto con decir sí, en ese momento recordé el cansancio que me produjo mi familia” (T2).

“Porque la familia, todos nos han dicho: “pero si tú eres psicóloga, T2”. (...), dije: uy, es tan conocido jajaj aquí viene. Ella y mis familiares: “como tú eres psicóloga...” (T2).

“Yo me acuerdo que de (...) vi todos los documentales de los animalitos y de la naturaleza, y claro, tiene forma de ojos porque es el mecanismo que tiene como para que no se le acerquen los depredadores. Entonces es como si tuviera grandes ojos y a mime... pero así.” (T2).

“Sí, claro. Y porque el ambiente era muy cruel, en ese sentido, que si tú no pertenecías no había forma de entrar” (T3).

“No sé, te pongo un ejemplo. Yo cuando vi nacer a mi hijo tuve una emoción muy intensa durante un tiempo muy largo porque estuve presente en el proceso. Entonces es una emoción intensa pero que tiene una duración y un significado por supuesto distinto.” (T3).

“... este episodio que tu muestras de alguna manera me hace a mí evocar en ese momento una cuestión mucho más profunda y estructural mía que es esta cuestión como de no fallar, de no hacerlo mal.” (T3).

2.2.4 Revive o recuerda momentos de la terapia o del episodio

Esta sub-categoría aparece cuando el (la) terapeuta hace alusión a otro(s) momento(s) de la terapia que está(n) relacionado(s) con el episodio actual. Algunas citas que lo demuestran son (ver líneas 621, 1332, 3116, 3242, 3258, 3475, 3658, 3664, 3724, 3769 para complementar):

“Por su historia, como por, o sea, no sé si típica. Pero su historia habla de eso. Su experiencia de vida, ella se las arregló sola, estudiaba sola, ... súper autosuficiente con un nivel de exigencia tremendo sobre todo en el colegio. (...) Sí, en la u también. Ella quería irse de beca a una parte y no le resultó, y encontró que fue mediocre, por eso también no lo pasó tan bien en [lugar]. Como que encontraba que la beca de [lugar] era casi como el premio de consuelo.” (T1).

“Ella estuvo en una fase muy preocupada, porque pensaba que podía tener cáncer. No sé si una hermana de su madre, no sé quién murió de cáncer de mamas. Entonces, ella estaba muy asustada.” (T2).

“Quizás sabes lo que me acuerdo que me pasó. Dije, como en mis adentros, jeje. “justo dice esto en esta sesión que vamos a grabar” ... jaja que lo hemos hablado tantas veces y justo ahora lo dice de nuevo, entonces bueno ya no importa, ya lo dijo no más jaja” (T3).

“Y de hecho con P fue aún más porque costó mucho establecer ese vínculo. Entonces ahora que tú me lo preguntas, en algún momento cuando nosotros recién partimos, yo estaba muy preocupado de eso.” (T3).

2.2.5 Metáfora o Símil del Episodio

Esta sub-categoría se refiere a la comparación o representación de una idea en algo realista, atingente al significado que la (el) terapeuta le da a la explicación de lo que sucede en el episodio seleccionado o referido. Algunos ejemplos son (ver líneas 2754, 2764, 3254, 3398, 4008, 4055, 4071, 4115, 4128, 4228, 4233 para complementar):

“...Eso estoy pensando. Estás pidiendo lo que siempre has pedido y todavía no logras superar que lo que tuviste como padre es lo que tienes como padre y todavía llora una niña que pide padre y madre, que la abracen, casi como un bebé, y le den una mamadera, ¿me entiendes? Todavía lloras. Lo que pensaba en ese momento es como: todavía llora su orfandad, como una niña huacha.” (T2).

“...Y lo tocábamos en dos [instrumentos], (...) Buena, bien ya, “dejémosla en berbecho” dice, y en berbecho es como cuando una pone cebolla en escabeche en vinagre y tiene que reposar para que así el vinagre entre a la cebolla, y así. (...) tiene que pasarse, reposar, y eso lo da el tiempo. Entonces él dice que dejemos descansar. En berbecho eso, y que sola madure como pueda la cebolla. Que la P madure esto que

inoculo entremedio de estos dos, y tiro esa posibilidad ahí, que quede en berbecho, a ver...” (T2).

“...coronavirus porque es como una corona que tiene. Y el virus tiene muchas como cositas así. Entonces lo que me hago es como una corona de la paciente.” (T2).

“Es como a veces yo le digo a los pacientes: “el miedo no vive en la araña sino todo el mundo tendría miedo a las arañas”.” (T3).

“...que es...como desahuciado. (...) Sí, como que no hay retorno.” (T3).

“...Como aprender a leer es como... ¿tú sabes leer música? (...) Ya, pero es un buen ejemplo porque si yo te paso a ti una partitura tu lo vas y me vas a decir “son puros dibujos, no sé leer esto”. Pero yo la puedo mirar y te puedo decir “esta es una partitura para piano porque tiene esto y esto y en estas indicaciones”. Hay un lenguaje que yo conozco que puedo utilizar que me permite como, incluso contigo que no sabes, me permite como vincular una cosa que tú no sepas o que no sabes aún con un contenido que yo tengo que te puedo transmitir.” (T3).

2.3 Aspectos Afectivos

Esta sub-categoría intermedia agrupa temas pertenecientes al procesamiento emocional del terapeuta en el episodio de ruptura y resolución seleccionado o referido. Dentro podemos encontrar el “malestar emocional”, los mecanismos de: “Protección o restricción de su emocionalidad” y “El rayo que todo lo ilumina” y, por último, la “tranquilidad estable para atender”. Este último tiene como propiedad la “tranquilidad por la experiencia” y la “confianza en sí misma(o)” como causa.

2.3.1 Malestar Emocional

El o la terapeuta reconoce o alude emociones negativas o desagradables consigo mismo(a) en base a lo que percibe de su paciente (T1), con el contenido relatado o hacia su paciente (T1, T2, T3) dentro de los episodios revisados. Los temas que aparecen son las representaciones sociales que existen del psicólogo/a, es decir, la incomodidad por estigma del psicólogo (T2) o la telepsicoterapia (T3). Algunos ejemplos son (ver líneas 577, 812, 915, 1412, 1425, 1822, 2695, 3102, 3430, 3588, 3620 para complementar):

“...desagradada, puede ser, conmigo misma...” (T1).

“Y bueno cuando ella da otra respuesta, igual como un poco de desilusión o como decepción, o de confirmación de que en realidad estaba siendo enredada.” (T1).

“Si po, tiene que haber sido donde me sentí como incomoda po” (T1).

“con ella me dio rabia, me sentí descalificada, denigrada. También me miró de arriba abajo cuando llegó, entonces ahí fue distinto po. Y esa rabia me quedó dando vuelta” (T1).

“Lo desagradada es esto de explicar y explicar de nuevo, y darme cuenta de que se va enredando a medida que voy hablando.” (T1).

“... Un poco, yo creo. Poniéndome un poco en el lugar del hijo: "Como tú eres psicólogo". Ella le está exigiendo al hijo como mis familiares también me podrían exigir a mí. (...) Es incómodo. Claro, porque te están pidiendo algo. Yo pensé empáticamente en el hijo y me dije: seguro que le debe molestar un montón.” (T2).

“cuando ella me dice: "porque sabes, mi hijo es psicólogo. Bueno, ya es un psicólogo, es egresado, está haciendo la práctica". Lo ajusta, yo dije: aquí viene.” (T2).

“Mi emoción ahí fue como de sorpresa, me acuerdo, y del impacto que habían en sus palabras” (T2).

“El miedo vive en lo que... cuando él me dice algo que es esto digamos de que... el miedo aparece porque tiene que ver conmigo.” (T3).

“... El cuadradito donde me veo yo, (...) en mi casa lo tengo de otra manera y lo pongo, por ejemplo, no se algo que no se ve en la llamada pero que me permite tapar mi propia imagen” (T3).

“...y fue súper raro porque incluso físicamente me sentí mal. Cómo que sentí como, ¿Has cachado esa transpiración helada? Así como “ssss”, así. (IR: Como que afloró ese miedo tuyo, digamos) Totalmente, totalmente, sí.” (T3).

2.3.2 Protege y/o Restringe su emocionalidad

Esta sub-categoría tiene relación con la predisposición de la (del) terapeuta tendiente a vigilar u observar cuidadosamente sus emociones y/o pensamientos del paciente, de sí mismo o de la interacción durante el o los episodio(s) de ruptura seleccionados o referidos. Está relacionada estrechamente con el “Malestar emocional”, descrito anteriormente, influye a la “Tranquilidad estable para entender” y asociada con un aspecto de la dinámica de la identidad, principalmente porque esta protección de emociones se daría para hacer esta diferenciación entre la identidad personal y la profesional. Así mismo, también se relaciona con “La triple tarea atencional” dado que ésta entrega el contenido de lo que atiende emocionalmente. A continuación algunos ejemplos (ver líneas 39, 240, 337, 428, 812, 816, 830, 1269, 1471, 1570, 1595, 1635, 1808, 1829, 2214, 2226, 2236, 2635, 3110, 3152, 3326 para complementar):

“sí, como que es menos que decepción, como algo más leve.” (T1).

“Incomoda yo creo que es la palabra (...) O sea me dura 5 segundos. ¿Cachay? O sea no es que me quede pegada toda la sesión con que, con que chuta estoy incómoda y me...no...” (T1).

“Pero no estoy escindida, yo no estoy separada de mí. Pero yo no estoy como presente con las emociones más personales porque considero que sería erróneo de mi parte.” (T2).

“si tú y yo ponemos un largo de diez centímetros y la emoción que sea. Todas las emociones que uno tiene tienen un largo de diez centímetros, por así decirlo, porque son emociones que nos pertenecen. (...) mis emociones personales. Ahí en sesiones de psicoterapia, tienen que tener algo de emoción para que yo pueda reconocerlas para yo poder sentir, más o menos lo que sentía el hijo. Pero sólo le pongo un cero con cinco. Un cero con cinco para sentir: “ah, esto es rabia...” (T2).

“...proteger mi mundo, protegerme a mí misma” (T2).

“Ah, no estoy eufóricamente contenta, pero estoy satisfecha porque estamos en eso” (T2).

“Yo creo que era más sutil porque, insisto, como yo ya he hablado con eso con P, ya sé más o menos para dónde va y qué es lo que está buscando. Quizás yo te diría que claro en esta ocasión es un miedo más bien como sutil.” (T3).

“...no me quedé atrapado en el miedo, no es como emocionalmente significativo y me atrapo yo en esa sensación. No como me pasaba al principio. En este episodio en particular, o sea claro, yo creo que claro es inevitable sentirlo porque es algo que también me interpela a mí desde percepción de mí mismo. Entonces aparece ese miedo pero inmediatamente le agrego un contenido y digo ok pero es algo que ya hemos hablado, pero el miedo lo sentí igual aunque fuera fugaz.” (T3).

“...como que evito entrar en esa sensación” (T3).

2.3.3 El Rayo que todo ilumina

Sub-categoría rescatada en vivo en la reflexión de un participante, en torno al filósofo griego Heráclito, que se refiere al mecanismo como llegan las sensaciones, emociones u orientación del (de la) terapeuta en torno a un momento del episodio. Ocurre como un flashback o recuerdo rápido en la historia del vínculo con su paciente desde el comienzo de la terapia hasta el momento actual dando cuenta de una progresión en la relación terapéutica. Es por esto que este aspecto tiene relación con el “Mundo Improminente” y, obviamente, al “recuerdo de momentos en la terapia”, vistos más arriba. El recuerdo puede estar asociado a la interpretación positiva de la ruptura (T1), a la forma en que se reconoce la información (T2), o al impacto que le produce el episodio en particular

(T3). Las citas que siguen ejemplifican lo anterior (ver líneas 3347, 3366, 4286, 4292, 4298 para complementar):

“Que en realidad ya en está como esta pequeña diferencia...a lo mejor también influye lo que venía pasando previo en las otras sesiones, ¿cachay? Como que ya el vínculo estaba ya más fortalecido....” (T1).

“Todo el resto, la ficha está en la cabeza. De todos los pacientes. Y a veces hay pacientes que no veo hace dos o tres años. Y veo a la paciente y se abre la ficha, pum.” (T2).

“El rayo que todo lo ilumina”, siempre me acuerdo de eso que él me lo contó. Yo creo que ese momento es como el rayo de Heráclito, aparece, yo veo todo, ¡Fua!, pero desaparece. (...) Me refiero a todo el desarrollo del vínculo con P, ¿cachay? Como en algún momento sentir que la iba a cagar, que no se qué, que lo logré, que hablamos de la música, que nos encontramos, que establecimos un lenguaje común, que él se sintió cómodo, que me lo dijo, que babarará (adelantamiento). Y llegamos a este punto, cuando él dice eso aparece el rayo, se ilumina todo el camino más completo. Aparece como ese segundo como de “pff” y no...estamos aquí” (T3).

“...logró identificar en ese mismo segundo como este recorrido histórico completo. Entonces me doy cuenta que no tiene que ver con P.” (T3).

“...que está condensado, como en ese segundo, todo lo otro que ha ocurrido para atrás.” (T3).

2.3.4 Confianza en Sí Misma(o)

Esta sub-categoría se define como la autovaloración positiva del (de la) terapeuta en su trabajo clínico dentro de los episodios seleccionados o mencionados. Como se mencionó, puede ser constituyente de la “tranquilidad por la experiencia”, es decir que mientras exista confianza, ésta influirá positivamente en su disposición debido a la práctica clínica construida. Asimismo la “tranquilidad estable al atender”, como predecesora de la anterior, estaría supeditada al nivel de confianza que la (el) terapeuta se tenga. Este aspecto afectivo se da en la interacción, tanto en la reflexión o predisposición a la intervención como en la evaluación de su comunicación (T2, T3). Es importante mencionar que se relaciona estrechamente con las actitudes de seguridad, principalmente, y positivismo, descritas antes. Se puede apreciar en las siguientes citas lo anterior (ver líneas 1125, 1280, 1802, 2057, 2065, 2192, 2463, 3094, 4245 del anexo 9 para complementar):

“Confío en mí. Confío en la terapeuta. Estoy tranquila conmigo. Confío en que sabré resolverlo. Y supongamos que me pegue así como: “tatán”. Porque hay pacientes que me han puesto en jaque mate” (T2).

“Y es porque también confío en mí. Confío en que también me están pasando cosas...” (T2).

“Pero también como terapeuta puedo convivir con esas inestabilidades de: no sé quién eres tú, todavía.” (T2).

“...conforme con lo que la T2, (...). Estoy conforme, estoy contenta porque tengo algo en la cabeza que estoy tratando de hacer y lo estoy haciendo.” (T2).

“Sí, mira, está contenta la terapeuta porque no es azaroso lo que está diciendo.” (T2).

“...porque confío en esa plataforma que te dije que está estable, entonces, no salto como esa aguja de los temblores que va a empezar el temblor y “ta, ta, ta, ta”. No me pasa eso.” (T2).

“Lo que permite que yo, en las sesiones de psicoterapia, esté tranquila es que desde el primer día conozco el paciente” (T2).

“La esperanza de que eso que solté a ver si funca, poh.” (T2).

“...antes que quizás entrar en resolver una cosa que ya sé a dónde vamos a llegar porque lo hemos hablado cientos de veces.” (T3).

“...entonces un poco ya sé lo que me está hablando.” (T3).

“Insisto, no tiene que ver con una cosa manualizada, ni ningún modelo sino con esta imagen de lo que yo creo que es correcto y cómo me debería comportar en términos relacionales con el paciente.” (T3).

2.3.5 Tranquilidad Estable para Atender

Se refiere a la tranquilidad, comodidad y calma del (de la) terapeuta al atender en el episodio seleccionado o referido. Se ve influenciada positivamente por la “protección o restricción emocional de los terapeutas”, predisponiendo la “atención en el momento”. Una propiedad de ésta es la “tranquilidad por la experiencia” (ver abajo), aunque ambas están supeditadas a la valoración que se tengan como terapeutas, es decir la confianza comentada anteriormente. Algunas citas a continuación (ver líneas 1210, 1237, 1241, 1183, 1229, 1252, 1269, 1272, 1285, 1539, 1598, 1621, 1631, 1775, 1794, 1813, 2219, 2234, 2346, 2666 para complementar):

“Así me siento yo. Súper estable, tranquila.” (T2).

“La tranquilidad. Si hay calma, hay tranquilidad.” (T2).

“CÓmoda en el sentido de que cuando estoy en sesión y me aboco exclusivamente con esta paciente. También pasa con los otros, pero si me limito sólo a esta paciente, mi atención está centrada exclusivamente en ella.” (T2).

“Y eso es lo que hay en ese momento en mí, una tranquilidad que me permite entregarme ahí y, como te decía, nada me molesta” (T2).

“...toda la sesión tiene una plataforma estable para mí, de la T2. La T2 se mantiene estable en toda la sesión. Yo me subo sobre esa plataforma estable toda la sesión. Y sobre esa plataforma estable, yo pinponeo.” (T2).

“Pero cuando estoy ahí con ella, a mí no me está pasando nada malo. No hay ninguna turbulencia en mi interior. Yo estoy un vaso de leche con una muy buena plataforma. Yo estoy muy tranquila. Y como te digo, toda mi atención está en ella. Es más, estoy tan atenta a ella, y esto me está pasando últimamente.” (T2).

“Es como medida (...) Claro, como...si yo sé que la medida no es una emoción pero...o sea para mí fue un momento divertido. Me causo gracia...” (T3).

“Quizás es un momento como más alegre, como distendido.” (T3).

“Pero creo que hoy día por lo menos en ese episodio particular no. No me sentí así. De hecho, a pesar de la medida y de los límites, yo igual lo recuerdo como un episodio divertido (...) O sea claro, el 95% de la emoción que esta puesta en ese episodio es que me divertí, me reí. Fue como una cosa graciosa que se dio en este momento.” (T3).

2.3.6 Tranquilidad por la Experiencia

Es una propiedad de la anterior y hace alusión a que se mantiene una tranquilidad al atender en base a la experiencia profesional o personal que tiene. La experiencia en aspectos personales al ser terapeuta, los años ejerciendo o conocimiento sobre su paciente (T2, T3) en los episodios. Si se analiza relacionamente, se da en base a la “confianza en sí misma(o)”. Algunas citas son (ver líneas 1346, 1356, 1814, 1919, 1927, 2532, 3208, 3211, 3217, 3250, 4266, 4276 para complementar):

“Prima la tranquilidad. ¿Pero sabes por qué está primando cada vez más la tranquilidad? Porque mi primer paciente hasta me fui del uno y del dos. El día anterior y ese mismo día en la mañana. Mal, mal. Yo dije: debe ser que estoy más viejota”. (T2).

“El hijo, probablemente...no tiene X [años] como yo que yo estoy más viejota, (...) Entonces, claro, cuando te pillan sin herramientas a los X años y te dicen esto, te llega mal. Probablemente le llega muy mal a él. En cambio, si a mí me lo dicen a los X[años], hasta el día de hoy, y yo como: “No, no piso ese palo tuyo. Me estoy tirando un palito y yo no te lo voy a pisar”.” (T2).

“Y no es una paciente que me sorprenda su funcionamiento. Su forma de confrontación es así. Entonces, que ella me haya hecho este confrontamiento y decirme: “usted es psicóloga, lalala”, es predecible”. (T2).

“Entonces, por eso es que existe en mi tranquilidad, porque digo, okey, apareció la de siempre.” (T2).

“Yo creo que de este episodio en particular no, porque como te decía ya tengo como un abultamiento de información mayor que me permite contextualizar lo que él me dice de otra forma” (T3).

“Yo creo que es una combinación de cosas. Yo creo que, por un lado un poco lo que te decía la experiencia que yo tengo con P de conocerlo más, por un lado...”. (T3).

“Yo creo que tiene que ver con el oficio, con el oficio artesanal”. (T3).

2.4 Dinámica de la Identidad

Esta sub-categoría intermedia alude al posicionamiento del terapeuta en su rol clínico dentro de los episodios, como aspecto complementario a los anteriores. Se divide en dos sub-categorías que parecieran contradecirse pero que quizás son parte del mismo espectro dentro de la metacognición del terapeuta y que podrían influenciarse.

2.4.1 Identidad Personal Diferente al Rol del Terapeuta

Esta sub-categoría hace referencia a la distinción, en el ejercicio terapéutico, entre el rol de terapeuta y su identidad personal en la vida cotidiana y privada. En los datos este aspecto se da cuando el (la) terapeuta se desmarca en tercera persona de su rol, ya sea por la reflexión o la observación que hace de sí mismo(a) dentro del episodio (T1, T2). Interesantemente se ve relacionado a la restricción de la emocionalidad, ya que este mecanismo reforzaría la diferenciación entre el rol terapéutico y su vida privada al cuidar las emociones del (de la) terapeuta (T2, T3). Como hipótesis, esta diferenciación podría potenciar la confianza de la (del) terapeuta (T2, T3), o respecto al comportamiento que debe tener un terapeuta en la interacción con su paciente (T3). Algunos ejemplos son (ver líneas 1424, 1601, 1635, 1818, 2008, 2088, 2616, 2634, 3780, 3841, 3863, 3955 en el anexo 9 para complementar):

“Como bien exigente la psicóloga, como que le está pidiendo que rinda.”. (T1).

“Bueno pero igual es un espacio terapéutico porque a lo mejor en otra circunstancia, como en la vida uno podría haber dicho: "sabi que esto como que la embarré”.” (T1).

“...es que yo estoy muy en segundo lugar (...) Hay como una sola terapeuta ahí. Ahí no está la T2 (...) No estoy yo ahí. Ahí yo estoy trabajando. Aquí yo te estoy hablando como T2. T2 que trabaja, hace psicoterapia, (...) y te puedo hablar de ello. (...) Sí, de acuerdo. Yo te estoy hablando como T2 y que además tiene una profesión. Pero ahí, ahí no estoy yo, ahí yo estoy trabajando...” (T2).

“Pero no termino, no entra a mi ser, por así decirlo. No entra a mí intimidad. No entra. Los pacientes no me dañan.”. (T2).

“...no está en juego mi identidad en una intervención psicoterapéutica. (...) No estoy en juego yo.”. (T2).

“Ahí hay una persona que trabaja, está trabajando. Pero yo pongo ahí un cero con cinco, porque no es personal.”. (T2).

“Por eso es que no me llega a mí identidad. No me llega a mi identidad”. (T2).

“...a mí me produce alguna cuestión por una historia mía y me lleva a una emocionalidad distinta. Si yo no soy capaz de reconocer eso, claro quizá me puedo dejar llevar irme en tratar de solucionar un problema mío a través de la sesión con el paciente.”. (T3).

“El rol jeje. A mantener ese rol creo yo. (...) Como este rol en la relación paciente – terapeuta. Insisto, no tiene que ver con una cosa manualizada, ni ningún modelo sino con esta imagen de lo que yo creo que es correcto y cómo pero debería comportar en términos relacionales con el paciente”. (T3).

2.4.2 Identidad Personal Influye el Rol

Esta sub-categoría hace referencia a la influencia entre la identidad personal del terapeuta y el rol que se cumple ejerciendo su profesión en el episodio de ruptura. No es muy representativa ya que solo se ve en un participante (T3), y muestra escasa relación con la actitud de autocrítica e incertidumbre y algunas categorías comentadas que implican aspectos emocionales, en su mayoría, negativos. Las citas a continuación muestran esta influencia respecto a una reflexión más profunda del terapeuta consigo mismo en los episodios seleccionados (Ver líneas 3298, 3314, 3604, 3828 para complementar):

“Entonces siempre viví como en una sensación disminuida de mi mismo” (T3).

“Yo creo que eso es algo anterior a mi rol como terapeuta, creo que es algo que es más bien estructural mío como sujeto individual, que se manifiesta digamos en distintas cosas. Pero me atrevería a decirte que es un 10 jaja. Porque no es algo que me pase solamente en mi rol como terapeuta”. (T3).

“Es que yo creo que es una preocupación que yo tengo de manera global.” (T3).

“Sí, eso si me paso alguna vez. Como no lograr quizás, no sé si lograr es la palabra, pero dejarme llevar más por lo jocoso del relato y yo reírme finalmente como yo sujeto, no como terapeuta”. (T3).

3. Estrategias Terapéuticas

3.1 Condiciones o Principios de Aplicación de Estrategias

Esta sub-categoría intermedia se refiere a algunos requerimientos que parecen ser básicos para gestionar las estrategias y que se logran visualizar en el discurso de los participantes dentro de su gestión en los episodios seleccionados o referidos. Aparecen 3 sub-categorías al respecto: “Pensar en mantener coherencia”, “Llevar al paciente a reflexionar(se)” y “Usar el material del paciente para intervenir”.

3.1.1 Pensar en mantener Coherencia

Esta sub-categoría alude a la reflexión o auto-reflexión de la (del) terapeuta en sostener una línea de intervención o contenido que implica al (o se da dentro del) episodio seleccionado o referido. En algunas ocasiones los participantes puede reconocer la dificultad de mantener esta coherencia (T1) siguiendo un tipo de enfoque (ver más abajo), reforzarse a sí mismos(as) esta consistencia en los temas, incluso relacionándolo por momentos con la diferenciación entre el rol terapéutico y su identidad personal o en base a temáticas terapéuticas pasadas (T2, T3). Algunas citas que lo ejemplifican son (ver líneas 1717, 2342, 2391, 3387, 3621, 3990, 3997 para complementar):

“En ese sentido no fue tanta consistencia como de decirle a ella: “oye sabi que como que siento que la embarré con decirte esta pregunta”, si ya estamos hablando de eso... como esa parte de coherencia yo no la dije si lo que me quedé con...validé lo que ya estábamos hablando no más...” (T1).

“Estoy pensando en no perderme. En mantenerme en la línea. Me está diciendo eso pero es acorde a lo que estamos trabajando. No se está perdiendo ella, no me estoy perdiendo yo...estamos en el camino.” (T2).

“Pero me mantengo en mi formato, mi formato va a ser el que se mantiene, con estas características que hemos conversado. ¿Ya?, porque este formato me provoca una buena contención para mí. Es una buena protección y es una buena manera de trabajar para mí en el sentido de que no estoy, no está mi identidad puesta ahí.” (T2).

“...o sea, era un desafío manteniendo ahí, hacia dónde va esto y ella es un huracán, así.” (T2).

“Pero que a lo mejor racionalmente, desde una perspectiva como técnica yo digo ya pero voy a continuar en el hilo de lo que hemos estado trabajando y no me voy devolver en algo que ya hemos solucionado muchas veces.” (T3).

“Me vuelvo a hilar, como lo que te decía el otro día. Me vuelvo como a hilar de nuevo.” (T3).

“Yo creo que claro, darle continuidad a lo que habíamos estado hablando antes.” (T3).

3.1.2 Llevar al paciente a reflexionar(se)

Se refiere a la intención de la (del) terapeuta de hacer reflexionar a su paciente sobre la hipótesis que maneja sobre él o ella, a través de un diálogo asertivo. Es una condición base para ciertas estrategias de intervención que aportan y/o apuntan a la resolución de un episodio, la exploración o al cambio terapéutico, como por ejemplo a través de reflejarle estratégicamente información de cómo le llega al terapeuta o de lo que ve en su paciente respecto de la interacción en el episodio (T1, T2), que podría ser a través de las técnicas y/o intervenciones constructivistas como la metacomunicación. Algunas citas representativas son (ver líneas 1493, 1928, 1957, 2092, 2148, 2159, 2497, 4021 para complementar):

“...pero eso ahí es un tema más profundo que tiene la idea de, por lo menos como trabajo yo, es de irlo relacionando con su motivo de consulta. Independientemente del tema que traiga a colación.” (T1).

“Entonces la idea era como poder que ella lograra (...) verse en eso que ella siente que le complica, y que es lo que ella no sabe la respuesta adecuada. (...) esa emocionalidad. Que en esta escena ella no se lo guardó, entonces poder ejemplificarlo en una escena en que ella hubiese sentido se guarda la emocionalidad.” (T1).

“mi foco está en llevarla a algo que ella pueda pedir algo más definido que sea alcanzable para quienes a ella la rodean” (T2).

“Entonces, yo le preguntaba a ella: “¿por qué sigues funcionando como una niña que pide madre si la madre nunca ha estado? ¿Por qué sigues pidiéndole a esta madre que funcione como una madre cariñosa si, cuándo ha dado el ancho?” Le pregunté.” (T2).

“Porque la estoy llevando hacia algo del por qué ella no ha logrado consolarse” (T2).

“es hacia allá donde deseo que ella se gire. Que ella no le pida a los otros la contención que es ella la que se debe pedir.” (T2).

“Porque estábamos haciendo una distinción respecto del puedo, quiero, tengo. (...) Y la tarea un poco tenía que ver con eso por hacer esas distinciones respecto de lo que puedo hacer, lo que quiero hacer y lo que tengo que hacer. (...) Sí y como de alguna manera también como visibilizar como la validación de sí mismo en estos gestos, ¿cachay? Como porque se concentra mucho en él tengo. Tengo que hacer no se qué, tengo que tengo que ser proveedor tengo que hacer esto. Y los quiero y los puedo son cosas que no aparecen mucho en su relato.” (T3).

3.1.3 Usar el material del paciente para intervenir

Refiere la implementación del discurso del paciente a través de la interpretación del pensamiento o sentimiento de éste(a) durante el episodio seleccionado o referido para realizar una intervención. Al igual que la sub-categoría anterior, con la que está estrechamente relacionada, podría ser una condición necesaria para llevar a cabo intervenciones y técnicas, por tanto verse influenciados los procesos metacognitivos descritos. En las citas siguientes se refleja lo anterior (ver líneas 1473, 1580, 2393, 2597, 2732 del anexo 9 para complementar):

“uno puede ir abordando distintos temas de acuerdo al día a día de lo que le va pasando a la paciente pero eso ahí es un tema más profundo que tiene la idea de, por lo menos como trabajo yo, es de irlo relacionando con su motivo de consulta. Independientemente del tema que traiga a colación.” (T1).

“Sino que yo lo uso. Uso ese cansancio que hipotéticamente debe sentir el hijo y lo ha expresado. Y se lo he dicho a ella. Entonces, me gusta que aparezca eso. Y si en mi historia, a mí me lo han dicho, ahí yo uso esa experiencia de vida para que traiga luz a la sesión” (T2).

“yo rescato sus palabras en el formato que ella dice lo que tiene que hacer con respecto a su salud. Y lo que hago es, tomo la forma en la que ella dice lo que tiene que hacer.” (T2).

“Que me baso en su discurso, que está de base su historia” (T2).

“A mí lo que me provocan los pacientes lo uso para la sesión. Como que tomo esa cuestión y fuá, la tiró para allá. Porque digo, me está pasando acá como cuando dijo: “bueno los terapeutas...”. Ah, aquí viene, yo me acuerdo” (T2).

“Esa sorpresa es una sorpresa hacia la paciente. Porque creo que si estoy usando esta estrategia que vengo a entender ahora” (T2).

“esta cosa de reconocer su funcionalidad y usarla también a favor de lo que está ocurriendo...” (T3).

3.2 Estrategias Terapéuticas Activas

Sub-categoría intermedia que alude al conjunto de estrategias del o de la terapeuta que implican una acción más explícita en el diálogo con una intención clara dentro de un episodio seleccionado o referido. En esta se pueden apreciar estrategias en donde debe haber una intención clara de la (del) terapeuta en la comunicación con su paciente, sin perjuicio que puedan darse por momentos de forma asociada y en base a una o más condiciones presentadas anteriormente.

3.2.1 Inocular un Nuevo Repertorio

Estrategia de intervención para hacer reflexionar sobre el contenido de la comunicación suscitada y respecto de las hipótesis de la (del) terapeuta sobre el funcionamiento de su paciente, con el fin de que flexibilice su forma de ver la situación que trae a sesión. Ésta se da, principalmente, a través de preguntas o interacción pero dejando un tiempo para que la (el) paciente la integre (T2, T3). Algunos ejemplos son (ver líneas 1985, 2071, 2140, 2159, 2433, 2439, 2452, 2461, 4248 del anexo 9 para complementar):

“Porque yo le pregunto, no sé si en esta sesión o más adelante, ¿qué es lo que realmente quieres que te den? ¿Qué necesitas para que te puedas calmar cuando aparece el miedo, ya sea por un temblor o cualquier otra cosa? ¿Qué te calmaría a ti? Eso le pregunté.” (T2).

“Inocular, como dije en su momento, un nuevo repertorio ya que: “ante esto yo funciono así”. Entonces estoy tratando de inocular una posibilidad alternativa de poder funcionar. Que aunque no mueva este con este, y sigan ahí muy anclados, con que mueva un poco el nuevo repertorio y los pueda mover en algo, ya es algo, ¿ya?. Ya es algo, porque ya quedó, ya lo dije, lo tiré, lo pescó.” (T2).

“...que ella logre girarse hacia una solicitud más plausible con la realidad que ella tiene. Más viable con la realidad que ella tiene. Para que ella se gire y gestione en el mundo de manera más productiva.” (T2).

“Lo que la terapeuta está tratando de que aparezca es esa otra posibilidad como hipótesis. Más que como hipótesis, que se haga carne ese otro formato que es mucho más beneficioso para lo que ella necesita” (T2).

“...“Pero no lo sé”, me dice. Bueno, pero pensémoslo ahora. ¿Por qué no? Y ella dice: “que me digan...”, y ella lo describe.” (T2).

“Porque quiere decir que algo logra resistir el que...puedo posicionar un algo parecido a lo que ella ha vivido, y logra resistir oírlo hasta el final.” (T2).

“Un poco meterlo en ese circuito de: “haber y esto cómo funciona aquí entonces”.” (T3).

3.2.2 Develación

Estrategia que utiliza la (el) terapeuta reconociendo al paciente en la interacción su sensación o perspectiva dentro del episodio de ruptura. Puede ser considerado como un marcador de resolución. Aparece acá como una dificultad al comunicar, al explicarse con una pregunta o comentario (T1, T3). Algunas citas son:

“A veces digo, “ay parece que me enredé con la pregunta”, o eso digo.” (T1).

“Y yo más encima si estoy un poco enredada le digo como “Ay, parece que me enredé un poco. ¿Me estás entendiendo o lo digo de nuevo?” (T1).

“...evidentemente haber hablado respecto de esto mío con él.” (T3).

3.2.3 Cambio de Tema

Estrategia donde la (el) terapeuta hace alusión a un cambio de tema, tanto hecho por la (el) profesional o por su paciente en el episodio. En el primer caso, como estrategia de resolución o redirección y, en el segundo caso, como posible evasión. Se observan estas estrategias vinculadas a la autocrítica (T1, T2) o como acción necesaria para el objetivo (T1, T3). Las citas siguientes ejemplifican lo anterior (ver líneas 137, 333, 4204, 4230 para complementar):

“como dentro de los objetivos como ya de como de sesión, si po había que entrar a profundizar. Pero igual siento, ahora que me lo muestras, que fue como ya de lleno entramos...jaja...como que hubo un tema y ahora es otro tema. Como que no hay como tanta conexión entre lo que estábamos hablando y lo que viene. Ahora que, no me había fijado en eso po, siento que igual hay, como que se te pasa. Pasa a otro tema. Que a lo mejor podría haber sido como más conexión entre lo que veníamos hablando y cómo profundizar en el tema.”. (T1).

“fue como “ah ya” y como que cambié el tema, como ella tampoco vio tanto como pa seguir en eso. Yo tampoco sentí que era la idea quedarse pegada en eso si había que cambiar el tema”. (T1).

“...desestimo un poco el evento particular que tú me estas mostrando en función de toda esta otra como abultamiento de información que hay respecto de que no es aquí donde él siente realmente esa sensación” (T3).

“porque estábamos hablando de algo que no estaba puesto en ese lugar. No estamos hablando de la sexualidad de los papás de P. Estábamos hablando de otra cosa, entonces claro nos aprovechamos del momento gracioso, circunstancial, de reírnos.” (T3).

3.2.4 Compensación del Olvido

Estrategia que utiliza la terapeuta para reparar, según su creencia, la percepción negativa que su paciente tiene sobre ella al respecto de ser olvidadiza o desatenta. Esto cuando olvida alguna precisión de lo conversado antes. Estrategia llevada a cabo al recordándole temas relacionados con lo olvidado (T1). Las citas son:

“Lo que trato de hacer ahí es como de decirle otras cosas que sí, para que se den cuenta de que sí me acuerdo” (T1).

“Como de compensar un poco el olvido. (IR: Claro, como digamos, tener como esa percepción de ella de que no es que te hayas olvidado de todo.” Claro, sí.” (T1).

3.2.5 Refuerzo

Estrategia terapéutica para dar cuenta al paciente que su actitud o su comportamiento es acorde al objetivo terapéutico buscado dentro del episodio seleccionado o referido. La forma en que aparece es como para hacer notar un avance implícito en el discurso de su paciente (T1), en la necesidad de independencia de la visión de su terapeuta (T2) o sólo reconociéndolo (T3). Es posible que esta estrategia se utilice como forma de mejorar el vínculo en una ruptura de tipo evasiva, sin embargo como resolución tendería a pronunciar una evasión del paciente más que redirigir o reenfocar en el objetivo, si el (la) terapeuta no da cuenta de los marcadores en el caso de estas rupturas. A continuación se presentan ejemplos al respecto (ver líneas 112, 212, 263, 2858 para complementar):

“...que se muestra como positivo, es como decirle ahí “ah mira pareciera ser que en realidad no lo estabas haciendo tan mal como tu pensabas”...” (T1).

“Ahí es un poco lo que me pasa de reforzarla a ella, porque su tema principal era el tema de las habilidades sociales. Por eso ella consulta. Entonces de cierta forma el reírme con ella, como empatizar con esto de que el jefe la invite, como que le estoy demostrando que en realidad pareciera ser que sus habilidades sociales no son tan malas” (T1).

“Y yo le digo: “genial que postergue a la terapeuta, o sea, que la P se dedique a la P”. “La terapeuta que espere”, le digo, o sea, ninguneo a la terapeuta. No es importante en la vida de la P.” (T2).

“Yo creo que claro, en esa reafirmación como dices tú, que claro es como la manera correcta de decirlo.” (T3).

3.3 Estrategias Terapéuticas Pasivas

Conjunto de estrategias del (de la) terapeuta que implican recepción o paciencia en la disposición comunicativa y no una acción más explícita en el diálogo, aunque manteniendo una intención clara dentro del episodio seleccionado o referido.

3.3.1 Contrarefutamiento

Forma de exploración en donde se realizan intervenciones o preguntas que apunten a confirmar hipótesis que el (la) terapeuta ha generado, en base a los antecedentes recopilados hasta el momento, del funcionamiento de su paciente en los episodios. Se puede apreciar que los terapeutas se refieren a la exploración y/o demostración de la conducta de su paciente (T1, T2) o comentan y son conscientes del procedimiento que utilizan (T2). Algunos ejemplos son los siguientes (ver líneas 1372, 1617, 1624, 1629, 1649, 1942, 1968 para complementar):

“Y eso se ve en esta sesión de hecho cuando ella dice “ah, con mi papá traté de expresar más mis emociones”, caché que eso era algo que habíamos hablado la anterior sesión. Ahí se puede ver como este tema de rendir y como de cumplir con las expectativas de la psicóloga. ¿Cachay? en este caso, que yo creo que eso como se asociaba. (IR: ¿Pensando como en la hipótesis?)... Claro”. (T1).

“Entonces, lo que hago y fortalece esa tranquilidad, es que yo no me aferro a mis hipótesis. No me aferro a ellas, todo lo contrario. Yo las trato de fragilizar y las pongo a prueba y las tiro a la arena, a ver si realmente resiste la hipótesis de la niña huacha. Y lo confirma ella. Ella confirma de que sí, soy una niña huacha y le estoy tratando de pedir a mi hijo que me contenga como corresponde ante un temblor.”(T2).

“Entonces, cuando pregunto: “¿dónde estaban?”, me permite corroborar mi potencial duda.” (T2).

“Eso me permite, no sé si la palabra justa es desechar, pero por lo menos, se diluye, el que no haya sucedido otra cosa y yo me haya perdido, yo me haya imaginado otra situación que pasó y que yo no supe dimensionar cómo había sido, quizás, eso.” (T2).

“Porque lo logro constatar a través del discurso de ella, de lo que dice en sesión. No es una película que me estoy pasando.” (T2).

“Entonces, eso trato de corroborar, si las cosas se dan de una forma que ella quede satisfecha, porque ella nunca está satisfecha.” (T2).

“...Hubiese seguido ella pegada en ese discurso. Y yo dejo de hablar y ella también lo suelta, porque esta otra posibilidad podría ser válida” (T2).

3.3.2 Validación

Estrategia de resolución o manera de actuar donde la (el) terapeuta acepta la razón o la emoción de la paciente generalmente de forma implícita, sin decir nada verbalmente. Sin embargo y aunque está categorizada en las estrategias “pasivas”, ésta puede ser explicitada como clarificación, a modo de marcador de resolución en rupturas. La validación se asocia al refuerzo, como categorías que se complementan y se ve una

relación con la actitud de sumisión, pudiendo prevenir una ruptura confrontacional (T1, T2). Las citas siguientes demuestran lo anterior (ver líneas 100, 173, 189, 259, 2922, 3739, 3970, 4258, 4263 del anexo 9 para complementar):

“...valide un poco lo que ella venía diciendo po, que en realidad ella tenía razón con lo que estaba hablando. Que en este caso era que si estaba trabajando, y ya tenía un trabajo. Como el validar el pensamiento de ella” (T1).

“...cuando me dice eso, yo la valido como pa mantener el vínculo de la alianza terapéutica. ¿No cierto?, que no se vea perjudicada con esta situación y de poder centrarnos en lo que ella trae a consultar, como que sea productiva también la sesión en la que estamos” (T1).

“Es más como sumisa, como de aceptar no más de lo que me dice. No entrar en conflicto, no entrar en conflicto con lo que me está diciendo” (T1).

“no quedo, no sigo muñequando con ella porque algo saldrá.” (T2).

“Y yo dejo de hablar y ella también lo suelta, porque esta otra posibilidad podría ser válida.” (T2).

“Entonces acepté también que él también se estaba como, no sé si riendo conmigo, pero lanzando digamos esa posibilidad para que yo me riera.” (T3).

“Yo creo que él se siente como aceptado como: “está bien lo que tú dices P”. Como que “hablemos de lo que tú quieres hablar también”.” (T3).

“Sí y como de alguna manera también como visibilizar como la validación de sí mismo en estos gestos” (T3).

“Que él pueda sentir que hay una comunicación y que el otro escuchando” (T3).

3.4 Énfasis del Enfoque Estratégico

Sub-categoría intermedia que agrupa modos o posibilidades de intencionalidad en la estrategia del (de la) terapeuta dentro del episodio o sesión y que repercute en la resolución. Puede haber un énfasis en el objetivo, en el proceso o un dinamismo entre ambas, siendo común que estos énfasis impliquen considerar otras sub-categorías de diferentes grupos ya que vienen a ser como encuadres de las otras temáticas.

3.4.1 Enfocada(o) en el Proceso

Disposición del (de la) terapeuta a atender más al proceso de la psicoterapia y el intercambio de información con su paciente momento a momento dentro de los episodios seleccionados o referidos. Algunos ejemplos son (complementar con líneas

1291, 1355, 1380, 1520, 1531, 1553, 1615, 1623, 1653, 1736, 1968, 2102, 2112, 2317, 2343, 2391, 2509, 4139 del anexo 9):

“Cambia el tono, y después como que se explica de nuevo. Y dice: “no, sólo la práctica” y como que después da otra respuesta. Como tratando de justificar un poco. Me llega como justificación.” (T1).

“...yo estoy abocada a lo que va pasando, segundo a segundo. No me interesa ni el futuro ni el pasado. Es como que sólo me interesa el presente, lo que hay ahí.” (T2).

“Entonces, como no hay una posibilidad de distraerme. Porque no me distraigo. Es como que estoy en la sesión, ella y yo en el mundo. Eso es para mí estar con la paciente. Es ella y yo en el mundo.” (T2).

“Me generó ese recuerdo, de este hobby que hago, de pensarme minuto a minuto de lo que hice en ese momento. (...) Me gustó porque, es como lo que te dije: mira, ahora estoy pensando, es como si me hiciese una corona. Como el coronavirus.” (T2).

“si me dedico sólo a la terapeuta de que “a ver, ahora” “no entra”, “ahora” “no tampoco”, “a ver esta de acá” “no, no entra”. Estoy entretenida, pero estoy disfrutando, la cabeza está puesta en eso, en todo lo que estoy diciendo.” (T2).

“La energía está puesta hacia la sesión, hacia la paciente y hacia lo que ella va a decir.” (T2).

“...estoy llevando la rienda de esto que estoy tratando de entender más en detalle; y no me voy por las ramas, ni ella ni yo, y estoy tratando de enfocarme hacia eso.” (T2).

“O sea, yo creo que la preocupación y la mesura es algo que siempre está, no es algo particularmente que aparezca solo en este episodio donde P me dice esto. La jocosidad y lo gracioso aparece también un poco en la réplica que hace él como, “si quieres te ríes igual” (...) y yo ya me estaba riendo.” (T3).

“...en el fondo es un momento divertido que le da como este dinamismo a la sesión sino sería todo el rato plano, él hablando” (T3).

“Y le da continuidad como a lo que tú estás haciendo y a lo que yo te puedo estar diciendo también. (...) Sí, sí. Claro, pero el engranar necesita, necesariamente creo yo, ese conocimiento de ambos. Mío y de él, digamos.” (T3).

“Pero es la combinación de esas dos cosas. Como lo que ocurrió en ese segundo pero que está condensado, como en ese segundo, todo lo otro que ha ocurrido para atrás.” (T3).

3.4.2 Enfocada(o) en el Objetivo

Disposición de la (del) terapeuta tendiente más a la meta predispuesta para la interacción terapéutica que al intercambio comunicativo. La o el terapeuta reconoce esta intención estratégica (T1, T2, T3), tiene consciencia de las dificultades del énfasis (T1, T3) y la relación de éste con la desatención emocional a su paciente (T1, T3). Algunas

citas acordes a lo anterior son (complementar viendo las líneas 204, 342, 859, 884, 917, 2087, 2327, 3326, 3387, 3990 del anexo 9):

“Eh, porque o sea yo creo que eso es una característica no sé si mía po, como de centrarme más como en el objetivo que en lo que sentí yo po, como de algo como más consiente mío como “ya dejémoslo de lado, a lo importante” (T1).

“como que lo tengo como muy pauteado a lo mejor todo. (...) Como que a lo mejor me centro mucho en el objetivo de la sesión o en el objetivo de la terapia, como más que centrarme en el proceso mismo que ella está sintiendo ¿Cachay?” (T1).

“Entonces como que en mi mente está: que tengo que sacar en limpio eso en la terapia porque eso es lo que ella trae a consultar. (...) Entonces creo que tiene que ver con una forma de funcionar mía, que a lo mejor me centro mucho en el objetivo que en el mismo proceso. Entonces como yo tengo en la mente que tengo que decir eso...ese era el momento para decirlo” (T1).

“Lo que pasa es que es hacia allá adonde yo quiero llevar el objetivo de la psicoterapia con esta paciente. O sea, más que cambiar mi punto de vista, es hacia allá donde deseo que ella se gire.” (T2).

“Entonces estoy abocada a esta tarea y me aboco a esta tarea de forma tranquila” (T2).

“Yo creo porque, claro, como no me quedé atrapado en esa en esa sensación, en esa emoción. Seguí tratando de escuchar qué era lo que él me iba a decir de lo último que habíamos hablado. Cómo tratar de hilar en función de lo que hemos estado trabajando en lo más inmediato y no tanto en cosas que también tienen que ver con algo que es propio de él.” (T3).

“Avanzar en la cosa más real de lo que habíamos estado trabajando.” (T3).

“Como enfocarme más en avanzar en lo que habíamos estado trabajando antes que quizás entrar en resolver una cosa que ya sé a dónde vamos a llegar porque lo hemos hablado cientos de veces.” (T3).

“En el fondo me enfoqué en un objetivo concreto. Me salí de la emoción y tecnifiqué el miedo en términos de que esto no es lo que tengo que hacer, tengo que hacer esto” (T3).

3.4.3 Dinamismo entre Enfoque de Proceso y de Objetivo

Énfasis que se caracteriza por contextualizar un episodio donde el (la) terapeuta logra o resulta una interacción entre un enfoque de proceso y de objetivo dentro de una sesión. Es decir, busca que la comunicación e intervención del terapeuta apunten a la dinámica del momento del intercambio o diálogo terapéutico teniendo en mente el objetivo trazado en la sesión y/o motivo de consulta en la terapia. En términos constructivistas podríamos decir manejar el juego entre el eje sincrónico y diacrónico de la psicoterapia

(Yáñez, 2005). Se presentan algunos ejemplos a continuación (ver líneas 1210, 1794, 1956, 2439-2461, 2913, 3258, 3433, 3821, 3995, 4005, 4012, 4021, 4110, 4134, 4227, 4237 para complementar):

“Si po, si o sea es como un tema que aparece su motivo de consulta, como que uno puede ir abordando distintos temas de acuerdo al día a día de lo que le va pasando a la paciente pero eso ahí es un tema más profundo que tiene la idea de, por lo menos como trabajo yo, es de irlo relacionando con su motivo de consulta. Independientemente del tema que traiga a colación.” (T1).

“sí, yo creo que sí. O sea, no creo que en todas las terapias. Hay veces que uno se siente bien y obtienes resultados, los pacientes te dicen cosas que van mejorando. Sí, pero creo que pasa, como te digo no en todas las sesiones, pero sin duda creo que no es tan poco recurrente. Yo creo que igual es más o menos frecuente.” (T1).

“Que cuando empezamos con las primeras sesiones, yo levanto una especie de satélite, una banderita. Entonces, yo la dejo como la luna, ¿no?, que gira permanentemente al lado de la tierra. Entonces, yo levanto esta variable que digo de ella. Tengo permanentemente levantadas las variables...” (T2).

“Mi foco de atención va dirigido hacia dónde voy a entrar a picar más, de todo el aparataje o el abanico de posibilidades que trae la paciente, dónde más me voy a enfocar para elaborar que fuese más productivo para ella. Entonces, estamos en un momento en donde ella está hablando (...) yo me pregunto también en ese momento, ¿valdrá la pena enfocarme en cómo ella vive los temblores? Y yo me dije: no. (...) Es más sustanciosa el que ella aún no logra ser más concreta en algo definido que le quiere pedir, no solo al hijo, sino que también a su madre. (...) dónde voy a dirigirme en esta sesión en lo que ella me está diciendo.” (T2).

“Si lo interpreto es porque estoy preguntando, ella me responde, eso alimenta lo que voy a preguntarle de nuevo, y me lo dice, y yo se lo digo y siempre alimentado por lo que está diciendo, por lo que estoy pensando, lo que estoy hipotetizando, y se lo estoy tirando y vamos haciendo esto, todo el rato.” (T2).

“En el fondo me enfoqué en un objetivo concreto. (...) Me salí de la emoción y tecnifiqué el miedo en términos de que esto no es lo que tengo que hacer, tengo que hacer esto.” (T3).

“Me vuelvo a hilar, como lo que te decía el otro día. Me vuelvo como a hilar de nuevo. (...) Yo creo que sí. Sí, porque si no yo me pondría, insisto, como lanzar en la emocionalidad divertida, graciosa, dejarme llevar por eso, reírme mucho rato con él, perder el foco ¿cachay? No es una conversación con un amigo, no estoy en la terraza de mi casa.” (T3).

“Claro, como una subidita graciosa y volvemos un poco a esa meseta de continuar en ritmo, digamos, ¿no? y seguimos.” (T3).

4. Observación de la Interacción o del paciente

4.1 Procesamiento de la Interacción en el Episodio

Sub-categoría intermedia que agrupa temáticas que implican procesos metacognitivos del terapeuta en la interacción con su paciente en los episodios seleccionados o referidos, por ejemplo en la observación de la percepción del terapeuta, de su paciente y la dinámica entre ellos. En esta sección se observan procesos metacognitivos más tendientes a la CMA: el descentramiento y diferenciación, sin embargo, la integración y monitoreo son requisitos básicos.

4.1.1 Corona de Variables de su Paciente

Sub-categoría que alude al conjunto de variables o antecedentes que sostiene el o la terapeuta sobre las acciones, actitudes, pensamientos y/o emociones de su paciente para gestionar y orientar sus hipótesis durante el desarrollo de la sesión (exploración o intervención), impactando en los episodios seleccionados o referidos. Algunas citas son (complementar con líneas 700, 1333, 1370, 1615, 1623, 1719, 1723, 2840, 2936, 4310 del anexo 9):

“Por su historia (...) o sea, no sé si típica. Pero su historia habla de eso. Su experiencia de vida, ella se las arregló sola, estudiaba sola, (...) súper autosuficiente con un nivel de exigencia tremendo sobre todo en el colegio. (...) Sí, en la u también. Ella quería irse de beca a una parte y no le resultó, y encontró que fue mediocre, por eso también no lo pasó tan bien en [lugar]. Como que encontraba que la beca de [lugar] era casi como el premio de consuelo.” (T1).

“(IR: ¿tú crees que la causa de estos pensamientos son los antecedentes que tú le vas recordando a la paciente constantemente?) Más que a ella, a mí.” (T2).

“Esas banderitas... Te acuerdas cuando apareció el coronavirus y decían que se llama coronavirus porque es como una corona que tiene. Y el virus tiene muchas como cositas así. Entonces lo que me hago es como una corona de la paciente. Entonces, aparece esto, pah, pah, pah. Entonces, aparece la ficha, pero cuando aparece la ficha, aparece con la corona también. Entonces, lo que hago es que aparece la corona” (T2).

“La corona se arma siempre en función a lo que ella dice, levanto hipótesis, vuelve a decir, corroboro hipótesis.” (T2).

“Entonces, yo levanto esta variable que digo de ella. Tengo permanentemente levantadas las variables que digo que se llama, por ejemplo, abandono, abuso, agresión sexual, abundancia infantil, pobreza, violencia por parte de la madre.” (T2).

“P es de esta forma, P juega un poco estos juegos de hacer estos comentarios.” (T3).

“volvemos a lo que te decía antes como esta cosa del sentirse muy abandonable que la gente no lo escucha, no le pone atención, no le contesta lo que dice” (T3).

“En cambio P...se mete en una sensación particular. Esta triste o frustrado o enojado o está enrabiado o está divertido o está osado. Pero va pasando como de una en otra. (...) No, más marcado. Como las estaciones.” (T3).

“Él se define a sí mismo como atípico. (...) Sí, exactamente como diferente.” (T3).

4.1.2 Sacar la Foto a su Paciente

Esta sub-categoría alude a la forma del (de la) terapeuta de interpretar, explicar o pronosticar la conducta o el funcionamiento de su paciente influenciándose de la “corona de variables” que maneja en el episodio seleccionado. Esta sub-categoría puede implicar dos maneras: hacer una hipótesis sobre el episodio seleccionado o referir la forma común de ser en su paciente. Predispone a la “percepción de la actitud de su paciente” y está asociada con la “habilidad entrelazar contenido y vínculo”, en cuanto a la comunicación del terapeuta. Algunas citas que ejemplifican son (complementar con líneas 657, 730, 1198, 1312, 1317, 1348, 1375, 1504, 1683, 1902, 1948, 1980, 1991, 1998, 2589, 2937, 2946 del anexo 9):

“sí me acuerdo que estaba el tema del rendimiento y la exigencia personal.” (T1).

“O sea la misma reacción se puede ver que (...) ponte tú era proactiva. O sea, de lo que íbamos hablando, ella como que tomaba todo lo que decía, y como ese afán como de los pacientes que son enfocados en el rendimiento. Que te hacen las tareas, como todas las tareas que tú le dices, y tratan de poner en práctica al tiro lo que pueden sacar en limpio de la sesión. Y eso se ve en esta sesión de hecho cuando ella dice “ah, con mi papá traté de expresar más mis emociones”, caché que eso era algo que habíamos hablado la anterior sesión.”(T1).

“Que ella siente que no expresa las emociones, como de ver la reacción que tiene cuando no expresa esa emocionalidad, que sale como de forma más agresiva.” (T1).

“ella está funcionando como siempre ha funcionado. Ella tiene este formato. Y no es una paciente que me sorprenda su funcionamiento. Su forma de confrontación es así. Entonces, que ella me haya hecho este confrontamiento y decirme: “usted es psicóloga, lalala”, es predecible.” (T2).

“Porque acá apareció la misma paciente de siempre. Es decir, esta paciente, cuando aparece en sesión, ella entre comillas, uno le saca la foto al paciente. Pero a veces la paciente está más o menos desestructurada.” (T2).

“Lo que pensaba en ese momento es como: todavía llora su orfandad, como una niña huacha.” (T2).

“Ella no es suficientemente buena para ella. Eso es lo que yo pienso en ese momento. Tú no eres suficientemente buena para ti.” (T2).

“Entonces él tiene ese temor que el mundo se aburra de él como que el mundo se hastíe de escucharlo, de atenderlo de ponerle atención. Finalmente de que lo dejen solo, es como esa la explicación que él se da pero el sentimiento que está debajo es: quedarse solo. Entonces no es primera vez que él dice eso.” (T3).

“Porque él de alguna manera manifiesta ese temor a la distancia como que yo me fuera a aburrir de él” (T3).

“No, porque es que como yo creo que es algo que él vive a diario, él siempre lo trae la sesión. Conmigo o con quien sea digamos pero siempre lo trae.” (T3).

“...necesidad de validación que tiene P siempre” (T3).

4.1.3 Percibe la Actitud de su Paciente

Se refiere a que la (el) terapeuta observa un cambio de actitud en su paciente respecto del (o en el) episodio de ruptura seleccionado o referido, donde la actitud puede ser evaluativa, resistente o de evasión, incluyendo transiciones. Algunos ejemplos son (ver líneas 506, 530, 594, 658, 1405, 1929, 2033, 2092, 2697, 2847, 2946, 3628, 3703 del anexo 9 para complementar):

“Entonces yo siento que igual de ella fue...como que me hizo un escaneo en la primera sesión, porque decidió ir a la primera sesión presencial, como que ella evaluó siento, primero” (T1).

“...no es como que me dijo como: “¡Ay no pero si estoy trabajando sólo...estoy trabajando po!”. No fue como una actitud, como un lenguaje no verbal, como de recalcar me de que yo me había equivocado, ¿cachay? Sino que la actitud de ella también es como bien congraciativa como que no, yo creo que eso igual ayudo a que no perdurara, no se mantuviera esa sensación” (T1).

“También me miró de arriba abajo cuando llegó, entonces ahí fue distinto” (T1).

“Lo que vi, lo que estoy pensando es: Aquí está la resistencia del paciente” (T2).

“Ella dice: “No, es que una mariposa grande”, o sea está reforzando, ¿cierto? Yo sentí que ella se mantenía firme ante una lógica de miedo de ella, donde no cabía la posibilidad de reflexión, por último racional, aunque no esté la emocional, y conectarse emocionalmente porque ella estaba conectada principalmente con lo que le provocó esa mariposa.” (T2).

“...Sí, sí, sí. Porque él de alguna manera manifiesta ese temor a la distancia como que yo me fuera a aburrir de él.” (T3).

“P es un paciente bien especial, ja, tiene como este juego con esta honestidad a veces... no sé con qué palabra describirlo pero tiene esta necesidad de decir lo que le pasa” (T3)

“O sea, yo creo que él lo experimento quizá no (...) no con una intensidad como lo ha experimentado en otras ocasiones, pero lo deja entrever un poco también porque en algún momento así lo sintió.” (T3).

“Claro, pero esa cosa evitativa, por ejemplo, el siempre lo ocupa cuando se conecta con esa cosa más profunda.” (T3).

4.1.3.1 Percibe Mejoría en su Paciente

Es una propiedad de la anterior y alude a una apreciación positiva de la (del) terapeuta sobre la evolución de su paciente respecto a un momento anterior en la terapia. Esta percepción positiva puede darse en función al desarrollo del episodio seleccionado y/o a la alianza terapéutica (T1, T2). Está muy asociada con la sub-categoría intermedia: “Percepción del vínculo terapéutico”, siendo una posibilidad muy clara de sumar a la “Alianza ayuda o previene ruptura” e inter-influenciándose con el “Humor como descriptor de buena alianza”. Algunas citas son (complementar con líneas 1936, 1980, 2001, 2074, 2125, 2779, 2782, 2823, 2882, 2914, 3656, 3787 del anexo 9):

“y al darme cuenta de que había como algunos atisbos como positivos, como reforzarle eso” (T1).

“ella se veía como bien contenta con la sesión, como reactiva, alegre, no hubo nada como que me hiciese pensar eso. Sino que es como algo más mío encuentro yo” (T1).

“...a lo mejor también influye lo que venía pasando previo en las otras sesiones. Como que ya el vínculo estaba ya más fortalecido” (T1).

“Y ¿por qué esperanzada ella?, ¿por qué puedo decir que yo, como P, estoy esperanzada?, porque a pesar de que he llorado mucho y me he asustado mucho de lo que me ha pasado en la vida, las cosas me resultan. Las cosas a ella le resultan.” (T2).

“pero también confía en sus criterios que está desarrollando, donde este espacio es muy protegido para ella. En donde no va a terminar triste, desolada y hablamos de cosas tan tristes y ahora no, no pasa eso.” (T2).

“Es que la P no es dócil, pero aquí se logra entablar el pinponeo.” (T2).

“él al principio era súper esquivo, no se reía. No hacía alusiones respecto de cosas que le causarían, por ejemplo, humor o alegría o algo. Era súper difícil como de establecer un vínculo con él. Entonces hubo un momento en que eso cambió. Dicho por él mismo, en algún momento porque estamos hablando de otras cosas.” (T3).

“ese ha sido el factor que también ha facilitado mucho el hecho de que cada vez se suelte más. Como que se sienta libre sin este miedo de ser juzgado o puesto a un costado o discriminado.” (T3).

“Y él me lo ha dicho en ocasiones que él también como hasta el primer tercio siempre sintió ese miedo muy presente de que, lo que yo te decía, de que yo me iba a aburrir. Y eso después fue bajando. Igual a veces lo tira en talla y todo pero al principio era algo muy sentido para él.” (T3).

4.1.4 Episodio como Juego de Tenis

La terapeuta utiliza la metáfora del partido de tenis para representar el tipo de diálogo dinámico, de alta intensidad emocional (positiva o negativa), que ocurre en un episodio de ruptura. Algunos ejemplos son (complementar con líneas 2304, 2698 del anexo 9):

“siempre siento que la sesión de psicoterapia es como un juego de tenis, porque le tiré una, y me tiró una corta, y yo le tiré una corta también. ¿Te acuerdas esas pelotas que uno tira, así, corta? Y creo que... mi hermano, que era fanático del tenis, me hacía jugar tenis con él, me tiraba con efecto, entonces cruza la malla y no hace “PAM, PAM, sino que hace “PAM, pam”, como que se devuelve un poco, y me la tira, y yo se la tiré.” (T2).

“la terapeuta se está mojando la camiseta en la sesión” (T2).

“en el pinponeo, se aminora un poco la excitabilidad del momento. Se amaina un poco, “Ya, pero si ya te lo dije; “es que yo no lo sé hacer”; “Pero lo acabas de hacer, ¿viste?”. Se amaina después y ahí entramos al área chica, hicimos un pinponeo en el área chica” (T2).

“Ahí es que al sudar la camiseta, me quedé corta. Aquí estoy jugando, así, con la camiseta musculosa, así, como, ¡vamos!, como dicen los argentinos “¡vamos, buena, buena!”. ” (T2).

“Es algo como que pum y se rebota para allá. Es como un espejo, fah! y llega para allá. Por qué, porque tengo una historia de eso, ándale, vamos para allá, fuá, tiro el ping-pong” (T2).

4.1.4.1 Nos Tira una Pelota a la Raya

Sub-categoría que alude a una forma de representar un comentario del paciente hacia el (la) terapeuta, como marcador interpersonal (verbal o no verbal), que genera tensión dentro de un episodio de ruptura. Se enmarca como propiedad de la metáfora anterior. Algunos ejemplos son (ver además líneas 147, 503, 518, 1244, 1568 del anexo 9):

“Ah, chuta, ¿es eso que diga “Me entiendes lo que yo te digo”?” (T1).

“Pero a lo mejor si como confundida, como cuando me dice esto del trabajo ahí, claro. Mili segundo confusión y como que ya centrarse “ya que me está hablando” (...) sino sólo como la confusión de como “ah, chuta lo que me dijo”. ” (T1).

“el paciente nos tira una pelota a la raya. En una cancha de tenis nos tira la pelota a la raya. Y uno tiene que ir corriendo así y devolvérsela porque yo no sé con lo que va a venir el paciente. Y ella hizo eso, me tiró una pelota a la raya” (T2).

“... “Sí lo sé, pero lo mío es histórico” jajaja.” (T2).

“Que ella me hizo un comentario. Así como que: “siento que no me sirve lo que estamos haciendo, entonces lo pensé y la verdad quiero dejarlo”. ” (T3).

“aparece también un poco en la réplica que hace él como, “si quieres te ríes igual”, ¿cachay? como... y yo ya me estaba riendo.” (T3).

“...cuando el habla: “cuando no estoy motivado hablar con él” ... ” (T3).

4.1.5 Terapeuta Cuestionador(a) o Exigente

La (el) terapeuta se autopercibe exigente o cuestionador(a), por un criterio personal o una actitud de su paciente dentro de los episodios de ruptura y resolución. Se puede observar en las citas (complementar con líneas 649, 669, 685, 1078, 2369 del anexo 9):

“...Sí, eso es lo que siento ahora...de que ella era también de evaluaciones. De cómo que: “no, sólo la práctica” así como de que “pucha, no estoy haciendo mucho”. Así como que la psicóloga le estuviera exigiendo que en realidad tendría que rendir más. Sí, como que me llega así ahora. Como que yo estuviera como de que: “oye, no estoy trabajando y sólo en práctica”, así...como una actitud” (T1).

“Pero sí lo vemos de ese lado de la exigencia de la psicóloga que le dice, “Ah, no estás trabajando, chuta, estás haciendo sólo la práctica”. Como que casi no contara como un trabajo. ” (T1).

“Sí, como que a lo mejor le llega algo (...) de que no está rindiendo tanto.” (T1).

“... puede ser como que la psicóloga no me está entendiendo” (T1).

“Jajaja la loca pesada...” (T2).

4.2 Percepción del Vínculo Terapéutico

Esta sub-categoría intermedia agrupa códigos que implican la observación de la alianza terapéutica y su implicancia en los episodios seleccionados o referidos. Dentro de ésta encontramos tres temáticas que se relacionan debido al consenso entre los terapeutas sobre la prevención o ayuda que la alianza da a una ruptura, observado en la sesión y

puesto en juego en los episodios, tanto implícita como explícitamente. Existe una preocupación activa por no perder el vínculo dentro de la interacción y, aunque menos evidente, aparece el humor como una señal de buena alianza predisponiendo a una prevención de la alianza. Este contenido se asocia, principalmente, a procesos metacognitivos de descentramiento y diferenciación.

4.2.1 Alianza Ayuda o Previene Ruptura

La (el) terapeuta da cuenta que de existir un buen vínculo terapéutico positivo es menos probable que haya una ruptura. Los participantes aluden al momento en que se da la alianza o los antecedentes de su formación (T1, T3); o respecto de los episodios seleccionados (T1, T2; T3). Algunos ejemplos al respecto son (complementar con líneas 70, 379, 404, 1894, 2076, 2780, 2798, 2873, 3376, 3447, 3600, 4015 del anexo 9):

“Y siento que esa primera sesión tiene que ser importante también como en el vínculo que se forma después. Que en realidad ya está como esta pequeña diferencia, a lo mejor también influye lo que venía pasando previo en las otras sesiones. Como que ya el vínculo estaba ya más fortalecido, entonces también yo creo que eso hace una diferencia (...) en cómo ella toma esta desatención. Esa es una percepción mía, de lo que yo creo. No sé si eso será así. Yo siento que es distinto cuando ya uno tiene cierto vínculo, a cómo ella pueda tomar esta diferencia.” (T1).

“Siento que ella entendió otra respuesta no más. Pero no... como que tampoco se queja o dice “no entendí”. Sino que al revés, como que ella a lo mejor empatiza demasiado conmigo y me dice “¿me estás entendiendo?”...” (T1).

“que quizás aquí es que... jajaja quizás, hay una buena adhesión a psicoterapia, quizás digo, yo porque dije: “Pero acabo de hacer el ejercicio”; “bueno, ahora ya sé cómo hacerlo”.” (T2).

“se amaina porque no entramos en un gallito ella y yo, no entramos en una confrontación (...). Ahí estaría perdiendo el sentido de la psicoterapia, dejaría de ser una psicoterapia, porque pasaría a ser casi una vieja que hace un sermón. (...) Nah, sería pésimo. No, no. Sería una mala estrategia” (T2).

“Era súper difícil como de establecer un vínculo con él. Entonces hubo un momento en que eso cambió. Dicho por él mismo, en algún momento porque estamos hablando de otras cosas. El supo que yo, porque él es profesor de música y no me acuerdo cómo fue hace tiempo yo le conté, claro que yo antes de estudiar psicología estudié [un instrumento] 15 años. Y ahí en algún punto nos pusimos a hablar de música en sesión y ahí todo cambió...” (T3).

“Entonces yo creo que por eso no me concentré en ese punto por qué creo que, dicho por él también, él siente que el único espacio donde lo escuchan realmente y donde se siente acompañado es en sesión.” (T3).

“me imagino que tiene que ver también con quizás...porque el después aclara, Como: “No tengo ganas o no tengo animo de hablar pero no porque no me guste” ¿cachay? “No porque no me gusta hablar contigo sino porque yo no tengo ánimo”.” (T3).

“Lo que si te asegura un buen, digamos, un buen desenlace para paciente psicoterapia, un 70% de ese buen desenlace o ese buen final depende del vínculo” (T3).

4.2.2 Ansiedad por Perder o utilizar el Vínculo

Preocupación que tiene el (la) terapeuta, su paciente o ambos en mantener la alianza terapéutica o resguardarse en ésta, dentro del episodio o del proceso terapéutico. Puede darse de tres formas, 1) Percepción sobre esta ansiedad en su paciente, 2) preocupación por sí mismo, o 3) la utilización del contenido de la sesión por el (la) paciente en su contexto personal. Las citas siguientes lo representan (ver líneas 623, 3060, 3149, 3649, 3660, 3686, 3702, 3711, 3722, 4330 para complementar):

“porque en realidad no tenía como en mi cabeza 100% lo que ella me estaba hablando. Entonces, cuando me dice eso yo la valido como pa’ mantener el vínculo de la alianza terapéutica. ¿No cierto?, que no se vea perjudicada con esta situación” (T1).

“Entonces, ella cuando hace esto, quiere aliarse conmigo. Dos contra uno, se podría decir. (...) Ella, en algún momento, es como si quisiera utilizarme para así tener un repertorio válido, y decirle a su hijo: “Mira, yo voy a psicólogo y T2 me dijo que como psicóloga que es, y tú como estudiante de psicología, tendrías que estar a la altura de lo que pasó en ese momento en el temblor”. (T2).

“Ella quiere eso conmigo. Entre comillas, usarme. Usarme para tratar de validarse ante el hijo y que le dé lo que ella quiere.” (T2).

“Entonces a mí me preocupa mucho eso a mí, me preocupa mucho el vínculo. Me preocupa mucho que el paciente se sienta vinculado y se sienta cómodo. Y de hecho con P fue aún más porque costó mucho establecer ese vínculo.” (T3).

“Que él no sintiera que yo lo hiciera mal o que él creyera que yo lo estaba haciendo mal. O que se sintiera, por ejemplo, desplazado por algo que yo hice mal o dije incorrectamente. ¿Cachay?”(T3).

“yo creo y en esta en particular, como que tiene estos gestos como para asegurar el vínculo como para asegurarse de que yo estoy ahí. Para que le diga “No P, tranquilo yo estoy aquí, sabes que esto es regular y nos vemos todas las semanas” como asegurarle que esto va a continuar.” (T3).

“Que él tiene miedo a ese abandono de alguna manera y yo tengo miedo a equivocarme. Equivocarme también es sinónimo de que me dejen. De perder el vínculo.” (T3).

4.2.3 Humor como Descriptor de Buena Alianza

El (la) terapeuta alude al humor que aparece en el diálogo del episodio y que está relacionado a una buena alianza terapéutica. Esta sub-categoría predispone la prevención o ayuda a la ruptura, y se interinfluencia con la percepción de mejoría que tiene el (la) terapeuta de su paciente. Puede presentarse como un buen estado de ánimo o como un momento gracioso (T1, T3). Algunos ejemplos son (ver líneas 113, 3471, 3477, 3770, 3851, 3915, 4034, 4154 en el anexo 9 para complementar):

“Entonces de cierta forma el reírme con ella, como empatizar con esto de que el jefe la invite, como que le estoy demostrando que en realidad pareciera ser que sus habilidades sociales no son tan malas” (T1).

“puede ser como de fortalecimiento del vínculo, ¿cachay? Como esto de estar las dos contentas, como que ella se ría, yo también me río de vuelta” (T1).

“como es esa respuesta que ella da, como que al principio, que ella sonrío, yo sonrío.” (T1).

“Entonces quizás como las veces que ha salido suele ser o por una talla o por alguna situación graciosa que se da producto de lo que está contando” (T3).

“Yo creo que cuando yo logro encajar en su humor y en sus ideas me da la impresión de que él se siente muy comprendido porque también creo que ese ha sido el factor que también ha facilitado mucho el hecho de que cada vez se suelte más.” (T3).

4.3 Comunicación del Terapeuta

Sub-categoría intermedia que agrupa los temas que describen la comunicación del terapeuta con su paciente. Se compone de tres temáticas: el foco en el contenido verbal, el no verbal y la habilidad para entrelazar el contenido con el vínculo. Aquí se involucran todos los procesos metacognitivos revisados, en especial, en esta última temática, siendo en las dos primeras más predominantes el monitoreo y descentramiento. La comunicación del terapeuta está en constante interinfluencia con el procesamiento de la interacción, como procesos en paralelo, el primero más explícito que el segundo, siendo la metáfora del juego de tenis una representación hipotética de la comunicación en el

episodio. Por último, la percepción del vínculo es una consecuencia de esta comunicación que se refleja en los episodios de ruptura.

4.3.1 Focalización en el Lenguaje Verbal

La (el) terapeuta analiza los episodios de ruptura, seleccionados y referidos, en base a respuestas verbales de su paciente. En algunos casos esta focalización se realiza 1) Interpretando la emoción, pensamiento o actitud de su paciente, 2) Explicando(se) su conducta en base a la respuesta de la paciente o 3) Percibiendo su propia emoción o el cambio de ésta. Esta focalización suele relacionarse con el énfasis en el objetivo y con las estrategias comentadas. Algunas citas que lo demuestran son (complementar con líneas 69, 105, 282, 353, 920, 1072, 2026, 2217, 2336, 2853, 3029, 3134, 3212, 3898 del anexo 9):

“Cuando cambiamos de tema po. Cuando ya empezamos a cambiar el tema y a como profundizar en la terapia y ya pasa. Como que hay que centrarse en lo otro ya” (T1).

“No, no lo pensé en ningún momento, hasta cuando ella dice la frase. Antes no lo sentí ni lo pensé.” (T1).

“como es esa respuesta que ella da, que al principio, que ella sonrío, yo sonrío.” (T1).

“si en ese momento yo no estaba con una emocionalidad como de sentirme desatenta o frustrada, ¿cachay?, sólo pasa cuando me dice lo del trabajo” (T1).

“Porque es cómo que me repite lo mismo que hemos estado hablando antes de su práctica, en realidad claro, estaba trabajando ya. (...) Claro, sipo, como de ser redundante...” (T1).

“si po a lo mejor como la respuesta de la P. Así como si ella te hubiese dicho como algo como...: “si en realidad no hay otro...”, de hecho como que algo dice ahí: “como que no pero en realidad no estoy trabajando, como si es algo fuera de mi práctica” (T1).

“Me invitó, porque ella, cuando ella me dice: “porque sabes, mi hijo es psicólogo. Bueno, ya es un psicólogo, es egresado, está haciendo la práctica”...”. (T2).

“Porque ella está quizás respondiendo de manera mecánica: “Pero esto es un histórico mío” y yo le digo “Sí, pero acabo de hacerlo”, “Yo no sé cómo hacerlo”, “pero acabo de hacerlo”.”(T2).

“le pregunté hasta por detalles de lo que me decía, cómo me lo decía. Para tratar de entender ese mundo.” (T2).

“Porque lo logro constatar a través del discurso de ella, de lo que dice en sesión.” (T2).

“Y como me centré de alguna manera en lo que decía, en tratar de llevar el hilo de lo que habíamos hablado” (T3).

“Creo que no soy tanto de imágenes sino más bien como de frases para mí mismo. Salvo que estemos como pensando en algo que definitivamente necesita formar una imagen.” (T3).

4.3.1.1 Enredo al Preguntar o Intervenir

Esta sub-categoría es una posibilidad de la focalización en el lenguaje verbal, no la regla, y se refiere a una actitud confusa de la (el) terapeuta al preguntar en un episodio de ruptura, por ser sobreexpresiva(o), lo que le genera autoconciencia de no estar dirigiendo en ese momento de la mejor manera la sesión ya que mientras más intenta clarificar más dificultad tiene al formular. Se puede apreciar en las citas la conciencia de enredo, afectar negativamente el entendimiento de su paciente, sus emociones al respecto y la causa del enredo. Algunos ejemplos son (ver líneas 788, 798, 813, 828, 832, 841, 846, 900 del anexo 9):

“...a pesar de que me di cuenta que estaba enredada” (T1).

“...me estoy enredando, no lo estoy haciendo, no me va a entender.” (T1).

“En esta escena que vimos. Yo le pregunto, me explayo mucho con una pregunta y ella no, tampoco lo entiende. Y yo estoy tratando que ella entienda lo que quiero decir y al final pareciera ser que es peor porque mientras más explico, ella también como que más se enreda” (T1).

“Sí po, yo creo que cuando ella da la respuesta yo como que confirmo que en realidad como que no se entendió. Si ella dio otra respuesta po.” (T1).

“Lo desagradada es esto de explicar y explicar de nuevo, y darme cuenta de que se va enredando a medida que voy hablando.” (T1).

“Como que no me expliqué bien, da entender que no me expliqué bien, que fue mucho hablar y al final tampoco me entendió.” (T1).

4.3.2 Focalización en el Lenguaje No Verbal

Otra forma de comunicar es analizar los episodios de ruptura (seleccionados o referidos) en base a actitudes de la paciente aunque sin profundizar mayormente o utilizar recursos

no verbales para comunicar. Algunos ejemplos son (complementar con líneas 654, 681, 693, 1042, 1400, 3805 del anexo 9):

“Más allá de su respuesta, como en términos de su lenguaje no verbal o de su actitud hacia la terapia, no encuentro que haya cambiado.” (T1).

“O sea ella, está como hace un poco mueca, pero siento que es de poner atención.” (T1).

“demostrarle más como en el lenguaje no verbal que en realidad no están malas sus habilidades sociales como ella cree.” (T1).

“Entonces me sonrío: “mmm ah”. Entonces, yo dije: “aquí viene”. Okey. Entonces, me está tratando de decir: “tú sabes que psicólogo...” (Tono grave)” (T2).

“Eso estoy haciendo. Estoy representando (...) “uno tiene que ser un actor”...” (T2).

“Hay momentos que P está muy bajado, como decía no mira. O incluso a veces no aparece en el marco” (T3).

“...cuando él está emocionalmente más lábil o llega sesión con alguna problemática particular le cuesta mucho establecer contacto visual.” (T3).

“pero él, si te fijas (...), esta todo el rato así (mira hacia abajo). Incluso el a veces me habla así cuando se siente avergonzado de cosas, él me habla así.” (T3).

4.3.3 Habilidad de Entrelazar Contenidos y Vínculo

Esta habilidad terapéutica sugiere el reconocimiento emocional dinámico del paciente y de sí mismo dentro de un episodio de ruptura, donde deviene el vínculo terapéutico y el contenido del diálogo que se está tratando. Por ejemplo (ver líneas 2421, 2781, 3813, 4019 en el anexo 9 para complementar):

“No le hace bien a esta paciente, y yo no creo que a nadie que sigo, machaco, y: “escribame y dígame, vamos a tratar esto a ver cómo evoluciona en ti en este pensamiento”. Pff, reviento a la paciente, “no me veo más con T2”. Pero decirlo, tirarlo y soltarlo, y que quede ahí” (T2).

“Porque sí el que ella, lo que hipotetizo que ella podría pensar de: “Igual podría ser, ¿ah?”; que no me sigue ella justificando porque ella no hace eso. Yo me detengo y ella se detiene.” (T2).

“...ella es dócil en la medida que uno pueda tratar de dialogar con sus miedos, en los códigos de sus miedos, y ahí ella se transforma en dócil. Ahí ella se transforma en dialogante y logra recibir la posibilidad de que aparezca algo alternativo ante una situación y una respuesta que ella da. Podría aparecer una alternativa de respuesta sí, en la medida que ella dialoga con esos miedos, de ella. No como lo entiendo yo, como lo entiendo de ella” (T2).

“...era necesario saber estar ahí como psicoterapeuta, como tranquila. Y además que no pareciera una terapeuta como deformada por así decirlo. En donde pongo en tela de juicio a este hijo, que quizás está hablando de manera visceral...” (T2).

“reconocer lo que me pasa a mí con lo que él me dice. De alguna manera como ver dónde encaja cada cosa y tener esa, no sé si la palabra habilidad pero tener esa posibilidad de reconocer que hay ciertas temáticas que uno puede ir como entrelazando (...) como vas enganchando una temática con la otra sin sobreponer una sobre la otra o sin sacar una, para que quede espacio vacío. Yo creo que también tiene que ver con eso.” (T3).

“yo creo que reaccioné de esa manera porque estábamos hablando de algo que no estaba puesto en ese lugar. No estamos hablando de la sexualidad de los papás de P. Estábamos hablando de otra cosa, entonces claro nos aprovechamos del momento gracioso, circunstancial, de reírnos. (...) Estábamos escribiendo aquí, esa subida es circunstancial, tiene que ver con un tema que no era lo central de lo que estábamos hablando.” (T3).

“Entonces, yo creo que tiene que ver con ese oficio más (...) como artesanal de lo táctil, como de vivir muchas veces una misma experiencia en donde yo me puedo reconocer emocionalmente y puedo utilizar mi propio insumo emocional de manera mucho más fácil porque ya lo conozco “ (T3).

5. Factores Intervenientes o Contextuales de los episodios

Si bien esta categoría no reviste mayor relación directa con el objetivo del estudio, es importante considerarla con el fin de observar desde una mirada crítica las anteriores, analizadas de forma temática y relacional. Sus sub-categorías refieren a una serie de factores tangenciales que pueden afectar la interpretación de las siguientes categorías.

5.1 Contextos de los Episodios

Esta sub-categoría aborda contextos, aspectos y situaciones del proceso psicoterapéutico o de la sesión que afectan la manera de reflexionar de los terapeutas sobre los episodios seleccionados, por ende, en sus procesos metacognitivos. Un contexto es la dificultad del paciente demandante y con baja motivación de consulta en primeras sesiones (T1, T3). En un episodio seleccionado existió una conversación antes del comienzo de la grabación de la sesión online, donde el paciente le anticipó a modo de broma que lo iba a exponer en la grabación o la alusión que el carácter del contenido cambia, fuera de lo principal, como factor para entender una ruptura de bajo grado de significancia (T3). A

continuación se presentan algunas citas a modo de ejemplo:

“Porque la...digamos el video parte pero parte como no sé, la sesión partió, ponte tú no me acuerdo, a las 5 y el vídeo partió a las 5:05 ponte tú. Porque esos 5 minutos desde el inicio yo no los grabé pero recibí a P en la sala, cachay de la video llamada. Lo saludé, le dije “hola P”, le dije: “recuerda que hoy vamos a hacer esto”, “ah ya si, sí, no sé qué”. Ya y me tira como una talla, me dijo “pero te voy a echar al agua” me dice una cosa así, que eso no está grabado y ahí le digo “ya jaja”, me rio. Y ahí le digo: “bueno ya voy a empezar a grabar”...” (T3).

“Bueno yo creo que también el... al mismo tiempo el carácter de la temática, ¿cachay? No es un tema que haya... o sea no es por ejemplo el tema por el cual P llegó a psicoterapia. No es un tema tampoco que tratemos habitualmente de manera profunda, por ejemplo, o temáticamente, o respecto de él con su mujer. Como que no es un tema.” (T3).

En estos casos, los contextos de los episodios, principalmente por la grabación, se ven influenciados por la ansiedad de los terapeutas hacia la instancia de investigación (ver abajo). Mientras que las decisiones personales de los terapeutas influyen positivamente, siendo la telepsicoterapia parte del contexto.

5.2 Ansiedad por la Investigación

Los participantes se ponen ansiosos o nerviosos respecto a la instancia de grabación de su sesión terapéutica o de la entrevista. Se asocia esta ansiedad a la posibilidad de ruptura o evaluación, a la influencia en la desconcentración dentro de la entrevista, a contradicciones dentro de las respuestas y cuestionamiento a la selección de los episodios (T1, T3). O también a la instancia de grabación, como se mencionó, ya sea por el momento de inicio de ésta o a la reacción del paciente en ésta (T3). Las siguientes citas ejemplifican lo anterior:

“Pero también yo andaba como nerviosa por el tema de la grabación. (...) como está la grabación, entonces también estaba ahí un poco como pensando en lo de la grabación y yo creo que por eso también...” (T1).

“Quizás. No sé si es una emoción porque es más racional pero como preocupación, ¿no? entendiendo que está siendo grabado y que igual, a pesar de que yo acepto y todo, me va a estar evaluando igual aunque no sea calificadorio, digamos me va a estar evaluando un par. Como que igual yo creo que también hubo una preocupación que tampoco la manifesté porque decía tampoco le puedo decir en el video así como: “no P, no digas eso porque me están grabando y no”...” (T3).

Los cambios de la telepsicoterapia influyen la ansiedad por la investigación de los terapeutas y, a su vez, ésta repercute en los contextos de los episodios. No obstante, pareciera que la influencia de las decisiones personales del terapeuta atenúa esta ansiedad.

5.3 Cambios con la Telepsicoterapia

Desde la pandemia en adelante ha aumentado la atención psicológica vía online, y los participantes que usaron esta modalidad reportaron aspectos interesantes de esta situación, como por ejemplo, el cambio de encuadre terapéutico y las emociones asociadas (T1), la necesidad de otras habilidades como gesticular o moverse más al no tener una comunicación total en videoconferencia lo que puede recaer en pérdida de información (T2). Por otra parte, se reporta incomodidad al verse reflejado (T3). Ejemplos de lo anterior:

“como ella está en la práctica si po, era un tema de que ella se iba a tener que ir a Santiago, que íbamos a tener que tener las terapias online entonces de cierta forma también dirigía un poco en términos como de las sesiones terapéuticas porque cambiaba un poco el encuadre” (T1).

“Que era como una...porque nosotras empezamos antes de que ella empezara a hacer la práctica, las sesiones entonces como que estaba un poco esa incertidumbre, de esto como de que va a pasar” (T1).

“...además es por Zoom, así que hay que desarrollar otras habilidades.” (T2).

“...porque también por Zoom me estoy dando cuenta que tengo que moverme un poco más. Porque el paciente se pierde.” (T2).

“...Pero yo pierdo información de la paciente.” (T2).

“Porque además hay otra cosa que yo creo que la video llamada nos ha entregado que es que nos tuvimos que acostumbrar a vernos a nosotros mismos también. (...) Esa es una cuestión nueva.” (T3).

“Yo creo que a veces claro, como que te ayuda a verte en un espejo. Pero a mí no me gusta verme en el espejo, no sé si me ayuda realmente. Quizás me pone más incómodo porque como que me cuestiono más cosas...” (T3)

Estos aspectos se relacionan con los demás factores ya que predisponen un contexto diferente de psicoterapia y, por tanto, una mayor atención y tensión ante la investigación e instancia de entrevista repercutiendo en los procesos metacognitivos del terapeuta

sobre sí mismo y de su paciente en los episodios. Esta ansiedad podría asociarse a actitudes o aptitudes antes comentadas, entre ellas la autocrítica.

5.4 Decisiones personales para la tranquilidad profesional

Esta sub-categoría tiene relación con la forma en que los terapeutas pueden prepararse en su ámbito personal para enfrentar el ejercicio profesional con tranquilidad y estabilidad (T2, T3). Son decisiones desde lo cotidiano a lo académico que pueden ir en relación a la modalidad online y/o el contexto del episodio influenciándose mutuamente. Estas decisiones influyen positivamente en la ansiedad de los terapeutas y son influenciadas en parte por el reconocimiento que ellos(as) hacen de sus “maestros”. Algunas citas que lo ejemplifican son:

“Yo creo que con los años, muchas cosas se han calmado en mí. Muchas cosas se han calmado. He logrado convivir mejor con mis pendientes. Todos tenemos cosas pendientes, eso lo dijo don Zagmutt. Todos tenemos cosas pendientes. El truco está en cómo convivimos con lo pendiente.” (T2).

“A mí, por lo menos, me hace bien que le dedique tiempo como pueda, que me organice lo mejor que pueda para armar la vida que quiero armar o que pueda armar...” (T2).

“Y ese tipo de decisiones ha influido en mi vida profesional y en mi vida personal. Porque son decisiones que me han permitido... Que he tomado libremente y que me han permitido estar tranquila conmigo. Con lo que hago y con lo que dejo de hacer. Yo he postergado cosas. Pero también he postergado cosas para poder lograr otras.” (T2).

“Porque además estoy haciendo la sesión de psicoterapia en mi mundo privado, ¿te fijas? Es como un poco... Pero eso lo tengo estructurado. Está bien armado, ¿ya? Entonces, nada me preocupa.” (T2).

“De hecho, el objetivo de entrar al magíster tenía que ver con parte solucionar ese miedo, a través de una tecnificación de un conocimiento.” (T3)

5.5 Reconocimiento de profesor(es) o académicos

En esta sub-categoría el (la) terapeuta evoca, indirecta o directamente, a profesores o académicos que fueron parte de su formación profesional como parte de la reflexión de la ruptura o (de la sesión que la contiene). Si bien dentro de los factores intervinientes no es preponderante para otras sub-categorías, se relaciona con la anterior al influir algunas decisiones personales para la tranquilidad profesional donde se hace referencia a un profesor. Este reconocimiento se observa en torno al orgullo que podrían sentir los

profesores, enseñanzas entregadas, dedicación, habilidades terapéuticas (T2), conceptos y expectativas (T3).

“...es lo mismo que dice don Augusto Zagnutt con la moviola, es lo mismo, y yo dije, generalmente cuando hago eso, aunque tú no lo creas (...)” jay si me viera, profesor Zagnutt”, “ay está haciendo la moviola T2” y es como que me dijera “Bien, T2, le está resultando bien”. jajaj Lo estoy disfrutando en realidad, yo lo estoy disfrutando, me gusta. (...)...está orgulloso de mí. “¡Buena, T2!”, ¿Ya? Que está orgulloso de mí” (T2).

“...en este episodio en general tengo muy presente lo que aprendí del maestro. Lo que aprendí del maestro: que no pierda la sesión.” (T2)

“Entonces leer al Martin Heidegger, leer a Hannah Arendt, cuando acuña el concepto de banalidad del mal, o sea, la loca la hizo. Entonces leerlos, quiero entender, porque ahí hay una belleza enorme, enorme. Entonces, eso a mí me mantiene tan entusiasta.” (T2).

“Esas son cosas que me enseñó Danilo jaja. El mundo improminente supuestamente es como este mundo que existe del cual no soy muy consciente pero sé que siempre está ahí.” (T3).

“Yo me imagino por lo que he entendido digamos de los próceres, como el Tito o el profe Juan, que eso en algún minuto ocurre.” (T3).

DISCUSIÓN

Como se revisó en los resultados, los terapeutas en la MAI califican con puntajes por sobre el promedio en los procesos metacognitivos, lo que es de esperar ya que son ellos los encargados de generar mejoría en sus pacientes según las terapias constructivistas, tanto en la PCC (Yáñez, 2005) como en la TMI o TRCM (de Jong et al., 2020; Dimaggio et al., 2017). Sin embargo, y lejos de hacer una discusión sobre el aspecto cuantitativo de estos procesos, se pretende abordar las temáticas arrojadas por la investigación presente y la interpretación de la manera en que estos resultados aparecen.

De lo referido por los participantes al revisar su propia gestión terapéutica (acción, interacción e intervención) en episodios de ruptura y resolución se observa que los procesos metacognitivos abordan aspectos personales y profesionales del sí mismo, del contexto terapéutico y la relación terapéutica, y la observación de su paciente lo que concuerda con investigaciones previas respecto a la experiencia del terapeuta en episodios significativos (Krause et al., 2018). Se observaron, dentro del discurso de los

terapeutas, que esos procesos metacognitivos aparecen de múltiples maneras en los episodios, y que pueden ser influenciados por el tipo de episodio, la relación con su paciente, la temática tratada u objetivo y la predisposición del paciente, entre otros.

Como observación preliminar, y sólo considerando estos incipientes factores, se indagó que la experiencia del terapeuta en las rupturas está dada por una mezcla de estos procesos donde, por ejemplo, se observó la mayor facilidad para monitorear los pensamientos más que las emociones por lo que no necesariamente hay coherencia en el reconocimiento fluctuante de emociones y pensamientos. Esto impacta a los demás procesos metacognitivos, principalmente, a la integración al vincularse ambos mayormente a la autorreflexividad, dificultando la autoexploración (Safran & Segal, 1991). Por otra parte, la diferenciación y el descentramiento parecieran ser procesos más conscientes durante este tipo de episodios, y se observan con mayor presencia en los tres participantes, lo que es esperable y concordante con la definición y formación clínica de la PCC (Yáñez, 2005) al promover lo perturbador estratégicamente orientado, tanto de lo cognitivo como desde lo emocional (Guidano, 1994; Yáñez, 2005). Esto impacta la Asertividad Generativa, pudiendo repercutir dentro del episodio de ruptura, tanto positiva (si existe una resolución acorde) como negativamente, lo que implica la adquisición de mayor consciencia de las habilidades y actitudes, como componentes de esta competencia (Yáñez, 2005), dentro del procesamiento de la interacción de la ruptura/resolución. Al ser la metacognición una capacidad fluctuante y dinámica, sus procesos discurren de manera conjunta (Semerari et al., 2002), no siendo la excepción en los episodios seleccionados a través del 3Rs, que pueden ocurrir implícita y explícitamente (Frith, 2012).

Atendiendo al objetivo general, que es conocer los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado en los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia individual de adultos, se procederá a revisar cada una de las cinco categorías principales implicados en los resultados de esta investigación que abarcan la dinámica metacognitiva de la (del) terapeuta, intentando responder a los objetivos específicos y poniendo atención a los resultados que revistan mayor relación con las bases teóricas e investigaciones anteriormente. Para esto hay que tomar en cuenta la significancia y correspondencia de las sub-categorías de los resultados con las dimensiones y procesos metacognitivos involucrados según la MAI: monitoreo,

diferenciación, integración y descentramiento (Semerari et al., 2012) que conllevan diferentes niveles de abstracción y, por ende, dificultad (Salvatore et al., 2004; Semerari et al., 2002). Estas 5 macro-categorías son: 1) Factores Intervinientes o Contextuales de los Episodios, 2) Observación de la interacción o del paciente, 3) Estrategias Terapéuticas, 4) Actitudes y Aptitudes Terapéuticas y 5) Aspectos Cognitivos y Afectivos del Terapeuta Constructivista Cognitivo.

Respecto a los *Factores contextuales e intervinientes*, se puede prever que la primera contiene aspectos que no están directamente relacionados con el episodio en sí pero que son factores influyentes en su gestión, sus procesos metacognitivos y la relación terapéutica que enmarcan el episodio. Sus categorías refieren la intervención de la modalidad online de atención, la ansiedad ante la investigación, los contextos de los episodios, las decisiones personales y los reconocimientos de académicos. La modalidad online, por ejemplo, estuvo presente en todos los participantes, y la ansiedad también, incluso explicitado por 2 de los participantes. Mientras que el contexto de los episodios, las decisiones personales y los reconocimientos recibidos, son más bien particulares de cada terapeuta. Sin embargo, estos factores se influyen entre sí disponiendo un escenario para los procesos metacognitivos y la resolución de las rupturas identificadas. La tensión en algunos de los episodios de la ruptura influyó el monitoreo y pudo afectar o desestimar las estrategias de resolución. Dos ejemplos de esto, fueron los primeros episodios seleccionados de T1 y T3, que fueron codificados como narración evasiva (de parte del paciente) con colusión y de confrontación por queja del proceso terapéutico, respectivamente. En el primer caso, la relación entre la emoción y el pensamiento autoobservado desplazaron la posibilidad de observar los marcadores interpersonales evasivos de la paciente, sin percatar una ruptura. Lo anterior pudo estar interferido por la ansiedad a la investigación que aparece en los factores intervinientes, además del contexto del episodio. En el segundo caso, aunque existió reconocimiento emocional, muy interiorizado por parte del participante en el contexto de este vínculo, éste de manera automática decide no gestionar una resolución, por el conocimiento acumulado anteriormente, es decir reconociendo los pensamientos e integrando con información que le llegaba del descentramiento con su paciente. Cabe mencionar que en este caso, también existieron factores intervinientes como el contexto en que el terapeuta llegaba a la sesión, con un desfase en la frecuencia y la broma que el

paciente comenta que le hará antes de la grabación, entre otros. Es importante recordar que los terapeutas no son conscientes normalmente estos eventos de insatisfacción, y no es fácil, reconocerlos (Hill et al., 1996; Rhodes et al., 1994; Safran & Muran, 2005).

Respecto a la categoría de *Observación de la interacción y del Paciente*, se acerca al borde del núcleo metacognitivo del terapeuta ya que involucra la evaluación de su paciente, la interacción y el procesamiento de ésta. Sus sub-categorías intermedias son: Procesamiento de la interacción, Percepción del Vínculo y Comunicación. Aquí se observa un predominio de los procesos metacognitivos de Diferenciación y Descentramiento, por lo tanto se identifica más con la dimensión de CMA, aunque con la necesidad basal de los demás procesos, entendiendo que existe una jerarquía de complejidad, abstracción y por tanto, consciencia (Salvatore et al., 2004). Por ejemplo, dentro del Procesamiento de la interacción, encontramos las subcategorías de “Corona de variables de la (del) paciente”, “Percibe actitud de su paciente”, “Terapeuta Cuestionador(a) o Exigente” y “Episodio como juego de Tenis”. En la Percepción del Vínculo, las subcategorías aluden a la Alianza terapéutica, su aporte como prevención de ruptura, el humor como un descriptor de ésta y la ansiedad por perder el vínculo. Lo que demuestra una consonancia con las investigaciones descritas en el Marco teórico sobre la importancia del reconocimiento de la ruptura y el cuidado de la alianza (Eubanks-Carter et al., 2010; Safran & Kraus, 2014). En este grupo la sub-categoría intermedia “Comunicación del Terapeuta”, contiene dos tipos de focalización: una en el Lenguaje y la otra en el Lenguaje no verbal. En la primera deriva en una sub-categoría de Enredo al preguntar o Intervenir que se asocia con la ansiedad de perder el vínculo mencionada antes. Uno de los resultados más interesantes está en una tercera sub-categoría de la “Comunicación del Terapeuta”, que es la Habilidad de entrelazar contenido del que se habla y el vínculo, el que no estaría asociado a ningún tipo de focalización, sino más bien relacionado a un dinamismo entre los enfoques de objetivo y proceso. Se podría decir esta habilidad podría mediar entre estos focos dentro de los episodios estudiados. Cabe mencionar que lo anterior podría estar relacionado a las investigaciones revisadas respecto del no predominio de posiciones discursivas, verbal y no verbal, (Morán et al., 2016) y que puede estar mediado por rol que cumple el terapeuta comúnmente.

Los tres grupos restantes apuntan al núcleo de mayor compenetración con la subjetividad del terapeuta, en orden creciente, ya que abordan las estrategias terapéuticas, sus actitudes y aptitudes, y por último, los aspectos afectivos y cognitivos de terapeuta. Tanto las estrategias terapéuticas como las actitudes y aptitudes, son temáticas enraizadas en la conducta del terapeuta, pero que tienen como objetivo, explícito o implícito la interacción, por lo tanto se identifican ambos dominios: el de la autorreflexividad como el de la CMA y D, así como procesos metacognitivos en conjunto.

Por ejemplo, en las *Estrategias Terapéuticas*, se destacan sub-categorías que le dan la mixtura dimensional, como “pensar en mantener la coherencia” y “Usar el material del paciente para intervenir”, dentro de la misma sub-categoría intermedia debido a que comparten la temática “Condiciones de Aplicación de Estrategias”. Así como también, dentro de la sub-categoría intermedia “Énfasis del enfoque Estratégico”, de la misma macro-categoría, sólo podemos ver categorías relacionadas al descentramiento y la relación, como son: “Enfocado(a) en el Proceso”, “Enfocado(a) en el objetivo”, y “Dinamismos entre estos enfoques”. Como se avistó ésta última categoría tiene bastante asociación con la “Habilidad terapéutica de entrelazar contenido con vínculo”, comentada antes. Esta asociación podría explicarse y apoyarse en las intenciones terapéuticas revisadas, en especial, la Neutralidad, Abstinencia y Receptividad y al procedimiento de enganche-desenganche en el modelo de la PCC (Safran & Segal, 1991; Yáñez, 2005) y al mismo tiempo, conlleva a la Asertividad Generativa.

En el caso de las sub-categorías de Estrategias, propiamente tal, se encontraron dos tipos, pasivas y activas. Algunas que están en consonancia con las resoluciones descritas en los antecedentes teóricos como lo son: el “Cambio de tema”, la “validación”, el “refuerzo”, la “develación” (Eubanks-Carter et al., 2015) y otras que coinciden con lo referido en la PCC como la “inocular un nuevo repertorio”, que se puede asimilar a la técnica de metacomunicación, y el “contrarrefutamiento” a la técnica de exploración experiencial (Eubanks-Carter et al., 2010; Yáñez, 2005). Por último se ve una estrategia novedosa: “la compensación del olvido”.

Respecto de la macro-categoría de las *Actitudes y Aptitudes terapéuticas*, también se destacan subcategorías, en concreto las Actitudes, que se asocian a ambas dimensiones

(autorreflexividad y CMA/D), ya que tienen un nivel conductual, emocional y cognitivo para Yáñez (2005). Por otra parte, las Aptitudes definidas como habilidades y que integran el concepto de competencias terapéuticas, según la definición de este autor, aparecen como en un nivel metacognitivo más implícito e inconsciente, posiblemente asociadas a los procesos de monitoreo y integración, de pensamientos y emociones que se disponen en breves segundos, casi automáticamente, dentro de estos episodios. Las aptitudes que se vislumbran en este estudio, a través de las entrevistas son: Empatía, Humildad y Flexibilidad Terapéutica. Siendo la primera y la última, las que tienen mayor consistencia entre los participantes. En torno a las actitudes, se encontraron tanto positivas como negativas. En las positivas, y en orden de mayor preponderancia se encontró: la Asertividad, la seguridad, y el positivismo. El positivismo puede dividirse en Orgullo y Optimismo. Las actitudes negativas que resultaron son: Autocrítica, Rigidez, Desesperanza y Sumisión. Dos últimas actitudes reveladas son la Incertidumbre y la Reactividad que no se podrían clasificar con una connotación ni positiva ni negativa. Es importante mencionar que si bien, hay una mayor tendencia, como se mencionó, en ciertas subcategorías que otras, todas son permeadas por los diferentes procesos metacognitivos mientras discurre un episodio de ruptura y resolución. Un resultado importante es encontrar la Asertividad como una actitud prevalente en el rol del terapeuta, y que tomando en cuenta la PCC, consigue su apellido de Generativa en este estudio, ya que las citas encontradas contienen un deseo a través de una acción que direcciona un efecto generativo tanto intra e interpersonal en la dinámica terapéutica (Yáñez, 2005). Hay que recordar que esta competencia, como es vista por la PCC, es considerada uno de los factores de mayor prevalencia en el modelo contextual, al igual que la aptitud de empatía y que aquí se presentan en una relación muy cercana a otro factor importante: la variable del terapeuta (Wampold, 2015). Las aptitudes de incertidumbre y autocrítica, se despliegan en gran parte de los resultados, pero están más asociadas a episodios de ruptura en donde no se percibió una estrategia de resolución, como los ejemplos comentados al principio.

Acoplado a esto, algunas de estas actitudes y aptitudes podrían relacionarse con lo planteado por Mahoney y Freeman sobre los componentes de la alianza (1988 en Yáñez, 2005). Por ejemplo, la actitud del Optimismo del Positivismo, la empatía y la humildad podrían asociarse con el “enfoque crédulo”. La actitud de “explicación permanente”

podría relacionarse con la Incertidumbre, la Asertividad, la Seguridad y la Flexibilidad. En el caso de la “actitud exploradora”, la Reactividad, Incertidumbre, Flexibilidad y Asertividad.

La última macro-categoría, de los *Aspectos Afectivos y Cognitivos del Terapeuta* concentra los esquemas cognitivos y metacognitivos (Dimaggio et al., 2015) principales del terapeuta en torno a su gestión terapéutica dentro de los episodios seleccionados, según los resultados de esta investigación. Se separa en tres aspectos fundamentales: los Afectivos, los Cognitivos y la Dinámica de la Identidad.

De los aspectos Afectivos del terapeuta, se ve con crucial interés la “protección y/o restricción de la emocionalidad”, que se refiere a la escasa colocación de emoción ante el impacto vivencial del relato del paciente o de la reacción de éste(a), reducido en porcentajes (T2) o llamado como medida (T3), entre otros ejemplos. Esta sub-categoría podría ser parte del procesamiento metacognitivo del desenganche, como sugieren en su modelo Safran y Muran (2000) y con lo que concuerda y profundiza Yañez (2005) en su modelo comunicacional terapéutico. Primero, reconociendo esas emociones que discurren en el episodio (enganche) y la posterior adecuación al contexto o desenganche. Esta subcategoría prácticamente se observa en las tres entrevistas y de manera constante. Y entrega insumo directo para la “Tranquilidad Estable para Atender” y “Confianza en sí misma(o)”, y la primera influye positivamente en la segunda, a través del monitoreo.

La Dinámica de la Identidad conlleva dos sub-categorías: Identidad personal influye el rol e Identidad Personal diferente al rol del terapeuta. Ésta última adquiere relevancia debido a que se ve asociado con la protección de las emociones. La (el) terapeuta estaría protegiendo sus emociones para mantener una identidad personal distinta del rol profesional. Sin embargo, y en contraposición, durante otra entrevista aparece que la involucración personal si influye el rol, existiendo un desacuerdo. Independientemente de esto, en ambas instancias se requiere formar una idea del funcionamiento de sí mismo, lo que implicaría procesos cognitivos pertenecientes a la integración en los niveles de mayor complejidad. Concerniente a lo que se discutía al principio, pareciera ser que los(as) terapeutas al trabajar en episodios de ruptura restringen su monitoreo emocional más que el cognitivo, con el fin de no involucrarse mayormente en la

relación desde su identidad personal, lo que les permitiría hacer un desenganche más ajustado.

En los Aspectos cognitivos destaca “La triple Tarea Atencional”, se podría decir que es como el centro de mando de los procesos metacognitivos que realiza el o la terapeuta durante el episodio, ya que se relaciona con todos los aspectos cognitivos descritos y con la mayoría de los aspectos afectivos, ya sea directa o indirectamente. Es de orden más abstracto que las demás, y puede estar implicada en el contexto de una aptitud, actitud y/o estrategia terapéutica, por lo que se vincula los diferentes procesos metacognitivos de orden mayor. Esto quiere decir, que alcanza los descriptores más complejos de los procesos metacognitivos en las dos dimensiones revisadas cuando el episodio está en curso. Se alterna con el “Mundo Improminente” y “El Rayo que todo lo ilumina”, al ser estos procedimientos más implícitos (Frith, 2012; Safran & Muran, 2005). Es preciso mencionar que no es posible tener una total consciencia de capacidad atencional, así como es definida en los resultados, pero si se ve representada en dos ámbitos dentro del mismo grupo de categorías, como lo son: la “preocupación estratégica” y la “Atención en el momento”. Y de los aspectos afectivos se asocia fuertemente con la antes mencionada “restricción y/o protección emocional”, además de la interinfluencia con la “confianza en sí misma(o)” y la “tranquilidad estable”. Es posible que esta categoría juegue un rol fundamental en la dimensión no revisada, pero si mencionada en los antecedentes: La Mastery, ya que se relaciona en gran parte con la inhibición de una conducta u organización que requiere atención interpersonal (Dimaggio et al., 2015; Semerari et al., 2002)

En los Tipos de Representaciones, podemos encontrar, como se mencionó, diferentes tipos de recuerdos (sobre momentos de la terapia o del episodio, vivencias personales para reflexionar o de interacción verbal con su paciente del episodio), la imaginación de la escena y la Metáfora o símil del episodio. Todas estas sub-categorías, se asocian desde lo metacognitivo estrictamente al proceso de la diferenciación, pero no de la CMA, alude a las diferentes formas de pensar en un nivel superior en el momento del episodio.

Una posibilidad de mayor análisis relacional de contenido, podría ser la interinfluencia de las siguientes sub-categorías de los diferentes tópicos: “Dinamismo entre enfoques”,

“la habilidad para entrelazar vínculo y contenido”, “la triple atención” y “la preocupación estratégica” que revestiría las versiones complejas del monitoreo, integración, diferenciación y descentramiento, en funcionamiento. Es decir, que busca que la comunicación e intervenciones del terapeuta apunten a los aspectos cognitivos (incluyendo, la “atención en el momento”, “la triple atención” y “preocupación estratégica), los aspectos afectivos (“protección o restricción emocional”) y el enfoque de objetivo, de proceso y/o motivo de consulta trazado de la sesión.

CONCLUSIONES

La presente investigación ha pretendido contribuir al conocimiento de la dinámica del rol del terapeuta en la psicoterapia Constructivista Cognitiva, a través del estudio de sus procesos metacognitivos en episodios de ruptura y resolución de la Alianza. La finalidad también fue aportar al conocimiento del proceso de la psicoterapia dado que la variable del terapeuta, siendo estudiada anteriormente no ha sido un foco principal hasta hace unos años. Los resultados obtenidos en esta tesis, a través del análisis de contenido de las transcripciones de la aplicación de la MAI representan una categorización de las temáticas que aparecen en los procesos metacognitivos del terapeuta, perturbador estratégicamente orientado, al momento en un episodio de ruptura y resolución de la psicoterapia individual de adultos, los que se resumen en cinco temáticas, que se clasificaron en las siguientes: Actitudes y Aptitudes Terapéuticas, Estrategias Terapéuticas, Factores Intervinientes o Contextuales de los Episodios, Aspectos Cognitivos y Afectivos del Terapeuta Constructivista Cognitivo y Observación de la interacción o del paciente.

Como se mencionó más arriba cada una conlleva una amplia gama de sub-categorías, de las cuales todas tienen procesos metacognitivos a la base. Se pudo demostrar que en todas las categorías se despliegan las dimensiones mencionadas, aunque con diferentes tendencias en cada una. En relación al cuadro, las últimas macrocategorías, es decir, las que están mayormente relacionadas con la relación o interacción terapéutica y la observación del paciente, además de los factores intervinientes o contextuales de los episodios, prevalece la dimensión de CMA (más D). Por otra parte, y en una situación intermedia, las temáticas relativas a las actitudes del terapeuta, así como también las

estrategias terapéuticas, tienen una inclinación híbrida en la pertenencia a las dos dimensiones, esto es: Autorreflexividad, CMA (más D).

Acorde a lo anterior, los procesos metacognitivos se corresponden de manera mixta con cada temática, pero presentes en todas en diferentes niveles de complejidad. El monitoreo o reconocimiento, siendo el más básico y se encuentra presente en la mayoría, particularmente en las sub-categorías que pertenecen a los aspectos afectivos, cognitivos, las aptitudes y actitudes terapéuticas, y las estrategias terapéuticas. En el caso de estas dos últimas, como temáticas generales implican un nivel elevado de monitoreo, es decir, no sólo el reconocimiento de estados mentales sino que también la relación entre ellos y la conducta para poder desplegarlas en la interacción con su paciente. En el caso de los aspectos afectivos y cognitivos, el monitoreo requerido sólo podría llegar al relacionamiento entre pensamientos y emociones circunstanciales.

La integración como proceso metacognitivo más elevado, que envuelve la habilidad de describir vínculos entendibles y coherentes entre los estados mentales, eventos, acciones y comportamientos, debe influenciar en las macro-categorías intermedias que se mencionaron, en especial, en las estrategias que requieren no solo darse cuenta de los vínculos mencionados sino de entender las transiciones, o hipotetizarlas, a demás de formarse la representación del funcionamiento de su paciente, con el fin de poder llevarlas a cabo. En cambio la integración en las aptitudes y actitudes, llegaría sólo al nivel de vislumbrar las transiciones, sin contemplar algunas como la asertividad, la empatía que se conocen y se aplican con mayor frecuencia en la PCC.

Por otra parte, la diferenciación se aprecia con mayor sentido en las temáticas relacionales con el paciente, en la observación de éste, como por ejemplo, en categorías del “procesamiento de la interacción”, “percepción del vínculo”, “comunicación del terapeuta”, además de las pertenecientes a los factores intervinientes y contextuales. En todas estas se requiere al menos que el terapeuta considere su visión como subjetiva y cuestionable para representarse la mente de otro. Con esto entregar interpretaciones válidas de los eventos ocurridos, sin tener una impulsividad en ellos. Acompañando la diferenciación, y a la base de esta, el terapeuta debe descentrarse para poder conseguirlo, es decir reconocer y expresar el estado emocional y cognitivo de su

paciente, hipotetizar el significado de sus relatos, y reflexionarlos en conjunto con él o ella.

Los hallazgos que se consideran más relevantes de esta investigación, están en la temática de los aspectos afectivos y cognitivos del terapeuta, en específico “La Triple tarea atencional”, “protege y/o restringe sus emociones”, el “dinamismo entre enfoque de proceso y objetivo”, y la “habilidad de entrelazar vínculo y contenido”. Estas sub-categorías entrañarían y describirían, a juicio de este investigador, los niveles más altos de metacognición, por tanto, la involucración de los cuatro procesos cognitivos investigados. Así mismo, es importante recalcar la aparición de algunos factores comunes de la psicoterapia y conceptos revisados en otros estudios que aparecen en los resultados, como lo son la alianza terapéutica, la empatía, la flexibilidad y la asertividad. En especial este último, como se mencionó en la discusión y al menos en esta muestra, conlleva una prueba del modelo comunicacional terapéutico y la competencia de la asertividad generativa utilizada por los terapeutas en los episodios de ruptura. La existencia de este resultado también hace percatarnos que en el modelo, y por cierto en el juego del eje diacrónico/sincrónico, intervienen estos procesos metacognitivos del terapeuta relacionándose las sub-categorías destacadas al proceso de enganche/desenganche, que ayudaría a la gestión terapéutica, por ejemplo, en la implementación de las estrategias descritas.

Como resultado no menor, se puede comprobar el ámbito implícito, inconsciente y más automático de algunas de los procesos metacognitivos respaldados en ciertas categorías, como el “mundo improminente”, “El rayo que todo ilumina”, aspectos de la “desatención”, y por momentos, los “énfasis del enfoque estratégico” y algunas de las sub-categorías del “procesamiento de la interacción”.

Tomando en cuenta todo lo dicho en esta tesis, se podría afirmar que las dos hipótesis quedan comprobadas, dado que al estar presentes sus procesos en las diferentes macro-categorías, la metacognición del terapeuta perturbador estratégicamente orientado se puede considerar como una capacidad dinámica en la interacción con su paciente dentro de los episodios de ruptura y resolución. Y en segundo lugar, y a través de las estrategias, actitudes y aptitudes terapéuticas se observa que los terapeutas utilizan estos procesos metacognitivos, tanto básicos y complejos, en estas instancias.

Independientemente de lo anterior existen varias limitaciones del estudio, a saber: la falta de muestra más amplia de terapeutas, y por tanto diadas, que podrían haberle dado una mayor validez a los resultados; la falta de consideración de los cuadros o diagnósticos psiquiátricos de los pacientes que participaron en los episodios seleccionados, la poca especificidad de la metodología del estudio y un diseño engorroso, que dificultó la obtención de la muestra y la implementación de las etapas de la investigación, dado que requería de dos instrumentos de gran bagaje teórico, y que en el caso de la MAI, no consideraba la evaluación de todas las dimensiones. El diseño y el objetivo de investigación contrajeron alta ansiedad por parte de los participantes en torno a la modalidad de entrevista y técnica de RBE, que pudo ser una causal de predisposición en la grabación de los episodios. Una última limitante, no menos importante, claramente es el sesgo común del investigador responsable al momento de la toma de decisiones dentro del estudio.

Las proyecciones y alcances de investigaciones futuras podrían radicar en la evaluación o caracterización de cada uno de los terapeutas en un estudio cuantitativo, el análisis en conjunto con la metacognición del paciente, que se ha visto en otras corrientes teóricas en base a la mentalización y, quizás contemplar la caracterización de los episodios de ruptura y resolución como objetivo específico para el análisis de resultados más completo.

Referencias Bibliográficas

- Agnew, R. M., Harper, H., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (1994). Resolving a challenge to the therapeutic relationship: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology*, *67*(2), 155–170. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01783.x>
- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *67*(2), 91–113.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). Mentalizing in Clinical Practice. In *Dk* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, *18*(6), 699–710. <https://doi.org/10.1080/10503300802291463>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barros, P., Altimir, C., & Pérez, J. C. (2016). Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance / Regulación afectivo-facial de pacientes durante episodios de ruptura de la alianza terapéutica. *Estudios de Psicología*, *37*(2–3), 580–603. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204781>
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*(3), 395–418. <https://doi.org/10.1348/147608305X58355>
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*(1), 44–52. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00098.x>
- Blanc, J., Boyer, L., Le Coz, P., & Auquier, P. (2014). Metacognition: Towards a new approach to quality of life. *Quality of Life Research*, *23*(2), 467–475. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0485-7>
- Bordin, E. S. (1979). THE GENERALIZABILITY OF THE PSYCHOANALYTIC

- CONCEPT OF THE WORKING ALLIANCE. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05450-X>
- Carcione, A., Nicolò, G., Pedone, R., Popolo, R., Conti, L., Fiore, D., Procacci, M., Semerari, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research*, 190(1), 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.032>
- Carruthers, P. (2009). How we know our own minds : The relationship between mindreading and metacognition. *BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES*, 32, 121–182. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09000545>
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497–504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- Chacón, H. (2010). *El TERAPEUTA COMO PERTURBADOR ESTRATÉGICAMENTE ORIENTADO Desde el enfoque Constructivista Cognitivo*. Universidad de Chile.
- Colli, A., & Lingiardi, V. (2009). The collaborative interactions scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718–734. <https://doi.org/10.1080/10503300903121098>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Cooper, M. (2012). Clients' and therapists' perceptions of intrasessional connection: An analogue study of change over time, predictor variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274–288. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.647931>

- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). *Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente*. XVIII(1967), 125–133.
- Crespo Suárez, J. L., & Machin Suárez, R. (2020). Medicalisation in public primary mental health care services in Chile. *Social Theory and Health*, 0123456789. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00130-4>
- de Jong, S., Hasson-Ohayon, I., Aleman, A., Hendrika, G., van Donkersgoed, R. J. M., & Pijnenborg, G. H. M. (2020). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) with a Patient with Persistent Negative Symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 245–253. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9333-8>
- de la Cerda, C., Tomicic, A., Pérez, J. C., Martínez, C., & Morán, J. (2019). Mentalizing in psychotherapy: patients' and therapists' reflective functioning during the psychotherapeutic process. *Estudios de Psicología*, 40(2), 396–418. <https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1583469>
- Díaz, R. A., & Morán, J. (2019). *Mentalizing Interactions Modeling patient 's and therapist 's mentalizing capacities as a dyadic process Results References*. July, 2–3. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26338.27843>
- Dimaggio, G. (2011). Impoverished self-narrative and impaired self-reflection as targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 165–174. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9170-0>
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A., & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 70–83. <https://doi.org/10.1348/147608310X527240>
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolò, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 363–384. <https://doi.org/10.1348/147608310X485256>
- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: Multiple paths of

- influence of self-reflection on mindreading. *Consciousness and Cognition*, 17(3), 778–789. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.02.005>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Treatment Manual. In *Journal of Contemporary Psychotherapy* (Vol. 47, Issue 1). Routledge Taylor & Francis Group.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., & Hermans, H. J. M. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 385–409. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.05.050>
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L., & Popolo, R. (2017). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Case Study Series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9342-7>
- Dobry, C. (2005). *Estudio de las Competencias del Psicoterapeuta Constructivista Cognitivo desde la perspectiva de la Asertividad Reformulada*. Universidad de Chile.
- Duarte, J., Martínez, C., & Tomicic, A. (2019). Relevant episodes and events for the study of change in psychotherapy. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 28(3), 253–265. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1141>
- Duncan, B. L. (2010). On becoming a better therapist. *On Becoming a Better Therapist.*, January 2010. <https://doi.org/10.1037/12080-000>
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1988). Brief Structured Recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 141–153. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02773.x>
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*, August, 74–94. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc6&AN=2010-21705-005%5Cnhttp://jabega.uma.es:4550/resserv?sid=SP:psycdb&id=pmid:&id=&issn=&isbn=1-60623-873-6&volume=&issue=&spage=74&pages=74->

- 94&date=%3Cp010/%3E&title=&atitle=Allian
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). *Rupture Resolution Rating System: Manual*. January, 1–60. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Farkas, C., Santelices, M. P., & Martpinez, V. (2020). *Telepsicología en Infancia en tiempos de COVID-19: Guía de Buenas Prácticas para Chile* (pp. 1–25).
- Fischersworing, M. M. (2018). *IMPACTO SUBJETIVO DEL ÉXITO Y FRACASO TERAPÉUTICO SOBRE LAS VIVENCIAS DE BIENESTAR/MALESTAR DEL TERAPEUTA*. Universidad de Chile.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *142*(8), 922–926. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.922>
- Frith, C. D. (2012). The role of metacognition in human social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *367*(1599), 2213–2223. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0123>
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). *Mirror neurons and the mind-reading*. *2*(12), 493–501.
- García, F., & Fernández-álvarez, H. (2007). INVESTIGACIÓN EMPÍRICA SOBRE EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA: UNA ACTUALIZACIÓN. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, *XVI*, 121–128.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, *22*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Greenberg, L. S. (2015). Emotion- Focused Therapy Coaching Clients to Work Through Their Feelings. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (2nd ed., Vol. 53, Issue 9). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso* (1st ed.). Paidós Ibérica S.A.
- Harper, H. (1994). *The resolution of client confrontation challenges in exploratory psychotherapy : developing the new paradigm in psychotherapy research* (Issue September) [University of Sheffield]. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-resolution-of-client-confrontation-challenges-%3A-Harper/0ac0352214c1c6c032e83d0b7f2176f83334af58>

- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist Retrospective Recall of Impasses in Long-Term Psychotherapy: A Qualitative Analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 207–217. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207>
- Kongerslev, M., Simonsen, S., & Bo, S. (2015). The Quest for Tailored Treatments : A Meta-Discussion of Six Social Cognitive Therapies. *Journal of Clinical Psychology:In Session, 71*(2), 188–198. <https://doi.org/10.1002/jclp.22154>
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista Colombiana de Psicología, 20*(1), 89–98.
- Krause, M., Venegas, F., Dagnino, P., & Altimir, C. (2018). Therapist’s subjective experience during significant segments of psychotherapy. *Revista Argentina de Clinica Psicologica, 27*(2), 250–261. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1065>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido: Teoría y práctica* (1st ed.). Paidós Ibérica S.A.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences Between More and Less Effective Psychotherapists: A Study of Select Therapist Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(1), 76–80. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.76>
- Lambert, M. J., Comer, J. S., Kendall, P. C., McLeod, J., Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., McAleavey, A., Ogles, B. M., Bohart, A. C., Greaves Wade, A., Baldwin, S. A., Imel, Z. E., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Mukherjee, D., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (M. J. Lambert (ed.); 6th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Lee, J. A., Neimeyer, G. J., & Rice, K. G. (2013). The relationship between therapist epistemology, therapy style, working alliance, and interventions use. *American Journal of Psychotherapy, 67*(4), 323–345. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.4.323>
- Locati, F., Rossi, G., & Parolin, L. (2019). Interactive dynamics among therapist interventions, therapeutic alliance and metacognition in the early stages of the psychotherapeutic process †. *Psychotherapy Research, 29*(1), 112–122.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1314041>

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(4), 501–512. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03483.x>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *16*(1), 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Lysaker, P. H., Gagen, E., Moritz, S., & Schweitzer, R. D. (2018). Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: A comparison of four approaches. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 341–351. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S146446>
- Mahoney, M. J. (2003). Constructive Psychotherapy: Theory and Practice. In *Wörterbuch der Psychotherapie*. The Guilford Press. https://doi.org/10.1007/978-3-211-99131-2_296
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica Mentalizing in Psychotherapy: Discussion on Explicit and Implicit of the Therapeutic Relationship. *Terapia Psicológica*, *29*, 97–105.
- Martínez, C., Tomicic, A., de la Cerda, C., Rivera, M. J., & Salas, C. (2017). Función reflexiva en primeras entrevistas de psicoterapia: Un estudio exploratorio sobre el papel de la mentalización en la interacción terapéutica. *Revista Argentina de Clinica Psicológica*, *26*(3), 274–282. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1026>
- McLeod, J. (2001). Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy. In *SAGE* (Vol. 1). SAGE.
- Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*.
- Moncada, L., Concha, F., & Carvajal, C. (2014). ¿Qué Revelan una Década Después los Estudios Chilenos Sobre la Variable D el Terapeuta? Un Análisis Bibliográfico. *XXIII*, 71–81.

- Morán, J., Martínez, C., Tomicic, A., Pérez, J. C., Krause, M., Guzmán, M., San Martín, D., Angulo, S., Barroux, I., Gerstmann, A., & de la Cerda, C. (2016). Verbal and nonverbal expressions of mutual regulation in relevant episodes of psychotherapy / Manifestaciones verbales y no verbales de la regulación mutua en episodios relevantes de psicoterapia. *Estudios de Psicología*, *37*(2–3), 548–579.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204784>
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, *34*(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of Psychotherapy Research by Practicing Psychotherapists. *American Psychologist*, *41*(2), 188–197.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). the Relationship of Early Alliance Ruptures and Their Resolution To Process and Outcome in Three Time-Limited Psychotherapies for Personality Disorders. *Psychotherapy*, *46*(2), 233–248.
<https://doi.org/10.1037/a0016085>
- Neimayer, R. A., & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-Ma king Frameworks for Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., & Dayton, D. D. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(9), 1157–1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). How psychotherapist develop. A es-tudy of therapeutic work and professional growth. *Amer Psychological Assn*, *16*(4).
<https://doi.org/10.1037/05177111>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Hartmann, A., Heinonen, E., & Willutzki, U. (2020). The personal self of psychotherapists: Dimensions, correlates, and relations with clients. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(3), 461–475.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22876>
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., & Mccallum, M. (1991). Transference

- Interpretations, Therapeutic Alliance, and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 946–953.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810340078010>
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Rosie, J. S., Ogrodniczuk, J. S., McCallum, M., O’Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36(2), 114–122.
<https://doi.org/10.1037/h0087787>
- Popescu, O. M. (2012). Therapist variables in psychotherapy. *Journal of Integrative Research, Counselling and Psychotherapy*, 1(No.2, November 2012), 20–36.
- Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., Fiore, D., Nicolò, G., Conti, L., Pedone, R., Procacci, M., D’Angerio, S., & Dimaggio, G. (2010). Le disfunzioni metacognitive nei disturbi di personalità: Una review delle ricerche del III Centro di Psicoterapia Cognitiva. *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy*, 13(2), 217–240.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2010.19>
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473–483. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.473>
- Ridenour, J., Knauss, D., & Hamm, J. A. (2019). Comparing Metacognition and Mentalization and Their Implications for Psychotherapy for Individuals with Psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(2), 79–85.
<https://doi.org/10.1007/s10879-018-9392-0>
- Rockwell, T. (2008). *Dynamic empathy : A new formulation for the simulation theory of mind reading*. 9, 52–63. <https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2007.07.004>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: “At last the Dodo said, ‘Everybody has won and all must have prizes”. *Am J Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Ruggiero, G. M., Spada, M. M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (2018). A Historical and Theoretical Review of Cognitive Behavioral Therapies: From Structural Self-Knowledge to Functional Processes. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 36(4), 378–403. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0292-8>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A

- relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387.
<https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). La Alianza Terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (1st ed., Vol. 110, Issue 9). DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1991). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva* (Paidós Ibé). Basic Books.
- Salgado, A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. *Liberabit*, 13(1729–4827), 71–78.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(2), 231–254.
<https://doi.org/10.1348/147608304323112519>
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Lalla, C., Nicolò, G., & Procacci, M. (2002). *Psicoterapia Cognitiva del Paciente grave: Metacognición y relación terapéutica* (A. Semerari (ed.); 1st ed.). Desclée de Brouwer.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). Assessment How to Evaluate Metacognitive Functioning in The Metacognition. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 261(October 2003), 238–261. <https://doi.org/10.1002/cpp.362>
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V.,

- Nicolò, G., Pedone, R., Siccardi, T., D'Angerio, S., Ronchi, P., Maffei, C., & Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 890–895.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.015>
- Shaw, C., Lo, C., Lanceley, A., Hales, S., & Rodin, G. (2020). The Assessment of Mentalization: Measures for the Patient, the Therapist and the Interaction. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(1), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09420-z>
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S., & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations. *Psychotherapy Research, 18*(4), 377–388.
<https://doi.org/10.1080/10503300701675873>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 81–92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 431–433. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.431>
- Talia, A., Miller-Bottome, M., Katznelson, H., Pedersen, S. H., Steele, H., Schröder, P., Origlieri, A., Scharff, F. B., Giovanardi, G., Andersson, M., Lingardi, V., Safran, J. D., Lunn, S., Poulsen, S., & Taubner, S. (2019). Mentalizing in the presence of another: Measuring reflective functioning and attachment in the therapy process. *Psychotherapy Research, 29*(5), 652–665.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1417651>
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). How clients make therapy work: The process of active self-healing. In *Amer Psychological Assn.* <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental

mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51–61. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>

- Wampold, B. E. (2001). The Great Psychotherapy Debate: Models Methods and Findings. In *Psychotherapy Research* (Vol. 12, Issue 1, pp. 108–111). <https://doi.org/10.1093/ptr/12.1.108>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The Great Psychotherapy Debate. In *The Great Psychotherapy Debate*. <https://doi.org/10.4324/9780203893340>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Woodall, D. A. (2018). *THERAPISTS ’ MENTALIZATION AND THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP THERAPISTS ’ MENTALIZATION CAPACITY AND ITS RELATIONSHIP TO THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP : THE “ REAL RELATIONSHIP ” AND THE WORKING ALLIANCE A DISSERTATION SUBMITTED TO THE FACULT.*
- Yáñez, J. (2005). *Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología Clínica de Adultos.*

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO DE CONTACTO

Este documento establece los lineamientos a través de los cuales se accederá a la muestra de la investigación: “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”. A cargo del Ps. Cristóbal Andrés Manchego Soza, el investigador responsable.

Este proceso conllevará dos vertientes, una convocatoria directa y una institucional. Se seleccionarán 3 terapeutas donde los criterios de inclusión serán: 1) estar ejerciendo profesionalmente como psicoterapeuta en forma activa, 2) estar formado en el enfoque constructivista cognitivo por diplomado o con el grado de magíster, 3) un mínimo de 2 años de experiencia en terapia individual de adultos, 4) disponibilidad para participar y 5) posibilidad de invitar un paciente activo y reciente interesado en participar de una investigación de proceso en psicoterapia. Los criterios de exclusión serán: 1) Los terapeutas no podrán estar cursando una licencia médica psiquiátrica, 2) presentar sintomatología moderada o alta en torno a su salud mental. Para resguardar estos criterios de exclusión se pedirá un autoreporte por medio del OQ-45.2, para visualizar posible sintomatología, en las instancias de contacto anteriores a la firma de consentimiento informado de terapeutas.

Al investigar los episodios de ruptura y resolución en un material audiovisual, grabado (online o presencialmente) por el terapeuta, se les solicitará a los pacientes su consentimiento para utilizar una sesión de psicoterapia. Los pacientes al no ser parte del análisis directo y no formar parte del proceso de recolección de datos, es decir no responder las entrevistas, se considerarán colaboradores o participantes secundarios, ya que sólo se pretende tener su voluntad y autorización, a través de un consentimiento informado específico, para evaluar y seleccionar los episodios respectivos como material de análisis.

1) Convocatoria Directa: Se buscará en la red profesional del investigador a terapeutas voluntarios que cumplan con los criterios mencionados, a través de contactos con exalumnos del Magíster de la generación 2015 del mismo programa magíster de la

Universidad de Chile, generación a la que perteneció unos meses el investigador como alumno regular, así como también alumnos de generaciones anteriores o posteriores, siendo el profesor guía una vía válida de contacto. No existen vínculos personales en los casos mencionados anteriormente. Se invitará a participar del estudio a los terapeutas en primera instancia, vía correo electrónico y luego contacto telefónico, donde se le comentará el proyecto de investigación. Luego se concertará una reunión presencial u online explicando claramente los objetivos de la investigación, las diferentes etapas previstas y sus tiempos, la naturaleza del método y el material que se generará, riesgos, beneficios y medidas de reparación, en caso de que sean necesarias, así como el consentimiento informado de terapeutas (ver anexo 4). El contacto con el paciente se hará directamente por el IR, una vez que luego de la invitación del terapeuta éste le haya expresado su voluntad de participar. Sólo así el IR lo contactará primero vía correo electrónico y luego de forma telefónica para coordinar una reunión donde se presentará el consentimiento informado específico de paciente (ver anexo 7), donde se le explicará los mismos puntos anteriores pero deteniéndose en el tipo de participación secundaria. Ambas reuniones finales con cada uno por separado serán con el fin de resolver dudas de los contactos anteriores con cada uno sobre los temas descritos anteriormente y obtener la firma de los consentimientos informados respectivos. El terapeuta no tendrá la responsabilidad de comentar, ni detallar la investigación, sólo enunciará e invitará al paciente para que este sea contactado, con el fin de no generar influencia en su proceso o vínculo psicoterapéutico.

2) Convocatoria Institucional: Previa resolución del comité de ética de investigación y subsanación de las enmiendas de los aspectos éticos del proyecto, se solicitó al director del Centro de Psicología Aplicada (CAPs) y la encargada de investigación, Felipe Gálvez y Vanetza Quezada respectivamente, la autorización para contactar a los psicoterapeutas ejerciendo en la institución. Se obtuvo una buena acogida y patrocinio para el proyecto, dejando como condición lógica la aprobación del comité de ética, respetando el protocolo de investigación, para que esta convocatoria entre en funcionamiento. Una vez con la aprobación, se pretende enviar formalmente una carta de solicitud institucional (ver anexo 2) al director de CAPs mencionado

explicando el detalle del proyecto de investigación y adjuntando una hoja de firma de autorización. Obtenida esa autorización por escrito, y previa revisión del CAPs, se invitará a los terapeutas a participar a través de la difusión de una carta de invitación (ver anexo 3) que describe el proyecto y al final se solicita la aceptación del contacto por parte del IR. Si el terapeuta acepta, el CAPs podrá otorgar los datos personales (correo electrónico y contacto telefónico principalmente) para que el IR pueda comunicarse con ella o él. Por tanto, y equitativamente con la convocatoria directa, se procederá al contacto primero vía correo electrónico y posteriormente vía telefónica para comentar el proyecto, para luego generar una reunión presencial u online en donde se resolverán dudas y se solicitará la firma del consentimiento informado específico de terapeutas (ver anexo 4) considerando la próxima entrega de la sesión videograbada para luego coordinar la instancia de entrevista.

En el primer contacto con el terapeuta se procurara entregar toda la información necesaria, especificando la importancia de contar con el consentimiento informado que su paciente de CAPs haya aceptado el uso de la modalidad online y el segundo punto que conlleva este documento, a saber: “Acepto que me contacten para participar de otras investigaciones que se desarrollan en el CAPs”. El terapeuta, así como se mencionó en la anterior convocatoria, deberá invitar a uno de los pacientes que haya marcado esta opción, rectificando y/o actualizando su voluntad de ser contactado para participar en investigaciones dentro del CAPs firmada en el consentimiento institucional, sin comentarle nada más al respecto. Teniendo su consentimiento, se le solicitará al CAPs los datos de contacto de dicho paciente, con el fin de enviarle un correo electrónico invitándolo a colaborar voluntariamente. Si éste rectifica la voluntad expresada a su terapeuta, se establecerá contacto telefónico para describir todos los aspectos del proyecto mencionados anteriormente y su aporte, de modo que pueda firmar un consentimiento informado específico de paciente (ver anexo 7) en una reunión presencial o de manera digital.

3) Aspectos comunes en las convocatorias:

- El terapeuta no tendrá la responsabilidad de comentar, ni detallar la investigación, sólo enunciará e invitará al paciente para que este sea contactado (en este caso con ayuda del CAPs), con el fin de no generar influencia en su proceso o vínculo psicoterapéutico. Los pacientes, participantes secundarios, sólo deberán voluntariamente autorizar y/o consentir la entrega de la sesión a acordar con su terapeuta, la sesión que se entregará como material audiovisual para la selección de los episodios a identificar (ver anexo 7).

- Dentro de la reunión final con cada terapeuta, se entregará un espacio para resolver dudas al respecto del estudio y el consentimiento específico de éste, explicar las preguntas del guión de entrevista, luego de la selección de los segmentos a utilizar de la sesión. Se le deberá dejar en claro al terapeuta que la entrevista será realizada en la modalidad similar a la técnica de Recuerdo Estructurado Breve, en específico la segunda etapa (Elliott & Shapiro, 1988) donde se reproducirán el o los episodios seleccionados de la sesión previamente a las preguntas, con opción de detener adelantar o retroceder la grabación. Se explicará a los participantes que de la sesión que entregarán se pretenden analizarán episodios de ruptura y resolución de la alianza terapéutica de 10 minutos, aproximadamente, sin perjuicio que dentro de cada sesión existan más de un episodio que pueda utilizarse en la entrevista. Las entrevistas se grabarán en audio y también se transcribirán. Se coordinará una mutua fecha y hora disponible lo antes posible después de la entrega del material audiovisual para privilegiar su recuerdo.

- La reunión final tanto con participantes principales (terapeutas) como con participantes secundarios (pacientes), podrá ser presencial u online (a través de una plataforma acordada). Si se acuerda que ésta sea online, y la persona decide participar o colaborar en la investigación, se le presentará el documento de consentimiento informado específico del estudio, de terapeutas o pacientes (ver anexo 4 y 7), solicitándoles ser devuelto al correo personal del investigador responsable:

cmanchego.soza@gmail.com. Éste deberá ser firmado físicamente durante la reunión o digitalmente, enviando una foto o el documento, para ser archivado. Debido a la pandemia del COVID19, y como se comenta más arriba, el IR privilegiará terapeutas que estén desarrollando su ejercicio profesional a través de la telepsicología. Por tanto, dentro de esta reunión, y cómo no existe documento oficial sobre los aspectos éticos de la telepsicología hasta la actualidad en Chile, se repasarán los “Estándares éticos de atención en la prestación de servicios de telepsicología”, que se detallan en el documento específico del mismo nombre (ver anexo 9). Solo se repasará en caso de que sea desconocido por el terapeuta.

ANEXO 2: CARTA DE SOLICITUD INSTITUCIONAL

Santiago, 11 De Mayo de 2022

Sr. Felipe Gálvez S.

Director CAPs

Presente

Estimado profesor:

Mi nombre es Cristóbal Andrés Manchego Soza, psicólogo y tesista del programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, mención constructivista cognitivo, de la generación 2020, de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la Universidad de Chile. Mi proyecto de investigación para optar al grado es: “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”, que tiene de guía al Dr. Juan Orlando Yáñez Montecinos.

El objetivo del estudio es describir los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante episodios de ruptura y resolución en la psicoterapia constructivista cognitiva de adultos. El propósito es indagar en la experiencia de los terapeutas constructivistas cognitivos sobre su metacognición durante los episodios de ruptura y resolución de una sesión del proceso terapéutico. Aunque el rol del terapeuta se ha descrito en terapias constructivistas, metacognitivas y cognitivas, la revisión del terapeuta ha sido escasa en el contexto clínico y más en Chile y más aun en torno a su capacidad metacognitiva. Existe evidencia de la relación entre las habilidades mentalistas y el estilo personal del terapeuta, donde utiliza la metacognición en las reacciones emocionales de pacientes dentro de episodios significativos para mejorar su disposición a la relación, apuntando al componente del vínculo afectivo de la alianza. El constructivismo cognitivo define al terapeuta como perturbador estratégicamente orientado, que guía al paciente en la revelación e integración de sus estados emocionales, utilizando procesos autorreflexivos y heteroreflexivos enraizados en su competencia de la asertividad generativa. Dentro de la dinámica de la asertividad generativa, la metacognición podría ser un componente transversal para el rol del terapeuta perturbador y para otros factores evidenciados como la empatía, la congruencia/autenticidad que aporten a la gestión terapéutica en estos episodios. El estudio será exploratorio-descriptivo y se abordará desde lo cualitativo a través de un diseño fenomenológico. Primero delimitando los episodios relevantes a través del sistema de codificación de rupturas y resolución (3Rs) para después profundizar, mediante entrevistas semi-estructuradas basadas en la Entrevista de Evaluación Metacognitiva (MAI), en conjunto a la técnica de Recuerdo Estructurado Abreviado. Luego se realizará un análisis por codificación abierta y axial de las transcripciones, para generar un modelo comprensivo de los procesos metacognitivos de los terapeutas dentro de estos episodios de ruptura y resolución.

La relevancia del estudio es principalmente disciplinar terapéutica, ya que la metacognición genera conciencia sobre los procesos psicológicos para la adaptación social y bienestar de los pacientes, promoviendo su relación directa en la evaluación de calidad de vida. Además existe una relevancia disciplinar académica motivando el consumo de literatura científica del área, que incentive investigaciones en Chile y la sinergia con la práctica clínica. Ambas instancias podrían impactar en la formación y

entrenamiento de terapeutas. No existe ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, la participación permitirá generar información para mejorar, eventualmente, los procesos en la gestión terapéutica ya que el estudio contrae las relevancias anteriormente mencionadas.

Se seleccionarán 3 terapeutas donde los criterios de inclusión serán: 1) estar ejerciendo profesionalmente como psicoterapeuta en forma activa, 2) estar formado en el enfoque constructivista cognitivo por diplomado o con el grado de magíster, 3) un mínimo de 2 años de experiencia en terapia individual de adultos, 4) disponibilidad para participar y 5) seleccionar un paciente activo interesado en colaborar de una investigación de proceso en psicoterapia. Los criterios de exclusión serán: 1) Los terapeutas no podrán estar cursando una licencia médica psiquiátrica, 2) presentar sintomatología moderada o alta en torno a su salud mental. Para resguardar estos criterios de exclusión se pedirá un autoreporte por medio del OQ-45.2, para visualizar posible sintomatología, en las instancias de contacto anteriores a la firma de consentimiento informado de terapeutas.

El proceso de contacto conllevará convocatoria en vertientes, esta carta alude a la institucional. Se solicita a usted la autorización, como director del CAPs, para realizar una convocatoria, previa aprobación del comité de ética de investigación de la FACSO, de modo que se puedan contactar a los psicoterapeutas de la línea constructivista cognitiva y que cumplan con los criterios antes expuestos. Se solicita también obtener sus datos personales (contacto telefónico y correo electrónico), previo consentimiento de ellos, para que el Investigador Responsable (IR) pueda comunicarse, invitándolos a participar de un primer contacto vía correo electrónico, adjuntando la carta de invitación en el caso de los terapeutas (ver anexo 3), y después vía telefónica entregando la información pertinente para así coordinar, para las instancias de reunión donde se resolverán dudas y se firmarán los consentimientos informados específicos, además de recogida de información y entrevistas. En el primer contacto con el terapeuta se procurara entregar toda la información necesaria, especificando la importancia de contar con el consentimiento informado que su paciente de CAPs (en modalidad online o presencial) el segundo punto que conlleva este documento, a saber: “Acepto que me contacten para participar de otras investigaciones que se desarrollan en el CAPs”. El terapeuta deberá invitar a uno de sus pacientes que haya marcado esta opción,

rectificando y/o actualizando su voluntad de participar en investigaciones expresada en el consentimiento institucional d CAPS sobre aceptar ser contactado por un IR y que se entreguen sus datos para dicho contacto, sin comentarle nada más al respecto. Teniendo su consentimiento, se le solicitará al CAPs también los datos de contacto de dicho paciente, con el fin de enviarle un correo electrónico invitándolo a colaborar voluntariamente. Si éste rectifica la voluntad expresada a su terapeuta, se establecerá contacto telefónico para describir todos los aspectos del proyecto mencionados anteriormente y su aporte, de modo que pueda firmar un consentimiento informado específico de paciente (ver anexo 7) en una reunión presencial o de manera digital.

El material, ya sea las sesiones videograbadas entregadas o las entrevistas concertadas grabadas y transcritas, serán uso únicamente del IR y su asistente de investigación, además de conocimiento del profesor guía. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en el ordenador personal de éste por 5 años, el cual ya posee seguridad acorde. La participación de los terapeutas, será voluntaria y podrá ser rechazada o retirarse del estudio en cualquier momento. Al igual que la colaboración de sus pacientes.

Respecto al tipo de población a investigar, en términos concretos terapeutas, por dicha condición no existen mayores riesgos. Sin embargo, la investigación exige la revelación de información personal y sensible de la situación a tratar en la sesión que puede ser motivo de desistir de la participación, además de datos personales que podrían identificar a los participantes y/o sus pacientes. Así mismo para los terapeutas, en la entrevista realizada, la información entregada expone la gestión terapéutica. En ambos casos, además de la confidencialidad que implica estricta reserva de datos, los nombres de los participantes serán suprimidos de los documentos utilizados y tratados sólo con los asistentes de investigación y el profesor guía a través de pseudónimos. Al igual que los consentimientos, los archivos audiovisuales y entrevistas transcritas necesarias podrán ser revisados, autorizados y/o denegados en cualquier momento por los participantes dentro de un drive creado específicamente para comunicar o actualizar, por ambas partes, la participación e información del proceso de la investigación de cada terapeuta. Serán avisados de los avances, teniendo respuestas a dudas contingentemente. Además al finalizar el estudio, después de obtener los resultados, todos los archivos

recolectados se guardarán en un dispositivo anexo al computador del investigador, se borrarán de la nube y se destruirán los sobrantes para evitar el acceso o utilización de la información de posibles personas malintencionadas o hackers. Los participantes secundarios (pacientes) podrán ser informados por el IR a través de correo electrónico y/o contacto telefónico sobre los resultados finales, si así lo quisieran, resguardando la identidad de los terapeutas debido a que conocer el avance podría entorpecer el proceso terapéutico, si este se mantiene.

Otro riesgo latente que deriva de esta investigación es que la imagen profesional o personal de los terapeutas participantes se vea afectada durante la recogida de datos o en la exposición de avances o informe final de la investigación, tomando en cuenta que se trabajará con la percepción que él o la profesional tenga de su propia experiencia metacognitiva en dichos episodios. Así mismo, existe el riesgo que los pacientes (participantes secundarios), dentro del proceso de psicoterapia se vean influidos por la aceptación o rechazo de la invitación que los terapeutas hagan a sus pacientes para considerar su participación en el estudio, lo que podría debilitar el vínculo o influir en el rol. En los dos casos anteriores, además de la posibilidad de denegar su participación y el resguardo de sus datos personales, se procurará, para ambos terapeutas y pacientes, el ofrecimiento de contención emocional y la posibilidad de trabajar estos aspectos, de forma gratuita, en 2 sesiones de intervención en crisis ofrecidas por el investigador principal, como parte de su quehacer como psicoterapeuta y coordinando directamente con él. Además en el caso del terapeuta, si no se puede abordar en el momento de la entrevista se considerará una derivación pertinente, sin sobre intervenir, disponiendo de datos de contacto en redes de atención privada como centros de atención de salud o derivación, si se requiere, a psicoterapeutas de al menos 3 años de experiencia profesional para comenzar un proceso terapéutico lo que se detalla en el Protocolo de Abordaje de situaciones de Desestabilización Emocional (ver anexo 5).

Otro Riesgo es que los participantes, tanto terapeutas como pacientes, dentro de las etapas del plan de acción, puedan contagiarse del COVID19, que aunque se supone más controlada en nuestro país, no deja de ser una amenaza. Debido a esto es que el IR privilegiará terapeutas que estén desarrollando su ejercicio profesional a través de la telepsicología. Por tanto, como medida preventiva dentro de la última reunión

estipulada en el protocolo de contacto (ver anexo 1) y cómo no existe documento oficial sobre los aspectos éticos de la telepsicología hasta la actualidad en Chile, se repasarán los “Estándares éticos de atención en la prestación de servicios de telepsicología”, que se respaldan en un documento particular (ver anexo 9).

Se adjuntan a esta carta los consentimientos informados específicos de la investigación, respectivos que serán firmados por terapeutas y pacientes, previo a su participación, donde se explican en detalle las medidas de confidencialidad de los datos personales, la modalidad y grado de participación de cada uno. Se ofrece a la institución una retroalimentación total del desarrollo y los resultados del estudio, cuando esta finalice, mediante una exposición oral, además de charlas que puedan ser de interés académico para el CAPs. Asimismo, la entrega prioritaria de los resultados y sus conclusiones a través de correo electrónico o de forma física para su revisión, una vez terminada la defensa de tesis concomitante.

Si usted requiere mayor información o necesita contactarse debido a esta investigación, se puede comunicarse directamente con el IR de este estudio, quien redacta esta solicitud, Cristóbal Andrés Manchego Soza, dispuesto a responder sus consultas respectivas.

Teléfono de contacto personal: +569 91688543

Correo electrónico personal: cmanchego.soza@gmail.com

Profesor Guía respectivo, Dr. Juan Orlando Yáñez Montecinos

Correo electrónico: yañez.montecinos@gmail.com

Presidenta Comité Ética de la Investigación Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Fabiola Maldonado García

Teléfono: (56-2) 29772443 – 229789726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Edificio A, Dependencias de Decanato. Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

HOJA DE FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

En base a lo presentado, en mi calidad de autoridad responsable del Centro de Psicología Aplicada (CAPs), yo Felipe Gálvez Sánchez, autorizo a que Cristóbal Manchego Soza realice la investigación titulada “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”, bajo los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, la invitación y mi contribución como autoridad responsable de la institución en esta investigación, así como también la participación de terapeutas y del CAPs que cumplan los criterios de inclusión y exclusión de muestra, así como de forma secundaria sus pacientes. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Autoridad Responsable

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: Santiago, 11 de Mayo 2022

Correo electrónico para devolución de la información. _____

Este documento consta de 5 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

ANEXO 3: CARTAS DE INVITACIÓN

CARTA DE INVITACIÓN TERAPEUTA

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”, a cargo del investigador Cristóbal Andrés Manchego Soza, psicólogo y estudiante del programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. El objetivo de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en el presente estudio.

El propósito de la investigación es indagar en la experiencia de los terapeutas constructivistas cognitivos sobre sus procesos metacognitivos durante episodios de ruptura y resolución de la sesión en la interacción clínica. Los resultados del estudio contribuirán a comprender su gestión terapéutica y describir los procesos psicológicos involucrados en su rol dentro de estos episodios de la alianza en la psicoterapia constructivista cognitiva, siendo un factor común el terapeuta y su capacidad metacognitiva escasamente indagada en el área.

Usted ha sido considerado(a) como un(a) posible participante de la presente investigación, ya que cumple con los siguientes requisitos: 1) está ejerciendo profesionalmente como psicoterapeuta en forma activa, 2) está diplomado o magistrado en el enfoque constructivista cognitivo, 3) posee un mínimo de 2 años de experiencia en terapia individual de adultos, 4) tiene disponibilidad para participar y 5) puede seleccionar un paciente activo interesado en participar de una investigación de proceso en psicoterapia. Por otra parte no está: 1) cursando una licencia médica psiquiátrica, 2) ni presenta sintomatología moderada o alta en torno a su salud mental.

Para resguardar estos criterios de exclusión se pedirá un autoreporte por medio del OQ-45.2, para visualizar posible sintomatología, en las instancias de contacto anteriores a la firma de consentimiento informado de terapeutas.

Su participación consistirá en grabar una sesión terapéutica con un paciente y posteriormente participar de una entrevista. Para poder acceder a las grabaciones es

necesario que tanto usted como su paciente firmen un consentimiento informado. Para ello le solicitamos que pueda invitar a uno de los pacientes que haya marcado en el consentimiento institucional del CAPs la opción: “Acepto que me contacten para participar de otras investigaciones que se desarrollan en el CAPs”, rectificando y/o actualizando su voluntad de ser contactado para participar en investigaciones a través de la carta que se adjunta a este documento. Le solicitamos que pueda hacer llegar al Investigador Responsable el documento firmado por el paciente para poder contactarlo.

Si decide participar voluntariamente, el investigador responsable se comunicará vía telefónica y/o correo electrónico con usted, a modo de coordinar una reunión en la cual se le presentará el consentimiento informado, junto al guión de entrevista que se utilizará. En este espacio podrá realizar todas las preguntas que considere pertinentes, con el objetivo de alcanzar la claridad que precise, tomando la decisión de aceptar o rechazar su participación. Si accede a participar se le enviará el documento de consentimiento informado mencionado vía correo electrónico. El consentimiento informado esclarece elementos centrales de su participación, riesgos asociados, beneficios potenciales, voluntariedad, confidencialidad y el posterior conocimiento de los resultados de la investigación.

Si acepta participar, se le solicita que haga clic en la celda de abajo, que indica que el investigador responsable queda facultado para establecer contacto. A continuación, podrá visualizar dos celdas y marcar con una “X” la opción acorde a sus intereses. La X en la celda marcada es un equivalente a su firma y por ende a su aprobación o rechazo. Si decide participar es necesario que complete la información solicitada, de contacto telefónico personal y correo electrónico, y además devolver este documento al correo del investigador principal: cmanhego.soza@gmail.com

Sí, acepto voluntariamente que el investigador responsable establezca contacto

No acepto, que el investigador responsable establezca contacto

Teléfono personal participante: _____

Correo electrónico personal participante: _____

Si tiene cualquier consulta acerca de esta investigación, puede contactar al investigador responsable Cristóbal Andrés Manchego Soza. Su teléfono es el +569 91688543 o al correo mencionado anteriormente. Si tiene alguna pregunta respecto a sus derechos como participante de esta investigación, también puede comunicarse con la presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Presidenta: Fabiola Maldonado García

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfono: (56-2) 29772443

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045,

Ñuñoa, Santiago

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

CARTA DE INVITACIÓN PACIENTE

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”, a cargo del investigador Cristóbal Andrés Manchego Soza, psicólogo y estudiante del programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. El

objetivo de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en el presente estudio.

El propósito de la investigación es indagar en la experiencia de los terapeutas sobre sus procesos metacognitivos durante episodios de ruptura y resolución de la sesión en la interacción clínica. Los resultados del estudio contribuirán a comprender su gestión terapéutica y describir los procesos psicológicos involucrados en su rol dentro de estos episodios.

Usted ha sido invitado ya que actualmente curso un proceso de psicoterapia con un terapeuta constructivista cognitivo.

El estudio está enfocado en el quehacer de su terapeuta, por lo que se requerirá observar una o más de sus sesiones terapéuticas, además de realizar una entrevista con su terapeuta. Para ello, es necesario poder contar con su autorización para poder acceder a las grabaciones de su terapia. Si usted está interesado en colaborar con esta investigación le solicitamos pueda contactar al investigador responsable con los datos que aparecen al final de este documento, o pueda firmar este documento, dando así la autorización para poder contactarlo.

Una vez que usted entregue su autorización para poder contactarlo, se coordinará una instancia con el investigador responsable en donde le explicará con todo detalle es estudio, en qué consiste su participación, los riesgos asociados, el manejo de los datos, entre otros.

De antemano agradecemos mucho su colaboración.

Le saluda cordialmente

Cristóbal Manchego

Investigador Responsable

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Si acepta participar, se le solicita contactar al Investigador responsable al siguiente teléfono +569 91688543 o correo electrónico cmanchego.soza@gmail.com, o rellenar este documento y entregarlo a su terapeuta.

Yo _____, autorizo a que mi terapeuta
_____, entregue mis datos de contacto al
investigador Cristóbal Manchego para que me pueda contactar.

Firma Paciente

Teléfono personal participante: _____

Correo electrónico personal participante: _____

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPEUTAS

La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “La capacidad metacognitiva del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante episodios de ruptura y resolución en la terapia constructivista cognitiva”. El objetivo del estudio es describir los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado, durante los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia individual de adultos constructivista cognitiva.

Usted ha sido invitado(a) porque ejerce profesionalmente como psicoterapeuta, tiene al menos 2 años de experiencia en terapia individual de adultos, esta diplomado o magistrado en el enfoque constructivista cognitivo y tiene la posibilidad de invitar un paciente activo interesado en participar de una investigación de proceso en psicoterapia.

El investigador responsable (IR) de este estudio es Cristóbal Andrés Manchego Soza, tesista del programa de Magíster de Psicología Clínica de Adultos, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación es guiada y patrocinada académicamente por el Dr. Juan Yáñez Montecinos.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en grabar una sesión del proceso terapéutico con un paciente que previamente haya consentido participar como colaborador de esta investigación. Posteriormente se le invitará a participar de una entrevista. Las grabaciones de las sesiones deberán enviarse al investigador en un plazo máximo de 72 horas después de la sesión, con el fin de coordinar las entrevistas dentro de los 3 días siguientes. Podrían solicitarse, de ser necesaria, mayor recopilación de datos, lo que podría implicar más sesiones de terapia videograbadas. La entrevista será acompañada de la reproducción de las grabaciones de las sesiones terapéuticas, teniendo la posibilidad de detención, adelantamiento o retroceso.

Las entrevistas durarán aproximadamente 1 hora y 30 minutos, serán grabadas en audio y transcritas para ser analizadas. Usted podrá interrumpir la grabación y/o retomar en cualquier momento. El lugar de la entrevista se podrá convenir según la preferencia del participante y la situación sanitaria del momento. Se privilegiarán las entrevistas virtuales a través de videoconferencia, sin embargo, en caso de ser presenciales se tomarán los resguardos sanitarios pertinentes, y si fuese necesario, se dispondrá del pago por movilización. Se procurará entregar informes de resultados en la medida en que se vaya avanzando en el plan de trabajo en una plataforma de google drive.

Su paciente¹ será considerado como colaborador o participante secundario. Su participación consistirá en autorizar el registro audiovisual de una sesión con su terapeuta y su entrega al Investigador.

Riesgos: La investigación exige la revelación de información personal de la situación a tratar en la sesión entregada, además de datos personales que podrían identificar a los pacientes. Así mismo para los terapeutas, la información entregada podría exponer su gestión y forma de trabajo. En ambos casos, además de la confidencialidad descrita más abajo, los nombres e información personal de los o las participantes serán suprimidos de los documentos utilizados y tratados sólo con el profesor guía a través de pseudónimos. Los archivos audiovisuales y entrevistas transcritas podrán ser revisados, autorizados y/o denegados en cualquier momento por usted dentro del drive creado específicamente para comunicar y/o actualizar, por ambas partes, la participación e información del proceso de la investigación con cada participante. Será avisado del avance, teniendo respuesta a dudas contingentemente. En ningún momento se realizará una evaluación de su desempeño profesional.

Un riesgo latente que deriva de esta investigación es que la autopercepción profesional o personal de los terapeutas participantes se vea afectada durante la recogida de datos o en la exposición de avances o informe final de la investigación; o que se perciba un

¹ Los pacientes estarán actualmente en tratamiento con el terapeuta. Al no ser parte activa del proceso de recolección de datos, se considerarán colaboradores o participantes secundarios. Se pretende tener su voluntad y autorización, a través de un consentimiento informado específico, para evaluar y seleccionar los episodios como material de análisis.

debilitamiento del vínculo en la relación terapeuta-paciente. Ante la posibilidad que su participación le genere algún malestar emocional del tipo antes mencionado, el Investigador responsable ofrecerá la contención en el momento y ofrecerá al participante, de forma gratuita, 2 sesiones de intervención en crisis para abordar dichas molestias. Si en la entrevista se percibe que el malestar es mayor se realizará una orientación de derivación, entregando datos de contacto de redes de atención privada a las que el participante puede acudir.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información, eventualmente, para mejorar los procesos en la gestión terapéutica ya que la metacognición se ha visto como factor protector de recaídas en el caso de pacientes, por lo tanto, contrae una relevancia disciplinar en el ejercicio clínico. Además, un beneficio para el ámbito académico contando con información incipiente sobre estos procesos metacognitivos del terapeuta que podrían repercutir en la formación de pregrado y postgrado para psicoterapeutas, y en el aumento del consumo de literatura científica en psicoterapia motivando la investigación en la misma.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. No obstante, se deja en conocimiento que los resultados podrán ser usados en el contexto académico, como en la Tesis de Postgrado, publicaciones en revistas nacionales o internacionales, exposiciones, seminarios y congresos. En ningún caso, se otorgarán nombres o información personal de los (las) participantes.

Los datos serán guardados por el investigador responsable durante 5 años, con el objetivo de robustecer esta línea de investigación. El computador del investigador será protegido con un software antivirus, con el fin de proteger la información de todo virus o hacker posible. Los archivos recolectados se guardarán en un dispositivo externo, se

borrarán de los demás equipos y se destruirán los sobrantes para evitar el mal uso de la información.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se dispondrá de una plataforma digital asociada al correo de cada participante (terapeuta) donde se actualizarán los avances de la investigación, y los resultados finales, además se enviará un resumen a su correo.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al Investigador Responsable de este estudio:

Cristóbal Andrés Manchego Soza

Teléfonos: 952166216/ 991688543

Correo Electrónico: cmanchego@ug.uchile.cl/cmanchego.soza@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Fabiola Maldonado García, Presidenta del Comité

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443 - 229789726

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad de Chile.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Terapeutas)

Yo,.....acepto
participar en el estudio “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador
Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia
Constructivista Cognitiva”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi
participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han
sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Cristóbal Manchego Soza

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de los resultados: _____

Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia
en cada parte.

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva

Información

Usted ha sido invitado(a) a colaborar en la investigación “La capacidad metacognitiva del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante episodios de ruptura y resolución en la terapia constructivista cognitiva”. El objetivo del estudio es describir los procesos metacognitivos del terapeuta perturbador estratégicamente orientado, durante los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia individual de adultos constructivista cognitiva. Si bien la población en estudio son los terapeutas, a usted se le invita a colaborar con esta investigación a partir de su autorización para poder grabar una o más sesiones de su psicoterapia.

El investigador responsable (IR) de este estudio es Cristóbal Andrés Manchego Soza, estudiante del programa de Magíster de Psicología Clínica de Adultos, mención Constructivista Cognitiva, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación no tiene patrocinio económico, pero es guiada académicamente por el Dr. Juan Yáñez Montecinos. Para decidir apoyar este estudio, considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Debido a que la investigación está centrada en la observación del trabajo de los terapeutas. Su participación consistirá en autorizar el registro audiovisual de una o más sesiones con su terapeuta y su entrega al Investigador.

Riesgos: La investigación exige la revelación de información personal de la situación a tratar en la sesión entregada, además de datos personales que podrían identificarlo. Para disminuir estos riesgos, además de la confidencialidad descrita más abajo, su nombre y el de su terapeuta serán suprimidos de los documentos utilizados y tratados sólo con el profesor guía a través de pseudónimos. Al finalizar el estudio, todos los archivos recolectados se guardarán en un dispositivo anexo al computador del investigador, se

borrarán de la nube y se destruirán los sobrantes para evitar el acceso o utilización de la información de posibles personas malintencionadas o hackers.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por colaborar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información, eventualmente, para mejorar los procesos en la gestión terapéutica ya que la metacognición se ha visto como factor protector de recaídas en el caso de pacientes.

Voluntariedad: Su colaboración es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de detener su colaboración en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted. Es importante que sepa que su terapeuta únicamente podrá participar de esta investigación si usted da su autorización.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. No obstante, se deja en conocimiento que los resultados podrán ser usados en el contexto académico, como en la Tesis de Postgrado, publicaciones en revistas nacionales o internacionales, exposiciones, seminarios y congresos. Los datos serán guardados por el responsable durante 5 años, con el objetivo de robustecer esta línea de investigación. Se pretende asegurar de forma transversal el equipo de trabajo del investigador principal a través de un software antivirus, con el fin de proteger la información de todo virus o hacker posible. Los archivos recolectados se guardarán en un dispositivo externo, se borrarán de los demás equipos y se destruirán los sobrantes para evitar el mal uso de la información.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados finales de esta investigación. Para ello, se dispondrá de una comunicación por correo electrónico con cada paciente donde se enviarán los resultados finales.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al Investigador Responsable de este estudio:

Cristóbal Andrés Manchego Soza

Teléfonos: 952166216/ 991688543

Correo Electrónico: cmanchego.sosa@gmail.com / cmanchego@ug.uchile.cl

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Fabiola Maldonado García, presidenta del comité

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443 - 229789726

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad de Chile.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Paciente)

Yo,....., acepto colaborar en el estudio “La Capacidad Metacognitiva del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado durante Episodios de Ruptura y Resolución en la Terapia Constructivista Cognitiva”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Paciente

Firma Cristóbal Manchego Soza

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de los resultados: _____

Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

ANEXO 6: PROTOCOLO DE ABORDAJE FRENTE A DESESTABILIZACIÓN EMOCIONAL

Este documento considera posibles acciones en caso de una situación de desestabilización emocional de alguno de los participantes, principalmente los terapeutas, que serán los que se someterán a la entrevista semiestructurada en la fase de recolección de datos de la investigación titulada como **“La Capacidad Metacognitiva Del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado Durante Episodios De Ruptura Y Resolución En La Terapia Constructivista Cognitiva”**.

El objetivo de este protocolo es definir lineamientos para abordar dichas situaciones que puedan generarse en la instancia de entrevista. Los terapeutas estarán expuestos a una situación de entrevista no común, considerando la técnica de Recuerdo Estructurado abreviado, en el cual se reproducen los episodios de la sesión seleccionados por el investigador. Esta técnica se elige precisamente ya que ayuda no solo a recordarle la situación o situaciones a analizar, si no que involucra el reflejarse la forma en que se relaciona con su paciente terapéuticamente, y el conocimiento de si mismo tanto en lo afectivo y cognitivo. La Entrevista de evaluación Metacognitiva, y en especial, en estos episodios de impasse y resolución conllevan una carga emocional importante, por tanto se hace relevante contar con pasos a seguir en caso de una desestabilización del participante.

Los objetivos específicos de la investigación, a saber: 1) Indagar los procesos metacognitivos de los terapeutas constructivistas cognitivos durante los episodios de ruptura y resolución en la psicoterapia individual de adultos; 2) Identificar las dimensiones metacognitivas de autorreflexividad, CMA y Descentramiento del terapeuta constructivista cognitivo durante los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia y 3) Describir los procesos de identificación, diferenciación, relacionamiento, integración, descentramiento y estrategias de la metacognición del terapeuta perturbador estratégicamente orientado durante los episodios de ruptura y resolución de la psicoterapia. Hay que considerar que éstos contraen un gran esfuerzo cognitivo y afectivo, conducentes a una competencia de asertividad a través de procesos que discurren en la praxis del ejercicio profesional de manera semiconsciente y que al revisarlos pueden generar sentimientos negativos y/o autoevaluación del desempeño en la gestión terapéutica.

Directrices principales:

- 1) En caso de percibir un evento de desestabilización emocional se detendrá la entrevista para resguardar la salud mental del participante.
- 2) El investigador responsable, también profesional de salud mental, evaluará a través de preguntas claves aspectos emocionales, cognitivos y conductuales del participante, esto con el fin de percibir la continuidad de la entrevista. Las preguntas serán: 1) ¿En qué estás pensando en este momento?; 2) ¿Qué sientes ahora mismo?; 3) ¿Estás seguro(a) que quieres continuar la entrevista?
- 3) Acciones a seguir:
 - Si el o la participante manifiesta poder seguir con la instancia, el investigador responsable retomará la pregunta y eventualmente la última parte de la respuesta entregada por el entrevistado, a modo de paráfrasis.
 - Si él o la participante manifiesta no poder seguir con la instancia, se procurará contenerlo(a) emocionalmente a través de:

- a) escucha activa, disponibilidad para una intención de neutralidad y receptividad
- b) conducta empática, generando reconocimiento y validación de su experiencia sin cuestionarla, reforzando positivamente su apertura y confianza.
- c) Ejercicios de relajación por respiración y relajación progresiva muscular, en caso de que sea necesario para disminuir síntomas de ansiedad y estrés asociados al momento.
- 4) Acciones de seguimiento:
 - a) Llamadas telefónicas, previo consentimiento de la o el participante.
 - b) 2 sesiones de contención emocional y/o intervención en crisis para trabajar estos aspectos, ofrecidas por el investigador principal de forma gratuita y coordinando directamente con él.
 - c) Derivaciones pertinentes disponiendo de datos de contacto de centros de atención y/o red de psicoterapeutas de al menos 3 años de experiencia profesional para comenzar un proceso terapéutico de ser necesario.
 - d) Evaluar el caso de que la o el participante pudiese retomar la entrevista en un momento de mayor estabilidad emocional.

ANEXO 7: GUIÓN DE ENTREVISTA

"Estimado(a) Sr(a)....., soy Cristóbal Manchego, psicólogo y tesista de la investigación. Quiero agradecerle por acordar esta entrevista creada ² con el fin de entender mejor la forma en que las personas piensan. El propósito de esta entrevista³ no es dar ningún diagnóstico, tampoco realizar una intervención, sino observar su “forma de ser” en la relación con su paciente dentro de la dinámica terapéutica. Pienso que este elemento psicológico es muy importante para entender mejor los asuntos clínicos relevantes.

Será consultado por una serie de asuntos acerca de dos *episodios de psicoterapia recientes y que fueron codificados como rupturas y/o resoluciones dentro de la sesión que ha facilitado*⁴ con el consentimiento de su paciente. Me disculpo si, en algunas ocasiones, las preguntas pueden parecer repetitivas u obvias. Estas reiteraciones son útiles para evaluar la manera en que se relaciona con *el paciente*. Considero importante que mantenga en mente que en esta entrevista no existen respuestas correctas o incorrectas, y que no hay mejor o peor desempeño de su parte.” Todos los terapeutas tenemos siempre episodios de rupturas y resolución en todas las sesiones, lo importante es centrarse en la experiencia de estos en particular.

Explicar concepto de episodio de ruptura y resolución, y mencionar marcadores:

Algunos estudios en psicoterapia han descrito episodios relevantes desde distintos enfoques, a modo de reconocer, describir y explicar procesos implícitos del cambio terapéutico. Dentro de esta gama, existen las Rupturas y Resoluciones de la alianza terapéutica. Los de ruptura aluden a un deterioro en la calidad de la relación, comunicación y colaboración de las tareas o metas, existiendo dos subtipos, confrontación: implican una acción explícita por parte del paciente, o evasivos: redundan en la omisión del malestar expresados en lenguaje no verbal. Los episodios de resolución son procesos de exploración de los sentimientos del paciente y clarificación de malentendidos que incluyen intervenciones terapéuticas. Cabe mencionar que en los

² Entrevista semi-estructurada basada en el documento original del Manual de la “Metacognition Assessment Interview” (MAS) enviado por el autor principal (Semerari et al., 2012).

³ Traducida y adaptada para la muestra y el objetivo de este estudio.

⁴ Todas las adaptaciones de redacción se muestran en cursiva.

episodios de ruptura el paciente puede alejarse, acercarse o ir en contra del trabajo terapéutico o del terapeuta, donde en los dos primeros casos se hablaría de una ruptura evasiva, ya que cuando el paciente se acerca, lo hace negando su propia experiencia, escondiendo también implícitamente sus sentimientos o pensamientos.

Será consultado por una serie de asuntos acerca de algunos *episodios de psicoterapia recientes y que fueron codificados como rupturas o resoluciones dentro de las sesiones que ha facilitado*⁵. Me disculpo si, en algunas ocasiones, las preguntas pueden parecer repetitivas u obvias. Estas reiteraciones son útiles para evaluar la manera en que se relaciona con *el paciente*. Considero importante que mantenga en mente que en esta entrevista no existen respuestas correctas o incorrectas, y que no hay mejor o peor desempeño de su parte.”

Rupturas evasivas	Rupturas de confrontación	Estrategias de resolución
Negación Respuesta mínima comunicación abstracta Narración evasiva y/o cambio de tema Deferente y apaciguador Quiebre de contenido/afecto Autocrítica y/o Desesperanza	Quejas o preocupaciones sobre el o la terapeuta Paciente rechaza la intervención del terapeuta Quejas o preocupaciones sobre las actividades de la terapia Quejas o preocupaciones sobre los parámetros de la terapia Quejas o preocupaciones sobre el progreso en terapia Paciente se defiende del terapeuta Esfuerzo por controlar/presionar al terapeuta	Clarifica el malentendido Cambia la tarea o el objetivo Ilustra tarea o provee justificación para el tratamiento Invita a discutir pensamientos o sentimientos sobre el terapeuta o algo de la terapia Reconoce su contribución en la ruptura Devela su experiencia interna sobre la relación terapéutica Vincula la ruptura a patrones interpersonales amplios entre paciente y terapeuta Vincula la ruptura a patrones

		interpersonales amplios en otras relaciones del paciente Valida la postura defensiva del paciente Reenfoca o redirige al paciente
--	--	---

(Preguntar por dudas)

Consigna inicial:

De acuerdo a lo explicado anteriormente, te mostrarte los episodios que fueron seleccionados por el equipo de investigación de la sesión que nos facilitó, uno cada vez, con el fin de que lo revise y recuerde de manera auténtica, luego se le harán preguntas sobre su experiencia.

Presentación episodio 1 - **(Explicar porque fue seleccionado)** / Preguntas (min inicial – min de término)

Presentación episodio 2 - **(Explicar porque fue seleccionado)** / Preguntas (min inicial – min de término)

	Pregunta	Ayuda	Comentarios
1	Considerando esta situación, ¿Cómo te sentiste?		
2	¿Qué emociones experimentaste?		
3	¿Cuál fue el origen de estas emociones?		

4	¿Cuáles fueron tus pensamientos?		
5	¿Cuál fue la causa de estos pensamientos?		
6	¿Qué hiciste?		
7	¿Qué te motivo a comportarte de cierta manera?		
8	Entonces, tratando de resumir el episodio del que acabas de hablar, estabas sintiendo....pensando.....reaccionando....¿Cuál era tu objetivo en ese momento?		
9	¿Qué es lo que más querías? ¿Qué es lo que te hizo sentir miedo en esa situación?		
10	Entonces, me contabas que te sentías ...(emoción referida) ¿Cuándo cambió tu estado de ánimo?		
11	¿Cómo cambió?		
12	¿Qué crees que lo hizo cambiar?		
13	Me contaste que estabas pensando..... (El entrevistador se refiere al (los) episodio(s) terapéutico(s) mencionado(s)). ¿Qué tan profundo creíste, en ese momento, que ...(pensamiento referido)?		

14	<u>Si?</u> : Del uno al diez, ¿Qué tan profundo creías esto?		
15	¿Crees que era posible tener una interpretación diferente de los hechos ocurridos?		
16a	<u>Si?</u> : ¿De qué tipo?		
17a	<u>No?</u> : ¿Qué cambió?		
18a	<u>Si?</u> : ¿Qué alentó este cambio?		
19	Considerando esto, ¿Hay algo que te haya ayudado a cambiar tu punto de vista en comparación al <i>momento del episodio</i> ?		
16b	<u>No?</u> : ¿Crees que en el futuro podrías cambiar tu punto de vista de lo sucedido?		
17b	<u>No?</u> : ¿Qué podría ayudarlo a revisar su punto de vista sobre lo sucedido?		
20	Durante el episodio descrito y revisado, ¿Se sintió por casualidad en un estado de confusión, como dentro de un sueño, o enfrentando una sensación de irrealidad de modo que no podría saber si algo realmente sucedió o si fue solo imaginación?		
21	¿Alguna vez ha experimentado este estado de confusión, sentirte como en un sueño o entre la niebla?		

21 a	<u>Si?</u> : ¿Alguna vez has perdido tu conciencia del tiempo y el espacio sobrellevando tus fantasías?		
21 b	<u>Si?</u> : ¿Alguna vez has experimentado recuerdos tan vívidos que parecieran estar sucediendo aun en ese momento? ¿Podrías darme algunos ejemplos?		
21 c	<u>Si?</u> : ¿Estas sintiendo la misma confusión ahora mismo?		
22	Entonces, ¿Alguna vez tuviste algunas reacciones _____ (señalar el comportamiento descrito), para experimentar este tipo de emociones _____ o _____? ¿Sueles sentir/ pensar/ experimentar/ hacer este tipo de cosas?		
23 a	<u>Si?</u> : ¿Cómo explicas tu reacción típica?		
24 a	¿Alguna vez has experimentado una reacción diferente, (diferentes emociones y pensamientos) frente episodios similares? ¿Puedes recordar y tratar de describir algunos episodios?		
25 a	Entonces, algunas veces reaccionas _____ (primer ejemplo, el entrevistador resume el estado habitual del individuo, usando la terminología más cercana al que uso el entrevistado) , mientras otras veces reaccionas _____ (episodio 2, el entrevistador resume la situación nueva que obtuvo después de su pregunta). ¿Cómo explicas esta diferencia?		
26 a	¿Por qué crees que reaccionaste de la primera forma? ¿Y por qué de la segunda forma?		
23 b	<u>No?</u> : ¿Recuerdas tu reacción típica enfrentando situaciones difíciles?		
24 b	<u>Si?</u> : ¿Cómo reaccionaste en ese momento? ¿Cuáles fueron tus emociones en esas circunstancias? ¿Qué hay de tus pensamientos?		

23 c	No?: Repetir pregunta 22		
25 b	Entonces, algunas veces reaccionas _____(primer ejemplo, el entrevistador resume el estado habitual del individuo, usando la terminología más cercana al que uso el entrevistado) , mientras otras veces reaccionas _____(episodio 2, el entrevistador resume la situación nueva que obtuvo después de su pregunta). ¿Cómo explicas esta diferencia?		
26 b	¿Por qué crees que reaccionaste de la primera forma? ¿Y por qué de la segunda forma?		
27	Me contaste que _____(<i>el paciente</i>) tuvo un rol _____ en el episodio (<i>o alguna apreciación que el terapeuta haya utilizado al describirlo</i>). Me gustaría que tomara su punto de vista. En tu opinión, ¿Cómo crees que percibió emocionalmente el episodio?		
28	¿Qué tipo de emociones él/ella experimentó?		
29	¿Por qué él/ella experimentó ese tipo de emociones? ¿De qué inferiste esto?		
30	¿Qué pudo haber pensado?		
31	¿Por qué crees que él/ ella estaba pensando de esa manera? ¿Cuáles fueron sus razones?		
32	Tanto como lo/la conoces, ¿Es esta una forma típica de pensar y sentir <i>del/de la paciente</i> ?		

32 a	<u>Si?</u> : ¿Por qué tiene esta forma típica de reaccionar?		
33 a	¿Puedes mostrarme otro ejemplo en el que haya tenido sentimientos similares o reaccionó de la misma manera?		
32 b	<u>No?</u> : ¿Por qué fue tan diferente?		

ANEXO 8: ESTÁNDARES ÉTICOS DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TELEPSICOLOGÍA

El proyecto se enmarca en un contexto de pandemia a nivel global, por lo que se procurará realizar la mayor cantidad de actividades del plan de acción de la investigación de manera virtual u online, sin perjuicio de que en momentos sea necesaria la presencialidad. Esto con el fin de evitar el contagio de COVID19 a los participantes e involucrados. Por lo mismo, se utilizarán los lineamientos éticos de telepsicología en infancia , aportados por las principales casas de estudios e instituciones asociadas, que puedan ser conducentes también para adultos, con el fin de presentarlos y reforzarlos a los terapeutas que participen en el estudio y como medida preventiva de riesgo de contagio, promoviendo este tipo de atención dentro del contexto actual, sin desconocer que será decisión de cada terapeuta y/o según los lineamientos de la Universidad de Chile y el CAPs para volver a las atenciones presenciales, así como también lo disponga el Ministerio de Salud. Se copian apartados de interés en particular:

- 1) Estándares éticos de atención en la prestación de servicios de telepsicología

La atención telepsicológica debe cumplir los mismos estándares éticos y profesionales que la práctica presencial; es decir el profesional debe:

- Evaluar si posee las condiciones necesarias y el conocimiento de estas herramientas, para realizar este servicio.
- Analizar de manera previa si esta modalidad es adecuada, eficaz y segura para cada caso en particular. Para ello, se sugiere realizar una evaluación previa que determine la conveniencia del servicio de telepsicología para cada caso, incluyendo: el estudio de posibles riesgos y beneficios según las necesidades del caso, problemas multiculturales y éticos que puedan surgir, posibilidad de contar con una conexión/señal adecuada así como acceso a un computador o celular que permita la comunicación, y una revisión del medio más apropiado (videollamada, chat, correo electrónico, llamada telefónica) para la prestación del servicio.
- Evaluar el estado psico-biológico del paciente y su entorno, actual y pasado (ej. trastornos médicos y/o psiquiátricos, estado y estabilidad mental, historial de tratamiento) y las necesidades terapéuticas, para analizar la conveniencia de los servicios que se le ofrecen.
- Tener en cuenta el conocimiento y competencias del o de la paciente y su entorno en el uso de tecnologías específicas para proporcionar un servicio de telepsicología.
- Evaluar cuidadosamente el entorno en el cual se proporcionarán los servicios, para determinar qué impacto pueda tener sobre la eficacia, privacidad y/o seguridad de la intervención telepsicológica. Ello puede incluir revisar la situación dentro del hogar, el riesgo de distracciones, la posibilidad de violación de la intimidad o cualquier otro impedimento que pueda impactar en una prestación efectiva de los servicios telepsicológicos.
- Conversar con la familia del o de la paciente sobre su rol en garantizar que en las sesiones se eviten al máximo las interrupciones y que el entorno sea cómodo y propicio para maximizar el servicio proporcionado, ya que el profesional no podrá controlar estos factores de manera remota.
- Cuando se considere que seguir con estos servicios ya no es beneficioso o presenta riesgos para el bienestar emocional o físico del paciente y su entorno, el profesional debe conversarlo con la familia así como también comunicárselo al o a la paciente, de

modo de poder realizar un cierre del proceso y finalizar sus servicios. En caso de ser necesario, se derivará el caso u ofrecerá cualquier servicio alternativo necesario.

2) Seguridad y transmisión de datos e información

El uso de las Tecnologías Informáticas de Comunicación (TICs) para prestar servicios psicológicos presenta amenazas potenciales específicas para la seguridad y transmisión de datos e información de cada niño y su familia o cuidadores. Estas incluyen virus de ordenador, hackers, robo de dispositivos tecnológicos, daños en discos duros o portátiles, fallo en los sistemas de seguridad, software defectuoso, facilidad de acceso a ficheros electrónicos no protegidos, o tecnología anticuada. Es importante que el profesional sea consciente de estas amenazas y tome las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos dentro de un sistema de información, considerando diferentes entornos físicos y las TICs.

Por ello, es necesario que el profesional seleccione una plataforma para realizar comunicaciones a través de videollamadas, que cumpla con las especificaciones y certificación de alta calidad en seguridad de información, según la regulación de organismos internacionales. De la oferta de plataformas disponibles hoy en día, se encuentran aprobadas las plataformas de Skype para empresas, Updox, VSee, Zoom for Healthcare, Doxy.me y Google G Suite Hangouts Meet. Además, existen plataformas que, si bien no han sido aprobadas en su totalidad por los organismos internacionales, si cuentan con medidas de seguridad de información aceptables para el ejercicio de la telepsicología, tales como: Apple FaceTime, el chat de video de Facebook Messenger, Google Hangouts, llamadas de video por Whatsapp, Zoom y Skype.

El profesional también debe contar con una adecuada formación o asesoramiento de un experto para analizar los riesgos y fortalecer los procesos de seguridad de la información en cada plataforma. En esta línea, se puede encriptar datos confidenciales para su almacenamiento o transmisión, utilizar otro tipo de software y/o hardware, así como contraseñas seguras para proteger los datos e información almacenados o transmitidos por vía electrónica. Se recomienda además manejar una copia de seguridad de los datos para garantizar que la información siga siendo accesible, en caso de que surjan problemas con el hardware, software o dispositivos de almacenamiento.

A la hora de gestionar archivos de correo electrónico, mensajería en línea y otro tipo de TICs, puede ser preferible, dependiendo del tipo de tecnología utilizada, conservar la comunicación original a conservarla de forma resumida. Además, se sugiere documentar las medidas de seguridad tomadas para proteger los datos e información de cada caso, especificando qué tipos de TICs se emplean (correo electrónico, teléfono, videollamada, mensaje de texto) y de qué manera. Se sugiere además documentar las tecnologías utilizadas para crear, almacenar o transmitir los datos e información. Debe prestarse especial atención a posibles malware, cookies, etc., y eliminarlos de forma rutinaria y continua cuando se utilicen TICs.

1 ANEXO 9: TRANSCRIPCIONES DE ENTREVISTAS

2 Transcripción entrevista T1

3 (Se entregan consignas y se presenta primer episodio seleccionado en video)

4 IR: Ahí está este es el primer episodio, igual dentro de todo podemos devolverlo,
5 adelantarle la idea es como que te ayude a recordar, si?

6 T1: Sí, si me acuerdo de ese momento

7 IR: Súper, entonces la primera pregunta tiene que ver con...considerando esta situación
8 verdad, este episodio. ¿Cómo te sentiste?

9 T1: Emm cómo me sentí, fue como media no sé si es frustrada la palabra, pero o sea
10 como que dije: "como tan olvidadiza", ¿cachay?. Si estábamos hablando del trabajo, de
11 que ella está haciendo la práctica, ¿Me entiendes?. Entonces, volver a decirle como lo
12 mismo en torno como al trabajo fue como, como algo visceral "chuta la estas
13 embarrando". ¿Cachay? Como de sintiendo como que ella va a sentir de que en realidad
14 no le estoy poniendo tanta atención a lo que ella está diciendo si yo vuelvo a repetir algo
15 que ya me lo dijo.

16 IR: ¿Pero que es...?

17 T1: Esa fue como la sensación

18 IR: ¿A qué te refieres con lo visceral?

19 T1: O sea es que me acuerdo que me dio como algo en la guata. ¿cachay? Como me dijo
20 "Ay pero si estoy trabajando en la práctica, o sea a parte de la práctica". Me acuerdo de
21 la sensación que fue como algo en la guata así como de...como "la embarre", ¿Cachay?
22 Como...

23 IR: Mmm ¿y si tuvieras que ponerle un nombre a esa sensación?

24 T1: Si es que por eso te digo no sé si es como de frustración de decepcionarla, como...
25 "no estoy haciendo bien la pega", como en ese sentido no sé pero eso, no sé, frustración
26 puede ser, no se me ocurre otra...

27 IR: ¿Emoción?

28 T1: como emoción.

29 IR: ¿Quizás una emoción más básica?

30 T1: Es que no fue pena, ni rabia...no... como decepción conmigo misma, eh...eso yo
31 creo entre frustración, decepción.

32 IR: ¿Qué emociones crees tú experimentar en esa situación?

33 T1: ¿Cómo?

34 IR: ¿Cuáles emociones crees tú que experimentaste en esa situación además de eso?

35 T1: Eso, creo que un poco de angustia puede ser, como angustia, decepción,
36 frustración...eh como de crítica conmigo misma como de “ohh la estoy embarrando”,
37 ¿cachay?

38 IR: ¿Como rabia contigo misma? ¿O molestia?

39 T1: No, no alcanza a ser rabia. No, no alcanza a ser rabia.

40 IR: ¿Cuál sería como...?

41 T1: Es como desilusión. No sé si tampoco decir desilusión porque es como...yo diría
42 como entre como más alerta como que “chuta la estoy embarrando”. Entonces como que
43 "la embarré".

44 IR: ¿Preocupación?

45 T1: ¿Ah?... Sí, puede ser preocupación, si puede ser como más preocupación.

46 IR: ¿Y cuál fue la secuencia de estas emociones que mencionaste recién en el tiempo de
47 este episodio?

48 T1: Eh.. primero fue lo visceral, como la sensación del estómago, después fue como
49 “chuta la estoy embarrando” como de preocupación podría ser y mmm después podría
50 ser un poquito como de angustia y ya después podría ser un poco de frustración.

51 IR: Oye T1, y ¿Cuál crees tú que fueron los pensamientos que tuviste al respecto?

52 T1: "Piensa que no le estoy poniendo atención". Ese es como el, el pensamiento.

53 IR: ¿Eso pensaste de ella?

54 T1: Sí, que ella no me estaba...o sea que ella piense que yo no le estoy poniendo
55 atención. O sea y también de como que, como “La estay embarrando”, ¿Cachay? Como
56 de ese pensamiento mio fue de como, eso: “La estay embarrando”.

57 IR: ¿El tema del trabajo era un tema que había conversado en sesiones anteriores
58 entonces? ¿A eso te refieres?

59 T1: No, no. No es como de sesiones anteriores sino como el hecho de repetir lo mismo,
60 es como que la estay embarrando po. O sea si ya te dijo, ya están hablando del tema de
61 que está trabajando...ja en la práctica y yo le vuelvo a decir “¿ah y ahora estas

62 trabajando?" entonces es como es como que "de qué estay hablando?" O sea...como tan
63 olvidadiza, como tan pajarona, ¿Cachay?, como que ese fue mi pensamiento conmigo.
64 ¿cachay? Y en relación a ella es como "No le estoy poniendo como tanta atención".
65 "Ella debió haber pensado que no le estoy poniendo tanta atención a lo que ella está
66 hablando", si le hago esa pregunta.

67 IR: Mmm... volviendo a las emociones, ¿Cuál fue el origen crees tú de estas
68 emociones?

69 T1: Eso po, como volver a repetir la misma pregunta y que ella me lo diga po, me dice
70 "bueno aparte de la...". Igual ella se lo toma bien, no me dice como "oye ya estamos
71 hablando de eso, ¿cómo me haci esa pregunta?". Ehh pero ya me perdí de lo que te
72 estaba hablando...jaja

73 IR: Como el origen.

74 T1: ¿Cuál era la pregunta?

75 IR: El origen de estas emociones.

76 T1: Ah si po, es como la respuesta de ella. Que ella dice: "es que yo ya estoy
77 trabajando". Entonces desde ahí, ese es el origen, esa respuesta que da ella como
78 diciendo: "como si ya lo hablamos, ya lo estamos hablando".

79 IR: ¿Sería como al final de este episodio que..? De todo lo que conversaron

80 T1: Sí

81 IR: ¿Eso es lo que tú identificas que produce estas emociones?

82 T1: Sí

83 IR: ¿Al principio de este episodio no te..?

84 T1: No

85 IR: ¿No sentiste nada, quizás alguna emoción positiva?

86 T1: Eh... ¿a ver me lo puedes poner de nuevo?

87 IR: Claro...

88 T1: Desde el principio...

89 (Se reproduce nuevamente el episodio)

90 T1: Ya páralo...

91 IR: ¿Ahí?

92 T1: O se..Claro. Ahí es un poco lo que me pasa de reforzarla a ella, porque su tema
93 principal era el tema de las habilidades sociales. Por eso ella consulta. Entonces de
94 cierta forma el reirme con ella, como empatizar con esto de que el jefe la invite, como
95 que le estoy demostrando que en realidad pareciera ser que sus habilidades sociales no
96 son tan malas, si es que el jefe la invita a carretear. ¿Cachay? Como hacer una actividad
97 como fuera del trabajo. Entonces por eso es como la alegría de ese momento como de
98 demostrarle más como en el lenguaje no verbal que en realidad no están malas sus
99 habilidades sociales como ella cree.

100 IR: Claro, como que en el fondo no tiene porqué preocuparse tanto de eso.

101 T1: Claro, claro. Eso es como lo que se muestra como positivo, es como decirle ahí “ah
102 mira pareciera ser que en realidad no lo estabas haciendo tan mal como tu pensabas”.

103 IR: Mjum, oye y ¿cuáles fueron tus pensamientos entonces si hablamos del episodio en
104 general?

105 T1: Es que ahí, según yo destaco un episodio el hecho como solito, este que yo digo “ah
106 ¿entonces no estás trabajando entonces?”, ¿Cachay?, como que yo me focalicé como en
107 el trabajo como más extraordinario que tiene, que tenía ella en la U, entonces por eso
108 fue como la pregunta, yo destacaría eso como distinto a este otro que tú me muestras al
109 principio.

110 IR: Ya

111 T1: ¿Cachay? como es como que encuentro que va bien la terapia en términos como de
112 que de reforzarle el tema de las habilidades, que ella me está contando como
113 entusiasmada, como alegre y yo también como que siento que engancho con eso pero
114 como que me dice esto del trabajo y yo dije “puta la cague”, ¿Cachay? O sea...

115 IR: ¿Era el trabajo un tema como recurrente en las sesiones anteriores también?

116 T1: Sí, como ella está en la práctica si po, era un tema de que ella se iba a tener que ir a
117 Santiago, que íbamos a tener que tener las terapias online entonces de cierta forma
118 también dirigía un poco en términos como de las sesiones terapéuticas porque cambiaba
119 un poco el encuadre. Ella quiso ir a la primera sesión presencial para conocerme bien.
120 Entonces sipo, pasa a ser un tema como en relación a lo del trabajo porque depende un
121 poco como de sus tiempos también, de los míos y como que dirige un poco la sesión y
122 también pensando un poco también en el tema de sus habilidades sociales del..que era
123 su tema de consulta y también dirige porque es una oportunidad para ver cómo se va a
124 desenvolver ahí, como qué tan bien se va a sentir. Que era como una...porque nosotras

125 empezamos antes de que ella empezara a hacer la práctica, las sesiones entonces como
126 que estaba un poco esa incertidumbre, de esto como de que va a pasar.

127 IR: Mmmm, ¿venía asociado al motivo de consulta entonces?

128 T1: Es que no tan directamente...

129 IR: ¿No?

130 T1: No, es como algo circunstancial no más, porque ella, su motivo de consulta viene
131 por otro, por lo que le paso con el pololo en Europa creo si no me equivoco. No tiene
132 que ver con, no no nunca fue “oye voy a empezar a trabajar entonces quiero ver
133 como...” no nunca fue así tan directamente.

134 IR: ¿O sea era un tema como para entrar a otro más profundo?

135 T1: ¿Cómo?

136 IR: Digamos como más relacionado al de las habilidades sociales...

137 T1: Si po, si o sea es como un tema que aparece su motivo de consulta, ¿Cachay? Como
138 que uno puede ir abordando distintos temas de acuerdo al día a día de lo que le va
139 pasando a la paciente pero eso ahí es un tema más profundo que tiene la idea de, por lo
140 menos como trabajo yo, es de irlo relacionando con su motivo de consulta.
141 Independientemente del tema que traiga a colación.

142 IR: Okay... Oye y, ¿Cuál crees que fueron, en este episodio, la causa de estos
143 pensamientos? Este en particular de la atención, por ejemplo, de pensar que ella podría
144 pensar que no le pones tanta atención.

145 T1: Por eso que ella dice poh, lo del trabajo dice: “No, no estoy trabajando.”

146 IR: Solo...

147 T1: O me sorprende como eso, como que estamos hablando bien y como que me dice
148 eso y si, en realidad poh.

149 IR: ¿solo eso? O hay alguna otra parte del episodio...

150 T1: No, solo eso.

151 IR: ...que te hace pensar eso. Ya... ¿tú crees que ahí como que la notaste un poco
152 más...?

153 T1: Sí, si me acuerdo.

154 IR:....un poco más

155 T1: No sé si habrá sido rollo mío pero yo sentí (ríe) eso en ese momento....no...

156 IR: Ya... ¿qué crees tú qué hiciste en ese momento como para, digamos, sobrellevarlo?

157 T1: Eh..no po, eh... valide un poco lo que ella venía diciendo po, que en realidad ella
158 tenía razón con lo que estaba hablando. Que en este caso era que si estaba trabajando, y
159 ya tenía un trabajo. Como el validar el pensamiento de ella.

160 IR: Mmm, ¿Habrá tenido alguna consistencia entre los pensamientos y tus emociones en
161 ese momento?

162 T1: ¿A qué te refieres con consistencia?

163 IR: ¿Como relación entre lo que sentías en ese momento y lo que pensabas?

164 T1: ¿Lo que yo sentía y lo que yo pensaba?

165 IR: Mjum, respecto a la conversación.

166 T1: Sí po...Sí yo creo que sí

167 IR: ¿Qué motivó..?

168 T1: A lo mejor no tiene tanta consistencia. Bueno pero igual es un espacio terapéutico
169 porque a lo mejor en otra circunstancia, como en la vida uno podría haber dicho: "sabi
170 que esto como que la embarré". En ese sentido no fue tanta consistencia como de decirle
171 a ella: "oye sabi que como que siento que la embarré con decirte esta pregunta", si ya
172 estamos hablando de eso, ¿Cachay?, como esa parte de coherencia yo no, no la dije si lo
173 que me quedé con...validé lo que ya estábamos hablando no más pero no me hice cargo
174 un poco de lo que a mí me estaba pasando con esa respuesta de ella.

175 IR: Claro, no lo explicitaste en el fondo.

176 T1: No. No po, me quedé con lo de ella no más.

177 IR: También por el tema del tipo de relación terapéutica que es distinta.

178 T1: Si yo creo porque también...si, aunque no sé si estará bien o mal en realidad...
179 tampoco hubiese tenido una...

180 IR: ¿Podrías haber develado?

181 T1: Claro, no sé si hubiese cambiado mucho como se hubiese sentido ella si le digo y
182 voy, "oye chuta en realidad como que nada que ver que te hice esa pregunta si ya
183 estábamos hablando de eso" ...a lo mejor.

184 IR: ¿Podría haber sido una opción, así como de comportamiento tuyo el haber develado
185 eso?

186 T1: Sí, podría haber sido también.

187 IR: Mmm, Oye y ¿Qué te motivó a comportarte de esa forma? ¿Digamos como haber
188 validado esa parte de ella o como haber reconocido implícitamente?

189 T1: Ehmmm o sea es que en realidad ella tenía razón por lo que estábamos hablando.
190 Tenía razón al decirlo así, o sea “estoy trabajando en eso”. Ehh...eso...o sea encuentro
191 que venía con un poco con la dinámica que se estaba formando ahí por. No sé cómo
192 explicarte muy bien esa pregunta, la respuesta.

193 IR: Luego de ese episodio, tu le haces una pregunta a ella como para entrar a un tema un
194 poco más profundo..

195 T1: ¿Ya?

196 IR: ¿Te la muestro?

197 T1: Ya

198 (Se revisa el extracto)

199 IR: ¿Tú sientes que hubo un cambio ahí?

200 T1: Sí por, sí. Como que cambié el tema al tiro.

201 IR: ¿Por qué crees tú que te comportaste de esa manera?

202 T1: Sí por, tiene que haber sido donde me sentí como incómoda por

203 IR: ¿O no era parte de la estrategia de la terapia, como llegar a ese tema?

204 T1: No. Sí había que llegar a ese tema.

205 IR: Ya

206 T1: Sí, como dentro de lo que yo tenía propuesto para la sesión, sí había que empezar ya
207 como a profundizar en términos más allá de lo de la práctica y todo, que se podía
208 reforzar porque era lo que traía pero como dentro de los objetivos como ya de como de
209 sesión sí por había que entrar a profundizar. Pero igual siento, ahora que me lo muestras,
210 que fue como ya de lleno entramos...jaja ¿cachay? Como que no hubo...como que hubo
211 un tema y ahora es otro tema. ¿Cachay? Como que no hay como tanta conexión entre lo
212 que estábamos hablando y lo que viene. Ahora que, no me había fijado en eso por, siento
213 que igual hay como que se te pasa. Pasa a otro tema, ¿cachay?. Que a lo mejor podría

214 haber sido como más conexión entre lo que veníamos hablando y como profundizar en
215 el tema.

216 IR: ¿Cómo podrías haber hecho esa conexión?

217 T1: Ah chuta no sé. Es que no me acuerdo tanto como de la sesión pero a lo mejor como
218 haberle como resumido un poco más...”ya entonces estas con la práctica, ha estado bien
219 pensando un poco como en los objetivos de terapia, lo que vimos la semana pasada”.
220 Algo así yo creo.

221 IR: Ya, oye entonces un poco tratando de resumir el episodio, para ti tiene que ver como
222 una antelación, ¿verdad?, un tema más profundo, sondear el tema laboral que tiene que
223 ver con sus habilidades sociales pero quizás no tan directamente.

224 T1: Claro

225 IR: Así como le preguntas después, ¿verdad? digamos con el trabajo, con la reflexión

226 T1: Mjum. Si po, además que fue como al inicio de la sesión eso, ¿no cierto?

227 IR: Claro, claro los primeros 5 minutos.

228 T1: Mjum

229 IR: Oye si te estabas sintiendo en ese momento, ¿verdad?, como un poco frustrada,
230 ¿verdad? Como un poco angustiada...

231 T1: Incomoda yo creo que es la palabra

232 IR: Incomoda, ¿verdad? Estabas pensando que estabas repitiendo un poco..

233 T1: O sea me dura 5 segundos. ¿cachay? O sea no es que me quede pegada toda la
234 sesión con que, con que chuta estoy incómoda y me...no. Fue como el momento, ya si
235 me sentí incomoda pero ya como centrada como al tiro como: ”ya dejémoslo de lado
236 centrémonos como en lo importante”.

237 IR: Ya

238 T1: ¿Cachay? No es como que me queda dando vuelta. Después igual me acordé de la
239 sesión, incluso te lo dije creo cuando hablamos, te lo dije yo creo que ese momento es el
240 como el momento clave, o sea igual es como algo que recordé pero tampoco me quede
241 pegada como pa’...como que andar pensando en eso o seguir sintiendo la sensación.

242 IR: ¿Durante la sesión dices tú?

243 T1: Sí

244 IR: ¿A propósito de ese momento?

245 T1: Mm

246 IR: Ya. Oye ¿y el pensamiento de desilusionarla o decepcionarla entonces tampoco
247 quedó dando vueltas?

248 T1: ¿Después de la sesión o en la sesión?

249 IR: Mjum, no ¿dentro de la sesión?

250 T1: No, no no.

251 IR: Ya, pero entonces en ese momento en particular, te frustraste, te angustiaste, te
252 incomodaste en el fondo...

253 T1: Sí

254 IR: Pensaste que esto podría estar pensando ella, ¿verdad? De no (T1: Sí) de que no
255 estabas poniendo atención y que reaccionaste en el fondo validándola, ¿Sí?, ¿Cuál crees
256 tú que era el objetivo de todo ese episodio?

257 T1: O sea ¿tú dices como el episodio de la sesión? O el episo..o la...de ese como
258 episodio (IR: De esos minutos que te mostré) de todo este primer minuto o cuando ella
259 me dice y yo le hago como esto, como que le digo "Ah sipo en realidad".

260 IR: De ambos, del episodio de esos 4 minutos y tanto que te mostré y también de ese
261 episodio que tu consideras más significativo.

262 T1: O sea el objetivo de los primeros 5 minutos es saber en que esta, como ha ido la
263 semana y como ha andado en términos de su objetivo terapéutico y al darme cuenta de
264 que había como algunos atisbos como positivos, como reforzarle eso.

265 IR: Ya

266 T1: Pero también yo andaba como nerviosa por el tema de la grabación. Entonces tenía
267 ...como está la grabación, entonces también estaba ahí un poco como pensando en lo de
268 la grabación y yo creo que por eso también, o no sé si habrá sido eso, pero como no
269 tenía, no estaba como tan centrada en lo que me estaba hablando, sobre todo los
270 primeros minutos. Entonces yo creo que ahí aparece esto como que yo digo "ah lo del
271 trabajo" porque en realidad no tenía como en mi cabeza 100% lo que ella me estaba
272 hablando, ¿cachay?. Entonces, cuando me dice eso yo la valido como pa mantener el
273 vínculo de la alianza terapéutica. ¿No cierto?, que no se vea perjudicada con esta
274 situación y de poder centrarnos en lo que ella trae a consultar, como que sea productiva
275 también la sesión en la que estamos.

276 IR: Mmm, en el fondo mantener un poco el vínculo

277 T1: Claro

278 IR: Antes de entrar a esto más profundo, ¿Sí?

279 T1: sí

280 IR: Ok, ¿Qué crees tú que de este episodio te hizo sentir más frustrada o más incómoda
281 en particular?

282 T1: En cuando ella dice po, dice: “Ah bueno aparte de, del trabajo de la práctica no en
283 nada más”. Esa frase es la que me hace sentir incómoda.

284 IR: ¿Por qué?

285 T1: Porque es cómo que me repite lo mismo que hemos estado hablando antes de su
286 práctica, en realidad claro, estaba trabajando ya, ¿Cachay?

287 IR: ¿O sea hacerla entregar la misma información?

288 T1: Claro, sipo, como de ser redundante y como tan, y como de una pregunta de
289 despistada, ¿Cachay? como que con su respuesta me doy cuenta que mi pregunta fue
290 una pregunta como de despistada.

291 IR: ¿Despistada? Ese es como un concepto nuevo que te viene ahora.

292 T1: Sí como no estar poniendo tanta atención po.

293 IR: Ya

294 T1: ¿Cachay? Cómo te dije de como que ahí refuerzo como que en realidad que no me
295 estoy centrando 100% en lo que estamos hablando

296 IR: ¿Te hace además de eso, de ese episodio en particular, como el micro episodio del
297 episodio, sentir eh despistada otra parte del episodio? ¿En relación al objetivo de la
298 sesión?

299 T1: ¿Cómo? No te entendí

300 IR: Si es que además de ese micro episodio, ¿verdad?. Cuándo te hace, te responde del
301 trabajo ¿hay otra parte de esos 4 minutos y tanto que te hayas sentido despistada
302 también?

303 T1: No

304 IR: ¿No?

305 T1: No, ningún otro. Ah lo que sí, que puse atención ahora, es que yo estoy como que
306 miro para el lado pero eso es, que se ve como raro en el video. Como que la vista se me
307 va para el lado y ahí seguramente escribí algo.

308 IR: Mmm, claro como tomando apuntes al lado.

309 T1: Sí, puse algo. Anoté algo de apunte pero pareciera ser a simple vista, si yo lo veo,
310 por lo menos ahora cuando lo vi, suena como que en realidad no estoy pendiente, como
311 que me fui pendiente a otra cosa, ¿cachay? No se si queda, quedará tan claro como para
312 la paciente que estoy anotando lo que ella me dijo.

313 IR: ¿Eso te hizo pensar en ese momento?

314 T1: Sí. No, pero ahora en el video.

315 IR: Ah ya, no en ese momento que lo viviste.

316 T1: No, en el video no cache. De hecho ahora igual estoy pendiente si.., porque tu video
317 esta acá al lado y la cámara yo la tengo acá al medio, entonces también como que no sé
318 si (risa) estoy mirando para el video pero la cámara esta allá.

319 IR: ¿Ahí?

320 T1: No, no, no, si es del...como aparece acá, a lo mejor yo tengo que arreglarlo.

321 IR: Si quieres puedo correrla un poco, ¿mm?

322 T1: No pero que es donde está el video, esta central acá, ¿cachay?

323 IR: ¡Ahh!

324 T1: Entonces los videítos quedan, de nosotros están como al ladito.

325 IR: Ya

326 T1: Ehhhhmmm eso, eso. Cuando vi el video ahora me, pensé que a lo mejor para la P
327 podría haber sido que ella hubiese pensado que yo no estoy poniendo tanta atención,
328 pero no era, no era así, sino que estaba anotando, ¿Cachay?

329 IR: Entiendo. En un momento, hace un rato me dijiste que no sentiste, o sea sentiste eso
330 en un momento y se te pasó después, ¿Sí?

331 T1: Sí

332 IR: ¿Cuándo cambio ese estado de ánimo?

333 T1: Cuando cambiamos de tema po. Cuando ya empezamos a cambiar el tema y a como
334 profundizar en la terapia y ya, ya pasa po. Como que hay que centrarse en lo otro ya.

335 IR: Ok, ¿Y cómo es que cambio?

336 T1: Ehh, porque o sea yo creo que eso es una característica no sé si mía po, como de
337 centrarme más como en el objetivo que en lo que sentí yo po, como de algo como más
338 consciente mío como “ya dejémoslo de lado, a lo importante”, ¿cachay?

339 IR: ¿Hubo algún elemento interno, externo que te hizo sentir el cambio de ánimo?

340 T1: O sea, en la sensación de incomodidad y de ella me dice “ya hay que salir de esto,
341 entonces hay que centrarse como en lo importante”, ¿cachay? O de...eso es lo que...no
342 me quedo con la sensación po, ya me como que me focalizo en el objetivo de la terapia.

343 IR: ¿Eso visceral se fue entonces?

344 T1: Si, dos segundos y...

345 IR: Mmm, oye...me comentaste en un momento que estabas pensando en esta, digamos
346 como falta de atención, ¿verdad?

347 T1: Mjum

348 IR: Eh..¿Qué tan profundo creiste en ese momento que ella estaba no, digamos
349 pensando que no estabas atendiendo, que estabas distraída?

350 T1: No, no lo pensé en ningún momento hasta cuando ella dice la frase, antes no lo sentí
351 ni lo pensé.

352 IR: Pero cuando lo pensaste, ¿Lo sentiste muy profundo? ¿Muy como muy claro?

353 T1: No, no fue que yo como que tuviera certeza de que era así. Sino que fue como
354 "puede ser que"... ¿cachay?. Pero tampoco sentí que de parte de ella como que hubiese
355 una respuesta como que me reafirmara que en realidad no le estaba poniendo atención.
356 En ningún momento me dijo nada, ella se veía como bien contenta con la sesión, como
357 reactiva, alegre, no no hubo nada como de parte de que me hiciese pensar eso. Sino que
358 es como algo más mío encuentro yo.

359 IR: ¿Crees tú que a lo mejor es posible...?

360 T1: No sé, a lo mejor tendría que ver si es que aparece algo en el video pero de lo que
361 me acuerdo siento que fue como algo mio, en donde me dice esa respuesta.

362 IR: Ya

363 T1: Más allá de su respuesta, como en términos de su lenguaje no verbal o de su actitud
364 hacia la terapia, no encuentro que haya cambiado.

365 IR: Ya, ¿en ese episodio en particular dices tú?

366 T1: Mjum

367 IR: ¿Oye y crees tú que era posible tener una interpretación diferente de esto que
368 ocurrió?

369 T1: Sí, sin duda que puede ser po

370 IR: ¿Cómo de qué tipo por ejemplo?

371 T1: Ah no sé jaja, esa es la que se me ocurre a mi pero no sé si podrá haber otra. O sea
372 puede haber otra pero no, no sé, no se me ocurre que podría ser.

373 IR:¿ Si tuvieras que pensar en una interpretación distinta...?

374 T1: Ehh...no sé, ¿como un impasse terapéutico dices tú? Es que yo siento que
375 igual...sin duda que pudo haber sido un impasse terapéutico pero siento que... o sea el
376 impasse se da por sentirme que estuve desatenta.

377 IR: Mjum, pero quizás haberlo interpretado de una manera quizás no negativa o de
378 distinta forma en el fondo, quizás no tan relevante...

379 T1: O sea, es que lo del principio si po, puede ser como de fortalecimiento del vínculo,
380 ¿cachay? Como esto de estar las dos contentas, como que ella se ría, yo también me rio
381 de vuelta. Como antes de esa retroalimentación, si yo encuentro que se puede dar como
382 una interpretación como más positiva, como de como que están las dos motivadas con la
383 sesión.

384 IR: Ya, oye y ¿qué podría haber sido ese cambio? O si hay una nueva reinterpretación
385 de ese episodio, ¿Qué podría haber cambiado en ti?

386 T1: ¿Cómo cambiado? ¿En qué momento cambiado?

387 IR: ¿En tus pensamientos, en tus emociones?

388 T1: Lo mismo que te digo, como es esa respuesta que ella da, como que al principio,
389 que ella sonrío, yo sonrío.

390 IR: ¿Pero podría haber sido distinta entonces tu emoción, tus pensamientos?

391 T1: Es que en ese momento era positivo, si en ese momento yo no estaba con una
392 emocionalidad como de sentirme desatenta o frustrada, ¿cachay?, sólo pasa cuando me

393 dice lo del trabajo pero antes no había una emocionalidad negativa. Entonces no, era
394 positivo.

395 IR: Mjum, ¿en ese momento solamente?

396 T1: Claro

397 IR: ¿Oye y hay algo que podría haberte ayudado a cambiar tu punto de vista en
398 comparación...?

399 T1: ¿Del último momento?

400 IR: ¿...A ese último momento? Sí

401 T1: Eh... si po a lo mejor como la respuesta de la P. Así como si ella te hubiese dicho
402 como algo como no se po, como: “si en realidad no hay otro..”, de hecho como que algo
403 dice ahí: “como que no pero en realidad...no estoy trabajando como si es algo fuera de
404 mi practica”. Y yo creo que eso también me tranquilizó, que no es como que me dijo
405 como: “¡Ay no pero si estoy trabajando sólo...estoy trabajando po!”. No fue como una
406 actitud, como un lenguaje no verbal, como de recalcar me de que yo me había
407 equivocado, ¿cachay? Sino que la actitud de ella también es como bien congraciativa
408 como que no, yo creo que eso igual ayudo a que no perdurara, no se mantuviera esa
409 sensación.

410 IR: ¿Crees tú que pudiste haber dejado pasar mucho tiempo antes de entrar en una
411 profundidad en la terapia?

412 T1: ¿Con 5 minutos?, ¡No!. No, no encuentro.

413 IR: Ya

414 T1: No, 6 minutos encuentro que incluso es como igual dentro de todo un poco pronto
415 podría ser. O sea cuando ya pasan como 15 minutos y tú ves que, como que en realidad
416 el paciente se va desviando del...como que no hay de donde agarrarlo de lo que uno
417 quiera, ahí si po pero 5 minutos no, no creo.

418 IR: ¿Y la sentiste a ella un poco desviada de...?

419 T1: No, no pa' nada, tampoco. No po si esta partiendo como de su semana, como
420 contando un poco como lo inicial.

421 IR: Ok, Oye ¿Durante este episodio...? Dijimos que las preguntas pueden ser un poco
422 redundantes.

423 T1: ¡Sí!, está siendo bien redundante

424 (Ambos ríen)

425 IR: Pero, ¿Te sentiste por casualidad en un estado de confusión, como dentro de un
426 sueño o una sensación que no era muy real?

427 T1: No, así como que no es muy real no. Pero a lo mejor si como confundida, como
428 cuando me dice esto del trabajo ahí, claro. Milisegundo confusión y como que ya
429 centrarse “ya que me está hablando”, ¿Cachay? Como...pero no como de sue...de estar
430 como irreal así como...no. No como un sueño, como como se lla...como no sino sólo
431 como la confusión de como “ah, chuta lo que me dijo”.

432 IR: Mmm, como el momento digamos de incomodidad.

433 T1: Claro, pero como de esa confusión de como poder integrar lo que me está diciendo
434 como “ya que me dijo”, que son milisegundos pero no como confusión así de como
435 cuando uno está y no esta...despersonalizada no.

436 IR: ¿Y alguna vez has experimentado este estado de confusión? ¿De sentirte como en un
437 sueño? ¿O entre la niebla?

438 T1: ¿En la terapia?

439 IR: Mjum

440 T1: No, nunca

441 IR: ¿O en tu vida en general?

442 T1: No, cuando uno tiene los dejavú puede ser pero así como un estado más permanente
443 no..

444 IR: Ok, eh ¿Has pensado o algunas vez has tenido, perdido la consciencia dentro de ese
445 episodio, verdad, el tiempo o el espacio? ¿O sentirte como fantaseando en el episodio?

446 T1: No

447 IR: ¿No?

448 T1: No po

449 IR: Yo sé que es una pregunta extraña pero...

450 T1: Sí, suena como preguntas como de psicótico (IR ríe) si soy psicótica o no.

451 IR: No, no es una forma de preguntar un aspecto de la metacognición. Pasando entonces
452 a otra sección, si es que en algún momento estuviste experimentando estas emociones
453 como de sentirte como incómoda, frustrada, decepcionada o desatenta, y te sentiste de

454 esa manera digamos como como dijiste angustiada en un momento ¿crees tú que sueles
455 sentirte, sueles sentir, pensar o experimentar este tipo de cosas en los episodios
456 terapéuticos?

457 T1: Eh, sipo cuando hay impasse terapéutico si, si algunos son peores que este.

458 IR: ¿Tú categorizarías esto como un impasse sinceramente?

459 T1: Sí

460 IR: ¿Sí?

461 T1: Sí

462 IR: ¿Qué es lo que te hace estar segura de eso?

463 T1: No, que puede pensar que la psicóloga que no pone atención. Como que puede ella
464 haber quedado con: “como tan desatenta”, “pregunta cosas que recién le pregunté”.

465 IR: Mm, ¿Cómo explicarías tu reacción típica?

466 T1: Es más como sumisa, como de aceptar no más de lo que me dice. No entrar en
467 conflicto, no entrar en conflicto con lo que me está diciendo. Sino “si, en realidad
468 puedes tener razón, ¿qué es lo que te hizo verlo así?, la idea no es que te sientas así” o
469 “Ojalá que para futuras sesiones me lo puedas transmitir también porque yo siento que
470 eso puede ser de ayuda como para que la terapia funcione”. Bajo esos términos, como
471 tratar como de ser como más sumisa y como de entender un poco lo que pueda estar
472 sintiendo el paciente.

473 IR: ¿En este caso que ella no lo explicito pero tú lo percibiste, tú sientes que tu reacción
474 también fue sumisa como dices tú?

475 T1: O sea fue como de 2 segundos, fue como “ah ya” y como que cambié el tema, como
476 ella tampoco vio tanto como pa seguir en eso. Yo tampoco sentí que era la idea
477 quedarse pegada en eso si había que cambiar el tema. Que no fue tan tremendo
478 tampoco.

479 IR: Claro, ¿Alguna vez has experimentado una reacción diferente...(T1: ¿En sesiones?)
480 frente a episodios similares? ¿Cómo diferentes emociones o pensamientos?

481 T1: Eh si po o sea cuando son como más fuertes, sipo. O sea, de hecho hace poco me
482 paso con una paciente que fue súper despectiva y con ella le dije que en realidad, si ella
483 sentía que no estaba cómoda que se buscara otro psicólogo.

484 IR: Ah, tuviste, digamos, otra reacción.

485 T1: Sí, ahí fue otra reacción pero es o sea ese ha sido un caso en mucho tiempo. Pero a
486 veces si también...no ha sido la única vez, también otras veces me ha pasado que les he
487 dicho si en realidad no se sienten cómodos no es la idea que siga viniendo. Que si siente
488 que no hay avance, que en realidad no tiene porque sentirse así, si no encuentra que no
489 va a funcionar que busque a otra persona, esas también han sido otras respuestas.

490 IR: ¿Podrías describirme mejor ese episodio como diferente con esta otra paciente?

491 T1: Con la última fue emm una paciente nueva, ella entró al box y...

492 IR: ¿Estaban de manera presencial entonces?

493 T1: Sí, presencial. Entró al box y algo se quejó del box no me acuerdo de..."que hace
494 calor acá, ¿puedes abrir las ventanas?, oy que esta... algo como": ya entró con una
495 actitud como negativa. Entonces yo dije "sí", creo que era abrir las persianas o cerrarlas
496 no me acuerdo, "si las voy a cerrar" o si dijo que tenía calor, le dije "Ya voy a abrir la
497 ventana". Y después le empiezo a preg...bueno le explico que es una primera sesión, de
498 que es harta pregunta, de que generalmente hago eso como para que no se sientan tan
499 intimidados los pacientes y le pregunto...emm...no me acuerdo si era a que se dedica su
500 marido o a qué se dedica ella, a que se dedica ella, ni siquiera el marido y...

501 IR: ¿Era una primera sesión también...?

502 T1: Una primera sesión, cuando le pregunto como te llamas, tu nombre, edad, a qué te
503 dedicas y ella me dice "Ay ¿y tan importante es que te diga eso? ¿Qué relevancia tiene
504 que te diga a que me dedico?". Entonces ya es una ya...entonces le dije bueno, ahí fue
505 lo sumisa, en realidad es como para irte conociéndote más, de que a que te dedicas...
506 Entonces "a ya" y me dice...y después ya estábamos como le hago preguntas y sus
507 respuestas fueron como súper como poco o sea súper concretas...como que no se
508 explayaba en nada.

509 IR: ¿Como cortantes?

510 T1: Claro, así como súper cortantes y en algún momento me dice: "oye sabi que en
511 realidad como que no me siento cómoda con tus preguntas"...no me esperaba que la
512 sesión fuera así" y ahí le dije: "pucha lo principal es que tú te sientas cómoda con un
513 terapeuta porque tu vas a contar cosas importantes que te han pasado en la vida y la idea
514 es que te sientas contenida y la verdad es que..."...me dijo "no, la verdad es que yo no
515 he sentido nada en esta sesión". Entonces yo le dije: "pucha entonces a lo mejor si no te
516 has sentido cómoda... yo creo que lo principal para que tu tratamiento funcione es que tú
517 te sientas cómoda entonces a lo mejor tienes que buscar otro profesional", y me dijo:
518 "Ah esto lo voy a hablar con el psiquiatra que me derivó porque encuentro que como

519 no...como no me sentí de cómoda” y yo le dije: “bueno hablalo con él”. Debut y
520 despedida.

521 IR: Claro

522 T1: Y después entró con el psiquiatra que trabaja al lado y le dijo.

523 IR: ¡Ah! O sea fue inmediato.

524 T1: Jaja...no sé que dijo. Y ahí nada po, le...no pero ya...a lo mejor si hubiese sido más
525 chica hubiese tenido más paciencia pero ya con 15 años no toy pa’ recibir tanta pesadez.

526 IR: ¿Cómo explicas la diferencia T1 de esta reacción en este episodio verdad como más
527 sumiso en este caso con la P y con esta otra paciente? A propósito de tu reacción...

528 T1: O sea, es que al principio con la paciente o sea igual como que...igual hice todo lo
529 que ella estaba pidiendo pero en algún momento ya me saturó y bueno igual encuentro
530 que es verdad po si ella no se siente cómoda tampoco vamos a llegar a ninguna parte. Si
531 tampoco es como que me saturara, con ella me dio rabia. ¿Cachay?, ya no es como esta
532 sensación de incomodidad, no po con ella me dio rabia, me sentí descalificada,
533 denigrada. También me miró de arriba abajo cuando llegó, entonces ahí fue distinto po.
534 Y esa rabia me quedó dando vuelta y le conté al psiquiatra y le conté al otro psicólogo
535 que la derivaron, ¿cachay que eso ya es un episodio mayor que en realidad...?. Yo no
536 estaba ni ahí que si ella volvía conmigo que le dijeran que yo no le iba a dar hora.

537 IR: Claro, como que hubo un episodio, como un impasse mucho más confrontacional
538 por decirlo así.

539 T1: Sí poh

540 IR: Oye y ¿recuerdas otros episodios como de reacciones típicas como este episodio con
541 P en particular, como enfrentando situaciones similares?

542 T1: ¿Con la P o con otros pacientes?

543 IR: Con otras pacientes o con la misma P, pero que haya sido un episodio similar a este,
544 más que confrontacional.

545 ...

546 IR: Te decía con la misma P o con otros pacientes pero del mismo estilo, ¿verdad?,
547 Como episodios del mismo ...

548 T1: No, con la P no recuerdo que me haya pasado otro así, con otros pacientes sí, de
549 repente como que uno me ha dado esta misma sensación en la guata, así como que "la
550 embarré". ¿Me escuchas?

551 IR: Yo te escucho pero un poco fraccionado. ¿Tú me escuchas a mí?

552 T1: Sí, pero está desfasado. O sea esta como pegado tu video (IR: ¿Ahí sí?) Bueno pero
553 te escucho en todo caso.

554 IR: Sí, Oye y ¿Has tenido entonces este tipo de circunstancias con otros pacientes como
555 esta incomodidad?

556 T1: Sí.

557 IR: Si le pudieras poner un nombre a esta incomodidad, ¿cuál sería, emocionalmente
558 hablando?

559 T1: O sea como de emoción... es como “La embarré”, eso es como la frase que se me
560 viene.

561 IR: ¿Como culpa?

562 T1: Sí, puede ser un poco culpa.

563 IR: ¿Así como hablando emocionalmente?

564 T1: Sí, sí, como culpa.

565 IR: ¿Esa culpa sería como inicial dentro de esta secuencia de emociones que
566 mencionaste anteriormente?, o ¿más bien al final? O entremedio.

567 T1: Emm... como que sí es algo que te queda dando vuelta después, puede ser eso.
568 Como con otras situaciones a lo mejor más graves. Sí, es como culpa.

569 IR: No fue este caso, ¿entonces?

570 T1: Emm, sí, igual puede haber sido un poco.

571 IR: ¿Como que te haya durado más tiempo que la sesión?

572 T1: Sí, porque igual me acordé después. Pucha puede que me haya durado un poco.

573 IR: ¿Te acordaste dentro de la misma sesión?

574 T1: Después de la sesión.

575 IR: Ah, después de la sesión.

576 T1: Sí. Sí, después de la sesión dije algo así como: “Puede que me haya quedado”, pero
577 no así como días, pero sí puede como que me haya durado un poco la culpa.

578 IR: Mm, ya. Oye, entonces a veces desde el punto de vista terapéutico, reaccionas como
579 más sumisa, verdad, o como digamos condescendiente si se quiere decir..

580 T1:Mjum

581 IR: ...y por otro lado, a veces eres más directa, como en este caso

582 T1: Sí

583 IR: ...como con la otra paciente. ¿Cómo crees tú explicar esta diferencia?

584 T1: Si ya hay muchas situaciones de queja, o de situaciones de incomodidad del
585 paciente, ya soy más directa. Si ya es demasiado su molestia, ya ahí me da más rabia, y
586 soy más directa.

587 IR: Entiendo.

588 T1: ¡Pero que no es lo mismo que esto ah!. Porque en el otro caso hay descalificaciones
589 hacia uno.

590 IR: Claro

591 T1: ¿cachay?, que eso también yo creo que en eso hay una diferencia. No es algo como
592 ésto que en realidad es algo que yo hice mal, ¿cachay?. Lo otro tiene que ver con
593 descalificaciones, con...que a lo mejor no tiene mucho que ver con lo que uno ha hecho.
594 O claro puede ser como algún lenguaje no verbal o algo que uno no es tan consciente,
595 pero no siento que sea lo mismo. Porque en el otro hay descalificaciones, como un
596 maltrato, maltrato...¿cachay? que no es lo mismo que yo hice algo mal, y que yo como
597 que la embarré, ¿cachay? Es como distinto, encuentro...

598 IR: Y en casos, por ejemplo, no sé si te ha pasado en otros casos con otros pacientes, si
599 has tenido una situación similar a como lo tuviste con P. Dejando de lado estos
600 pacientes como más confrontacionales por decirlo así.

601 T1: Sí, sí me ha pasado.

602 IR: ¿Has tenido una reacción...?

603 T2: Sí poh. Sí, a veces a uno se le olvidan las cosas, o no sé ponte tú como que le dice el
604 nombre de... no sé poh, también hace un tiempo me pasó que le dije a la hija, no sé po
605 le dije: “Grace” y era “Grecia”, ¿cachay?, entonces ahí igual me viene esa sensación de
606 “chuta, la embarré”.

607 IR: Y en esos casos, por ejemplo, similares a como con P, ¿crees tú que has tenido
608 reacciones diferentes a como la tuviste con la P?

609 T1: Lo que trato de hacer ahí es como de decirle otras cosas que sí, para que se den
610 cuenta de que sí me acuerdo. ¿Cachay?. Ponte tú no sé, si se me olvidó que había estado
611 estudiando en China y chuta, ya pero después me acuerdo de otra cosa, y como que
612 obviamente relacionada con el tema, y le digo: “aah, sí, y además que tú también fuiste
613 a Europa y ahí conociste a tu pololo” ¿cachay?. Como de compensar un poco el olvido.

614 IR: Claro, como digamos, tener como esa percepción de ella de que no es que te hayas
615 olvidado de todo.

616 T1: Claro, sí.

617 IR: Entiendo. Entonces me contaste que P, verdad, tuvo un rol un poco más, digamos,
618 también deferente, ¿verdad?.

619 T1: Mjum, sí

620 IR: Como que no es una paciente más confrontacional.

621 T1: Sí, po. Pero si a mí me llamó la atención porque ella, siento yo que fue...,no sé si
622 habrá sido así, pero ella fue derivada... eh... la mamá estaba en tratamiento y la
623 psicóloga la derivó conmigo. Entonces yo siento que igual de ella fue como un...como
624 que me hizo un escaneo en la primera sesión, ¿cachay?, porque decidió ir a la primera
625 sesión presencial, ¿cachay?, como que ella evaluó siento, primero. Y siento que esa
626 primera sesión tiene que ser importante también como en el vínculo que se forma
627 después. Que en realidad ya está como esta pequeña diferencia, emm, a lo mejor
628 también influye lo que venía pasando previo en las otras sesiones, cachay. Como que ya
629 el vínculo estaba ya más fortalecido, entonces también yo creo que eso hace una
630 diferencia, con la alianza terapéutica que ya había, hace una diferencia también en cómo
631 ella toma esta desatención. Esa es una percepción mía, de lo que yo creo. No sé si eso
632 será así. Yo siento que es distinto cuando ya uno tiene cierto vínculo, a cómo ella pueda
633 tomar esta diferencia.

634 IR: Claro, pero la pregunta que te quería hacer tenía que ver con, pensando justamente,
635 o poniéndote tú en el lugar de la P, como en el rol que tuvo. (T1: Mmm) Y tratando de
636 asumirlo en esta respuesta, verdad. En tú opinión ¿cómo crees que ella percibió este
637 episodio?

638 T1: No, yo creo que no le dio mucha importancia.

639 IR: No?

640 T3: No creo que haya sido tan relevante para ella.

641 IR: ¿Qué tipo de emociones crees que ella experimentó?

642 T1: No sé si la... emm... porque ella como que... a ver, ¿lo puedes poner de nuevo, por
643 favor?

644 (Se reproduce el episodio nuevamente)

645 IR: Esa es la última parte, ¿verdad?

646 T1: Mjum, sí.

647 IR: ¿Cómo crees que se sintió ella? o ¿qué emociones crees tú que experimentó ahí? ¿O
648 durante también todo el episodio?

649 T1: Sabes qué, ahora que lo veo me da la impresión que es como más asociado como a
650 un cuestionamiento.

651 IR: ¿De parte de ella?

652 T1: Por parte mía. O sea como que a lo mejor yo encuentro redundante como que yo le
653 haga la pregunta, como ella siempre ha trabajado y no como sólo la práctica. Como que
654 da una respuesta como de no estar cumpliendo, cachay, como de..

655 IR: ¿De no estar cumpliendo? ¿Pero eso es lo que tú sientes sobre ti misma?

656 T1: Jajaja, no sé si estoy bien. Sí, eso es lo que siento ahora. Que es como... de que ella
657 era también de evaluaciones. De como que: “no, sólo la práctica” así como de que
658 “pucha, no estoy haciendo mucho”, ¿cachay?. Así como que la psicóloga le estuviera
659 exigiendo que en realidad tendría que rendir más. Sí, como que me llega así ahora.
660 Como que yo estuviera como de que “oye, no estoy trabajando y sólo en práctica”, así
661 como que... como una actitud como...

662 IR: ¿Qué emoción podría ser de parte de P al sentirse en ese cuestionamiento?

663 T1: Sí, como que se podría sentir menoscabada, un poco insuficiente.

664 IR: Pero si vamos a la emoción, verdad, como al nombre de la emoción.

665 T1: Como pena, puede ser.

666 IR: sí?

667 T1: Sí.

668 IR: Oye y ¿por qué ella podría, digamos, experimentar esas emociones?

669 T1: Como de no estar cumpliendo las expectativas que le dice la psicóloga, pero esto es
670 como de otra respuesta que no es lo que yo pensé.

671 IR: ¿Una respuesta de antes?

672 T1: No po. Claro, no es como la respuesta que yo te dije antes. Porque sí yo pienso que
673 como yo me equivoqué, ¿cachay?. Como que la respuesta de ella no sé si sería tanto de
674 pena sino que sería más como de desilusión como de “no se acuerda”. Igual puede ser
675 un poco de pena. Pero sí lo vemos de ese lado de la exigencia de la psicóloga que le
676 dice, “Ah, no estás trabajando, chuta, estás haciendo sólo la práctica”. Como que casi no
677 contara como un trabajo. Me llega como así, ahora.

678 IR: Tú podrías interpretarlo de esa manera, de parte de ella.

679 T1: Claro

680 IR: Oye, y ¿de qué inferiste esta pena o pseudo-cuestionamiento?

681 T1: Cambia el tono, y después como que se explica de nuevo. Y dice: “no, sólo la
682 práctica” y como que después da otra respuesta. Como tratando de justificar un poco.
683 Me llega como, como justificación.

684 IR: ¿Qué pudo haber pensado ella, más allá de las emociones que sintió?

685 T1: Eso po, como que está siendo un poco floja, así como que: “¿cómo tan poco lo que
686 hago?”.

687 IR: Sentirse un poco más cuestionada.

688 T1: Como que no estoy rindiendo lo que debería rendir. No sé, como un poco
689 cuestionada.

690 IR: ¿Y qué pudo haber pensado de ti?

691 T1: Emm, eso. Como bien exigente la psicóloga, como que le está pidiendo que rinda.

692 IR: Mmm, ¿por qué crees tú que ella podría pensar de esa manera?

693 T1: Por su actitud o por su lenguaje no verbal. Como que dice “no, sólo la práctica”
694 como que dice... a ver, ¿puedes seguir un poco más con el video?

695 (Se reproduce unos segundos del episodio)

696 T1: Ah, ya, dice eso nomás. Sí, yo creo que donde dice “sólo la práctica”, el “sólo”
697 como que le da esa connotación como que en realidad estuviera haciendo poco.

698 IR: Mm, oye, tanto como pudiste conocer a la P, ¿esta es una forma típica como de
699 expresarse, de sentirse o de pensar de ella?

700 T1: Sí, po. Ella era súper exigente consigo misma, con el tema del rendimiento. Ella fue
701 seleccionada nacional de [deporte], era súper matea, súper buena alumna. Entonces el
702 tema del rendimiento siempre fue como lo más importante, por eso como sentir dejado
703 de lado las otras áreas. O sea había hecho, como, internalizado como en la u, pero antes
704 era mucho más en la época del colegio.

705 IR: ¿Incluso era una forma típica de pensar sobre ella misma?

706 T1: Chuta, no me acuerdo tanto detalle, pero sí me acuerdo que estaba el tema del
707 rendimiento y la exigencia personal. Pero no me acuerdo tanto detalle, tendría que leer
708 un poco la ficha.

709 IR: ¿Se podía sentir, entonces?

710 T1: Sí, como que a lo mejor le llega algo como más, de que no está rindiendo tanto.

711 IR: Oye y ¿por qué crees tú que tiene esa forma típica de pensar o de reaccionar?

712 T1: Por su historia, como por, o sea, no sé si típica. Pero su historia habla de eso. Su
713 experiencia de vida, ella se las arregló sola, estudiaba sola, nadie le.. super
714 autosuficiente con un nivel de exigencia tremendo sobre todo en el colegio.

715 IR: ¿En el colegio en particular dices tú?

716 T1: Sí, en la u también. Ella quería irse de beca a una parte y no le resultó, y encontró
717 que fue mediocre, por eso también no lo pasó tan bien en España. Como que encontraba
718 que la beca de España era casi como el premio de consuelo.

719 IR: Oye y ¿podrías mostrarme otro ejemplo en el que ella haya tenido sentimientos
720 similares, como en este episodio, o reaccionó de la misma manera como más deferente?

721 T1: Chuta, no, no me acuerdo. Tendría que repasar un poco la ficha. ¿Así como textual
722 que me haya dicho?

723 IR: O quizás contigo misma en alguna otra sesión. No textual, sino como la misma
724 actitud, verdad, como la reacción o sentimientos similares.

725 T1: O sea la misma reacción se puede ver que, igual ponte tú, que lo dice acá en esta
726 sesión, que ponte tú era proactiva. O sea, de lo que íbamos hablando, ella como que
727 tomaba todo lo que decía, y como ese afán como de los pacientes que son enfocados en
728 el rendimiento, ¿cachay?. Que te hacen las tareas, como todas las tareas que tú le dices,
729 y tratan de poner en práctica al tiro lo que pueden sacar en limpio de la sesión. Y eso se
730 ve en esta sesión de hecho cuando ella dice “ahh, con mi papá traté de expresar más mis
731 emociones”, caché que eso era algo que habíamos hablado la anterior sesión. Ahí se

732 puede ver como este tema de rendir y como de cumplir con las expectativas de la
733 psicóloga. Cachay, en este caso, que yo creo que eso como se asociaba.

734 IR: Pensando como en la hipótesis.

735 T1: Claro

736 IR: ¿Y de sentirse triste, así como tú me mencionaste?

737 T1: Eh... no sé, o sea con el papá le pasa que se siente triste, pero con ella también era
738 un tema de que se le hacía difícil ponerle nombre a las emociones, expresarlas y
739 reconocerlas tan fácilmente.

740 IR: Mmm, ok. Bueno, ese es el primer episodio. (T1:Mjum) Yo sé que vamos ya en la
741 hora, pero te voy a mostrar el otro episodio para ver si alcanzamos como a hacer el
742 mismo procedimiento. ¿Te parece?

743 T1: Ya.

744 IR: Este es por acá.

745 T1: Una consulta, de esto tú tienes como hipótesis, o es como lo que aparezca nomás

746 IR: Esto es análisis de contenido y es una entrevista semi-estructurada que genera una
747 cierta, cierto puntaje de escala likert en metacognición.

748 T1: Ya.

749 IR: ¿Sí?

750 T1: Mjum

751 IR: Acá está la parte donde conversan sobre el evento con el papá en el fondo.

752 (Se reproduce el segundo episodio)

753 IR: Ese es más cortito, por suerte. Ahí, el episodio.

754 T1: Ah, chuta, ¿es eso que diga “Me entiendes lo que yo te digo”?

755 IR: No, no es eso en particular, pero digamos en general, el episodio. Hay ciertos
756 marcadores, que no necesariamente son verbales. Si podemos resumir este episodio,
757 ¿cómo te sentiste en esta situación, en ese intercambio?

758 T1: Emm, tratando de como de explicar lo que quiero como describir la situación como
759 para que me entienda.

760 IR: Emm, ¿y eso cómo se podría traducir a una emoción?

761 T1: Es que no sé qué episodio, no sé qué viste en este episodio, no encuentro como nada
762 particular. O sea ella, está como hace un poco mueca, pero siento que es de poner
763 atención. No sé qué, no sé por qué fue como seleccionado.

764 IR: Este episodio se seleccionó porque de alguna forma hay digamos como respuestas
765 mínimas no verbales de la paciente que hacen entender que ella se evade un poco del
766 tema. Y de alguna manera también como está asociado, verdad, a la pregunta. ¿Por qué
767 crees que te costó explicar la pregunta?

768 T1: No sé. A ver ponla de nuevo para cachar un poco.

769 (Se reproduce nuevamente)

770 T1: Ya, sí poh, ella me da otra respuesta, no me responde mi pregunta. Y yo claro, poh.

771 IR: ¿La anterior?

772 T1: No, en esto. En esta escena que vimos. Yo le pregunto, me explico mucho con una
773 pregunta y ella no, tampoco lo entiende. Y yo estoy tratando que ella entienda lo que
774 quiero decir y al final pareciera ser que es peor porque mientras más explico, ella
775 también como que más se enreda.

776 IR: Y ella también como que te hace la pregunta si tú la entiendes.

777 T1: Mjum

778 IR: Emm, tú pensando que ella no te entendió a ti, antes.

779 T1: Claro. Sí, o sea de hecho no me entendió. O sea no sé si la palabra es que no
780 entendió, pero me dio otra respuesta. Porque era como qué hubiese pasado si ella en ese
781 momento no hubiese expresado su emocionalidad, y ella me habló de que ella no
782 hubiese expresado su emocionalidad en un momento más grave. Cachay, como que no
783 me expliqué bien, da entender que no me expliqué bien, que fue mucho hablar y al final
784 tampoco me entendió.

785 IR: Y pensando así en esa situación que tú me dices ahora, ¿cómo te sentiste?

786 T1: ¿Cómo me sentí donde ella no entendió?

787 IR: Tanto en el momento en que tú trataste de explicar...

788 T1: No, o sea yo estoy tratando de explicar pero pareciera ser entre que más me explico,
789 más me enredo, así lo siento y que en ese momento seguramente fue así.

790 IR: ¿Y podrías darle un nombre a esta emoción o a lo que sentiste, lo que estabas
791 sintiendo en ese momento?

792 T1: Puede ser como un poco ansiosa. Como no de nerviosa, sino de ansiosa de tener una
793 respuesta. Como de querer explayarme, como contar, explicarme, pero como entre
794 más...

795 IR: ¿Cómo apresurada, algo así?

796 T1: Claro como apresurada, no sé si es apresurada, como... un poco confundida puede
797 ser, como, ansiosa... pero no es ansiosa como apresu... porque no es apresurada de tener
798 una respuesta. Es como enredada. Me sentí como enredada, y puede haber sido, como
799 que en la medida que estaba hablando me sentí enredada. Como que no se está
800 entendiendo, puede ser como que entre que más hablo menos se entiende. Como
801 que... puede ser como un poco opacada, un poco como.. mm, no sé si es decepcionada la
802 palabra, pero como... sí entre opacada, así como un poco disminuida, así como.. sí. Qué
803 difícil ponerle nombre.

804 IR: ¿Podría ser decepcionada como dijiste hace poco?

805 T1: No, es que no alcanza a ser decepcionada, porque es más grande decepcionada,
806 ¿cachay?

807 IR: ¿O alguna otra emoción de las que me mencionaste en el episodio anterior?

808 T1: No es culpa, ni...

809 IR: ¿Ni Angustia?

810 T1: Ni angustia tampoco.

811 IR: ¿O frustración?

812 T1: Es que es un poco menos. Menos que angustia o frustración... no sé qué palabra
813 podría ser. Como disminuida, o no sé. Es como que explico pero cacho que como que
814 me estoy explayando mucho.

815 IR: ¿Quizás molesta?

816 T1: Em, no sé si alcanza a ser molestia tampoco, como algo más leve como... no se me
817 ocurre, no estoy tan buena para el reconocimiento. Sí, como de pensamientos de que no
818 está resultando, como... eso es como que siento que es de cabeza, pero como de
819 emocionalidad.. es como menos...

820 IR: claro, ¿cómo podríamos traducir eso a la emoción?

821 T1: sí, como que es menos que decepción, como algo más leve. Como enredado, no sé.

822 IR: Mm, ¿y enredada tiene como un correlato emocional, así como esa palabra
823 podríamos asociarla a una emoción?

824 T1: Mm, desagradada, puede ser, conmigo misma...

825 IR: Ya

826 T1: algo así

827 IR: Mjum, ¿Por qué piensas que sentiste exactamente esa emoción?

828 T1: Porque me enredo po. Estoy ahí, como que hablo mucho estoy cachando que no se
829 está entendiendo nada.

830 IR: Mjum, y ¿crees tú que experimentaste alguna otra emoción aparte del desagrado?

831 T1: No, no. Es como...de hecho podría... esta sí que pasa desapercibida. Es como que es
832 en el momento nomás. Y bueno cuando ella da otra respuesta igual como un poco de
833 desilusión o como decepción, o de confirmación de que en realidad estaba siendo
834 enredada.

835 IR: Y... ¿sientes tú que hubo un cuestionamiento también de parte de ella, en ese
836 sentido?

837 T1: No, no, hasta el momento no. Siento que ella entendió otra respuesta nomás. Pero
838 no...como que tampoco se queja o dice "no entendí". Sino que al revés, como que ella a
839 lo mejor empatiza demasiado conmigo y me dice "¿me estás entendiendo?".

840 IR: Mmm... ¿Cuál fue el origen, crees tú, de esa emoción de desagrado o de...?

841 T1: Eso po, de que empiezo a hablar mucho. Como tratar explicarme pero mientras más
842 explico, se enreda más.

843 IR: ¿Y tu pensamiento cuál fue?

844 T1: Eso poh, me estoy enredando, no lo estoy haciendo, no me va a entender.

845 IR: ¿En la medida que estás formulando la pregunta?

846 T1: Sí, sí. Como es trataba de explicarlo más y pareciera que era peor.

847 IR: Ya

848 IR: ¿Por qué crees que en ese momento te enredaste?

849 T1: No sé, a lo mejor no pensé tanto la pregunta, como afirmarla. Como que llegué y
850 empecé a hablar no más, ¿cachay? Fue más impulsivo, se podría decir, como más
851 espontáneo.

852 IR: Mm, ¿tú sientes que fue una reacción impulsiva entonces?

853 T1: O sea es que no sé si es una reacción, pero mi pregunta fue más impulsiva. Como
854 sin tanto pensarla un poco más en la cabeza. Sin organizarla, eso. Sin organizarla tanto,
855 sino como de llegar y empezar a hablar. Sin una organización previa de cómo formular
856 para que se entienda.

857 IR: ¿Qué crees tú que te hizo sentir o te motivó a decirla más impulsivamente esta
858 pregunta?

859 T1: Eso de querer como claridad. Como que al principio, como que a lo mejor pensé
860 que no se iba a entender la pregunta. Entonces, como de seguir explicándola para que se
861 entendiera.

862 IR: Podríamos ver un poco antes del episodio si quieres como para (T1:Ya) ¿Te parece?
863 Como para tener más claridad.

864 (Se reproduce un extracto)

865 IR: Esta es la parte previa en el fondo.

866 T1: Claro, es que ella como que me estaba hablando en términos de lo que...de volver al
867 motivo de consulta, ¿cachay?. Que ella siente que no expresa las emociones, como de
868 ver la reacción que tiene cuando no expresa esa emocionalidad, que sale como de forma
869 más agresiva. Entonces la idea era como poder que ella lograra...como en una escena
870 reciente de... que lograra.. me estoy enredando igual que el... jaja que lograra verse en
871 eso que ella siente que le complica, y que es lo que ella no sabe la respuesta adecuada,
872 ¿cachay?. Que es cuando ella se guarda esa emocionalidad. Que en esta escena ella no
873 se lo guardó, entonces poder ejemplificarlo en una escena en que ella hubiese sentido
874 se guarda la emocionalidad.

875 IR: Y ¿qué crees tú, en ese sentido, y considerando lo que dijo antes, verdad, que te
876 hace, como dices tú, tener esta reacción más impulsiva en la pregunta?

877 T1:O sea es que no sé si es impulsivo pero como que lo tengo como muy pauteado a lo
878 mejor todo.

879 IR: ¿Cómo pauteado?

880 T1: Como que a lo mejor me centro mucho en el objetivo de la sesión o en el objetivo
881 de la terapia, como más que centrarme en el proceso mismo que ella está sintiendo
882 ¿Cachay?.

883 IR: Ahh, entiendo.

884 T1: Como que a lo mejor tiene que ver con algo mío como de ir más a la tarea, como al
885 objetivo, en vez como en centrarme en el proceso de lo que ella está viviendo en ese
886 momento. Como que a lo mejor yo soy muy centrada en la tarea, entonces eso me hace
887 de que no tengo el objetivo de ver que cuando ella se guarda la emocionalidad,
888 ¿cachay?. Entonces como que en mi mente está que tengo que sacar en limpio eso en la
889 terapia porque eso es lo que ella trae a consultar. ¿cachay?

890 IR: Mmm, perfecto.

891 T1: Entonces creo que tiene que ver con una forma de funcionar mía, que a lo mejor me
892 centro mucho en el objetivo que en el mismo proceso, ¿cachay?. Entonces como yo
893 tengo en la mente que tengo que decir eso, entonces.. ese era el momento para decirlo
894 pero a lo mejor no era tan el momento, sino más que era más que ella hablara de lo que
895 pasó en ese momento.

896 IR: Mm, ¿tú crees que eso te pudo hacer reaccionar de esa manera, como enredarte en el
897 fondo?

898 T1: Sí

899 IR: ¿Entonces el objetivo era ...?

900 T1: O sea porque me enreda, porque yo tengo mi objetivo en mi mente pero ella está
901 hablando de una situación que es parecida a la que yo tengo en mi objetivo... pero no es
902 esa misma situación, ¿cachay?. Entonces yo trato de explicarla como en relación lo que
903 ella tiene y lo que dijo, y lo que yo tengo en mi mente. Entonces ahí creo que se forma
904 ese enredo.

905 IR: Perfecto. Oye y ¿qué era lo que más querías con esa pregunta? o ¿qué te hizo sentir,
906 verdad, que es lo que te hizo sentir como un poco desagradada al respecto del enredo?

907 T1: Lo desagradada es esto de explicar y explicar de nuevo, y darme cuenta de que se va
908 enredando a medida que voy hablando.

909 IR: Mm, oye, y cambió tu estado de ánimo, entonces, en algún momento? ¿Se escucha?

910 T1: No, no. Si estoy pensando y viendo si es que cambió mi estado de ánimo, ¿después
911 de que hablo? ¿En cuanto ella me da la respuesta? ¿O mientras estoy hablando?... ¿En
912 qué momento?

913 IR: Dentro de todo el episodio.

914 T1: Sí poh, yo creo que cuando ella da la respuesta yo como que confirmo que en
915 realidad como que no se entendió. Si ella dio otra respuesta po. Sí, puede que un poco
916 de decepción, un poco como de confirmación y decepción, confirmación de que estoy
917 siendo enredada. Y desilusión o decepción, más que desilusión, de que no cumplí con el
918 objetivo con mi pregunta.

919 IR: Oye y ¿qué hizo cambiar, en el fondo, este estado anímico?

920 T1: La respuesta de ella. Ella cambió su respuesta.

921 IR: ¿Cómo cambió?

922 T1: ¿Cómo cómo cambió?... Su respuesta fue, no fue la que... a la pregunta.

923 IR: O sea, ¿cómo cambió tu estado de ánimo?, ¿hacia dónde fue?

924 T1: Eso poh

925 IR: ¿O sea te sentiste mejor, peor...?

926 T1: No poh, fue como decepción. Ese fue el cambio de ánimo, como enredada a
927 decepción, confirmación.

928 IR: Como confundida a quedar decepcionada.

929 T1: Claro, entre desagrado y...claro.

930 IR: Oye y en este episodio, entonces ¿qué tan profundo creíste que estabas como
931 enredada?

932 T1: ¿Cómo qué tan profundo?

933 IR: Del uno al diez, por ejemplo, ¿qué tan profundo sentiste que estabas..?

934 T1: ¿Como enredada?

935 IR: Sí

936 T1: No, como un 5. Tampoco tan enredada, no encuentro que haya sido tan enredada.

937 IR: ¿Crees que era en esta situación viéndote a ti misma, es posible tener una
938 interpretación diferente a lo que ahora tú me dices del enredo? Si alguien distinto lo
939 viera, por ejemplo.

940 T1: No creo. En algún momento me dijeron, no escuché siquiera, cuando estaba en el
941 magister o en el diplomado, no me acuerdo.. como que dijeron “Oh, la psicóloga.. oh,

942 que activa es la psicóloga” como que alguien entró... yo estaba en la sala espejo y dijo
943 “oh, qué activa la psicóloga”. A lo mejor eso pudo haber sido.

944 IR: Claro, como una reinterpretación.

945 T1: Claro, sí.

946 IR: Oye y ¿qué crees tú que podría definir o describir esta reinterpretación?, o sea, ¿cuál
947 sería el cambio al verte tan activa, por decirlo así?

948 T1: Es que a lo mejor igual tiene que ver un poco con lo mismo. Es que a lo mejor hay
949 que darle más, o tengo que ser un poco más crítica hacia mí, como de vivir más los
950 procesos y no estar como tan apurada de obtener los resultados sino que vivir más los
951 procesos de los pacientes y... como de aceptar un poco más la incertidumbre o lo que
952 pasa.

953 IR: ¿Hay algo que te haya ayudado crees tú a cambiar tu punto de vista, en comparación
954 al episodio o al primer punto de vista que tuviste como de enredo?

955 T1: ¿Cómo algo que me haya ayudado a cambiar?

956 IR: Ahora

957 T1: Tu pregunta, como de enfocarlo distinto.

958 IR: Mmm, también este recuerdo que tú mencionaste.

959 T1: Claro

960 IR: Oye, ¿crees que en el futuro podrías cambiar de nuevo tu punto de vista de lo.. de
961 este episodio?

962 T1: Sí, sin duda que sí, si hay la retroalimentación de otra persona o hay una percepción
963 distinta, claro que uno puede verlo desde otro punto de vista.

964 IR: Entiendo, ¿Te sentiste, de casualidad, en un estado de confusión en este episodio en
965 algún momento?

966 T1: No, entre lo enredada puede ser.. no, no sé si confundida. No. En realidad no.

967 IR: ¿No? Y digamos como en este sentirse como en un sueño, ¿verdad?

968 T1: Mm, no.

969 IR: ¿No? Ya. Oye y dentro de este desagrado, esta desilusión que dijiste...

970 T1: Decepción.

971 IR: Decepción, mjum ¿podría haber ocurrido o suele sucederte dentro de la terapia?

972 T1: Eh, sí, yo creo que sí. O sea, no creo que en todas las terapias. Hay veces que uno se
973 siente bien y obtienes resultados, los pacientes te dicen cosas que van mejorando. Sí,
974 pero creo que pasa, como te digo no en todas las sesiones, pero sin duda creo que no es
975 tan poco recurrente. Yo creo que igual es más o menos frecuente.

976 IR: Mmm, ¿este tipo de emociones en particular de este episodio, o las reacciones
977 también, la reacción que tuviste?

978 T1: Eh, las dos cosas yo creo.

979 IR: Y ¿cómo sería tu reacción típica, sobre este episodio? Si es que no te hubieras
980 enredado.

981 T1: ... ¿Cómo? No entiendo.

982 IR: ¿Cuál sería tu.. osea, cómo explicarías tu reacción típica?

983 T1: Pero ¿mi reacción típica a qué?

984 IR: A este episodio, como, de enredarte.

985 T1: ¿Cómo la explicaría?

986 IR: Mjum

987 T1: ¿Cómo? ... Como te dije, como en términos de esto que aparece como más
988 espontáneo, como de estar centrada como más en la tarea.

989 IR: Mm, ¿tiene que ver solamente con el orden o con la forma en que tú visualizas el
990 objetivo terapéutico?

991 T1: ¿A qué te refieres con el orden?

992 IR: Como de estar más centrada en la tarea y ordenarte o dirigirte hacia ello, más que
993 estar escuchando.

994 T1: ¡No, si igual estoy escuchando!. No es como que esté todo el rato centrada en la
995 tarea, pero sí que está el tema de lo que hay que trabajar, pero tampoco esa algo así
996 como tan... no es que pase a cada rato, cachay. De hecho es algo que yo lo sé y lo trato
997 de poner en práctica de centrarme más en los procesos, como de dar más espacio, como
998 que yo sé que soy como muy directiva, ¿cachay?. Entonces yo trato como de trabajarlo.

999 IR: ¿A qué te refieres con directiva?

1000 T1: A esto poh... a estar más centrada en el objetivo, en la tarea, en cumplir las metas.

1001 IR: Hmm, ¿eso crees tú que te hace o te dificulta, en el fondo el estar como en el
1002 momento a momento con el paciente?

1003 T1: O sea, yo creo que tiene sus ventajas y desventajas como todas las cosas.

1004 IR: Mmm, en un momento del episodio veía que anotabas hartito. ¿Verdad?, ¿crees que
1005 ese es un factor que también podría haber influenciado?

1006 T1: Sí, sí influye también, lo ideal es no anotar. Pero antes lo hacía y ahora no tengo
1007 tiempo. No me doy el tiempo para anotar después. Me resulta más fácil. Cuando es
1008 presencial también trato de escribir lo menos posible y escribir al final. Pero online
1009 escribo más.

1010 IR: ¿Alguna vez crees tú que has experimentado una reacción diferente, emociones
1011 distintas, pensamientos distintos en un episodio terapéutico similar, en donde te hayas
1012 enredado?

1013 T1: No, yo creo que es como la misma sensación siempre.

1014 IR: ¿Sí?

1015 T1: Mjum.

1016 IR: ¿No habría como una emoción distinta o que lo hayas atribuido a algún otro
1017 aspecto?

1018 T1: Mm, no sé, no que me acuerde.

1019 IR: Mm, ya. Y ¿habrá otra reacción típica en otro momento difícil terapéutico?

1020 T1: A veces digo, “ay parece que me enredé con la pregunta”, o eso digo.

1021 IR: Como que lo develas.

1022 T1: Sí

1023 IR: Y en ese sentido ¿se obtiene la misma respuesta o?

1024 T1: Ahí generalmente el paciente como da su retroalimentación. Dice: “no, si no estoy
1025 entendiendo” o en realidad me dice: “No, sabes que sí”, o como que se ríen y ahí digo:
1026 “Ya voy a intentar explicarme mejor”. O a veces digo “¿se está entendiendo?” cuando
1027 veo un lenguaje no verbal como de que están medias perdidas... pero acá yo no vi ese
1028 lenguaje no verbal de la P. Que a lo mejor me hubiese dicho.. o ese lenguaje como de
1029 que no está entendiendo, se perdió.

1030 IR: ¿Tú sentiste que ella no estuvo entendiendo en algún momento?

1031 T1: No, no me pasó eso. No me di cuenta de que ella no estaba entendiendo. Porque
1032 cuando generalmente me doy cuenta que el paciente, como que se perdió o no está
1033 entendiendo, como que le digo. Y yo más encima si estoy un poco enredada le digo
1034 como “Ay, parece que me enredé un poco. ¿Me estás entendiendo o lo digo de nuevo?”.
1035 Generalmente trato de hacerlo, pero aquí no me di cuenta en su lenguaje que no haya
1036 entendido la pregunta, a pesar de que me di cuenta que estaba enredada.

1037 IR: Y en el fondo, sí algunas veces reaccionas como más develando esa confusión (T1:
1038 Sí) y otras veces, como esta, no lo haces.

1039 T1: Es que no poh, cuando no me doy cuenta de que el paciente se perdió. No le digo
1040 nada.

1041 IR: Mjum, pero...o sea, ¿cómo se explica esa diferencia, crees tú?

1042 T1: Con el lenguaje no verbal de la paciente, que me dé cuenta o en realidad cuando
1043 estoy muy enredada, o cuando cacho, en verdad, que fue muy larga la pregunta le digo:
1044 “oye, parece que fue muy larga la pregunta, mejor te la repito de nuevo.”

1045 IR: Mm, tú... centrándonos de nuevo como antes en la P, como en el rol que tuvo ella.
1046 ¿Cómo crees que ella percibió emocionalmente este episodio? ¿Cómo se habrá sentido
1047 ella?

1048 T1: Como medio confundida, yo creo.

1049 IR: ¿De alguna manera sientes que puede haber habido otro tipo de emoción, más allá
1050 de la confusión?

1051 T1: No, no creo.

1052 IR: ¿Qué tipo de emociones crees que experimentó?

1053 T1: Eso, como de confusión.

1054 IR: ¿La confusión es una emoción particular?

1055 T1: Jaja no, la verdad es que no sé. No es pena ni rabia, como emoción primaria no creo
1056 que sea ninguna, ni culpa, alegría, no. No creo que sea ninguna de esas.

1057 IR: Así como por ejemplo.

1058 T1: Ni rabia, creo que es algo como más simple.. ¿Cómo?

1059 IR: ¿Cómo más simple?

1060 T1: Osea, como que se encontró medio confundida, pero como de llegar a pena o rabia
1061 no creo.

1062 IR: Mm, ya. Te parece si vemos de nuevo el episodio, como para..

1063 T1: Mjum

1064 IR: A propósito que esta parte es más como de lo que piensas de ella.

1065 (Se reproduce el episodio)

1066 IR: ¿Sientes que podría haber sentido algo más aparte de confusión?

1067 T1: Sí, donde dice "¿Me entiende un poco?", ahí pudo haber sido un poco de rabia.

1068 IR: ¿De rabia?

1069 T1: Mjum

1070 IR: ¿Qué crees que pensó entonces en ese momento?

1071 T1: Mm, puede ser como que la psicóloga no me está entendiendo. Eso.

1072 IR: ¿Y sólo se infiere por la pregunta al final de ella que podría haber sentido rabia?

1073 T1: Sí, sí

1074 IR: ¿Antes de eso no era posible como, inferirlo?

1075 T1: No, no encuentro.

1076 IR: Además de, bueno... que ella dice, verdad. Se cuestiona si está siendo, o está
1077 explicándose bien, ¿Qué más pudo haber pensado?

1078 T1: A lo mejor yo no me explico bien. Donde a lo mejor me vio a mí. A lo mejor
1079 también pudo haber dicho, a lo mejor "yo no me estoy explicando bien".

1080 IR: ¿Cómo?, ¿ella haber pensado eso de ti?

1081 T1: No, no, no. De ella.

1082 IR: Ahh, claro, como, al revés.

1083 T1: Mjum.

1084 IR: ¿Y por qué crees tú que está pensado de esa manera?

1085 T1: Por su respuesta, dice no sé si me estoy explicando bien.

1086 IR: Solamente por lo que dice verbalmente.

1087 T1: Mjum.

1088 IR: Mm, ya. ¿Esa forma de pensar es como típica, el sentirse como enrabiada?, ¿P suele
1089 sentirse así?

1090 T1: No, no.

1091 IR: ¿No?

1092 T1: No

1093 IR: ¿Y pensar de esa manera..como cuestionadora?

1094 T1: No sé.. ¿Cómo cuestionadora?

1095 IR: Como cuestionándose.

1096 T1: Sí, puede ser. Puede ser más de ella.

1097 IR: Bueno. Emm, eso sería la entrevista, T1. Yo sé que fue tediosa, te pido disculpas.

1098 T1: (risas)

1099

1100 **Transcripción Entrevistas T2** ^[P]_[SEP]

1101 T2: ... en esta sesión es muy característico de ella. Porque ya están en una condición de
1102 salud compleja. Existió en ella la probabilidad de tener cáncer, cáncer de mama. Y
1103 empieza ella a hacer una gestión muy evasiva con respecto a lo que tenía que hacer. Y
1104 se produce, no sólo en esa sesión, sino que fue en reiteradas oportunidades y yo creo
1105 que hasta el día de hoy, porque la vi el lunes. Y la tensión aparece cuando ella sabe lo
1106 que tiene que hacer y yo rescato sus palabras en el formato que ella dice lo que tiene que
1107 hacer con respecto a su salud. Y lo que hago es, tomo la forma en la que ella dice lo que
1108 tiene que hacer. Ya sea análisis, los respectivos descansos. No tenía que tomar cosas
1109 pesadas porque le hicieron una biopsia, creo que en una de las mamas. Porque tenía un
1110 poroto grande, feo, así. Y salió negativo, pero le dijeron que no podía hacer fuerza. Y no
1111 solo reposo, sino que además tenía que tomar medicamento, tenía que hacerse otros
1112 análisis. Y el momento de ruptura es cuando le genero la intervención de cómo vas a
1113 lograr hacer la cotidianeidad con esto, ¿no? Qué tienes que hacer, el cuidado que tienes
1114 que tener. Eso. ^[P]_[SEP]

1115 IR: Disculpa, ¿te refieres a la sesión que hablamos o sea que me mandaste, o a una
1116 distinta?{P}{SEP}

1117 T2: Es de lo que estoy tratando de recordar. Pero si tienes la sesión ahí grabada, ¿la
1118 podríamos ver? Porque no es tanto lo que me acuerdo.{P}{SEP}

1119 IR: De eso se trata. Este tipo de entrevista se llama interpersonal process recall, que en
1120 el fondo, yo te voy a mostrar los episodios que seleccioné para que tú puedas recordar.
1121 Se pueden adelantar, retroceder y todo.{P}{SEP}

1122 T2: Me parece genial para ayudarme.{P}{SEP}

1123 IR: Claro, claro, esa es la idea. Pero quería saber si te acordabas en particular de alguno
1124 en esa sesión.{P}{SEP}

1125 T2: Tan específicamente, no. Porque nunca lo he vivido así como: aquí hay una tensión
1126 gorda. Lo que pasa es que quizás, con esta paciente... Porque yo tengo una paciente que
1127 es bulímica y ahí aparece una tensión gorda, por así decirlo, y es bien escurridiza. Pero
1128 con esta paciente, desde el principio han aparecido tensiones, porque ella ha evitado
1129 hacerse los análisis, o tenía que hacérselos. Y, claro, cómo hablar en psicoterapia con lo
1130 que tienes que hacer, ¿no? Y que la psicoterapia, por muchos motivos, pero, sí.{P}{SEP}

1131 IR: O sea, ¿ella tiene cáncer diagnosticado?{P}{SEP}

1132 T2: No. Creyó haber tenido cáncer porque estaban los análisis es más, la está tratando
1133 un oncólogo, porque está así, en el límite, así justo, justo. Le encontraron una dureza,
1134 pero que tiene que ser tratada por un oncólogo. Aunque no tiene el diagnostico de
1135 cáncer, está encapsulado esto. Pero puede ser tratado...{P}{SEP}

1136 IR: Es como un pre cáncer, por así decirlo.{P}{SEP}

1137 T2: Claro, por decirlo así. Es un tumor que se puede tratar como para disolverlo con
1138 medicamento. Pero también tiene hígado graso, creo. Y cualquier otra cosa. O sea, ella
1139 tiene una pésima salud.{P}{SEP}

1140 IR: Podría ser, eventualmente, un nódulo que se transforme en maligno, algo así.{P}{SEP}

1141 T2: Claro, una cosa así.{P}{SEP}

1142 IR: Bueno, te voy a mostrar un episodio. Es larga esta entrevista porque son dos
1143 episodios que identifiqué. Entonces, un episodio te voy a mostrar primero, entonces te
1144 hago las preguntas al respecto. Y después te voy a mostrar otro. [P] [SEP]

1145 T2: Perfecto. [P] [SEP]

1146 IR: Va el primer episodio. (...) Dame un segundo. [P] [SEP]

1147 T2: Sí, tómate tu tiempo

1148 IR: Acá, listo. ¿Se ve? [P] [SEP]

1149 T2: Sí, está en proceso. Oh, ¡Qué terrible verme! jajaj Nunca me he visto. Que terrible,
1150 esa cara, T2. [P] [SEP]

1151 IR: Te estás acomodando, ya. Entonces. [P] [SEP]

1152 T2: Estoy preparada. [P] [SEP]

1153 IR: Ya. El primer episodio es desde los tres minutos, desde los siete minutos, perdón, a
1154 los 10 minutos, cortito. Entonces, lo vamos a poner por acá. ¿Se escucha también,
1155 verdad? [P] [SEP]

1156 T2: Aún no se escucha nada, está detenido. Sí. [P] [SEP]

1157 [Reproducción de secuencia de video] [P] [SEP]

1158 IR: A los siete minutos, empieza, propiamente tal. [P] [SEP]

1159 T2: Perfecto.

1160 [Reproducción de secuencia de video] [P] [SEP]

1161 T2: No me escucho ahora, algo pasó. [P] [SEP]

1162 IR: ¿No te escuchas? [P] [SEP]

1163 T2: No se oye. [P] [SEP]

1164 IR: Ah, un segundo. [P] [SEP]

1165 T2: En la parte que dice que "parece que le estuvieras pidiendo al hijo qué..." [P] [SEP]

1166 IR: A ver... ¿Ahí sí?^[P]_[SEP]

1167 T2: Sí.^[P]_[SEP]

1168 [Reproducción de secuencia de video]^[P]_[SEP]

1169 T2: (risas) Le dije al tiro terremoto...^[P]_[SEP]

1170 IR: Ahí hay que entender que el episodio es todo. No es ni lo que dijo al principio. Es
1171 todo el episodio. Y recordar que la tensión la demuestra el paciente, no tú. No es tu
1172 culpa. Entonces, pensando en este episodio.^[P]_[SEP]

1173 T2: Que malula. Te juro que me veo y me digo: ¡qué tramposa la T2!^[P]_[SEP]

1174 IR: ¿Por qué?^[P]_[SEP]

1175 T2: Estoy pensando en este episodio. Es lo que digo yo, (...). Y lo que tú estás hablando
1176 como tensión, yo lo digo metafóricamente, que el paciente nos tira una pelota a la raya.
1177 En una cancha de tenis nos tira la pelota a la raya. Y uno tiene que ir corriendo así y
1178 devolvérsela porque yo no sé con lo que va a venir el paciente. Y ella hizo eso, me tiró
1179 una pelota a la raya: "¿Porque tú qué crees?", "él es psicólogo".^[P]_[SEP]

1180 IR: Está súper claro, entonces, que fue como una ruptura de tipo confrontacional,
1181 ¿verdad? Como esta presión o tratar de controlar al terapeuta. En este caso, a ti,
1182 ¿verdad? Entonces, pensando en este episodio, ¿cómo te sentiste tú?^[P]_[SEP]

1183 T2: Muy cómoda. Muy cómoda porque ella está funcionando como siempre ha
1184 funcionado. Ella tiene este formato. Y no es una paciente que me sorprenda su
1185 funcionamiento. Su forma de confrontación es así. Entonces, que ella me haya hecho
1186 este confrontamiento y decirme: "usted es psicóloga, lalala", es predecible. Así va ella
1187 en el mundo y lo hace conmigo. Yo soy una representante entre comillas del mundo,
1188 entonces lo hace también conmigo. Entonces, como su hijo es psicólogo, es estudiante
1189 de psicología que ya está en proceso de práctica. Entonces, ella cuando hace esto, quiere
1190 aliarse conmigo. Dos contra uno, se podría decir. Ella, en parte, lo que siento, es como
1191 si quisiese tener, es como, utilizarme. Ella, en algún momento, es como si quisiera
1192 utilizarme para así tener un repertorio válido, y decirle a su hijo: "Mira, yo voy a
1193 psicólogo y T2 me dijo que como psicóloga que es, y tú como estudiante de psicología,

1194 tendrías que estar a la altura de lo que pasó en ese momento en el temblor". "Si yo te
1195 pedía que me contuvieses, tú tendrías que haberme tenido que contener". "Porque tú
1196 eres un profesional de la salud mental, igual que la T2". "Y la T2 corroboró lo que yo
1197 estaba pensando que tú tendrías que ser capaz de contenerme porque soy como tu
1198 madre, pero especialmente tú, porque eres un psicólogo, ya estás egresado". Ella quiere
1199 eso conmigo. Entre comillas, usarme. Usarme para tratar de validarse ante el hijo y que
1200 le dé lo que ella quiere. Y eso yo no lo permito.^{[P]_{SEP}}

1201 IR: Claro. Pero volviendo al tema emocional tuyo, antes de centrarnos en P, ¿qué
1202 significa esta comodidad?^{[P]_{SEP}}

1203 T2: Ah, está buena esta pregunta, me gustó. Cómoda en el sentido de que cuando estoy
1204 en sesión y me aboco exclusivamente con esta paciente. También pasa con los otros,
1205 pero si me limito sólo a esta paciente, mi atención está centrada exclusivamente en ella.
1206 Te darás cuenta que allí y ahora tengo puesto los audífonos, pero sin audífonos igual mi
1207 atención estaría centrada en la paciente. Pero me di cuenta que con los audífonos como
1208 que se me arma una burbuja y es como si me estuviese hablando a los oídos o la tuviese
1209 presente. Es la sensación que me provoca. Por eso es que me quedó gustando usar
1210 audífonos. Y cuando digo comodidad es que estoy tan concentrada en lo que está
1211 diciendo, que me está diciendo eso y estoy haciendo la triple tarea que dice don Juan. La
1212 estoy oyendo, estoy preparando lo que le voy a decir, estoy elaborando lo que me está
1213 diciendo, estoy preparando la devolución a su propuesta que ella hace y después la
1214 entrego. Entonces estoy abocada a esta tarea y me aboco a esta tarea de forma tranquila.
1215 No sólo con ella, sino que con todos. Entonces, como no hay una posibilidad de
1216 distraerme. Porque no me distraigo. Es como que estoy en la sesión, ella y yo en el
1217 mundo. Eso es para mí estar con la paciente. Es ella y yo en el mundo. A pesar de que
1218 aquí alrededor pasan cosas (....) Yo digo... Pero a pesar de que está esa incertidumbre,
1219 porque es latente, aún así me logro entregar tranquilamente a la sesión y estoy realmente
1220 ahí, dedicada ahí con esa tranquilidad.^{[P]_{SEP}}

1221 IR: Oye, y si tuvieras que ponerle un nombre emocional a esta tranquilidad, comodidad,
1222 ¿cuál podría ser?^{[P]_{SEP}}

1223 T2: Yo le pondría focalización estable. Así le llamaría.^{[P]_{SEP}}

1224 IR: Ya... ¿esa es una emoción?^[P]_[SEP]

1225 T2: No, es una categoría. Yo le pondría esa categoría, de focalización estable. Ahora,
 1226 ¿usted quiere una emoción?^[P]_[SEP]

1227 IR: Claro, si podrías darme una emoción básica, o emociones también pueden ser.
 1228 Porque podrían ser diversas emociones que experimentaste en este episodio.^[P]_[SEP]

1229 T2: Pero si yo me pienso en ese momento, yo estoy tranquila. Estoy con una sensación
 1230 de calma. De mucha tranquilidad. No hay angustia. No hay nada de eso, todo lo
 1231 contrario. No me molesta nada en ese momento. No tengo ganas de ir al baño. No estoy
 1232 con: Ay, chuta, no tomé suficiente agua, no comí, tengo hambre. Nada. O sea, nada
 1233 interrumpe. Ni mi cuerpo ni mis emociones. Yo estoy abocada a eso. Es como cuando
 1234 uno fantasea y dice: ah, me gustaría estar en la playita y las patitas en el agua (risas). Y
 1235 uno cuando fantasea no siente hambre, no siente frío, no siente sueño. Porque se
 1236 imagina las patitas en el agua, las olitas chiquititas así que llegan y un solcito perfecto.
 1237 Así me siento yo. Súper estable, tranquila. No estoy con... Y qué me va a decir después
 1238 y qué le voy a decir después. No me pasa nada de eso. Todo lo contrario, yo estoy
 1239 abocada a lo que va pasando, segundo a segundo. No me interesa ni el futuro ni el
 1240 pasado. Es como que sólo me interesa el presente, lo que hay ahí.^[P]_[SEP]

1241 IR: Perfecto.^[P]_[SEP]

1242 T2: Entonces, estoy abocada sólo a la tarea y estoy tranquila. Confío en mí. Confío en la
 1243 terapeuta. Estoy tranquila conmigo. Confío en que sabré resolverlo. Y supongamos que
 1244 me pegue así como, tatán. Porque hay pacientes que me han puesto en jaque mate. Si no
 1245 sé nada que decir, bueno, me quedaré en silencio. Diré: "mira".^[P]_[SEP]

1246 IR: Entonces, podríamos decir que las emociones fueron de comodidad, calma y
 1247 tranquilidad. ¿Habrá alguna secuencia en eso? Algo primero, después otra cosa...^[P]_[SEP]

1248 T2: Yo siento que lo primero que comienza a aparecer cuando ya va a comenzar una
 1249 sesión con una paciente, ya sea ella o cualquiera, es que yo... es que ahora, yo estaba
 1250 barriendo, (...), sí caballero. Moví la cama... la vida. O sea, se hacen muchas cosas en
 1251 la vida doméstica, no terminas. Y yo vi la hora y dije: (...) Y yo entro en una fase así
 1252 como de máxima comodidad. Entonces, como que... pum. Entonces, cuando llego con la

1253 paciente allá afuera ya está todo gestionado, ya están avisados... y voy a atender un
1254 paciente. Si tocan el citófono... atiende. Voy a tener cerrada la puerta. Está todo
1255 apagado, revise la cocina... Entonces, todo eso está controlado. Entonces, como ya está
1256 todo controlado, yo debo barajar control acá en la casa (...), pero cuando ya voy a entrar
1257 a una sesión de psicoterapia, todo afuera ya está tan bien gestionado que yo entro, me
1258 entrego así, tranquilita. No estoy así: "ah!, ah!, hola, P, cómo..." Hasta el corazón late
1259 tranquilito, cuatro cuartos.^[P]_[SEP]

1260 IR: O sea, dirías tú que es calma primero. Si hablamos de una secuencia.^[P]_[SEP]

1261 T2: Sí, primero la calma. Entrar en fase de terapeuta, calmada, estable. Antes no estaba
1262 desestructurada, pero hasta la respiración se calma, ¿no? Se calma para empezar la
1263 sesión. Pero primero tiene que aparecer para mí, la calma.^[P]_[SEP]

1264 IR: ¿Luego?^[P]_[SEP]

1265 T2: La tranquilidad. Si hay calma, hay tranquilidad.^[P]_[SEP]

1266 IR: ¿Podríamos hablar de una emoción positiva, por ejemplo? Más clara.^[P]_[SEP]

1267 T2: Absolutamente.^[P]_[SEP]

1268 IR: ¿Como cuál, por ejemplo?^[P]_[SEP]

1269 T2: Es que para mí, la emoción positiva es la tranquilidad. Eso para mí, la tranquilidad,
1270 la calma, para mí, eso es algo muy positivo. Yo, no solo en la sesión de psicoterapia,
1271 protejo ese espacio psicoterapéutico. Y además es por Zoom, así que hay que desarrollar
1272 otras habilidades. Pero yo, en mi vida privada, yo protejo y me esfuerzo mucho por
1273 mantener la tranquilidad y la calma. Para poder leer y para hacer tantas otras cosas que
1274 me gustan, yo invierto, trabajo físico y emocional, para proteger eso. Gestiono mucho
1275 mi vida para que se mantenga esta estabilidad. Porque me gusta. Para mí, eso es
1276 positivo.^[P]_[SEP]

1277 IR: Y se refleja también, en la sesión. De estas tres emociones, o de estos tres
1278 conceptos, ¿cuál dirías tú que fue la principal, que estuvo en este episodio en
1279 particular?^[P]_[SEP]

1280 T2: La tranquilidad, aquí no hay una terapeuta que está ansiosa y decir: "chuta, qué le
1281 voy a decir ahora". Es como, bueno, ya tengo X años... como dijo don Juan... Y es de
1282 él esa anécdota, como estoy en un cóctel y veo un urólogo y le digo, oiga fíjese que yo
1283 orino y me duele un poco... A ver, écheme aquí un poquitito de orina en la servilleta, a
1284 ver cómo va, ah... Esa fue una anécdota de él. Me vino al callo. Me acuerdo de esas
1285 cosas. Pero la principal es la tranquilidad, para mí es lo que prima en esta sesión y, en
1286 general, en todas. Pero en esta, yo me acuerdo. Apareciste y dije: ah, de veras que era
1287 esta... Prima la tranquilidad. ¿Pero sabes por qué está primando cada vez más la
1288 tranquilidad? Porque mi primer paciente hasta me fui del uno y del dos. El día anterior y
1289 ese mismo día en la mañana. Mal, mal. Yo dije: debe ser que estoy más viejota. Y es
1290 porque también confío en mí. Confío en que también me están pasando cosas. Por
1291 ejemplo, yo anoto casi nada de los pacientes. Es una frase, dos frases. Todo el resto, la
1292 ficha está en la cabeza. De todos los pacientes. Y a veces hay pacientes que no veo hace
1293 dos o tres años. Y veo a la paciente y se abre la ficha, pum. Mañana voy a ver a L, que
1294 no la veía desde principio de año y me escribió L. Va a aparecer la L y toda la
1295 enfermedad, tiene una enfermedad degenerativa, neurológica. Ella va a quedar postrada,
1296 ella lo sabe, ya se lo dijo el kinesiólogo. O sea, estamos viviendo un duelo, se podría
1297 decir. Y eso es lo que hay en ese momento en mí, una tranquilidad que me permite
1298 entregarme ahí y, como te decía, nada me molesta. ^[P] ^[P]
[SEP] [SEP]

1299 IR: Entonces, te puede sonar redundante, pero ¿cuál fue el origen de esas emociones, de
1300 tranquilidad, de comodidad? ^[P]
[SEP]

1301 T2: Ah, esa pregunta me gustó. ¿Sabes por qué es muy buena? Porque acá apareció la
1302 misma paciente de siempre. Es decir, esta paciente, cuando aparece en sesión, ella entre
1303 comillas, uno le saca la foto al paciente. Pero a veces la paciente está más o menos
1304 desestructurada. Están más o menos alterados. Están medianamente... Ella estuvo en una
1305 fase muy preocupada, porque pensaba que podía tener cáncer. No sé si una hermana de
1306 su madre, no sé quién murió de cáncer de mamas. Entonces, ella estaba muy asustada.
1307 Pero cuando ha estado muy desestructurada, igual aparece la misma. En cambio que
1308 ahora ella está muy tranquila. Es más, hasta tiene el pelo limpio. O sea, ella ha llegado a
1309 aparecer en sesión muy sucia. Y esa no es su habitación, es la habitación de su hijo.
1310 Entonces, ella está con el pelo limpio, está peinada. Está bien, dentro de todo. Entonces,

1311 lo que permite que yo también no esté tan alerta, tranquila pero alerta. Esté tranquila
1312 también porque apareció la misma paciente de siempre, pero reclamando algo que para
1313 mí ya es lo que... lo que le está costando en su vida. Entonces, no es una sorpresa. Y ella
1314 me hace este muñequéo, pero apareció la misma paciente de siempre, no una paciente
1315 que yo desconozco. Y le podría haber dicho: "¿pasa algo P? Nunca tuviste una
1316 conversación y una tensión así con tu hijo. ¿Pasó algo en la semana que cambió?". Yo
1317 se la tiro de una. Pero no, esta es una queja permanente que ella tiene. Porque ella tiene
1318 una historia. Entonces, por eso es que existe en mi tranquilidad, porque digo, okey,
1319 apareció la de siempre. [P]
[SEP]

1320 IR: Entonces tú dices que, por lo que entiendo, la confianza en ti misma, y también el
1321 hecho de ver a la paciente como siempre ha reaccionado, es lo que te hace tener esta
1322 calma. Si yo te pregunto ¿cuáles son o cuáles fueron en ese episodio tus pensamientos,
1323 respecto a estas emociones? [P]
[SEP]

1324 T2: Qué bueno. Mira qué bueno lo que estás haciendo, porque esto se lo decía a don
1325 Juan hace mucho tiempo y al profesor Zagmut. Que ustedes como psicoterapeutas
1326 avezados y ya experimentados, tendríamos que hablar del terapeuta. Porque el
1327 terapeuta...¿qué está pensando el terapeuta? Hemos hablado tanto del paciente, ¿cuándo
1328 vamos a hablar del terapeuta? ¿Qué estará pensando usted, don Juan, cuando le dijo a la
1329 señora no sé cuánto? ¿Y por qué será qué...? [P]
[SEP]

1330 IR: Claro, claro. En el caso tuyo, por ejemplo, ¿en este episodio? [P]
[SEP]

1331 T2: En este episodio, lo que estaba pensando, primero, pensaba en que ella de nuevo le
1332 está pidiendo a su hijo, es verdad me acuerdo, ella le está pidiendo lo que no le dio ni el
1333 padre ni la madre. Ella no tuvo padre. Vive con la madre y vive con el hijo. Pero la
1334 madre nunca ha sido madre, madre maternal. Y el padre tampoco ha sido un padre
1335 paternal. Ella ha vivido agresiones sexuales desde su infancia. En su adolescencia ha
1336 habido abandono. Ellos tuvieron una situación económica muy buena. Muy, muy buena.
1337 Ellos no eran ABC1, pero sí había mucha abundancia económica. Ella tenía, no sé si un
1338 pony o un caballo. Estamos hablando de que era una familia que se daba lujos. Y ahora
1339 el padre llama por teléfono. No sé si vive en [ciudad] y le pide cincuenta lucas, ¿me
1340 entiendes? Como para tener para el mes. Entonces, ella, ahora... Porque la madre es muy

1341 maldita. Es una madre... ella es la que tiene dinero. Viven en un departamento, creo que
1342 viven en [comuna]. Que es un departamento de esos antiguos, grandes, caros, que
1343 pertenece a la madre. Pero ella funciona como una nana. Ella hace las cosas de casa. Es
1344 más, ella tiene que pagar por estar viviendo en la casa de la madre. ^[P]_[SEP]

1345 IR: Claro, T2, pero más que la historia de la paciente, en este episodio, ¿qué crees tú
1346 que pensaste que estaba acorde a esta tranquilidad, a esta calma? ^[P]_[SEP]

1347 T2: Perfecto. Que ella me dice eso, "él es psicólogo", yo estoy pensando: okey, ¿qué me
1348 calma a mí? Es decir, estás pidiendo lo que siempre has pedido. Eso estoy pensando.
1349 Estás pidiendo lo que siempre has pedido y todavía no logras superar que lo que tuviste
1350 como padre es lo que tienes como padre y todavía llora una niña que pide padre y madre
1351 que la abracen, casi como un bebé, y le den una mamadera, ¿me entiendes? Todavía
1352 lloras. Lo que pensaba en ese momento es como: todavía llora su orfandad, como una
1353 niña huacha. ^[P]_[SEP]

1354 IR: ¿Cuál es la causa de estos pensamientos? ^[P]_[SEP]

1355 T2: Que cuando empezamos con las primeras sesiones, yo levanto una especie de
1356 satélite, una banderita. Entonces, yo la dejo como la luna, ¿no?, que gira
1357 permanentemente al lado de la tierra. Entonces, yo levanto esta variable que digo de
1358 ella. Tengo permanentemente levantadas las variables que digo que se llama, por
1359 ejemplo, abandono, abuso, agresión sexual, abundancia infantil, pobreza, violencia por
1360 parte de la madre. Ella tuvo una pareja y se separa. Tuvo un buen trabajo, renuncia al
1361 trabajo, se viene a [lugar] pensando en el hijo, abocándose al hijo. ^[P]_[SEP]

1362 IR: O sea, de alguna forma, ¿tú crees que la causa de estos pensamientos son los
1363 antecedentes que tú le vas recordando a la paciente constantemente? ^[P]_[SEP]

1364 T2: Más que a ella, a mí. ^[P]_[SEP]

1365 IR: Ah, ¿cómo? ^[P]_[SEP]

1366 T2: Esas banderitas... Te acuerdas cuando apareció el coronavirus y decían que se llama
1367 coronavirus porque es como una corona que tiene. Y el virus tiene muchas como cositas
1368 así. Entonces lo que me hago es como una corona de la paciente. Entonces, aparece

1369 esto, pah, pah, pah. Entonces, aparece la ficha, pero cuando aparece la ficha, aparece
1370 con la corona también. Entonces, lo que hago es que aparece la corona, y en esa corona,
1371 yo no me afirmo de ellas como tratando de... lo que me está diciendo, validar esa
1372 corona. Todo lo contrario, hago lo que hace Popper, el contrarefutamiento. Yo veo si
1373 realmente uno de estos puntitos de la corona resiste mi hipótesis. Porque cada uno de
1374 los puntos de la corona es una hipótesis que yo levanto de ella. Que me baso en su
1375 discurso, que está de base su historia. Pero también, si yo digo de ella, con el respeto de
1376 la paciente, la niña huacha. Que ella funciona como una niña huacha, aunque tiene
1377 padre y madre, es una niña huacha. Andaba sola en el mundo. Así es como le pasaron
1378 cosas. Entonces yo, en uno de esos puntitos que se llamaba "niña huacha", aquí aparece.
1379 Es más, yo estaba pensando en la niña huacha, que es ella, y le está pidiendo al hijo que
1380 funcione como padre. Entonces, lo que hago y fortalece esa tranquilidad, es que yo no
1381 me aferro a mis hipótesis. No me aferro a ellas, todo lo contrario. Yo las trato de
1382 fragilizar y las pongo a prueba y las tiro a la arena, a ver si realmente resiste la hipótesis
1383 de la niña huacha. Y lo confirma ella. Ella confirma de que sí, soy una niña huacha y le
1384 estoy tratando de pedir a mi hijo que me contenga como corresponde ante un temblor.^[P]_[SEP]

1385 IR: Aprovechando que ya me dijiste qué es lo que hiciste, ¿verdad? Como que
1386 respondes todas las preguntas, sola. (...) No, pero es increíble, como si estuvieras
1387 leyendo la pauta. ¿Qué te motivó a comportarte de esa manera? Digamos, hacer eso que
1388 hiciste, ir tirándole las hipótesis.^[P]_[SEP]

1389 T2: ¿A ella?^[P]_[SEP]

1390 IR: En ese momento.^[P]_[SEP]

1391 T2: En ese momento. Me invitó, porque ella, cuando ella me dice: "porque sabes, mi
1392 hijo es psicólogo. Bueno, ya es un psicólogo, es egresado, está haciendo la práctica". Lo
1393 ajusta, yo dije: aquí viene. Aquí vienes con tu permanente necesidad de que el hijo te dé
1394 lo que nunca te han dado en la vida, pero que ni tú misma te logras dar en la vida. Ella
1395 no es suficientemente buena para ella. Eso es lo que yo pienso en ese momento. Tú no
1396 eres suficientemente buena para ti.^[P]_[SEP]

1397 IR: Y antes de salir de este ámbito, T2, cuando recuerdas eso que dice ella: "bueno
1398 porque los psicólogos", ¿verdad?, "¿no cierto?", te pregunta, ¿te produce otra emoción?
1399 No sé si quieres ver el video ahí como...^[P]_[SEP]

1400 T2: Cuando me muevo así y yo lo hago así: hmmm si. Y la estoy, claro, le estoy
1401 tratando... Dije: mira, mira como juego con ella al hacer este movimiento (mira a un
1402 costado y abre los ojos), porque también por Zoom me estoy dando cuenta que tengo
1403 que moverme un poco más. Porque el paciente se pierde. Cuando yo te vi, dije: este es
1404 Cristóbal, dije yo, aquí está. Tiene cara de Cristóbal Manchego. Pero yo pierdo
1405 información de la paciente. Entonces me sonrió, mmm, ah, entonces, yo dije: "aquí
1406 viene". Okey. Entonces, me está tratando de decir: "tú sabes que psicólogo..." (Tono
1407 grave)^[P]_[SEP]

1408 IR: ¿Te produce eso emocionalmente algo? Como que hablen de la profesión. Porque
1409 ella, lo que hace en esto. Yo estoy de acuerdo contigo, pero pareciera ser que también
1410 abre otras compuertas emocionales.^[P]_[SEP]

1411 T2: Sí, no estás para nada perdido. Sí. Y como tú sabrás también, permanentemente las
1412 personas cuando hablan de: "bueno, los psicólogos", nos marcan. Porque la familia,
1413 todos nos han dicho: "pero si tú eres psicóloga, T2". Entonces, dije: uy, es tan conocido
1414 jajaj aquí viene. Ella y mis familiares: "como tú eres psicóloga..."^[P]_[SEP]

1415 IR: ¿Y qué te produce, emocionalmente eso, esa frase?^[P]_[SEP]

1416 T2: Eh, cuando dicen, "es que ustedes los psicólogos, tendrían que..." Cuando me trae
1417 recuerdos de lo que me ha dicho mi familia: ustedes como psicólogos. O mi vecina, que
1418 es enfermera y que ella estuvo trabajando muchos años en urgencias infanto-juvenil.
1419 ¡Urgencias infanto-juvenil! Y yo le decía: "oye, ¿cómo te fue hoy día?". (...) "Sí", me
1420 dijo. "Hoy día llegó un niño, siete años, lo reanimamos tres veces, le hicimos trabajo
1421 cardio, aplicamos todo el protocolo y murió". Y yo: "¡Oh, cómo lo puedes decir así!".
1422 "Sí, es triste, los niños de siete años mueren también". Entonces, como que te mira y te
1423 dicen: "sí es que tú eres psicóloga". "Loca, yo tengo sentimientos, cómo lo puedes
1424 vivir". Claro, porque tienen como una coraza. Y yo como trabajo con emociones, yo no
1425 me armo esa coraza. Cuando mi familia me dice: "tú eres psicóloga" es como si me
1426 estuvieran pidiendo algo en el mundo profesional que inocule en mi vida privada. Yo

1427 aquí en mi casa no soy psicóloga. (...). Entonces, yo les digo. Estay hablando de mi
1428 profesión, yo...^[P]_[SEP]

1429 IR: Y esa sensación que te produce cuando te dicen eso fuera, ¿se parecía a la que
1430 sucedió acá, en este episodio, con P?^[P]_[SEP]

1431 T2: Un poco, yo creo. Poniéndome un poco en el lugar del hijo: "Como tú eres
1432 psicólogo". Ella le está exigiendo al hijo como mis familiares también me podrían exigir
1433 a mí.^[P]_[SEP]

1434 IR: ¿Y qué emoción produce esa exigencia?^[P]_[SEP]

1435 T2: Es incómodo. Claro, porque te están pidiendo algo. Yo pensé empáticamente en el
1436 hijo y me dije: seguro que le debe molestar un montón. Porque cuando a mí me decían:
1437 "como tú eres psicóloga"... "¿Qué quieres de mí, que yo te diga algo?". Es que X es muy
1438 conservador, entonces X considera que... "T2, dime la verdad, los homosexuales, es una
1439 enfermedad, ¿no cierto?" jajaja. "Pero, entre tú y yo, así como, no se lo voy a decir a
1440 nadie, de verdad, de verdad, ¿son personas enfermas, no cierto?" jajajaj.^[P]_[SEP]

1441 IR: No, si te entiendo. Pero esa incomodidad que te ocurrió, empáticamente, desde lo
1442 que podría haber sentido el hijo de P, ¿verdad?, ¿qué emoción podría representar? ¿Qué
1443 significaría esa incomodidad?^[P]_[SEP]

1444 T2: Si X me interpela permanentemente, que le dijera: "dime que son enfermos, por
1445 favor, porque tú eres psicóloga y sabes esas cosas, has hablado con personas así,
1446 enfermos, ¿cierto?" jajaja. Es como: "dime que son enfermos". "Y que puede tener un
1447 tratamiento". Ella probablemente hace lo mismo con el hijo. Y uno, a pesar de que les
1448 dice: "no, no son enfermos". "Dime tú cómo elegiste ser heterosexual" jajaj. Y ahí
1449 entramos a picar. Yo creo que me sonrío porque creo que debe ser agotador para él, el
1450 hijo de P, oír a esta madre que pide tanto, que es inabarcable. Y que además se lo pide
1451 en el contexto de que "tú eres psicólogo".^[P]_[SEP]

1452 IR: Ya, ¿y qué te produjo a ti? Pensemos en este episodio y en tus sensaciones, respecto
1453 a esa incomodidad.^[P]_[SEP]

1454 T2: Sí, bueno. A mí lo que me produjo fue imaginarme el cansancio del hijo. Me
1455 imaginé el cansancio del hijo. Porque el hijo es chico, tiene X años, debe tener. El hijo,
1456 probablemente, no tiene [años] como yo, que yo estoy más viejota, (...). "Lo que pasa
1457 es que ya estás más viejota", me dijo. Entonces, claro, cuando te pillan sin herramientas
1458 a los X años y te dicen esto, te llega mal. Probablemente le llega muy mal a él. En
1459 cambio si a mí me lo dicen a los [años], hasta el día de hoy, y yo como... No, no piso
1460 ese palo tuyo. Me estoy tirando un palito y yo no te lo voy a pisar. En cambio que
1461 imaginé al hijo de P pisando el palito. Y el hijo de P, lo que hace, se enoja. Se enoja, la
1462 aleja, la echa de la habitación. "Pero [Hijo de P]"... "No, mamá". O sea, quiere pescarlo,
1463 que la abraza y no. Él se va y "cálmese sola", le dice. Se va de ahí. La deja tirada y la
1464 abandona. Se cumple la profecía autocumplida de que te dejan. Te dejan porque estás
1465 pidiendo algo inalcanzable.^{P}_{SEP}

1466 IR: Y tratando de pensar en tu experiencia, T2. Recuerda que la entrevista es para ti,
1467 ¿verdad? Si pudiéramos hacer un resumen, ¿incluiríamos, entonces, las experiencias de
1468 calma de tranquilidad, con estos pensamientos que decías tú de confianza, de saber qué
1469 estás haciendo, etcétera, con esta incomodidad o enojo tercerizado, por decirlo así? ¿O
1470 no es una emoción que tú la hayas sentido?^{P}_{SEP}

1471 T2: No la siento, pero me la imagino en el hijo. Por eso yo creo que no me cansa la
1472 sesión. No me siento como: "¡Ah, Otra vez esta paciente! Otra vez con el tema",
1473 reiterada. No me cansa porque no me llega a mí. Sino que utilizo eso que ella está
1474 diciendo para que dé leche en la sesión de psicoterapia. Como que lo giro
1475 productivamente para que saque buena productividad eso que le está diciendo el hijo.
1476 Que me imagino empáticamente cómo lo cansará, cómo él huye a su habitación. Y que
1477 en este momento, si ella está en la habitación de él, ¿dónde estará él? ¿Te fijas? Como
1478 diciendo: "devuélveme mi nido". Entonces, ella, trata de mear un territorio que no le
1479 corresponde. Entonces, no me llega a mí el cansancio que debe sentir el hijo cuando le
1480 dicen: tú eres psicólogo. No me llega a mí ese cansancio. Sino que yo lo uso. Uso ese
1481 cansancio que hipotéticamente debe sentir el hijo y lo ha expresado. Y se lo he dicho a
1482 ella. Entonces, me gusta que aparezca eso. Y si en mi historia, a mí me lo han dicho, ahí
1483 yo uso esa experiencia de vida para que traiga luz a la sesión. Pero no me conecto con
1484 decir sí, en ese momento recordé el cansancio que me produjo mi familia. Nunca me

1485 cansó, porque siempre me lo pude sacar de encima, por así decirlo, de lo que están
1486 pidiendo que no corresponde.^{[P]_[SEP]}

1487 IR: Entonces, volviendo a la redundancia, T2. Si en este episodio resumimos que
1488 aparece esta calma, esta tranquilidad, esta comodidad. El pensamiento de confianza en ti
1489 misma, en que sabes como la paciente va a reaccionar, ¿verdad? Y que, como dijiste,
1490 hiciste esta tirada de hipótesis como probando. Y que ella engancha con esta
1491 interpretación, ¿cuál era el objetivo para ti en el episodio? ¿El objetivo terapéutico en
1492 ese episodio?^{[P]_[SEP]}

1493 T2: El que ella logre girarse hacia una solicitud más plausible con la realidad que ella
1494 tiene. Más viable con la realidad que ella tiene. Para que ella se gire y gestione en el
1495 mundo de manera más productiva. Porque al hijo le está pidiendo que en parte sea como
1496 un esposo o como un padre. O incluso, hasta como una madre. Lo que ella no se logra
1497 dar a sí misma. Entonces, sacarla de ese callejón sin salida. Se mete en un punto ciego,
1498 ella. Cuando trata de culpabilizar al hijo, que es un hijo frío, y qué le costaba tenerme de
1499 la mano. Es más, ella se fue a la habitación de la madre, el hijo también estaba allí. Y
1500 ella pesca a la madre, de la camisa de dormir y la tiene ahí pescada, sentada aquí en la
1501 cama. Y me decía: "yo no me soltaba de ahí, me quedaba ahí". Y no quería que se fuera
1502 y le decía: "Hijo, quedate a mi lado, no te muevas". "Ay mamá, suélteme". Claro,
1503 porque la aleja. Entonces, mi foco está en llevarla a algo que ella pueda pedir algo más
1504 definido que sea alcanzable para quienes a ella la rodean. Porque ella es como un saco
1505 sin fondo. Es como que siempre está con hambre de cariño y nada logra solventar eso.
1506 Entonces, el que... mi intención es pescar eso, primero me imaginé en ese momento la
1507 escena. O sea, yo me imaginé a ella en la habitación de la madre, en una cama muy
1508 probablemente de dos plazas que tiene esa señora. Grande, cómoda, casi poco menos
1509 marca Canon, así. Me la imagino yo a ella, con camión, y a ella con la mano pescada
1510 en la camisa de la madre y el hijo de pie y tratando de alejarse de esta madre que es...
1511 ilimitada en las solicitudes. Eso me imagino yo, cuando estoy con ella, pero con los
1512 pacientes, en general, yo me imagino la escena. Imagino. Es como que me siento en la
1513 cama cuando había temblado ese día. Esa semana hubo un temblor fuerte. Porque fue
1514 fuerte, hizo ta-ta-ta-ta-ta y se calmó. Todavía me acuerdo. (...) Pero yo dije: Uy, yo voy

1515 a tener a la P, ella va a sentir esta cuestión. Dejé que ella lo dijese sola y dije: ¿viste?
1516 Sintió el temblor.^{[P]_{SEP}}

1517 IR: Oye T2 como para ir avanzando, ¿tú crees que, comentándome que te sentías en esta
1518 calma, esta tranquilidad, en algún momento cambió tu estado de ánimo dentro de ese
1519 episodio?^{[P]_{SEP}}

1520 T2: No... No, yo... lo que está apareciendo más es que durante toda la sesión mi cabeza
1521 está todo el rato en la sesión tratando de focalizarme dónde voy a hincar más el diente.
1522 Esa es una preocupación más estratégica. No preocupación de: chuta, estoy preocupada.
1523 Si no que...^{[P]_{SEP}}

1524 IR: Pero igual te lleva a una emoción distinta, me imagino, ¿o no?^{[P]_{SEP}}

1525 T2: Mi foco de atención va dirigido hacia dónde voy a entrar a picar más, de todo el
1526 aparataje o el abanico de posibilidades que trae la paciente, dónde más me voy a enfocar
1527 para elaborar que fuese más productivo para ella. Entonces, estamos en un momento en
1528 donde ella está hablando del temblor, de lo que sintió. Ella le tiene pánico al temblor.
1529 Ella tiene crisis de pánico. Entonces, yo me pregunto también en ese momento, ¿valdrá
1530 la pena enfocarme en cómo ella vive los temblores? Y yo me dije: no. Trabajar el tema
1531 de los temblores no es sustancioso. ¿Qué es más sustancioso? Es más sustancioso el que
1532 ella aún no logra ser más concreta en algo definido que le quiere pedir no solo al hijo,
1533 sino que también a su madre. Acá, me estoy enfocando, una preocupación no como
1534 nerviosismo. Una preocupación como estratégica, es decir, dónde voy a dirigirme en
1535 esta sesión en lo que ella me está diciendo. A ver, ¿acá?, no. Acá podría ser. A ver, aquí
1536 no, acá no. A ver, podría ser. Y ahí estoy en ese ping-pong.^{[P]_{SEP}}

1537 IR: ¿Y cuándo cambia, según tú, de esta calma, de esta tranquilidad, al principio del
1538 episodio, a esta preocupación, por decirlo así positiva, como dices tú?^{[P]_{SEP}}

1539 T2: En cuanto empieza la sesión yo estoy muy tranquila. Y cuando continúa la sesión
1540 yo estoy barajando una estrategia de hacia dónde voy a dirigirme en la sesión, pero
1541 sigue mi tranquilidad de principio a fin de la sesión de psicoterapia.^{[P]_{SEP}}

1542 IR: O sea, ¿no cambia?^{[P]_{SEP}}

1543 T2: No. Yo, de principio a fin estoy tranquila. Yo, internamente, estoy muy tranquila.
1544 Me siento en paz con mi mundo. Con mi vida, con mi mundo, con mi cabeza, con mi
1545 mundo privado. (...) ¿te fijas? Es como un poco... Pero eso lo tengo estructurado. Está
1546 bien armado, ¿ya? Entonces, nada me preocupa. Lo que pasa es que para mí, ésta es la
1547 idea: toda la sesión tiene una plataforma estable para mí, de la T2. La T2 se mantiene
1548 estable en toda la sesión. Yo me subo sobre esa plataforma estable toda la sesión. Y
1549 sobre esa plataforma estable, yo pinponeo.<sup>[P]
[SEP]</sup>

1550 IR: Y ese pinponeo, en este episodio en particular, cuando ella dice esto de la demanda
1551 al hijo, ¿cómo cambia ese pinponeo? O sea, de qué emoción hasta qué emoción cambia.
1552 Sabiendo que hay una base, en el fondo.<sup>[P]
[SEP]</sup>

1553 T2: Lo que pasa es que, dependiendo de cómo ella asimila lo que le estoy diciendo, yo
1554 lo que hago es decir: ah, ella así lo está elaborando. Estoy tratando de ver cuánto
1555 desgaste emocional le significó ese temblor y lo que pidió y lo que recibió y lo que no
1556 recibió. Hacia ahí está centrada mi cabeza. Estoy tratando de entender por qué... Mi
1557 cabeza está abocada a la escena. Entonces, yo no... No aparece como...<sup>[P]
[SEP]</sup>

1558 IR: ¿No aparece tu emoción ahí?<sup>[P]
[SEP]</sup>

1559 T2: Yo no estoy como emociona... No hay una... Es que yo estoy muy en segundo lugar.
1560 La T2 es como... Hay como una sola terapeuta ahí. Ahí no está la T2, (...). No estoy yo
1561 ahí. Ahí yo estoy trabajando. Aquí yo te estoy hablando como T2. T2 que trabaja, hace
1562 psicoterapia, (...) y te puedo hablar de ello. (...) Sí, de acuerdo. Yo te estoy hablando
1563 como T2 y que además tiene una profesión. Pero ahí, ahí no estoy yo. Ahí yo estoy
1564 trabajando. Pero no estoy escindida, yo no estoy separada de mí. Pero yo no estoy como
1565 presente con las emociones mías, personales porque considero que sería erróneo de mi
1566 parte. Porque si me cruzo con un paciente que es perverso, que me involucre
1567 emocionalmente y que me provoque algo. A mí lo que me provocan los pacientes lo uso
1568 para la sesión. Como que tomo esa cuestión y fuá, la tiró para allá. Porque digo, me está
1569 pasando acá como cuando dijo: "bueno los terapeutas...". Ah, aquí viene, yo me
1570 acuerdo. Pero no es algo que me llegue al corazón. Es algo como que pum y se rebota
1571 para allá. Es como un espejo, fah! y llega para allá. Por qué, porque tengo una historia
1572 de eso, ándale, vamos para allá, fua, tiro el ping-pong. Pero no termino, no entra a mí

1573 ser, por así decirlo. No entra a mí intimidad. No entra. Los pacientes no me dañan. Sólo
1574 aparece más... Me ofrecen experiencia y más repertorio de...^[P]_[SEP]

1575 IR: T2, dame un segundo para prender la luz.^[P]_[SEP]

1576 T2: Sí.^[P]_[SEP]

1577 IR: Pero quiero entender bien eso. Porque entiendo que tu calma es algo estable y de
1578 alguna manera hay una tranquilidad de base.^[P]_[SEP]

1579 T2: Mjum.^[P]_[SEP]

1580 IR: Pero aún así, aunque sean usadas estas emociones respecto de la experiencia, hay un
1581 cambio para poder usarlas, ¿verdad? Hay un cambio en ese pinponeo, que dices tú. En
1582 cómo te llegan, cuando dices tú: yo engancho, de alguna manera, para usar esa
1583 información tienes que engancharte en algún momento. Y ese enganche es emocional ¿o
1584 no?^[P]_[SEP]

1585 T2: Sí, pero yo creo... Mira, está bien interesante lo que estás diciendo. Y recién ahora
1586 vengo a entender algo que hago y que creo que sí a la emoción le ponemos un largo de
1587 diez centímetros. No, "de una a diez" como dice la enfermera, "¿cuánto le duele de uno
1588 a diez? Ocho a nueve, doctor. Mire, es once con cinco" jajaja. No, si tú y yo ponemos
1589 un largo de diez centímetros y la emoción que sea. Todas las emociones que uno tiene
1590 tienen un largo de diez centímetros, por así decirlo, porque son emociones que nos
1591 pertenecen. Cómo vivo el amor, cómo vivo la rabia, cómo vivo la fragilidades, las
1592 fortalezas, las cosas que me gustan, ¿ya? Las emociones, si tuviesen un largo de diez
1593 centímetros mis emociones personales. Ahí en sesiones de psicoterapia, tienen que tener
1594 algo de emoción para que yo pueda reconocerlas. Para yo poder sentir, más o menos lo
1595 que sentía el hijo. Pero sólo le pongo un cero con cinco. Un cero con cinco para sentir:
1596 "ah, esto es rabia. Ah, acá el hijo debe estar muy emputecido". Pero es un cero con
1597 cinco de diez. Por eso es que no me llega a mí identidad. No me llega a mi identidad.
1598 Por eso es que mantengo esa estabilidad y esa base muy estable, muy tranquila. Muy
1599 armónica, por así decirlo. Porque yo posiciono en la sesión de psicoterapia, de todas mis
1600 emociones un cero con cinco. Ahí hay una persona que trabaja, está trabajando. Pero yo
1601 pongo ahí un cero con cinco, porque no es personal. Porque a pesar de que trabaje con

1602 las emociones, no trabajo con mis emociones personales al cien por cien. Sólo te doy un
1603 cero con cinco de mis emociones y de lo que he vivido en mi vida. Porque de lo
1604 contrario, sería agotador. O sea, si lo pienso... Ahora lo estoy poniendo en palabras de lo
1605 que hago. De lo que hace esa terapeuta.^[P]_[SEP]

1606 IR: Oye y respecto al pensamiento que me mencionaste, cuando tú me dices que la
1607 paciente, tú pensabas que estaba tratando de llevarte a reafirmar, como cuando me
1608 decías que lo que pensabas es que ella te tomara como una aliada para después decirle al
1609 hijo y todo. Ese era el pensamiento inicial, ¿sí?^[P]_[SEP]

1610 T2: Mjum.^[P]_[SEP]

1611 IR: ¿Qué tan profundo creíste en ese episodio que estaba pasando eso? Del 1 al 10, por
1612 decirlo también.^[P]_[SEP]

1613 T2: Cuando te preguntas qué tan profundo, ¿a qué te refieres con eso?^[P]_[SEP]

1614 IR: ¿Qué tanta certeza tenías tú que tú estabas pensando que así podía ser?^[P]_[SEP]

1615 T2: Ah, porque ya en ese momento, en cuanto aparece ella, yo ya tengo puesta la corona
1616 de todas las hipótesis que estoy poniendo en la sesión, cuando ella aparece, una y otra
1617 vez. Y las trato de refutar o de corroborar. Las trato de fragilizar y las refuerza. La trato
1618 de... pero quizás no es así, y la refuerza. Entonces, como refuerza esta corona de
1619 hipótesis...entonces no...^[P]_[SEP]

1620 IR: Un diez, dirías tú.^[P]_[SEP]

1621 T2: Claro, no hay incertidumbre en lo que estoy diciendo. ¿Te fijas? Lo que permite que
1622 yo, en las sesiones de psicoterapia, esté tranquila es que desde el primer día conozco el
1623 paciente. Desde el primer día yo hago la corona. Y después, cada vez la perfilo más, la
1624 perfilo más. Hasta que llega un momento en el cuál yo siempre estoy dando un repaso.
1625 Nunca digo, la corona ya está segura, no. La corona siempre la voy a tirar a la arena.
1626 Siempre la voy a tratar de derribar. Nunca me voy a barajar desde una certeza. Porque
1627 las personas pueden tener cambios sustanciales en la vida, les pueden pasar cosas a las
1628 personas. A las personas les pasan cosas. Entonces yo pongo una corona que nunca está
1629 desde la certeza, sino que la certeza de esa corona la da el mismo paciente. Yo sólo

1630 estoy tratando de corroborar lo que el paciente dice. Y eso yo lo pongo a prueba. Y eso
1631 permite que yo me mantenga tranquila, porque ese formato de posicionarme en la
1632 terapia me permite que yo dé el cero con cinco de mis emociones, que pongo ahí para
1633 reconocer las emociones también. De lo racional a lo emocional. Desde lo racional, al
1634 cien por cien. El diez. Todo, todo... el "Greenberg" Por un tubo, el "Greenberg". El
1635 reconocer desde las emociones personales, sólo pongo un cero con cinco. No es
1636 necesario más. No está la T2ita ahí presente.^[P]_[SEP]

1637 IR: Entiendo. Oye, y ¿crees que era posible tener una interpretación distinta, diferente
1638 de lo que tú pensaste en ese momento?^[P]_[SEP]

1639 T2: Si tengo la duda, lo que hago es preguntarle, ¿no? ¿Qué hizo tu hijo, qué te dijo,
1640 cómo te lo dijo, dónde estaba? Cuando hago esa pregunta, de ¿Dónde estaban ustedes?,
1641 en la habitación de mi madre, dice ella. Porque ella va a la habitación de su madre. Y al
1642 final estaban los tres en esa habitación, que es de la madre. Entonces, cuando pregunto
1643 dónde estaban me permite corroborar mi potencial duda.^[P]_[SEP]

1644 IR: Independientemente de la certeza que tú tienes, T2, ¿crees tú que era posible tener
1645 una interpretación diferente de lo que la paciente te estaba diciendo?^[P]_[SEP]

1646 T2: Siempre inoculo la duda de: ¿será esto? ¿Habrá un plan B? ¿Podría ser otra cosa?^[P]_[SEP]

1647 IR: O sea, ¿sí?^[P]_[SEP]

1648 T2: Sí, pero lo que me permite que yo me mantenga en esa línea es en función de lo que
1649 ella me está diciendo. Pero la corona yo la salpico de dudas. Yo no la protejo.^[P]_[SEP]

1650 IR: Pero, y a propósito de esa corona de pensamientos, de hipótesis sobre la paciente.
1651 ¿De qué tipo sería esta interpretación distinta de lo que ella te mencionó? ¿Cuál podría
1652 ser otra interpretación de la que tuviste en ese momento?^[P]_[SEP]

1653 T2: Otra que podría, y que no apareció, por eso es que la deseché. Es que la madre haya
1654 dicho algo o que el hijo le haya entregado algo y ella se hubiese quedado satisfecha con
1655 esa contención. Entonces, yo exploro eso, si apareció algo más. Si funcionaron esos
1656 actores de otra forma, cosa que ella se hubiese calmado. Y por eso es que pregunto
1657 cómo fue. Porque yo podría imaginarme al hijo: "ya mamá, no me toque, quédese ahí

1658 tranquilita no más". "Ya se va a calmar". Yo podría imaginármelo así y no barajar la
1659 posibilidad de que el hijo se haya sentado a su lado y uno a cada lado. Y que en algún
1660 momento sí se pone uno a cada lado. Pero ella es inalcanzable. No sé si en algún
1661 momento le pregunto si se calma, en qué momento se calma. "Yo seguía nerviosa",
1662 decía. "Yo tomaba ahí la camisa de dormir de mi mamá". Eso me permite, no sé si la
1663 palabra justa es desechar, pero por lo menos, se diluye. Se diluye el que no haya
1664 sucedido otra cosa y yo me haya perdido, yo me haya imaginado otra situación que pasó
1665 y que yo no supe dimensionar cómo había sido, quizás, eso. ^[P]_[SEP]

1666 IR: Claro, yo entiendo que estabas bien segura de la interpretación que tuviste. Pero si
1667 hubiera sido otra interpretación como la que mencionaste, ¿verdad? ¿De qué tipo
1668 hubiera sido esta interpretación alternativa, por decirlo así? ^[P]_[SEP]

1669 T2: Que yo haya hecho. ^[P]_[SEP]

1670 IR: Claro, estamos hablando siempre de ti ahora. ^[P]_[SEP]

1671 T2: Sí, siempre de mí. ¿De qué tipo podría haber sido la interpretación que podría haber
1672 hecho...? Que ella podría haberse quedado satisfecha con lo que le dio su hijo y la
1673 madre. Y que, por primera vez, ella se quedó satisfecha con lo que recibió durante y
1674 después del temblor. Y que yo pude haberme equivocado y realmente se pudo haber
1675 calmado suficientemente bien. Que yo podría no haber dimensionado en su justa
1676 medida, que lo que le ofreció el hijo y la madre, yo hubiese imaginado que funcionaron
1677 igual que siempre y me hubiese equivocado. Y que, en realidad, funcionaran de una
1678 forma en que a ella sí le hizo sentido. Ese podría haber sido mi error si yo no hubiese
1679 imaginado o preguntado mejor cómo fue esa contención que le dieron. Ahí yo me
1680 podría haber equivocado si realmente ella fue bien contenida, como lo que ella
1681 necesitaba. Por eso que pregunté, si no mal recuerdo, más adelante. ¿Y sirvió? ¿Te lo
1682 dieron? ¿Qué hubieses necesitado en ese momento? No. Entonces, eso trato de
1683 corroborar, si las cosas se dan de una forma que ella quede satisfecha, porque ella nunca
1684 está satisfecha. ^[P]_[SEP]

1685 IR: Y considerando esto que tienes entonces, una interpretación alternativa a la que
1686 tuviste, en el fondo, y que se ve ahí, ¿hay algo que te haya ayudado a cambiar tu punto
1687 de vista en comparación a ese momento? ^[P]_[SEP]

1688 T2: Cuando dices tú, por ejemplo, ¿me estás preguntando lo que permitió que yo
1689 corroborara que, en realidad, se quedó insatisfecha y que, en realidad, no se quedó
1690 satisfecha de lo que recibió?^[P]_[SEP]

1691 IR: No, lo que te preguntaba era si hay algo que pudo ayudar a cambiar tu punto de vista
1692 respecto a esta otra alternativa de interpretación. Ahora que lo conversamos, ¿verdad?
1693 Porque en ese momento, no tuviste otra interpretación. Y pareciera ser que se cumplió
1694 esa hipótesis, ¿verdad? Ella te lo demuestra en el discurso. Pero, ahora, pensándolo
1695 desde el laboratorio, por decirlo así, en esta entrevista. Si tienes esta otra interpretación
1696 de lo que podría haber pasado, ¿qué crees que te ayudó? ¿O hay algo que te haya
1697 ayudado a cambiar este punto de vista en la misma revisión de este episodio?^[P]_[SEP]

1698 T2: Lo que pasa es que es hacia allá adonde yo quiero llevar el objetivo de la
1699 psicoterapia con esta paciente. O sea, más que cambiar mi punto de vista, es hacia allá
1700 donde deseo que ella se gire. Que ella no les pida a los otros la contención que es ella la
1701 que se debe pedir. O sea, la P no es una buena amiga de la P. La P abandona a la P. Lo
1702 que la terapeuta está tratando de que aparezca es esa otra posibilidad como hipótesis.
1703 Más que como hipótesis, que se haga carne ese otro formato que es mucho más
1704 beneficioso para lo que ella necesita.^[P]_[SEP]

1705 IR: Claro, ahora la interpretación que ahora me das, alternativa, viene a ser como tu
1706 objetivo también.^[P]_[SEP]

1707 T2: El objetivo de la psicoterapia en ella.^[P]_[SEP]

1708 IR: Su objetivo terapéutico, en el fondo, implícitamente... Oye, acá te voy a hacer una
1709 pregunta totalmente distinta. Y puede sonar un poco rara.^[P]_[SEP]

1710 T2: Que suene como suene. Viste, ¿ahí está? Yo te estoy oyendo: puede sonar rara. Que
1711 suene como suene. Estoy totalmente abocada a ti.^[P]_[SEP]

1712 IR: Durante este episodio revisado, ¿te sentiste por casualidad en un estado de
1713 confusión, como dentro de un sueño o una sensación como de irrealidad que impidió
1714 saber algo, si realmente sucedió o si fue sólo imaginación?^[P]_[SEP]

1715 T2: No. No. Lo que me provocó un gusto muy grato. Es como cuando uno... (...) Por
1716 eso es que es tin y es tan. (...). Y eso es lo que estábamos... Me generó ese recuerdo, de
1717 este hobby que hago, de pensarme minuto a minuto de lo que hice en ese momento. Y
1718 me regocijé, me pareció muy bello, muy bonito. Me gustó porque, es como lo que te
1719 dije: mira, ahora estoy pensando, es como si me hiciese una corona. Como el
1720 coronavirus. Entonces, es como cuando dicen los pacientes: "ahora que lo estoy
1721 diciendo". Bueno, ahora que el Cristóbal Manchego me lo está diciendo, claro, me hago
1722 una corona como el coronavirus. Cuando recién apareció el coronavirus. ¿Pero por qué
1723 se llama coronavirus? Un médico dijo, porque es como una corona que tiene. Y ahí lo
1724 explicó y dije: mira, como una corona. Y quedó ahí.^[P]_[SEP]

1725 IR: Entonces, ¿eso te pasa ahora que te lo pregunto?^[P]_[SEP]

1726 T2: Sí.^[P]_[SEP]

1727 IR: En el mismo episodio, ahí cuando estás hablando en ese momento, no te viene esta
1728 interpretación, esta revisión o...^[P]_[SEP]

1729 T2: No, eso que me preguntaste ahora lo estoy abocando a lo que me está sucediendo en
1730 este momento. Pero cuando estoy ahí con ella, a mí no me está pasando nada malo. No
1731 hay ninguna turbulencia en mi interior. Yo estoy un vaso de leche con una muy buena
1732 plataforma. Yo estoy muy tranquila. Y como te digo, toda mi atención está en ella. Es
1733 más, estoy tan atenta a ella, y esto me está pasando últimamente. Incluso me pasa
1734 cuando leo un libro. Bueno, no creas que soy súper buena, pero me gusta. Eso que te
1735 dije po, yo estudio [un instrumento]. Estudio la partitura y hasta me suda el bigote
1736 jajaja. Y me he dado cuenta que también cuando leo algo y digo: ah, claro, es el verbo
1737 auxiliar, es tal la concentración, que como que se me moja la frente. Es tal la
1738 concentración que me supura todo jajaja. Y digo: ¡ah, era así! Como que estoy
1739 entregada a eso. Yo estoy sumamente concentrada a eso.^[P]_[SEP]

1740 IR: Oye y, entonces, dices que tienes estas reacciones, experimentas esta calma, juegas
1741 con estas hipótesis. Y al mismo tiempo usas lo que te rebota de lo que te dicen los
1742 pacientes, o lo que te dice esta paciente. ¿Crees tú que sueles experimentar, pensar y
1743 hacer este tipo de cosas en episodios como este?^[P]_[SEP]

1744 T2: No entendí qué me estás preguntando.^[P]_[SEP]

1745 IR: Si es algo que suele sucederte normalmente.^[P]_[SEP]

1746 T2: ¿En la cotidianeidad?^[P]_[SEP]

1747 IR: No, en episodios terapéuticos como este.^[P]_[SEP]

1748 T2: Este es mi formato. O sea, esto yo lo hago en todas las sesiones. Con todos los
1749 pacientes me pasa lo mismo. Yo estoy abocada a este paciente. Yo ni me acuerdo del
1750 que vi el jueves, el martes, no. Yo estoy abocada. No sé, al paciente de ayer a las 10 de
1751 la mañana. Yo estoy preocupada sólo de ese paciente. ¿Los otros? Yo les deseo lo
1752 mejor. Se terminó la sesión, calabaza, calabaza; cada uno para su casa. Es más, yo no le
1753 digo al día anterior al paciente: recuerde que tenemos sesión mañana. No. Yo le digo,
1754 ya, estoy conectada. Martes a las 10 de la mañana me escribió el J. Hola J. "Ya, estoy
1755 conectada". Porque no abro una puerta, porque no voy a la sala de espera, porque no
1756 toca un timbre él. Entonces, le digo: "ya estoy conectada". Y él me dice: "me estoy
1757 conectando, llego en dos minutos, disculpa". Ah, "aquí estoy", le digo.^[P]_[SEP]

1758 IR: Si suele ser esta reacción, esta forma de ser en terapia, ¿cómo explicas esta reacción
1759 típica?^[P]_[SEP]

1760 T2: Yo creo que con los años, muchas cosas se han calmado en mí. Muchas cosas se
1761 han calmado. He logrado convivir mejor con mis pendientes. Todos tenemos cosas
1762 pendientes, eso lo dijo don Zagmutt. Todos tenemos cosas pendientes. El truco está en
1763 cómo convivimos con lo pendiente. Pero yo creo que influye mucho, a mí, yo estoy
1764 hablando de la T2. El resto de la gente no tengo nada que decir. Ni del Cristóbal, nada.
1765 A mí, por lo menos, me hace bien que le dedique tiempo como pueda, que me organice
1766 lo mejor que pueda para armar la vida que quiero armar o que pueda armar. (...) Y ese
1767 tipo de decisiones ha influido en mi vida profesional y en mi vida personal. Porque son
1768 decisiones que me han permitido... Que he tomado libremente y que me han permitido
1769 estar tranquila conmigo. Con lo que hago y con lo que dejo de hacer. Yo he postergado
1770 cosas. Pero también he postergado cosas para poder lograr otras. (...)^[P]_[SEP]

1771 (...)^[P]_[SEP]

1772 IR: Esos aspectos de tu vida personal que me mencionas, ¿cómo se relacionan a tu vida
1773 profesional? ¿Cómo explican estas reacciones típicas de este episodio, por ejemplo? ^[P]_[SEP]

1774 T2: Enormemente. Porque si ahora lo pienso, si ahora me detengo en eso que digo: "ah,
1775 sí, los que somos terapeutas". Si yo lo pienso ahora, enormemente, porque me permite...
1776 Eso es lo que arma mi base estable, porque todo lo que estoy haciendo en estos
1777 momentos de mi vida, me gusta todo. Pero, eso sí, me ha significado mucho esfuerzo.
1778 (...). Pero le dedico tiempo. Entonces, es como, todos los días yo puedo armarme, cada
1779 día un día lindo. Porque yo tengo el libro que todavía no termino, pero ahí está. Tengo
1780 la partitura, mi [instrumento] está al otro lado. (...) Y yo digo, ya, dos horitas, pum pum
1781 pum pum pum. (,,,) ^[P]_[SEP]

1782 T2: Si ^[P]_[SEP]

1783 [Participante contesta llamada telefónica] ^[P]_[SEP]

1784 T2: Mi vecina, la que es experta en... ^[P]_[SEP]

1785 IR: La V. ^[P]_[SEP]

1786 T2: Viste, resuelvo. Porque a ella le pasan cosas. A mí también me ayuda. (...) ^[P]_[SEP]

1787 IR: Oye, T2, pero volviendo a focalizarnos en la entrevista. Para tratar de no irnos tan
1788 en las ramas, tú me dijiste que esta era una reacción típica, ¿verdad? Como terapeuta.
1789 Entonces, ¿alguna vez has experimentado una reacción diferente en algún episodio
1790 terapéutico? Digamos, diferentes emociones, pensamientos en episodios similares
1791 terapéuticos. Digamos, que no haya calma, que no haya tranquilidad, que no tengas las
1792 hipótesis. ¿Puedes recordar y tratar de describir algunos episodios? Quizás con P o con
1793 otras pacientes que sean distintos en ese plano emocional, cognitivo y conductual. ^[P]_[SEP]

1794 T2: Sí señor. Sí. Pero nunca se pierde la calma. Pero sí aparece la duda, la pregunta, la
1795 incertidumbre. Eso que me preguntas, el qué será que lo lleva a ser tan procrastinador
1796 porque aún no lo veo. Pero me quedo tranquilamente con esa duda. Me quedo con mi
1797 mundo estable, con una plataforma estable. Pero sé que yo no le he logrado sacar la
1798 foto, por así decirlo, al paciente. Y no sé todavía quién eres tú. Pero la plataforma sigue

1799 estando. Porque mi mundo privado ahí está al día. Pero también como terapeuta puedo
1800 convivir con esas inestabilidades de no sé quién eres tú, todavía. Entonces, ahí...

1801 IR: Entonces, ¿Incertidumbre, dirías tú, si lo transformamos a emociones?^[P]_[SEP]

1802 T2: Claro. Incertidumbre. Pero no es una incertidumbre que... No me desencaja, no me
1803 quita el sueño. No me cuestiono como psicoterapeuta.^[P]_[SEP]

1804 IR: No, claro. Pensando solamente en esos episodios, en la terapia, solamente. Que sería
1805 como si lo podrías poner como una emoción o un nombre, como incertidumbre, ¿qué
1806 otra más, sería?^[P]_[SEP]

1807 T2: Cuando aparece esa... Porque es muy racional eso, esa lógica de no sé quién eres
1808 tú... no sé, no... Como te digo, es que pongo el cero con cinco de emociones en el
1809 trabajo. Yo le pongo un cero con cinco. Y no es desconexión emocional. Tengo que
1810 poner un cero con cinco para leer emociones. Para leer emociones pero no son las mías.
1811 Es información de emociones. De las emociones desde lo racional. Pero también
1812 información de mis emociones, pero de mis emociones es un cero con cinco. El paciente
1813 no me quita el sueño. No me quita el sueño. El paciente no desestructura mi mundo.
1814 Incluso pacientes que me han dejado. Una paciente dijo: "no, yo necesito saber, me voy
1815 a hacer una regresión, porque parece que yo viví una violación". "Sí, pero qué vas a
1816 hacer con eso". "No, porque necesito saberlo, T2. Yo sé que tú me has ayudado". Yo no
1817 puedo hacer nada por eso. Pero, como te digo, yo puse un cero con cinco de mis
1818 emociones, entonces, eso es ella. Eso es ella. Esa no soy yo. No está en juego mi
1819 identidad ahí en la sesión.^[P]_[SEP]

1820 IR: ¿Podrías tratar de describir un episodio terapéutico en donde hayas tenido otras
1821 emociones, otros pensamientos?^[P]_[SEP]

1822 T2: Sí, yo atendí a una paciente que tuvo una vida muy descarnada, muy descarnada. Y
1823 era muy triste eso, lo que estaba contando. Y lo que me provocaba, que como te digo, a
1824 pesar de que pongo el cero con cinco, eso descarnado lo veía en ella. Y me provocaba,
1825 no sé si será una emoción, pero me perturbaba que estaba contando algo tan triste. Y era
1826 tan estable su rostro. Tan... Era como un rostro apacible contando violación, abuso...^[P]_[SEP]

1827 IR: Como que te sorprendió un poco esa inconsistencia...^[P]_[SEP]

1828 T2: Sí, sí. Me pasó con una paciente. Pero me sorprendía, pero me gustó darme cuenta.
1829 Aquí me di cuenta de que yo pongo el cero con cinco de mis emociones. Esa sorpresa es
1830 una sorpresa hacia la paciente. Porque creo que si estoy usando esta estrategia que
1831 vengo a entender ahora, es una manera también de proteger mi mundo, protegerme a mí
1832 misma. Yo trabajé por tres años en el [lugar] y, chuta, o sea, había pacientes que venían
1833 de zonas muy paupérrimas, muy vulnerables. No sé, me daban ganas de recibirlos con
1834 alfombra roja. Pero yo creo que ese fue el primer lugar en donde yo tuve muchos
1835 pacientes y no sé qué vida era más descarnada que otra. Y en esos primeros años, el
1836 [año], me acuerdo. A ver... no, [año]. Yo ahí era como... Descubrir otro mundo. Ahí se
1837 corroboró esa lectura, un sociólogo que dijo: hay muchos Chiles en Chile. En Chile hay
1838 muchos Chiles. Pero, ¿te fijas? yo, siendo el [año], no tenía [edad]. Y ahí yo me iba del
1839 [lugar]. Y por cierto, vivía a cinco cuadras. (...) Aquí había vivido mi infancia, mi
1840 adolescencia. Desde adolescente que vivo por acá. O sea, yo me iba del [lugar]. O sea
1841 les decía a mis pacientes, pero yo llegaba al [lugar] y lo que más quería era almorzar y
1842 tirarme en la camita. Mi vida pajera, por así decirlo. Pero no me quedaba así...no, o sea
1843 me cansaba, estaba cansada porque era un paciente, otro paciente, otro paciente... Yo
1844 estaba al principio trabajaba 30 horas. Después trabajé 22 horas. Pero era un paciente,
1845 otro, otro, otro... Agradecida por tener buena adhesión a psicoterapia. Casi no faltaba
1846 ninguno. Agradecida. Muchas veces la incertidumbre que vivíamos ahí en el [lugar].
1847 (...)^[P]_[SEP]

1848 IR: T2, disculpa, para enfocarnos de nuevo en el tema. Pero tú dices entonces, que
1849 algunas veces reacciones de forma calmada, o todas las formas hay como una base. Pero
1850 han existido estos episodios que tú mencionas en donde surge la incertidumbre en los
1851 episodios terapéuticos, más que esas otras más estables. Y que como pensamiento te
1852 viene la duda. Qué bueno, ¿qué pasará? Hay una diferencia ahí. ¿Cómo explicarías tú
1853 esa diferencia?^[P]_[SEP]

1854 T2: La explico por lo que te dije. Que muchas veces, no sé quién eres tú, primero que
1855 nada. Y lo segundo, también me doy cuenta que, ¿qué querrá este paciente? Porque el
1856 paciente está contando una serie de problemas o dificultades en su vida, pero cuenta
1857 principalmente, situaciones que le generan problemas. Y yo le pregunto al paciente,
1858 "¿qué necesitas de estas sesiones? ¿Qué necesitas de esta terapeuta para venir acá a esta

1859 psicoterapia? ¿Qué necesitas?". Y a veces el paciente dice no sé. No sé si esto se puede
1860 solucionar, pero creo que es bueno venir acá. Entonces, parece que tampoco hay un
1861 motivo de consulta. Es raro encontrarse con pacientes así. Yo creo que los que más me
1862 encontré así eran los del [lugar], ¿no? Que parece que era una instancia para llegar con
1863 una terapeuta para llegar con alguien que me escuche, que valide mi pena, que valide mi
1864 vida descarnada y que yo no estoy loco. O sea, no me estoy... Es como si me provocaran
1865 las sensaciones de decir: "sabe, yo no me estoy victimizando, esta vida ha sido dura".
1866 "¿No estoy equivocado, no cierto?" Es como una cosa así, me llama la atención.
1867 Entonces, eso me provocaba. Me llenaba un poco, me embargaba la duda, es decir, ¿qué
1868 necesitará esta paciente? De todo esto que me está contando, yo me preguntaba mientras
1869 me hablaba, no solo quién es esta paciente, sino que además, qué es lo que necesita
1870 resolver, cómo creería o cómo tendría que gestionar mejor la vida. Porque como te
1871 decía, en el [lugar] llegaron pacientes con un mundo tan descarnado, que lo que me
1872 provocaba era un poco de... Me estoy acordando específicamente de una, apellido K,
1873 todavía me acuerdo. De apellido K. Y era una pobreza tan descarnada que lo que me
1874 provocaba era como... la sensación de... Como es esa palabra de que yo no puedo hacer
1875 nada por ti.

1876 IR: ¿Como resignación?^[P]_[SEP]

1877 T2: No, es como cuando uno ya sabe que... cuando le dicen al paciente: tiene cáncer y
1878 esto ya... el tratamiento...^[P]_[SEP]

1879 IR: ¿Como desamparo, será?^[P]_[SEP]

1880 T2: Desamparo. Eso me provocaron varios pacientes. Me estoy acordando de una de
1881 ellas. Es como ese desamparo y eso de... Entonces, yo ahí, cuando vivía esa sensación
1882 de: "yo como terapeuta qué puedo hacer por ella, si por todas partes todo hace agua". Y
1883 es principalmente, pobreza, abandono. Indefensión aprendida. Porque era real, no se lo
1884 estaba imaginando, era real. Entonces, yo me veía ahí en la obligación de decir: "yo
1885 necesito resolver esto que me provocan estos pacientes de qué se les puede ofrecer".
1886 Entonces, si al final hay cosas que están viviendo, que es real. Y que yo no les puedo
1887 dar dinero, no los puedo invitar a mi casa a comer, no les puedo lavar la ropa. Porque no
1888 había ni siquiera jabón para la casa. O sea, ella vestía con la ropa que se desechaba, que

1889 pertenecían a una iglesia, los padres, ella no. A una iglesia así muy ultra ortodoxos, así.
1890 Como cristianos súper conservadores. Y la ropa que los mismos pobres no querían, con
1891 esa ropa ella misma se vestía. No tenían jabón, no tenían champú. Llegaban así con los
1892 pelos todos... O sea, esa sensación me provocaban estos pacientes. Entonces, yo decía:
1893 era como que vomitaban su vida. No había por dónde pescar. Entonces yo decía: lo que
1894 yo puedo ofrecer acá es que tienes un espacio en donde... primero un espacio seguro,
1895 que no está en su casa. Un espacio seguro, estable. Una persona que realmente la va a
1896 oír y que yo, realmente, estoy pendiente de ella. Realmente estoy oyendo. O sea, le
1897 pregunté hasta por detalles de lo que me decía, cómo me lo decía. Para tratar de
1898 entender ese mundo. Y eso me hacía bien. Le hacía bien a la paciente. Pero también a
1899 mí me hacía bien porque a veces hay pacientes a los cuales, no es que exista... Yo sé que
1900 los pacientes no se mejoran o no hay una solución, sino que cómo tú gestionas tu vida,
1901 que la gestiones de otra forma. Al final, yo decía estos pacientes, claro tienen inoculado
1902 acá. Eso era lo que me preguntaba mientras oía a la paciente. Tiene inoculado acá un
1903 concepto de familia. Y ella tiene una expectativa que no encaja por ninguna parte. Y ve
1904 al padre, ve a la madre, vive con los hermanos, pero esto es miseria emocional, miseria
1905 económica y desamparo por todas partes. Entonces, es muy descarnado. Eso era lo que
1906 me...y cuando me lograba responder eso, yo lograba estar en buenas condiciones para
1907 recibir a esa paciente.

1908 IR: Súper. Oye T2 y pensando ahora, como tú pensando por la paciente. Me comentaste
1909 que la P, en este caso, tuvo un rol como más... Como necesitado, ¿verdad? Como que
1910 necesitaba la validación tuya. Pensando en el episodio que vimos. Y me gustaría que
1911 tomaras su punto de vista ahora. En tu opinión, ¿cómo crees que P percibió
1912 emocionalmente este episodio? No sé si me explico. ^[P]_[SEP]

1913 T2: Sí. Necesito hacer una pequeña gestión y te lo respondo (risas). Voy y vuelvo como
1914 dirían por ahí. ^[P]_[SEP]

1915 IR: Oka... ^[P]_[SEP]

1916 T2: Vengo ahora. ^[P]_[SEP]

1917 T2: Ya estoy llegando. ^[P]_[SEP]

1918 IR: Sí... ¿Te repito la pregunta?^[P]_[SEP]

1919 T2: Espérate un poquitito, es que jajaj... Ya, si, repíteme la pregunta.^[P]_[SEP]

1920 IR: Sí, ¿todo bien? ¿No pasó nada malo?^[P]_[SEP]

1921 T2: Estoy esperando aparecer, no sé por qué no aparezco. Ya, dime.^[P]_[SEP]

1922 IR: Bueno, ahora ya centrándonos como en el rol de la paciente. Tú me dijiste que ella
 1923 tuvo en el episodio una búsqueda de la validación de tu parte. Como que ese era el rol
 1924 que en ese episodio estaba presentando. Si lo pensaras desde su punto de vista, ¿cómo
 1925 crees que ella percibió emocionalmente el episodio? ¿Qué tipo de emociones crees que
 1926 ella experimentó en esos minutos que vimos? Recuerda que puedes verlo de nuevo si
 1927 quieres.^[P]_[SEP]

1928 T2: No, no, si me acuerdo. Creo que ella lo recibe como un mejor repertorio para lo que
 1929 ella espera de su hijo. Porque ella está entre enojada y ansiosa. Porque quiere que el hijo
 1930 responda de una forma que ella quiere que responda. Y cuando yo le hago este otro
 1931 pinponeo, yo creo que la calma, que la tranquiliza. Es como decirle: tranquilita, P.
 1932 Tranquilita. Es como amainarla. De una manera solapada, porque no le digo
 1933 directamente: sabe, nosotros los psicólogos; listo. La perdí. Entonces, a la P hay que
 1934 rodearla. Y es como grande ella. Nunca la he visto en persona, pero se nota que es
 1935 grande. Entonces, ella hay que rodearla así como bien solapada para que ella entre en
 1936 una lógica más viable. Entonces, es como... de tranquilidad, pero también se reduce la
 1937 frustración que tiene. Ella está enojada porque está frustrada porque no le están dando lo
 1938 que ella quiere recibir. Entonces..^[P]_[SEP]

1939 IR: Entonces, diríamos que está ansiosa... Un poco enojada y frustrada.^[P]_[SEP]

1940 T2: Sí, sí, sí.^[P]_[SEP]

1941 IR: Y, ¿de qué crees tú inferir esto?^[P]_[SEP]

1942 T2: ¿Por qué infero esto?... Porque cuando entro a explorar la escena del temblor, ella
 1943 habla de lo asustada que estaba, de lo esquivo que está su hijo, de la madre que, en
 1944 realidad no la está conteniendo a ella. Es más, recuerdo que ella dice ahí, o más
 1945 adelante, que se ponen a conversar tanto el hijo como su abuela: "¿Cuánto fue? Yo creo

1946 que fue seis". "No, yo creo que fue 5 con 5", "yo creo que fue un tanto". Y ella no entra
1947 en ese pinponeo, entonces se queda fuera del grupo. Se queda otra vez abandonada,
1948 porque no juega. No juega porque está asustada. Ahí está la huacha.^[P]_[SEP]

1949 IR: Y a propósito de esa interpretación que ya me venías diciendo, pero ahora viéndolo
1950 desde ella, ¿qué pudo haber pensado ella?^[P]_[SEP]

1951 T2: ¿Qué pudo haber pensado cuando vivió el temblor o cuando yo le digo esto? La
1952 intervención.^[P]_[SEP]

1953 IR: No, qué pudo haber pensado en ese episodio en general.^[P]_[SEP]

1954 T2: ¿En el episodio cuando tembló y no estaba dentro del grupo?^[P]_[SEP]

1955 IR: No, en el episodio de la terapia, de la sesión, cuando tú le estás hablando de esto.^[P]_[SEP]

1956 T2: Claro. Yo lo que hipotetizo es que ella podría estar pensando que se tiene que medir
1957 en cuanto a lo que pide. Porque yo le pregunto, no sé si en esta sesión o más adelante,
1958 ¿qué es lo que realmente quieres que te den? ¿Qué necesitas para que te puedas calmar
1959 cuando aparece el miedo, ya sea por un temblor o cualquier otra cosa? ¿Qué te calmaría
1960 a ti? Eso le pregunté. Es como, ¿alguien puede estar a la altura de lo que necesita P?
1961 Siempre quiero llevar a la P a eso, ¿alguien puede dar el ancho de lo que necesita P? Y
1962 ahí, ella se queda pensando y dice: no sé, "yo creo que no". "¿Pero tú sabes qué te
1963 podrían dar para que tú te sintieras calmada cuando tienes miedo o cuando algo pase y
1964 te contengan? ¿Qué sería bueno?" Y en un momento, yo la llevo hasta eso y le digo.
1965 "Pero no lo sé", me dice. Bueno, pero pensémoslo ahora. ¿Por qué no? Y ella dice: "que
1966 me digan...", y ella lo describe.^[P]_[SEP]

1967 IR: ¿Y por qué crees tú que ella podría estar pensando de esta manera en el episodio?^[P]_[SEP]

1968 T2: Porque lo logro constatar a través del discurso de ella, de lo que dice en sesión. No
1969 es una película que me estoy pasando. O sea, trato de, en lo posible, de nunca pasarme
1970 la película, de: "ah, ella debe estar pensando...". No. La corona se arma siempre en
1971 función a lo que ella dice, levanto hipótesis, vuelve a decir, corroboro hipótesis. Vuelvo
1972 a preguntar, mantengo la hipótesis. Vuelvo a preguntar, vuelve a contestar. Y así. Yo
1973 trato de no pasarme ninguna película del paciente. Y son hipótesis que son, como te

1974 digo, está la hipótesis y está Popper, destruirla o si la refuerzas. No la refuerza la
1975 terapeuta, la refuerza la paciente.^{[P]_{SEP}}

1976 IR: Y en este sentido, T2, tanto así como la conoces, durante todo el proceso, ¿esta es
1977 una forma típica de pensar y sentir de la paciente?^{[P]_{SEP}}

1978 T2: Sí, sí. Este formato que ella tiene, sí. Ella tiene un determinado formato. Lo que
1979 pasa es que ahora, este formato... Esta paciente es la misma, lo que ha cambiado es que
1980 ha podido estar más tranquila con la salud. Porque le dieron la buena nueva de que no
1981 tenís cáncer. No es menor. Está tranquila también. Hay menos incertidumbre, en que se
1982 podría decir que ya logró sacar adelante a un hijo, sola. Eso también la tiene calmada. Y
1983 lo que la ha calmado también, mucho, es que ha dejado de tener tantas expectativas con
1984 la madre. Porque le seguía, la madre lograba tocarle las fibras emocionales y la dejaba
1985 muy destruida. Entonces, yo le preguntaba a ella: ¿por qué sigues funcionando como
1986 una niña que pide madre si la madre nunca ha estado? ¿Por qué sigues pidiéndole a esta
1987 madre que funcione como una madre cariñosa, si cuándo ha dado el ancho? Le
1988 pregunté.^{[P]_{SEP}}

1989 IR: A propósito de lo que dices, ¿por qué tiene esta forma típica de reaccionar la
1990 paciente?^{[P]_{SEP}}

1991 T2: Ella reacciona así porque el mundo para ella, fácilmente, no ha sido descifrable. Es
1992 más, desde pequeña, los adultos que tenían que contenerla, protegerla, alimentarla y
1993 explicarle al mundo, no lo hicieron. Todo lo contrario: agredieron, abusaron,
1994 abandonaron. Sola, ella. Y ella ha estado expuesta a las tormentas de la vida. Entonces,
1995 ella sale adelante en la vida a pulso, a fuerza de ñeque emocional, pero con la nube
1996 lloviendo negra sobre la cabeza. Y ella es una mujer que incluso hacía clases en la
1997 universidad donde vivía. No me acuerdo si era... no me acuerdo cuál era el lugar. Pero
1998 ella sigue siendo así porque sigue todavía... El mundo fácilmente la puede llegar a
1999 asustar. Ella llora todavía como una niña huacha. Ese es el concepto que le puedo poner.
2000 Ella llora como una niña huacha y se trata de aferrar a quién sea. Y ahora anda
2001 medianamente gestionando su vida con menos frío, por decirlo así. Como siempre
2002 anduvo tiritando y ahora anda con menos frío. Una semana me suspendió sesiones. Me
2003 dice, T2, mira, te quiero decir que no nos vamos a ver esta semana porque me invitaron

2004 unas amigas a la playa. O sea, es hacer un gesto de adulta. Y gestiona. Le escribe a la
2005 T2. El hijo ya está haciendo la práctica. Bueno, tiene su habitación, la vieja si se muere;
2006 se morirá. Y partió jueves, viernes, sábado y llegó el domingo en la tarde. Fueron varios
2007 días. Y ella estaba fresca porque ya había vuelto de la playa. Y yo le digo: "genial que
2008 postergue a la terapeuta, o sea, que la P se dedique a la P". "La terapeuta que espere", le
2009 digo. O sea, ninguneo a la terapeuta. No es importante en la vida de la P.^[P]_[SEP]

2010 IR: Para hacerla más independiente, en el fondo.^[P]_[SEP]

2011 T2: Claro. Es la idea.^[P]_[SEP]

2012 IR: Oye, T2, la verdad es que se nos han acabado las preguntas para este episodio. El
2013 problema es que no sé si te acuerdas, pero son dos episodios. Entonces, como nos
2014 demoramos tanto en este episodio, no sé si podrías tú regalarme un poco más de
2015 tiempo.^[P]_[SEP]

2016 T2: Por supuesto que sí.^[P]_[SEP]

2017 IR: Dentro de esta semana o de la próxima y abarcar el otro episodio con estas
2018 preguntas más o menos similares.^[P]_[SEP]

2019 ...

2020 *(Se presenta el 2do episodio seleccionado en video)*^[P]_[SEP]

2021 IR: Ahí está el episodio.^[P]_[SEP]

2022 (T2 ríe)^[P]_[SEP]

2023 IR: Tú concuerdas que es un episodio, o sea, ¿hay una ruptura ahí?^[P]_[SEP]

2024 T2: Sí, sí. Porque la estoy llevando hacia algo del por qué ella no ha logrado consolarse:
2025 "son unos murciélagos"... "porque tú no has hecho eso". Claro, hay una tensión ahí. Ella
2026 dice: "No, es que una mariposa grande", o sea, está reforzando, ¿cierto? Yo sentí que
2027 ella se mantenía firme ante una lógica de miedo de ella, donde no cabía la posibilidad de
2028 reflexión, por último racional, aunque no esté la emocional, y conectarse
2029 emocionalmente porque ella estaba conectada principalmente con lo que le provocó esa
2030 mariposa. Estaba ella en otro país y de ese tipo de mariposas. Yo me acuerdo que (...)

2031 todos los documentales de los animalitos y de la naturaleza, y claro, tiene forma de ojos
2032 porque es el mecanismo que tiene como para que no se le acerquen los depredadores.
2033 Entonces es como si tuviera grandes ojos y a mime... pero así y claro, yo sentía que ella
2034 se mantenía de pie firme al cañón, firme ante su temor y nada podía hacer tambalear un
2035 poco su temor y que no entraba la cabida de reflexionar y de decir, ahora de adulta, sólo
2036 es una mariposa. No, hasta el día de hoy no le gusta todo lo que vuela. [P] [SEP]

2037 IR: Claro porque ahí tú haces una intervención, y de hecho le dices “Yo acabo de hacer
2038 un ejemplo” en un momento, ¿Te acuerdas? [P] [SEP]

2039 T1: Claro jajaja [P] [SEP]

2040 IR: Y ella te responde “Sí, ahora puedo aplicarlo”, tratando de como... [P] [SEP]

2041 T2: Claro jajaja [P] [SEP]

2042 IR: Y, ahí ya empezó la tensión y después cuando ya tú le dices “Bueno, estamos de
2043 acuerdo que es pura irracionalidad” [P] [SEP]

2044 T2: Pura cabeza. [P] [SEP]

2045 IR: Verdad y todo, y ella dice: "sí": deferente, marcador, ¿verdad? [P] [SEP]

2046 T2: Sí [P] [SEP]

2047 IR: Pero dice “Yo tengo este trauma de chica”, que en el fondo dice rechaza la
2048 intervención. [P] [SEP]

2049 T2: Claro, claro. Sí literal jajaja [P] [SEP]

2050 IR: En el fondo una mezcla de ambos... [P] [SEP]

2051 T2: Formatos. [P] [SEP]

2052 IR: Claro, rupturas, tipos de ruptura. [P] [SEP]

2053 T2: Como “Muy buena tu recreación T2, pero lo mío es de antes” [P] [SEP]

2054 IR: Evasión con confrontación. Claro, sí. [P] [SEP]

2055 T2: Correcto, evasión con confrontación. Sí. [P] [SEP]

2056 IR: Oye, respecto a este episodio, ¿cómo crees tú, verdad, cómo te sentiste?<sup>[P]
[SEP]</sup>

2057 T2: Me siento bien porque logro hacer el ejercicio de...porque en realidad los vi, o sea,
2058 me acordé... yo viví 10 años en [lugar] y bueno en [lugar] en verano hace mucho calor
2059 e incluso recuerdo que más de alguna vez me fui a dormir con una toalla que uno estruja
2060 muy bien y se la pone encima, y después me dijeron no hagas eso porque te puede venir
2061 un jaja cambio, así. Pero en [lugar] hay murciélagos, que yo pensé que eran palomas o
2062 negras jaja Era inocente.<sup>[P]
[SEP]</sup>

2063 IR: Pero T2, disculpa que te interrumpa. Respecto a este episodio, en ese momento,
2064 ¿cómo te sentiste?, ¿qué significa bien?<sup>[P]
[SEP]</sup>

2065 T2: Bien en el sentido de que cuando ella habla eso, me acordé de esto otro, lo traigo,
2066 me doy cuenta que puedo traer esto. Me da la cabida, porque ella me está escuchando, y
2067 eso es lo que me hace sentir bien que logro explicar una escena de... me hace sentir
2068 bien, porque al lograr explicar la escena, está atenta y me digo, “Voy a poder”, me estoy
2069 diciendo en este momento, mientras estoy contando lo del murciélago que se pegan a las
2070 cosas blancas que vuelan lejos pero cerca pero lejos, me estoy diciendo en ese
2071 momento, "voy a dejar de contar la historia de esto", que tampoco me gusta, "porque si
2072 lo logro contar, si lo logro terminar de contar querrá decir que en algo puedo entonces
2073 posicionar y hacer tambalear un poco eso tan impregnado de ella", que hasta el día de
2074 hoy está aunque lo traiga desde muy pequeña. Porque quiere decir que algo logra resistir
2075 el que...puedo posicionar un algo parecido a lo que ella ha vivido, y logra resistir oírlo
2076 hasta el final. Porque podría ser peor esto, ella me podría interrumpir la historia, me
2077 podría decir “Mire me da igual, me da igual que usted los haya visto", "No, no me diga
2078 más, yo no puedo con lo mío”. Entonces quiere decir que eso está más arriba. Entonces
2079 por eso me siento bien.<sup>[P]
[SEP]</sup>

2080 IR: Claro, las rupturas tienen grados de significancia. En el caso tuyo, ninguna de las
2081 rupturas de esta sesión tiene más grado de significancia que otra, están como en
2082 promedio y tú resuelves muy bien. Pero, hay un punto ahí que digamos que en la
2083 pregunta, va a lo mismo que te hacía en la pregunta de la sesión de la entrevista pasada,
2084 si podrías ponerle un nombre a ese bien, a esa emoción ¿Cuál sería? ¿Alegría?<sup>[P]
[SEP]</sup>

2085 T2: Sí, mira, si lo dices ahora, porque estoy conforme con lo que la T2, yo hace muchos
2086 años que no me veía jajaja, hasta yo me río de cómo lo hace. Estoy conforme, estoy
2087 contenta porque tengo algo en la cabeza que estoy tratando de hacer y lo estoy haciendo.
2088 Y yo la veo a la terapeuta, yo no veo a la T2, yo veo ahí una terapeuta y me río con ella
2089 como que no fuese yo, y digo “mira las cosas chistosas que dice esta loca”, hasta yo me
2090 río. Me siento contenta porque en mi cabeza, ahí había una estrategia. No estoy diciendo
2091 la anécdota porque sí, porque lo estoy diciendo con una estrategia, entonces me pongo,
2092 estoy contenta con mi interior en ese momento porque no me está... no interrumpe, a
2093 pesar de que hace la resistencia, a pesar de que me dice, yo estoy logrando hacer contar
2094 esta historia y que no pasa nada: son feos, pobrecitos... que... pero, lo logra resistir.^[P]_[SEP]

2095 IR: Quiero mostrarte una parte del video para ver si la respuesta podría variar un poco.
2096 (T2: Ya, perfecto). Hay una parte en particular...^[P]_[SEP]

2097 (Se muestra el fragmento)^[P]_[SEP]

2098 IR: ¿Cuándo haces esa pregunta...? ^[P]_[SEP]

2099 T2: Jajaja la loca pesada...^[P]_[SEP]

2100 IR: Cuando haces esa pregunta, o sea, ni siquiera fue pregunta fue una afirmación
2101 ¿verdad?, ¿qué sentiste? Estabas como calmada, también, ¿alegre? ^[P]_[SEP]

2102 T2: Estoy muy... estoy con las antenas muy paradas porque, esto igual siempre siento
2103 que la sesión de psicoterapia es como un juego de tenis, porque le tiré una, y me tiró una
2104 corta, y yo le tiré una corta también. ¿Te acuerdas esas pelotas que uno tira, así, corta?
2105 Y creo que... mi hermano, que era fanático del tenis, me hacía jugar tenis con él, me
2106 tiraba con efecto, entonces cruza la malla y no hace “PAM, PAM, sino que hace “PAM,
2107 pam”, como que se devuelve un poco, y me la tira, y yo se la tiré.^[P]_[SEP]

2108 IR: ¿Y qué significa esa alerta emocionalmente hablando, entonces? ¿Cuál emoción
2109 sería la alerta?^[P]_[SEP]

2110 T2: Como de... es que no sé si la hipervigilancia es una emoción. ^[P]_[SEP]

2111 IR: ¿Preocupación, sería? ¿Sorpresa?^[P]_[SEP]

2112 T2: Claro, cuando uno está hiperalerta, está como atenta a la sorpresa de la posible
2113 respuesta que me puede dar, yo no sé por dónde viene el tiro. Yo no sé por dónde viene,
2114 entonces estoy hiperalerta, y le podríamos poner sorpresa porque está sobre calentito
2115 esto. "Yo te acabo de hacer una, te acabo de hacer una" "No sé cómo se hace" jaja "te
2116 acabo de hacer una" me la tira y se la tiré, entonces pero...^[P]_[SEP]

2117 IR: Claro porque ella te dice antes de esa afirmación tuya, ella te dice, "es que no sé
2118 cómo", ¿verdad?^[P]_[SEP]

2119 T2: "Pero te acabo de hacer una" jaja^[P]_[SEP]

2120 IR: Y después mira lo que dice.^[P]_[SEP]

2121 (Se reproduce fragmento)^[P]_[SEP]

2122 (T2 ríe)^[P]_[SEP]

2123 IR: Miró hacia el lado y como que ya, se enojó, ¿verdad?^[P]_[SEP]

2124 T2: jajaj, no sé si enojarse pero...lo que pasa es que quizás aquí es que jajaja quizás, hay
2125 una buena adhesión a psicoterapia, quizás digo yo porque dije "Pero acabo de hacer el
2126 ejercicio", "bueno, ahora ya sé cómo hacerlo". Porque introduzco un repertorio, al
2127 final.^[P]_[SEP]

2128 IR: Claro.

2129 T2: Eso estoy haciendo. Estoy representando. Insisto, cuando dijo don Juan una vez,
2130 "uno tiene que ser un actor", y yo pensando en que quería ser actriz, yo quería estudiar
2131 teatro.^[P]_[SEP]

2132 IR: Ah mira, se nota jajaja.^[P]_[SEP]

2133 T2: (Risas) No, pero, quien lleva la medalla de oro es Don Juan, tú no lo has visto, no
2134 has visto lo que yo he visto, cuando hay mucho role playing yo le digo "por favor, no
2135 me mire, no me mire por favor". No, no, no... Pero no sé, quizás podría...claro,
2136 podríamos ponerle enojo, pero no es un enojo concebido. El concepto de enojo que
2137 quizás tú y yo podemos tener de manera estereotipado.^[P]_[SEP]

2138 IR: ¿Más cercano a sorpresa? Como decías tú.^[P]_[SEP]

2139 T2: Sí, porque está la sorpresa. Porque ella está quizás respondiendo de manera
2140 mecánica: “Pero esto es un histórico mío” y yo le digo “Sí, pero acabo de hacerlo”, “Yo
2141 no sé cómo hacerlo”, "pero acabo de hacerlo". Que quizás no es enojo, pero piensa tú
2142 que a veces creo que es como, nosotros tenemos como tan encajonado las formas que
2143 tenemos de actuar, que como que no queda espacio para que en medio de estos dos
2144 cajones, aparezca una posibilidad alternativa de actuar. Y yo con esa representación que
2145 hice de repertorio es como (...): “El agua busca por dónde pasar, si no logra salir por
2146 aquí, se va a ir pa’ los lados y va a tratar de salir como pueda, pero siempre va a buscar
2147 una salida”. Y entonces, claro, si está esta forma de actuar ante esta y actúa de
2148 determinadas formas esto con esto, yo lo que hago es introducir el pie a la mitad, y va a
2149 entrar como el agua y va a salir como pueda.

2150 IR: ¿Tú dices que el agua sería entonces la paciente?^[P]_[SEP]

2151 T2: No, el agua sería el nuevo repertorio ante una situación como la de la paloma, la de
2152 la mariposa de ojos, el agua sería el repertorio de decir bueno, igual si el pobre bicho si
2153 se revoloteó tanto adentro de su pijama, ahora de adulta poder decir, era obvio que la
2154 niña se podía asustar, pero si ahora lo veo, si movía tanto las alas era porque estaba
2155 desesperada por irse, no por atacarme sino que quería salir de ahí. Ese es el agua, el
2156 nuevo repertorio.^[P]_[SEP]

2157 IR: Lo que tú tratas de inculcarle a ella.^[P]_[SEP]

2158 T2: Introducirle, claro, como inocular.

2159 IR: Inocular, claro. Como esa otra alternativa de pensar la situación.^[P]_[SEP]

2160 T2: Claro, claro. Entonces hago la representación y ella dice “Es que yo no sé cómo
2161 hacerlo”, “pero lo vamos a hacer”, “ah, bueno, ahora ya sé cómo hacerlo”.^[P]_[SEP]

2162 IR: Fíjate de nuevo en este otro, a ver, con la misma pregunta. ¿Cómo te sentiste?^[P]_[SEP]

2163 (Se reproduce de nuevo el fragmento).^[P]_[SEP]

2164 IR: ¿Qué sentiste ahí cuando moviste la boca, miraste para el lado?^[P]_[SEP]

2165 T2: Lo que vi, lo que estoy pensando es “Aquí está la resistencia del paciente”.^[P]_[SEP]

2166 IR: No, ¿pero qué sentiste más que lo que pensaste?^[P]_[SEP]

2167 T2: "Lo que espero de ti, está muy dentro del rango tuyo, P. Que aprendes como a
2168 pulso, como lento...es como mm, lenta".^[P]_[SEP]

2169 IR: ¿Pero si pudieras ponerle una palabra a esa descripción de la emoción que estás
2170 diciendo?^[P]_[SEP]

2171 T2: Esta... es como decir “esta es la velocidad de la paciente”, tal vez porque está
2172 arraigado. Cumple la expectativa que tengo de ella, no me hago grandes expectativas
2173 con la paciente sobre los giros que puede llegar a hacer. "Mmm ya".^[P]_[SEP]

2174 IR: No, pero ¿qué nombre le pondrías a esa emoción, dentro de los nombres que
2175 conocemos, verdad? Básicas, secundarias. Ahí cuando piensas eso, miras para el lado,
2176 como... ¿Pena, enojo?^[P]_[SEP]

2177 T2: No, no. Estoy tratando de buscar una emoción, porque... es que no es... es que poder
2178 decir que... es que no es pena, es que es como, es que, no sé. No sé qué emoción ponerle
2179 porque... creo que me doy cuenta ahí que este es su ancho, y no me hago más
2180 expectativas de ella porque así es como ella funciona, a pesar de que quiero llevarla más
2181 para allá, como que calza la P es la P.^[P]_[SEP]

2182 IR: ¿No sentiste un poco quizás de angustia? ¿O como que no salió?^[P]_[SEP]

2183 T2: Es que no, no, no siento nada de eso, porque como te dije ayer, no está en juego mi
2184 identidad en una intervención psicoterapéutica.^[P]_[SEP]

2185 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2186 T2: No estoy en juego yo. Está el intento de mi parte el tratar de hacerlo lo mejor
2187 posible, pero si algo no funciona bien, o ella hace un cambio pero son muy polares.^[P]_[SEP]

2188 IR: Pero dejando de lado a la persona detrás de la terapeuta.^[P]_[SEP]

2189 T2: Estoy pensando en mí, solo estoy pensando en mí.^[P]_[SEP]

2190 IR: O sea pensando más como la terapeuta más que la T2 en ese momento. ¿Qué
2191 emoción pudiese haber sentido más la terapeuta que la T2?^[P]_[SEP]

2192 T2: Es que la terapeuta ahí está disfrutando, porque entre comillas, la está haciendo.
2193 Porque la estoy haciendo, entre comillas, voy pa' allá y la terapeuta está haciendo la
2194 pega. Es como... la terapeuta se está mojando la camiseta en la sesión. Entonces estoy
2195 satisfecha con eso porque si me dedico sólo a la terapeuta de que "a ver, ahora" "no
2196 entra", "ahora" "no tampoco", "a ver esta de acá" "no, no entra"... estoy entretenida,
2197 pero estoy disfrutando, la cabeza está puesta en eso, en todo lo que estoy diciendo...no
2198 están saliendo las palabras porque sí, están saliendo con una estrategia...
2199 estratégicamente orientado, como dice Don Juan. Entonces, se podría decir que estoy
2200 contenta. Sí, mira, está contenta la terapeuta porque no es azaroso lo que está
2201 diciendo.^[P]_[SEP]

2202 IR: Entonces, en ese sentido, resumiendo un poco las diferentes partes de este episodio,
2203 ¿cuál fue la secuencia de emociones en este lapso?, porque mencionaste más de una.^[P]_[SEP]

2204 T2: Es que...pensando, honestamente y tratando de ser un aporte para tu tesis, si me
2205 aboco sólo a mí...^[P]_[SEP]

2206 IR: Sólo al episodio, en el fondo.^[P]_[SEP]

2207 T2: Y sólo al episodio, y si soy...no es que he tratado, he puesto todo mi corazón en tus
2208 entrevistas, en esta segunda entrevista también.^[P]_[SEP]

2209 IR: Mjum.^[P]_[SEP]

2210 T2: Me cuesta responder sobre las emociones que tengo en ese momento, tratar de
2211 recordar si pasaron emociones. Me acuerdo, me pusiste eso y me acordé
2212 inmediatamente, incluso de lo que pensé, me imaginé la mariposa y los documentales
2213 que he visto: "de ñai mueven las orejas y las hojas así". Pero como terapeuta, lo que. si
2214 tú me preguntas por la secuencia de emociones que hay en ese momento, o en estos
2215 segundos de acá, son casi imperceptibles. Casi que no puedo, no siento yo que hay
2216 como una subida o una bajada, aunque sea leve, aunque sea nimia, no siento que está,
2217 porque todo mi ser está abocado en lo que está diciendo la paciente, y estoy trabajando
2218 y estoy a la expectativa de por dónde me la va a tirar: "es que yo no lo sé hacer", "es que

2219 lo acabo de hacer", "ahora la sé decir". Entonces toda yo estoy tan en segundo plano,
2220 porque confío en esa plataforma que te dije que está estable, entonces, no salto como
2221 esa aguja de los temblores que va a empezar el temblor y "ta, ta, ta, ta". No me pasa
2222 eso.^[P]_[SEP]

2223 IR: O sea, yo entiendo que está esta plataforma estable, pero, entonces la sorpresa, por
2224 ejemplo que mencionamos, digamos, la tranquilidad o la alegría en este episodio ¿No
2225 estarían? ¿O la alerta?^[P]_[SEP]

2226 T2: Están pero no. Están pero no son tan protagonistas estas emociones en la sesión, en
2227 la terapeuta. Eh, no tienen.. no cobran protagonismo estas emociones que tú me
2228 estás...y que yo he dicho. Y que me he sentido como "Vamos, T2, ¿qué emociones
2229 estaban?", pero me cuesta decirlas, porque no son muy protagonistas en la sesión,
2230 porque todo está pasando hacia la paciente y yo... si están estas emociones, si digo yo:
2231 "sorpresa, estoy hiperalerta" pero no es algo como que me mueva, así: "vamos, ahora
2232 viene esto", "Uh, no me dijo esto, a ver, chuta, le voy a tirar esto"^[P]_[SEP]

2233 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2234 T2: No, no estoy en eso... no hay un desgaste de energía en la terapeuta hacia ella. La
2235 energía está puesta hacia la sesión, hacia la paciente y hacia lo que ella va a decir. Pero
2236 yo... ella no me mueve el piso. Emocionalmente no hay una turbulencia en mí.^[P]_[SEP]

2237 IR: Claro es como esto que decías tú del 0,5, ¿verdad?^[P]_[SEP]

2238 T2: Claro, el 0,5.^[P]_[SEP]

2239 IR: ¿Pero igual hay un trasfondo emocional, o no hay nada?^[P]_[SEP]

2240 T2: Sí, tiene que haber, y tiene que existir un trasfondo emocional. Pero es un trasfondo
2241 emocional... un 0,5 de 10, del 1 a 10 yo te dije es un 0,5 de uno a 10. Es un 0.5 porque
2242 tiene que existir la emocionalidad para yo trabajar desde las emociones, que es la idea
2243 de las sesiones. Pero ese 0,5 no me está moviendo, no se produce un huracán. La
2244 terapeuta no tiene un huracán.^[P]_[SEP]

2245 IR: Oye, T2, pasando a otro lado, ¿cuál crees tú, aunque hayan sido pequeñas estas
2246 emociones, cuáles dirías tú que fue la más, la principal, de este episodio en particular, a
2247 diferencia de otros? ^[P]_[SEP]

2248 T2: De alegría, porque logro hacer cierta forma, una casi exploración, digamos, de la
2249 escena del pijama y cuando le entra en el pijama esta mariposa. Me pongo contenta
2250 cuando logro hacer algo así, porque estoy llevando la rienda de esto que estoy tratando
2251 de entender más en detalle; y no me voy por las ramas, ni ella ni yo, y estoy tratando de
2252 enfocarme hacia eso. Eso me pone contenta. ^[P]_[SEP]

2253 IR: y ¿el origen de esa...? ^[P]_[SEP]

2254 T2: ¿Felicidad? ^[P]_[SEP]

2255 IR: De esa felicidad, de esa alegría. ^[P]_[SEP]

2256 T2: Aunque usted no lo crea, es lo mismo que dice don Augusto Zagmutt con la
2257 moviola, es lo mismo, y yo dije, generalmente cuando hago eso, aunque tú no lo
2258 creas...(..."¡ay si me viera, profesor Zagmutt", "ay está haciendo la moviola T2" y es
2259 como que me dijera "Bien, T2, le está resultando bien". jajaj Lo estoy disfrutando en
2260 realidad, yo lo estoy disfrutando, me gusta. ^[P]_[SEP]

2261 IR: Mm... o sea el origen de esa alegría es imaginar que tus profesores o este profesor...
2262 ^[P]_[SEP]

2263 T2: ...está orgulloso de mí. "¡Buena, T2!", ¿Ya? Que está orgulloso de mi y que en
2264 algún momento... (...). Pero yo... y Don Juan me ha dicho: "Sabes qué yo creo que tú
2265 eres la alumna que más ha estado en el campus detrás del espejo mirando a don Juan o
2266 al profesor Zagmutt", porque el atendió una pareja el viernes 4-5 de la tarde: el campus
2267 está hecho para carretear, poh, ¿me entendís? ^[P]_[SEP]

2268 IR: Claro. ^[P]_[SEP]

2269 T2: O sea todo pasando en el campus y la T2... ¿quién quiere ir al campus a las 6 de la
2270 tarde? ¡Nadie po! Y Don Juan está en una sesión de psicoterapia. Yo entro cuando ya
2271 entró con la paciente. A veces ya está en los primeros minutos y yo logro entrar
2272 calladita, así y veo la sesión. Y él va atrás del espejo y abre la puerta Don Juan y me

2273 dice: “Me lo imaginaba” jajaja. Pero yo no lo vi una o dos veces, yo muchos años he
2274 estado tras el espejo desde que conozco a don Juan desde el [año]. ^[P]_[SEP]

2275 IR: Oye, T2, volviendo un poco. ^[P]_[SEP]

2276 T2: Y eso me pone contenta. ^[P]_[SEP]

2277 IR: Claro, claro. Volviendo un poco al episodio. ¿Cuáles fueron tus pensamientos
2278 dentro de este episodio? Tú me habías contado antes, ¿te acuerdas que me habías dicho
2279 “pensé en”, pero...? ^[P]_[SEP]

2280 T2: Sí, pensé en los murciélagos que vi y que yo pensé que eran palomas, les dije “Oh,
2281 qué grandes son estas...”, “son murciélagos”, y yo “¿verdad?”, “eh, sí”, me dijo “y se
2282 pegan a lo blanco”. Y yo al tiro me miré, jajaj como asustada porque son muy feos. Pero
2283 también me acordé en esa escena porque me dan mucho miedo las arañas, (...) en ese
2284 momento me estoy acordando de eso también. Yo iba llegando a mi departamento... iba
2285 a entrar, me acuerdo que estaba el departamento solo, no había nadie ahí. Yo sabía que
2286 no había nadie. Y yo...era de... o sea, no era de noche pero ya estaba oscureciendo,
2287 cayendo la tarde jajaj, y voy llegando, subo al cuarto piso y doblo así, y miro la muralla:
2288 “¡No!” y era una araña que tenía las patas largas pegadas en la muralla, y tenía yo que
2289 abrir la puerta porque... la muralla y la puerta, aquí está la puerta. Y yo me voy
2290 acercando a abrir la puerta y retrocedo y digo “No, tiene las patas muy largas”, y yo
2291 sentí que eran más o menos que las patas que abarcaban. Y de eso me acordé, del
2292 murciélago y de la araña y yo dije “¿Cuál elijo? ¿La araña o el murciélago?” y yo dije
2293 mejor el murciélago porque tiene alas igual que la mariposa que a ella se le... entonces
2294 decanté por el murciélago, porque si hubiese sido de pata hubiese elegido la araña. Pero
2295 esas dos cosas me pasaron y sentí... ^[P]_[SEP]

2296 IR: ¿Como estrategia, dices tú? ^[P]_[SEP]

2297 T2: Sentí, como especialmente la araña. Me dan mucho miedo. Especialmente las
2298 arañas de rincón y limpio mucho. Y a una amiga la picó una araña de rincón, poh. Y no
2299 tenían el antídoto y le decían en urgencias “Ay, pobrecita, si eres tan linda, ¡qué
2300 lástima!. Eres tan joven y linda, tenemos que esperar que pase lo que pueda pasar”. Oye,
2301 ¡se podía morir! ^[P]_[SEP]

2302 IR: Oye, T2, y respecto a estos momentos en donde cuando tú decías que era como
2303 jugar un...^[P]_[SEP]

2304 T2: Un partido de tenis.^[P]_[SEP]

2305 IR: Partido de tenis, ¿verdad?, ¿qué es lo que pensaste en el fondo, qué estabas
2306 pensando en ese momento?^[P]_[SEP]

2307 T2: Eh, ¿cuando estoy contando la escena... ella cuenta lo de la mariposa y yo lo del
2308 murciélago?^[P]_[SEP]

2309 IR: No, cuando les haces ver en el fondo que es pura irracionalidad...^[P]_[SEP]

2310 T2: Pura cabeza.^[P]_[SEP]

2311 IR: Pura cabeza, y te responde esto... verdad, que.^[P]_[SEP]

2312 T2: “Sí lo sé, pero lo mío es histórico” jajaja. ^[P]_[SEP]

2313 IR: ¿Cómo?^[P]_[SEP]

2314 T2: Eso es lo que dijo, poh. ¿Qué pienso yo en ese momento?^[P]_[SEP]

2315 IR: Ah, claro. ¿Qué piensas tú en ese momento? En general y en el episodio también,
2316 con estas como rupturas, ¿verdad?^[P]_[SEP]

2317 T2: Estoy pensando en no perderme. En mantenerme en la línea. Me está diciendo eso
2318 pero es acorde a lo que estamos trabajando. No se está perdiendo ella, no me estoy
2319 perdiendo yo, estamos en el camino. Independiente que ella me diga, “ya pero es que lo
2320 mío es histórico”. Nada, “Es que yo no sé cómo hacerlo” "como lo voy a hacer... ta, ta
2321 ta ta tá". Entonces estamos, seguimos ahí en esa. Entonces estoy contenta, sí. Ya que me
2322 quiere hacer decir emoción, estoy contenta. No estoy eufóricamente contenta, pero estoy
2323 satisfecha porque estamos en eso. No estamos, pasamos por...en esta sesión, yo
2324 recuerdo que pasó ella por muchas emociones, incluso hasta lloró, pero aunque vimos
2325 varios puntos. Entramos en un punto, se cerró. Entramos en un punto, se cerró.
2326 Entramos en un punto y se cerró. No me avoque a uno, porque me hubiera gustado que
2327 nos centráramos en uno específicamente y trabajarlo y cerrarlo. Pero, aunque pasamos
2328 por varios puntos: sí entramos y cerramos, sí entramos y cerramos. Y eso me deja

2329 contenta, porque en este momento de su vida, yo sé que hay muchas cosas en juego,
2330 pero lo que no quiero... la terapeuta no quiere que salpiquemos por tantas cosas, que al
2331 final hablamos cosas, muy bonita la sesión, pero no hicimos nada. Eso no quiere que
2332 pase.^[P]_[SEP]

2333 IR: Mm, pero cuáles fueron las causas de estos pensamientos, verdad del tema de ir
2334 como al partido de tenis, como de ir manteniendo la línea. ¿Qué crees tú que causaba
2335 esos pensamientos en ti?^[P]_[SEP]

2336 T2: Esos pensamientos van en relación a lo que me va diciendo y lo que voy diciendo,
2337 lo que me va diciendo y lo que voy diciendo, lo que me va diciendo y lo que voy
2338 diciendo. La retroalimentación parte, no sólo de lo que dice la paciente, sino que
2339 también la terapeuta. Lo que responde, y lo que yo digo, lo que responde y digo,
2340 entonces es un zurcido por arriba y por abajo, por arriba y por abajo. No estoy sola en
2341 esto y ella tampoco está sola en esto. Pero estamos las dos en roles totalmente distintos,
2342 pero me mantengo en este pinponeo, entonces, yo digo “va, va, vamos zurciendo y ahí
2343 vamos”. Y no cae, por así decirlo, no se pierde. “¿De qué estábamos hablando?, es que
2344 me perdí”, no, no dice eso, no me lo dice ella. Estamos centradas. Más me retroalimenta
2345 ella y yo de que estamos hablando de eso, de ese miedo, y que partió con los miedos,
2346 que son los temblores. Entonces eso me deja tranquila y me pone contenta,
2347 porque...contenta en sentido de que puedes seguir por ahí, sigo por ahí, sigo por ahí.^[P]_[SEP]

2348 IR: ¿Cuál es el objetivo, entonces, de este episodio? En particular lo que estabas
2349 haciendo.^[P]_[SEP]

2350 T2: Inocular, como dije en su momento, un nuevo repertorio y a que ante esto yo
2351 funciono así, entonces estoy tratando de inocular una posibilidad alternativa de poder
2352 funcionar. Que aunque no mueva este con este, y sigan ahí muy anclados, con que
2353 mueva un poco el nuevo repertorio y los pueda mover en algo, ya es algo, ¿ya?. Ya es
2354 algo, porque ya quedó, ya lo dije, lo tiré, lo pescó. Y vamos a... cuando uno va y alza un
2355 volantín deseamos lo mejor, os ea, que no se vaya cortado, y que baile y que después lo
2356 podamos recuperar, pero no sabemos el destino de nuestras palabras.^[P]_[SEP]

2357 IR: ¿Qué te motiva a comportarte, a tener esa acción dentro de este objetivo de este
2358 episodio?^[P]_[SEP]

2359 T2: Tengo, en este episodio en general, tengo muy presente lo que aprendí del maestro,
2360 poh. Lo que aprendí del maestro: que no pierda la sesión, poh. No perder la sesión
2361 porque sé cuando se ha perdido. Es más jajaja, más de alguna vez yo he estado en
2362 sesiones y yo digo, “ay, perdí 45 min... la perdí poh, la perdí”. O sin ir más lejos, una
2363 vez estaba con una paciente muy difícil, me fue todo un reto ella para mí y yo oí y,
2364 además yo tengo muy buen oído, y él yo que sé que entró muy despacio. Box X, todavía
2365 me acuerdo. En la tarde, estaba hablando con la paciente y me dijo “No sé si voy a ir,
2366 pero voy a intentarlo” y yo oí en los pasos, en la alfombra de Don Juan. Yo estaba
2367 trabajando con la paciente, tratando de llegar a una paciente con una organización de
2368 significado personal dápico en donde, pero... ¿qué hay ahí? No sé, o sea, no sé lo que
2369 me pasa. Yo debí, todavía me acuerdo, debí haberme quedado preguntando más ahí. Y
2370 de repente hago una pregunta y paf se me fue para otro lado. Listo, la perdí. Y yo ahí oí
2371 cuando él se quedo justo cuando estaba en eso él llego. Y justo cuando ella contesta y
2372 yo hago una pregunta mala y se me pierde la paciente, se perdió la sesión, y yo oí
2373 cuando él se fue. Después salí de la sesión y lo voy a ver y me dice “Perdiste la sesión”,
2374 me dijo, “O sea, tiraste la pregunta, hablaste otra cosa, perdiste la sesión, literal”. Perdí
2375 la sesión. Lo oí.^{[P]_[SEP]}

2376 IR: O sea, ¿quizás la motivación tiene que ver un poco con como cumplir las
2377 expectativas sobre ti misma respecto a tu formación?^{[P]_[SEP]}

2378 T2: Claro, o sea, yo tengo la expectativa de como dice jajaja, lo voy a decir en alemán
2379 “ich will verstehen”: Yo quiero entender, esa es la expectativa que tengo conmigo, yo
2380 quiero entender. Entonces leer al Martin Heidegger, leer a Hannah Arendt, cuando
2381 acuña el concepto de banalidad del mal, o sea, la loca la hizo. Entonces leerlos, quiero
2382 entender, porque ahí hay una belleza enorme, enorme. Entonces, eso a mí me mantiene
2383 tan entusiasta. Entonces el profesor Zagmutt me dice: "tan entusiasta que es ud T2", "es
2384 que esto es muy lindo", le digo, vibro con esto. Pero yo no estoy entusiasta y vibrando
2385 en la sesión, yo no estoy así de “¡Sí! ¡Inoculé algo! ¡Bien!”. No, yo no estoy así.
2386 Después de la sesión yo me río y así de “Mira, lo que me dijo” "Ah esto lo tengo
2387 histórico" jajaja “Qué buena”^{[P]_[SEP]}

2388 IR: ¿Qué es lo que te hizo sentir satisfecha en general?^{[P]_[SEP]}

2389 T2: ¿En este momento? ^[P]_[SEP]

2390 IR: De los minutos en total, claro, del episodio. ^[P]_[SEP]

2391 T2: Lo que dije, que logro mantenerme en explorar lo que a ella le pasó, ella se acuerda
2392 cuando entra eso. Yo sigo en esa línea, me mantengo ahí, yo pienso también “Ah, voy a
2393 seguir hablando por aquí, ¿dará leche?, ¿habrá una posibilidad de que esto dé buena
2394 leche?” Entonces sigo ahí y me mantengo estando hiperalerta en lo que me está
2395 diciendo, y yo también pues, en lo que yo... en la siguiente intervención que voy a
2396 decir. Entonces ahí pienso, ¿araña o murciélago? Murciélago. Tienen alas, o algo
2397 parecido a las alas. Entonces estas porque estas vuelan. Estas, vamos, estas. Y eso en
2398 claro, en mili-segundos, entonces eso me mantiene ahí está mi satisfacción. ^[P]_[SEP]

2399 IR: Sé que hablamos de que las emociones tenían como esta base, ¿verdad?, pero en
2400 este episodio en particular aparece lo que es la alegría, la sorpresa, la alerta. Dentro de
2401 este episodio, ¿cuándo crees tú que cambió este ánimo? ^[P]_[SEP]

2402 T2: ¿Dejó de estar todo esto que está ahora y se produce otra cosa? ^[P]_[SEP]

2403 IR: Mjum. ^[P]_[SEP]

2404 T2: A ver, en la sesión nunca dejo de estar hiperalerta, nunca. Desde que ya estoy en la
2405 cámara, hasta que se termina la sesión, nunca dejo de estar hiperalerta, incluso hasta en
2406 la despedida. ^[P]_[SEP]

2407 IR: ¿Dejas de estar sorprendida? ^[P]_[SEP]

2408 T2: Nunca dejo de estar hiperalerta. ^[P]_[SEP]

2409 IR: Y en este caso, ¿dejas de estar sorprendida? ^[P]_[SEP]

2410 T2: Sí. Dejo de estar sorprendida, en lo que dice, cómo lo dice, en el pin-pono se
2411 aminora un poco la excitabilidad del momento. Se amaina un poco, “Ya, pero si ya te lo
2412 dije; "es que yo no lo sé hacer”; “Pero lo acabas de hacer, ¿viste?”. Se amaina después y
2413 ahí entramos al área chica, hicimos un pinpono en el área chica y después se pone de
2414 nuevo más laxo, pero yo no dejo de estar nunca hiperalerta. ^[P]_[SEP]

2415 IR: Y cuando se amaina esta sorpresa, ¿cómo crees que se amaina?, ¿Cómo crees que
2416 cambia?{P} {SEP}

2417 T2: Porque ella se amaina porque no seguimos pin-poneando, no hacemos... no
2418 entramos. Ah, mira, está buena tu pregunta, porque... se amaina porque no entramos en
2419 un gallito ella y yo, no entramos en una confrontación como: "pero yo te lo dije", "pero
2420 cómo no lo entiendes", "pero pero es lo mismo", "entre un murciélago y una mariposa,
2421 ¿cuál es la diferencia?" Ahí estaría perdiendo el sentido de la psicoterapia, dejaría de ser
2422 una psicoterapia, porque pasaría a ser casi una vieja que hace un sermón. ¿Ya?, y
2423 entramos a hacer como un gallito: "¿Pero cuál es la diferencia entre esto que dije y por
2424 qué tú no lo puedes decir?", "¿Pero por qué no lo dices?". "Siempre irracional", "pero a
2425 ver haz el ejercicio... ¿podrías pensar ahora...?" Nah, sería pésimo. No, no. Sería una
2426 mala estrategia. Entonces, se amaina porque queda ahí y lo dejo ahí. Como que lo solté
2427 y dejé que se quedara ahí. No es necesario seguir "Vamos ahí, P". No poh, porque sería
2428 lo mismo cuando dicen los padres "Estudia, es lo mejor para tu vida, es para tu futuro,
2429 no siempre voy a estar a tu lado, cuando yo muera qué será ti". "Oh, la vieja que se
2430 calle, cállate" jajaja.{P} {SEP}

2431 IR: O sea, así cuando dices eso en particular de "lo dejas estar" ¿Qué crees tú que lo
2432 hace cambiar, entonces?{P} {SEP}

2433 T2: Que como lo suelto y lo dejo ahí. Que quede ahí, que se quede ahí dando vueltas y
2434 rebote como quiera. Algo generará, ¿te fijas?, algo pasará, porque ya como llevo no
2435 hartas, bueno llevo más de algunas sesiones y la hemos ido alargando ya. Pero como ya
2436 le saqué la foto. No le hace bien a esta paciente, y yo no creo que a nadie, que sigo,
2437 machaco, y "escribame y dígame, vamos a tratar esto a ver cómo evoluciona en ti en
2438 este pensamiento". Pff, reviento a la paciente, "no me veo más con T2". Pero decirlo,
2439 tirarlo y soltarlo, y que quede ahí, déjalo que...déjalo en berbecho, como diría un
2440 profesor.{P} {SEP}

2441 IR: ¿Berbecho?{P} {SEP}

2442 T2: Jejeje muy buena. No, si la gente de arte tiene muchas cosas bonitas. En berbecho
2443 es que, por lo menos este profesor: otro profesor de [instrumento], viejito, que estábamos
2444 estudiando una partitura y tocando. Porque se estudia la primera, la tercera, la segunda,

2445 cuarta, quinta, sexta, séptima posición. ¿Ya ok? "Ñia, na na na na". "A ver es: tan, tan".
2446 Entonces nos cuesta, bueno a él no le cuesta, a mí me cuesta. Y lo tocábamos en dos
2447 [instrumentos], (...) ¡Bien!. Buena, bien ya, "dejémosla en berbecho" dice, y en
2448 berbecho es como cuando una pone cebolla en escabeche en vinagre y tiene que reposar
2449 para que así el vinagre entre a la cebolla, y así. Si, aunque esté la cebolla y el vinagre y
2450 la sal bien, no te la puedes comer en dos días porque tiene que quedar en berbecho, tiene
2451 que pasarse, reposar, y eso lo da el tiempo. Entonces él dice que dejemos descansar. En
2452 berbecho eso, y que sola madure como pueda la cebolla. Que la P madure esto que
2453 inoculo entremedio de estos dos, y tiro esa posibilidad ahí, que quede en berbecho, a
2454 ver. Porque hay cosas que al tirar eso, no lo machaco, pero sí lo dejo ahí tranquilo. Más
2455 de alguna cosa buena puede pasar, y ella lo puede absorber. Lo que no le hace bien a
2456 esta paciente, y le saqué la foto, es que si yo la presiono y lo intento así mal, así de
2457 "Mira, pero P, ¿por qué haces esto?" y ese es el formato de su madre que la maltrata y
2458 es una vieja de mierda. Ella tuvo mala suerte, tuvo una madre vieja de mierda y un
2459 padre viejo de mierda. Y han sido maltratadores hasta el día de hoy. La madre sigue
2460 siendo muy maltratadora, muy maldita, y ese formato no la dejó respirar, no le dio su
2461 tiempo, y yo le estoy dando su tiempo, la estoy dejando en berbecho.^[P]_[SEP]

2462 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2463 T2: Por eso que lo dejo ahí y que quede. Y confío en que será un aporte para ella. A eso
2464 me refiero con berbecho, es que hay que darle tiempo. Eso es lo que no le dieron los
2465 padres: tiempo.^[P P]_[SEP:SEP]

2466 IR: Oye entonces pensando en esta estrategia de darle tiempo, que tu pensamiento fue
2467 como de estar alerta, estar en esta estrategia constantemente en el objetivo de inocular
2468 lo que pensaba. ¿Qué tan profundo creíste en este momento que estás consiguiendo este
2469 objetivo?^[P]_[SEP]

2470 T2: No me hago muchas expectativas. Sólo lo dejo ahí, que esta posibilidad de actuar de
2471 otra forma ante una situación que a ella le provoca temor, y entrego un repertorio
2472 alternativo. Dejo caer esta posibilidad a ver si puede mover algo pero no me hago
2473 grandes expectativas. Porque la terapeuta...acá de quien me hago responsable y me hago
2474 expectativas, es de mí. De la terapeuta. Que ponga ahí en sesión con las mejores

2475 estrategias que los maestros me han enseñado, y después queda en manos, ni siquiera en
2476 manos de la paciente, así como súper así: "Sí, lo voy a hacer". No, porque los pacientes
2477 hacen giros y no saben cómo se produjeron esos giros. Y uno le tiene que preguntar,
2478 pero ¿qué cambió?, ¿cómo se dio esto?, ¿por qué ahora esto es distinto? ¿Por qué no se
2479 mantiene lo de siempre? Entonces, a veces los pacientes se giran, "no sé cómo pasó,
2480 pero pasó". "¿Pero es que esto no puede ser mágico?", les pregunto, "no puede ser tan
2481 mágico". Hoy, a las 10 de la mañana. No, ¿a qué hora? Hoy a las 4 de la tarde me vi con
2482 un paciente que lo veo hace tiempo. Y me dijo "la sesión pasada, después de que
2483 terminamos de hablar, yo volví a encontrar...", porque estaba en la facultad (...) pero
2484 buscó como un escondite, estaba buscando. Porque es tan grande la facultad (...). Y
2485 estaba en una escalera donde daba a una puerta cerrada, y ahí hicimos la sesión. Me
2486 dijo: "porque no iba a llegar a la casa y no quería perder la sesión y me puse acá, y
2487 después de que hablamos me fui de ahí y volví a estar en el grupo, en la salita". Porque
2488 los estudiantes tienen una salita en que ningún profesor va para allá, es un territorio que
2489 les pertenece. "Y volví", me dijo, "y volví a la salita después de que tú y yo hablamos y
2490 me dije ¿Por qué me importan tanto estos huevones? jajajaja ¿Por qué me importa tanto
2491 lo que vayan a pensar de mí si estos tipos son igual que yo? ¿Por qué les doy tanto
2492 poder?". Entonces, y él llegó hoy día hablando de eso y yo digo: "pero y ¿qué cambió?,
2493 por qué los viste, no sé quizás, en su justa medida". ¿Viste? Ahí estoy, otra vez la estoy
2494 tirando algo, en medio de esto.^[P]_[SEP]

2495 IR: Como en el fondo en berbecho.^[P]_[SEP]

2496 T2: Claro, esto quedó macerándose toda una semana, entonces ahí le digo eso. Entonces
2497 no sé cuál va a ser el destino de lo que uno dice. Le deseo lo mejor cuando tiro ahí la
2498 posibilidad de que entre en medio de esto tan rígido que ya tiene. O este chico que vivía
2499 más para los otros y buscaba un lazarillo para estar en el mundo, en el colegio tuvo un
2500 lazarillo, en básica y en la media y en la universidad también. Ahora se está desligando
2501 del lazarillo.^[P]_[SEP]

2502 IR: Oye, y en el caso de la P ¿verdad?, y en este episodio en particular, estos
2503 pensamientos tuyos de tener que inocular esto, dejarlo reposar. ¿Crees que era posible
2504 tener una interpretación distinta de esto que ocurrió en este episodio?^[P]_[SEP]

2505 T2: Podría ser poh^[P]_[SEP]

2506 IR: ¿Si?^[P]_[SEP]

2507 T2: Claro que podría existir una interpretación diferente, ¿por qué no?^[P]_[SEP]

2508 IR: ¿De qué tipo crees tú?^[P]_[SEP]

2509 T2: No me lo imagino ahora, pero...es que no. Me gusta creer que pudiese existir otra
2510 interpretación aunque no la tenga en este momento. Me gusta creer que puede existir
2511 otra posibilidad de interpretar esto que ella vive y cómo lo interpreto yo y cómo trato de
2512 corroborarlo con ella, esto que estoy interpretando, sin encajar una lógica mía en ella,
2513 ¿ya? Si lo interpreto es porque estoy preguntando, ella me responde, eso alimenta lo que
2514 voy a preguntarle de nuevo, y me lo dice, y yo se lo digo y siempre alimentado por lo
2515 que está diciendo, por lo que estoy pensando, lo que estoy hipotetizando, y se lo estoy
2516 tirando y vamos haciendo esto, todo el rato. Pero claro, dejar abierta la posibilidad de
2517 que pudiese esto que yo estoy diciendo a otra interpretación, que otro terapeuta hubiese
2518 dicho “Yo hubiera hecho otra cosa”, me parece genial esa posibilidad.^[P]_[SEP]

2519 IR: Pero, claro pensando en ti misma y en este episodio, ¿podrías haberlo interpretado
2520 de otra forma? O sea, ¿de qué forma, mejor dicho, podrías haberlo interpretado
2521 también?^[P]_[SEP]

2522 T2: El episodio de la mariposa en el pijama de ella. Mira, si ahora lo pienso, que nunca
2523 había pensado en un plan B en esta escena, pero si tú me pides, me posicionas así ahora,
2524 lo hubiese podido llevar a la exploración. Más que la mariposa en la parte de la guata,
2525 que se le mete a ella, creo que por, no sé si por delante o por detrás, si se le hubiese
2526 metido por la parte de la espalda, hubiese sido más vulnerable para ella. Porque por
2527 último aquí adelante, levantas aquí y te la sacas, pero en la espalda uno no ve si sigue
2528 subiendo si sigue bajando, más hubiese alterado, la hubiese asustado más. La otra
2529 posibilidad que pude haber hecho es ¿Dónde está tu madre o tu padre en este momento?
2530 Hacia allá lo pude haber llevado, por ejemplo. ¿Quién te vio?, ¿Quién te oyó mientras tú
2531 tratabas de luchar y sacarte esa mariposa del pijama?^[P]_[SEP]

2532 IR: Y en este caso cuando lo dejas reposar y no le respondes a ella, cuando ella dice
2533 como “Sí, pero todavía tengo el trauma de chica”, ¿verdad?^[P]_[SEP]

2534 T2: Mjum^[P]_[SEP]

2535 IR: Sino que le empiezas a hablar de la mariposa, y todo. ¿Crees que pudiste haber
2536 hecho otra cosa también?^[P]_[SEP]

2537 T2: Yo creo que siempre existe la posibilidad de hacer otra cosa. Está bonito, me gusta
2538 creer que siempre puede uno hacer más cosas, más posibilidades porque si no queda la
2539 psicoterapia reducida a plan A o B. Entonces no es un protocolo como X que es
2540 enfermera y que tiene que documentar, “hice el protocolo 3 veces seguidas, para animar
2541 a un niño de 7 años” y no poh, olvídate.^[P]_[SEP]

2542 IR: No poh^[P]_[SEP]

2543 T2: Acá no es así, poh. Entonces, por eso es que tengo esa idea de que quiero entender,
2544 ¿no? Porque pueden existir otras posibilidades, y quedarme con la sensación de que
2545 igual se podría haber hecho otra cosa es bonito, pero no me carcome. No me carcome,
2546 no es una cosa de decir: “chuta, tres de la mañana despierta” ¡no! jajaja. Ya, me pegué
2547 una siesta rica hoy en la tarde, y dije “Oh, 10 pa las 7, bien, alcanzo justo a hacerme un
2548 té y tengo un *muffin* de harina de maíz, buena estoy aquí, pongo al IR”. Hasta me alegre,
2549 dije bien. Es como tener un reloj biológico interno, pero de maravilla. Ni siquiera puse
2550 el despertador, nada. Así, cómo no voy a despertar de 5 a 7, "no voy a dormir dos
2551 horas". Casi dos horas dormí.^[P]_[SEP]

2552 IR: Claro, oye y considerando este episodio T2, ¿hay algo que te haya ayudado a
2553 cambiar el punto de vista, en comparación a ese momento? ¿Digamos como a esta otra
2554 interpretación que tú le podrías dar?^[P]_[SEP]

2555 T2: No entiendo bien lo que me quieres preguntar. ¿Qué me podría ayudar para hacer
2556 otras formas de, otra cosa en la sesión que me hubiese ayudado?. No sé.^[P]_[SEP]

2557 IR: Claro, como tú dices, podría haberme ido por este camino aparte del que ya me
2558 fui.^[P]_[SEP]

2559 T2: Sí.^[P]_[SEP]

2560 IR: ¿Qué crees que te ayuda ahora, verdad, a darle otro punto de vista?^[P]_[SEP]

2561 T2: ¿Otro giro a cuando me vuelvo a encontrar con ella después de esta conversación
2562 entre tú y yo?^[P]_[SEP]

2563 IR: No, me refiero a este episodio en particular, ahora que lo ves, tú te acuerdas de lo
2564 que hiciste, verdad, lo que pensaste y todo.^[P]_[SEP]

2565 T2: Sí.^[P]_[SEP]

2566 IR: Pero ahora en la entrevista, tú dices, “bueno, podría haber esta cosa, podría haber
2567 hecho esta otra cosa o pensado de otra manera”.^[P]_[SEP]

2568 T2: Sí.^[P]_[SEP]

2569 IR: Ahora, en esta otra manera, ¿qué crees tú que te ayudó a cambiar este punto de
2570 vista?^[P]_[SEP]

2571 T2: Hablarlo contigo, poh. Hablarlo contigo, pero no hablarlo sino que además verlo.
2572 Porque cuando empezamos ayer a hablar, “¿tú te acuerdas, T2?”, Y yo dije “¿a ver qué
2573 hablamos?”... y tú me dijiste “yo lo tengo grabado”. ¿eh, maestro!, estamos al otro lado
2574 jajaja.^[P]_[SEP]

2575 IR: Claro, tú me lo grabaste, gracias a ti.^[P]_[SEP]

2576 T2: Sí, pero te lo grabé, fui al congreso y miré y dije: Cristóbal Manchego, “tienes cara
2577 de Cristóbal Manchego”. Pero otra cosa es que tú acá me lo muestras segundo a
2578 segundo. O sea, me parece genial esta posibilidad de verme con la paciente, aquí con un
2579 tercero. Detenerme y decir “acá T2 hay una tensión, blah, blah, blah. ¿Qué
2580 posibilidades...?” Porque si no hubiésemos hecho este ejercicio, nunca hubiese
2581 pensado... "Oye, haberlo trabajado desde quién estaba ahí para ayudarte, para contener a
2582 la niña P". Pucha, se la tiro de una ahora, es decir, si me vuelvo a encontrar con ella y
2583 me dice “me encontré con la mariposa y la encontré tadada tum da”. Porque si ella, mira
2584 y ahora hablando acá, si ella se pesca del pijama de la madre en la escena cuando
2585 tembló y le pide al hijo que también se quede con ella y el hijo “ay, mamá suélteme” y
2586 ellos dos, la abuela y el nieto dice “A ver, ¿cuánto fue, 5 con 4? No, cuánto que es 5,7
2587 porque fue muy fuerte.”, y ellos empiezan a jugar de cuánto fue a ver quién le achunta,
2588 y ella está ahí toda asustada pescándose del pijama de la madre como una niña.

2589 Entonces todavía ella tiene expectativas con la madre de que la contenga. Nunca va a
2590 dar el ancho y todavía mantiene eso. No sé qué todavía alimenta esa expectativa con
2591 esta madre, con esta bruta, porque es una bruta la madre. Entonces, eso es lo que yo
2592 creo que todavía la hace sufrir, y hablando acá, claro, la escena la podría girarla hacia
2593 cuando ella necesita contención, como en los temblores, como las mariposas y todo lo
2594 que tiene alas. Es: "¿qué te hubiese gustado recibir de tu madre hoy en el presente pero
2595 que probablemente no da el ancho?". Ahí yo se la tiraría de una, y ahí al tiro me viene
2596 en la cabeza decir: "¿Qué alimenta todavía mantener expectativas con esta madre que
2597 sistemáticamente no ha dado el ancho?". Esto ha sido, como dijo ella, y yo usaría,
2598 incluso estratégicamente, sus palabras, "Ah, pero es que esto lo tengo desde mi
2599 infancia". Yo incluso viendo este video, gracias a ti, yo usaría sus palabras y le diría
2600 "Pero desde la infancia has tenido la esperanza de que tu madre aparezca como madre,
2601 ¿por qué ahora siendo una mujer adulta sigue esta niña pidiendo algo desde la infancia
2602 hasta el día de hoy?"^[P]_[SEP]

2603 IR: Mm, claro.^[P]_[SEP]

2604 T2: Sería súper enriquecedor que uno pudiese tener ahí guardado a los pacientes algo
2605 como esto.^[P]_[SEP]

2606 IR: Sí, bueno, de hecho es un material que te queda a ti también.^[P]_[SEP]

2607 T2: Enormemente.^[P]_[SEP]

2608 IR: Oye, y ¿crees tú que en algún momento de esta sesión, o en este episodio, te entró
2609 una confusión, o un estado medio somnoliento, una sensación de irrealidad?^[P]_[SEP]

2610 T2: Nada, nada.^[P]_[SEP]

2611 IR: ¿No?^[P]_[SEP]

2612 T2: Nunca. Y confusión en cuanto a "Chuta, ¿de qué estábamos hablando?, ay, no nos
2613 vayamos a perder", o sea, estoy tan hiperalerta que siempre sé pa' donde va la micro o
2614 al menos siempre sé dónde estamos, qué estamos hablando, hacia dónde quiero ir. Esa
2615 cuestión la tengo pero desde "Hola, ¿qué tal?" hasta "Chao, nos vemos el próximo
2616 jueves a las 4". Listo, y ahí la T2 aparece. Se cerró la sesión y "A ver, ¿qué voy a

2617 comer?, tengo hambre, ¿qué hago para la cena?" (...). Pero no, nunca nada de
2618 confusión, irrealidad, nada, no. ^[P]_[SEP]

2619 IR: Entiendo. Oye, y entonces si hacemos un resumen, ¿verdad? Algunas veces tienes,
2620 pensando en los dos episodios, ¿verdad?, tienes esta calma, esta tranquilidad, ¿verdad?.
2621 Tienes una reacción un poco más digamos como directa, como de ir indagando, de ir
2622 pin-poneando, ¿verdad? ¿Sueles pensar o sentir o experimentar o hacer este tipo de
2623 cosas en este tipo de episodios terapéuticos? ^[P]_[SEP]

2624 T2: ¿Experimentar qué cosa? ^[P]_[SEP]

2625 IR: Digamos, esta sorpresa, estar contenta, la alegría ^[P]_[SEP]

2626 T2: Sí. ^[P]_[SEP]

2627 IR: ¿verdad?, la alerta. ^[P]_[SEP]

2628 T2: Sí, sí. Es como un... tiende... este formato que vivo con ella, es algo que tiendo a
2629 vivirlo en general con los pacientes. Aunque todos los pacientes son muy distintos, o
2630 sea, tengo tres pacientes procrastinadores y los tres son un planeta jajaja. Y enlazando la
2631 vida, lo que te dije, son tres procrastinadores y los tres tienen su formato. Pero me
2632 mantengo en mi formato, mi formato va a ser el que se mantiene, con estas
2633 características que hemos conversado. ¿Ya?, porque este formato me provoca una buena
2634 contención para mí. Es una buena protección y es una buena manera de trabajar para mí
2635 en el sentido de que no estoy, no está mi identidad puesta ahí. No me voy a involucrar
2636 emocionalmente desde mi mundo privado con una situación de un paciente que tiene
2637 ahí, por muy triste y desgarrador que sea. ^[P]_[SEP]

2638 IR: Entendiendo bastante bien, ¿verdad?, como lo hemos conversado, este formato tuyo,
2639 ¿alguna vez has experimentado una reacción diferente como diferentes emociones o
2640 pensamientos frente a episodios terapéuticos similares? ^[P]_[SEP]

2641 T2: Sí, de esa paciente que te comenté que...lo que pasa es que yo, atendía a su madre.
2642 Esta mujer que tiene trastorno de personalidad muy complejo así. Era muy enredada y o
2643 sea, era un desafío manteniendo ahí, hacia dónde va esto y ella es un huracán, así. Y de
2644 repente hablan con la madre los hijos. Tiene ella un hijo y una hija, adultos, así como tú

2645 jóvenes, como de tu edad más o menos. Y ella antes de conocer a los hijos, siempre se
2646 posicionaba ella desde, “Yo, yo, a mí, el padre de mis hijos me quitó mis hijos, fue una
2647 locura, yo no sabía cómo vivir esto, yo siempre quise a mis hijos a mi lado, yo... no
2648 sabes cómo fue para mí los días, las noches, ¿cómo estarán?, yo...”. Ese era su discurso,
2649 ¿no? De una madre que está muy triste porque le quitaron a sus hijos, ¿cierto? Él se
2650 queda con los niños como, no sé si tendrían 10 años, 12 años. O sea, se los quita así
2651 como...hace toda una estrategia de esto, ¿ya?, judicial.

2652 IR: ¿Estamos hablando del caso que me comentaste la entrevista pasada?^[P]_[SEP]

2653 T2: Sí. Ella habla de una situación muy desgarradora y el hermano también. Son los
2654 hijos de ella que quieren hablar conmigo, que le dicen, “Mamá, me gustaría hablar con
2655 la psicoterapeuta”. Y el hijo le dice, “Yo quiero que estés presente, yo quiero hablar con
2656 la terapeuta y que estés presente”. Y ella me dice, “T2, yo quiero hablar contigo pero
2657 que estemos los tres”^[P]_[SEP]

2658 IR: O sea, la sesión fue con él.^[P]_[SEP]

2659 T2: Con él. Él, ella y yo.^[P]_[SEP]

2660 IR: Ya y ¿qué fue lo diferente entonces en este caso?^[P]_[SEP]

2661 T2: Y después se produce una sesión donde no está la madre presente y está sólo la hija.
2662 La hija habla conmigo. Los hijos de ella querían hablar conmigo, ¿ya? Pero en el caso
2663 del varón, estaba la madre, estaba el hijo y yo presente. En el caso de la hija sólo
2664 estuvimos ella y yo, no estuvo la madre presente. Y cuando oigo la voz de los hijos fue
2665 realmente desgarrador. Fue muy desgarrador y yo ahí, yo sentía, decía: "qué bueno que
2666 tengo este formato de estar ubicada en esa plataforma que me permite estar tranquila, y
2667 que pueda ver esta historia desgarradora". Con esta distancia en donde se airee y se
2668 distancie la T2, su mundo, sus gustos, las cosas lindas que le gusta hacer, con este otro
2669 mundo tan violento, tan desgarrador. Y que se pone muy tenso en un momento la
2670 situación, donde el hijo le grita a la madre “Déjame hablar mamá, por favor no me
2671 interrumpas. ¡No me interrumpas, mamá!, porque yo quiero terminar. Quiero decir lo
2672 que te... quiero decirle a la psicóloga acá, no me interrumpas” y ella decía, "es que no
2673 fue así"; “por favor déjame terminar mamá, por favor yo te lo pido”, fue muy tenso.^[P]_[SEP]

2674 IR: Fue una emoción de tu parte; cuando dices desgarrador, ¿qué emoción sería?^[P]_[SEP]

2675 T2: Mi emoción ahí fue como...de sorpresa, me acuerdo, y del impacto que había en sus
2676 palabras y que era necesario saber estar ahí como psicoterapeuta, como tranquila. Y
2677 además que no pareciera una terapeuta como deformada por así decirlo. En donde
2678 pongo en tela de juicio a este hijo, que quizás está hablando de manera visceral: “Yo
2679 que conozco a tu madre hace varias sesiones, no logro entender esto, porque ¿cómo los
2680 discursos son tan distintos?”. ¡No!, eso hubiera sido un error enorme, hacer una cosa
2681 como esa, porque en realidad estos hijos al final viven abusos sexuales de familiares. De
2682 familiares maternos. Y ella lo que hacía es que viviendo la hija y el hijo, vivieron
2683 situaciones de agresión y de abuso sexual por parte del abuelo, por parte del tío. Ellos
2684 hablaron con la madre. “Yo nunca lo vi, yo nunca supe, o sea, ¿en qué momento?”,
2685 “Mamá, yo te lo dije, y tú después en la tarde, carreteando con el tío. "O sea, me cuesta
2686 decir hasta tío, y tú estabas tomando, estabas fumando, estabas carreteando y pasándolo
2687 chanco y yo te había contado que él nos manoseaba, mamá, ¡Sí, mamá!”. Así, muy...
2688 ^[P]_[SEP]

2689 IR: Fuerte.^[P]_[SEP]

2690 T2: Y ella decía, “No, o sea cuándo fue eso, yo no me acuerdo”. Eso fue muy
2691 desgarrador eso que decía, muy fuerte.^[P]_[SEP]

2692 IR: Y en torno a los pensamientos, digamos, si hacemos esta comparación, ¿cuál fue lo
2693 diferente?^[P]_[SEP]

2694 T2: Lo diferente en cuanto a...cuando oigo a los hijos y está la madre, digamos. Lo que
2695 pasa es que cuando yo hablo con ella, siempre ella me perturbaba. Siempre no, nunca
2696 llegábamos a puerto. Nunca, no es...ella es una paciente muy disfuncional, muy
2697 disfuncional. Donde no logro hacer un diálogo como con la P. Es que la P no es dócil,
2698 pero aquí se logra entablar el pin-poneo. Es que aquí no es pin-poneo no es... con esta
2699 mujer que está tan desencajada. Es como que estoy yo jugando con una raqueta y ella
2700 tiene una jabalina. Pero estamos en una cancha de tenis y ella está con una jabalina. Ya
2701 lanza la pelota, y tú ¿raqueta? “Ya, pero si ya estoy lista con la jabalina”. ¿Me
2702 entiendes? Ella está con medicamentos, ella va a psiquiatra. Pero igual uno puede hablar
2703 con ella en la sesión, que es altamente demandante. Y bueno los hijos han estado en

2704 psicoterapia han salido adelante. Y uno dice, yo les pregunté: "¿cómo... o sea?, ahí
2705 aparece mi sorpresa de decir: "¿Cómo se llega a crecer y no perderse en el camino? O
2706 sea, ¿Cómo lo han logrado?"^{[P]_{SEP}}

2707 IR: ¿Una pregunta que le hiciste a ellos?"^{[P]_{SEP}}

2708 T2: Claro. O sea, es que ni siquiera fue un día, fue la infancia, la adolescencia y parte de
2709 la adultez muy difícil.^{[P]_{SEP}}

2710 IR: O sea, si podemos hacer una comparación. Yo sé que son casi totalmente distintos
2711 pero pensando en ti como terapeuta, ¿verdad?, y en tu forma de pensarte en los
2712 episodios, ¿Dirías que a veces tus reacciones o las mayoría de las veces, por no decir
2713 casi todas, es de calma, es de tranquilidad, de tener todo bien estratégicamente
2714 orientado?"^{[P]_{SEP}}

2715 T2: Jeje ahí está el punto, claro, 4/4, pum, pum.^{[P]_{SEP}}

2716 IR: Y como ir haciendo este juego que hemos hablado, claro.^{[P]_{SEP}}

2717 T2: Mjum, mjum.^{[P]_{SEP}}

2718 IR: Pero en esta situación fue de asombro, fue de desgarró, fue de quizás, incertidumbre,
2719 ¿verdad?"^{[P]_{SEP}}

2720 T2: Sí.^{[P]_{SEP}}

2721 IR: ...de preguntarles a ellos. ¿Cómo explicas esta diferencia?"^{[P]_{SEP}}

2722 T2: O sea, tengo en ese momento, cuando me estoy acordando de cuando hablé con la
2723 hija y hablé con el hijo, sigo teniendo, sigue estando lo mismo que puedo tener con ella
2724 pero mucho más hipervigilada que en esto. Aquí estoy vigilante. Con esta otra escena
2725 estoy mucho más que hipervigilante. Ahí es que al sudar la camiseta, me quedé corta.
2726 Aquí estoy jugando, así con la camiseta musculosa, así, como, ¡vamos!, como dicen los
2727 argentinos "¡vamos, buena, buena!" y tu tu tu tu tu. Pero acá, acá no poh. Es una
2728 cuestión de que abrí una tapita y abrí una caja de Pandora, una cuestión de ¿qué es
2729 esto?, ¿qué es esto? Entonces...^{[P]_{SEP}}

2730 IR: Te quedaste un poco, ¿perpleja?"^{[P]_{SEP}}

2731 T2: Sí, me quedaba perpleja porque yo dije, ¿qué es esto? O sea, una vez lo vi a él. Una
2732 vez la vi a ella. Y después cuando la vuelvo a ver a la paciente sola, ella y yo, trabajo
2733 con ese material que traen sus hijos. Y ella ahí, eh... todo su repertorio es todo lo que
2734 ella decía y justificaba...todo se tambalea más y yo me muestro más como, "no
2735 entiendo, ¿cómo tus hijos aparecen así?", "eh ¿cómo puedo unir tu pena con..?".
2736 Entonces yo ahí, estuve muy hipervigilante. Cuando digo las historias son
2737 desgarradoras, no me desgarran a mí. Por eso es que protejo a T2. No me desgarran a
2738 mí, pero sí las trato de dimensionar en su justa medida por el respeto del paciente, de los
2739 hijos de esta mujer que es mi paciente. Pero que claro, si me desgarran a mí, yo les digo
2740 saben no puedo continuar con las sesiones de psicoterapia contigo, yo les necesito
2741 derivar, esto...^[P]_[SEP]

2742 IR: Ah, ¿te ha pasado eso?^[P]_[SEP]

2743 T2: No, nunca lo he hecho, pero si me hubiesen desgarrado a mí, a mí, si yo me hubiese
2744 sentido desgarrada por lo que viven estos hijos con esta mujer que tiene estas
2745 características, que es la madre que "yo nunca vi nada de eso". ¿Cómo? Si te lo están
2746 diciendo: "mamá. Me manosea, mamá, el abuelo está..."^[P]_[SEP]

2747 IR: Pero si entonces, entendiendo bien cuando ya te quedas con ella sola, en este otro
2748 caso, poco común en ti...^[P]_[SEP]

2749 T2: Sí, sí^[P]_[SEP]

2750 IR: Aparece una reacción, ¿verdad?, a diferencia de la otra, de los otros pacientes, como
2751 más inquisitiva, más perpleja, más con esta hiperalerta más profunda. Como que ahí hay
2752 un cambio, ¿verdad?^[P]_[SEP]

2753 T2: Claro, porque esa paciente amerita. Amerita que la terapeuta tenga una estrategia
2754 mucho más fina. Porque es como, ¿como la metáfora que me quedó marcando... pero
2755 así! O sea, cuando un paciente viene con una herida en carne viva, yo no le puedo echar
2756 alcohol ahí en plena herida, casi como vamos a limpiar bien. Como cuando me quemé la
2757 mano y la enfermera, la paramédico me dijo "Esto hay que limpiarlo muy bien" Y yo
2758 "Uf, señorita, ¿le falta mucho?", "Sí" me dijo "porque hay que sacar hasta el resto que
2759 queda de piel muerta" y así yo, ¡Oy!, sudé. Es como que yo hiciera algo así, yo pierdo a

2760 la paciente. No poh, entonces es como acercar. Como si aquí está la herida, aquí, en la
2761 mano, justo acá está la herida. Bueno, yo toco por aquí, yo toco por acá, digo esto está
2762 afiebrado. Entonces, claro, aquí, hay que ser... no podría ser tan, no podría hacer yo un
2763 pinponeo, como con la P: “Pero yo te lo acabo de decir”. Ya, pero no puedo. No poh,
2764 ahí, ella se me hubiese puesto confrontacional, con un arma ahí a “Pum, pum” me
2765 dispara en la boca. No, se hubiese puesto...^[P]_[SEP]

2766 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2767 T2: A ella había que rodearla de una manera, así como “oye, pero y esto...”^[P]_[SEP]

2768 IR: Muy, con muchas más estrategias.^[P]_[SEP]

2769 T2: Muy solapada, así como una brisa, me huele a, sí.^[P]_[SEP]

2770 IR: Oye T2, bueno volviendo ya, dejando esta comparación. Volviendo a este episodio,
2771 a la P. Y como lo hicimos, verdad en el episodio anterior, poniéndote en el rol de ella
2772 como un rol como decías tú más niña, más digamos buscando este lazarillo, si? Me
2773 gustaría que tomaras su punto de vista y respondieras algunas preguntas similares a las
2774 que te hice a ti.^[P]_[SEP]

2775 T2: ¿Como si yo fuese la paciente?^[P]_[SEP]

2776 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2777 T2: Ya.^[P]_[SEP]

2778 IR: ¿Cómo crees que percibió ella, emocionalmente, este episodio en particular?^[P]_[SEP]

2779 T2: No, que, que no... que la terapeuta no es amenazante conmigo, no me está
2780 obligando a hacer nada que yo no quiera. Ella no me está obligando, ella no me provoca
2781 temor, no me provoca miedo, lo que me ha provocado mi madre históricamente. No me
2782 está forzando, porque a eso le han hecho a ella, a ella la han forzado y eso es lo que a
2783 ella no. Entonces... ella, yo creo que eso es lo que siente, y por eso se queda, por eso no
2784 muñequa, por eso que está... por eso es que yo como paciente no muñequo con ella,
2785 porque ella no me está diciendo cosas para dañarme, ella me está ofreciendo, me está

2786 mostrando, me está explicando el mundo que no me han explicado. Yo estoy logrando
2787 ver más cosas de lo que pasaban ahí.^[P]_[SEP]

2788 IR: ¿E incluso en estos quiebres, como en estas rupturas?^[P]_[SEP]

2789 T2: Sí.^[P]_[SEP]

2790 IR: ¿También?^[P]_[SEP]

2791 T2: Pensando en el pin-pono corto, en el área chica.^[P]_[SEP]

2792 IR: ¿Incluso cuando dice ella, mm..?^[P]_[SEP]

2793 T2: “Es que esto es histórico de mi infancia”^[P]_[SEP]

2794 IR: Claro, también.^[P]_[SEP]

2795 T2: Incluso estoy pensando en eso... es que.^[P]_[SEP]

2796 IR: ¿Y si le tuvieras que poner un nombre, así como hablábamos de ti antes, a esta
2797 emoción que dices? ¿Cuál sería?^[P]_[SEP]

2798 T2: El contrario a la amenaza. El contrario a la... aquí no... el de, tranquilidad ante lo
2799 nuevo que aparece. No es amenazante lo que estoy tratando de inocular entremedio de
2800 estas dos, entonces, no hay... puedo estar confiada con esta terapeuta porque no me va a
2801 llevar a un camino oscuro, no me va a llevar a un diálogo negro, donde no logro
2802 entender y estar ahí en una pieza, una puerta cerrada y además me apagaron la luz...
2803 todo lo contrario.^[P]_[SEP]

2804 IR: ¿Qué sería lo contrario a amenaza, T2? Así como en versión palabra emocional, si
2805 se quiere. Sé que es un ejercicio tedioso, te doy las gracias.^[P]_[SEP]

2806 T2: Sí, estoy pensando. Como de... Sentimiento de tener la confianza que puede ver su
2807 fragilidad y puede verse frágilmente, confiar en, de confianza en que puede verse a sí
2808 misma frágil, y que la terapeuta en esa fragilidad no se va a ensañar con ella. No la va a
2809 atacar por atrás. Entonces, es como la sensación de que emocionalmente ella trate de
2810 conectarse y que si hablo en boca de ella, de poder estar como más amainada, más
2811 calmada con estas cosas que todavía desde la infancia me andan dando vueltas. Puedo

2812 estar más calmada porque no me van a generar tanta tormenta como antes, porque...
2813 volver a rever esos episodios de mi infancia, la mariposa en la guata, y que trataba, se
2814 movía, se movía y yo no me la podía sacar, no me la podía sacar y estaba desesperada.
2815 Y lo vuelvo a hablar, pero ahora lo estoy hablando con la T2. Entonces, yo tenía miedo,
2816 el bicho tenía miedo. ¿Te fijas? Entonces es lidiar con esa historia, mm... si pienso
2817 como la paciente, es como que la T2 me ayuda a lidiar con una historia que también ahí,
2818 pueden aparecer otros sentimientos. No me morí, no me hirió. Estaba sola, nadie más
2819 me ayudó, pero ese día igual nada malo más me pasó.^[P]_[SEP]

2820 IR: Mmm, ¿como de tener una buena, digamos, como previsión hacia el futuro?^[P]_[SEP]

2821 T2: Claro, porque eso es lo que ella no ha tenido. O sea, la desesperanza, ¿no?, que las
2822 cosas se han dado de manera muy...^[P]_[SEP]

2823 IR: O sea, la notas esperanzada.^[P]_[SEP]

2824 T2: Sí, yo creo que sí, esperanzada.^[P]_[SEP]

2825 IR: Y ¿qué te hace inferir de este episodio en particular esa esperanza, esa confianza?
2826 ¿Qué es lo que te muestra acá en el episodio de ella qué...?^[P]_[SEP]

2827 T2: Jaja Como dejaste justo el video, entonces dijiste: “¿Qué es esa mueca?” y mm, jaja
2828 ¿quizás es eso no? Yo tengo esperanza en que eso que traté de meter en medio de estas
2829 dos... Si pasa esto, yo...me sucede esto y yo pongo la posibilidad de esta otra. La
2830 esperanza de que eso que solté a ver si funca, poh.^[P]_[SEP]

2831 IR: No, claro. Pero en el caso de ella, pensándolo como si fueras P. ¿Qué crees tú que te
2832 hace inferir que ella podría sentirse así? Así como mencionabas.^[P]_[SEP]

2833 T2: Esperanzada.^[P]_[SEP]

2834 IR: Mjum, y confiada, también, con confianza.^[P]_[SEP]

2835 T2: Y confiada. Es que yo como P, cada vez que tengo que hacer cosas en la vida,
2836 porque ella trabaja en [actividad], tratando de tener otro trabajo pah generar lucas,
2837 [actividad] y también hace esto de... no es yoga, pero una cosa así como de, no sé
2838 cómo...^[P]_[SEP]

2839 IR: ¿Reiki?^[P]_[SEP]

2840 T2: Es como de auto-sanaciones, tiene una maestra, y confía mucho ella en eso y se
2841 encuentra en esa cosa espiritual. Y qué si yo hablo como P, lloro mucho y me quejo
2842 mucho, y tengo mucho miedo antes de hacer las cosas. Que me tenía que hacer la eco
2843 mamaria, los análisis de sangre, el análisis de orina, y que todo esto me lo manda,
2844 ¿quién? ¡Un oncólogo! O sea, ya el nombre da miedo, oncólogo, o sea este no es un
2845 médico de medicina general que después me deriva con un oncólogo. No, el oncólogo
2846 me mandó. El oncólogo: Cáncer. ¿Cachay? Entonces, antes de hacerme los análisis se
2847 los llora todo: aparece una niña, que “¡Ay, que imagínate! ¿Y si sale esta cuestión?... yo
2848 tuve una tía que murió de cáncer de mama, entonces me puede pasar lo mismo, como
2849 que no quiero ir, lo estoy postergando, mejor la próxima semana, ahora no”. Y lloro,
2850 lloro, o sea hace una resistencia enorme.^[P]_[SEP]

2851 IR: ¿Pero hay algo dentro de este episodio en particular, T2, que te haya hecho inferir
2852 esas emociones de ella?^[P]_[SEP]

2853 T2: Eh cuando ella habla del temblor es lo mismo. No es el primer temblor que vive. O
2854 sea para el 2010, estaba viva ella, y sigue viva. Es más, su hijo era muy pequeño para el
2855 terremoto del 2010. Y ¿por qué esperanzada ella?, ¿por qué puedo decir que yo, como
2856 P, estoy esperanzada?, porque a pesar de que he llorado mucho y me he asustado mucho
2857 de lo que me ha pasado en la vida, las cosas me resultan. Las cosas a ella le resultan.
2858 Creo que no fue en esta sesión que hablamos creo que fue en otra, pero ella se está
2859 atreviendo, la P, como le están resultando, entonces está... me estoy atreviendo a
2860 explorar lo que nunca me ha gustado. Entonces, eso puede decir que ella se pueda sentir
2861 esperanzada. De que esta cuestión no va a ser siempre así, porque a mí hay cosas que
2862 me están resultando. Es más, fui a ver a Arjona sola. Yo. Crisis de pánico. Mi hijo me
2863 regaló una entrada para el concierto de Arjona, y fui en la camioneta como una hora o
2864 dos horas de anticipación. Como creían que tenía más o menos invitación premium,
2865 “señora pase por aquí, estacione aquí su camioneta” jajaja. Me lo tomé todo, eh respiré,
2866 eh pensé en que “no, yo soy capaz, yo no voy a perder esta oportunidad”. Que si veo
2867 que ya... empezó a llegar más gente, y me asusté un montón. Me tomé mis pastillas,
2868 “Ya, vamos, vamos, P”. Dejé cerrado todo, me puse aquí mi banano así. Había harta
2869 gente. Me puse en mi número, ahí, donde estaba yo con mi entrada, y ya estaba lleno. Y

2870 yo dije “Ya respira, respira profundo”, aparece Arjona, grité: ¡Ah! ¡Mujer de las cuatro
2871 décadas! Se las cantó todas y llegó con la voz ronca. O sea apareció una adolescente que
2872 se conectó con lo que... Entonces, por eso pienso, esperanzada, ¿no? A mí las cuestiones
2873 me están resultando ya. Estoy muerta de miedo, pero la T2 no me va a enjuiciar, no me
2874 va a castigar. [P]
[SEP]

2875 IR: ¿Lo notas en ese episodio? [P]
[SEP]

2876 T2: Claro, porque en ese episodio, por eso es que yo hasta ahí llego y me quedó así:
2877 "Mm...", no quedo, no quedo, no sigo muñequendo con ella porque algo saldrá. [P]
[SEP]

2878 IR: ¿Y hay algo de ella en particular en este episodio que te haga pensar en esto? ¿O
2879 sólo sobre ti? [P]
[SEP]

2880 T2: Es que ella, ella me hace pensar que ella, esta forma que tiene de reaccionar: "esto
2881 es algo histórico". Y cuando me hace, hacemos este pin-poneo, me hace pensar que ella
2882 en realidad, confía en que la terapeuta no va a seguir ahí hinchándola con eso, porque
2883 listo ya, hay que dejarlo así. Ella confía en mí, pero también confía en sus criterios que
2884 está desarrollando, donde este espacio es muy protegido para ella. En donde no va a
2885 terminar triste, desolada y hablamos de cosas tan tristes y ahora...no, no pasa eso. [P]
[SEP]

2886 IR: T2 Y en este episodio, a propósito de esas emociones que dices que tiene ella, ¿Qué
2887 pudo haber pensado la paciente en torno a esta ruptura? [P]
[SEP]

2888 T2: Eh, ¿sobre la mariposa y "esto es histórico en mí"? [P]
[SEP]

2889 IR: Claro. [P]
[SEP]

2890 T2: Claro. Pudo, pudo, podría ella haber pensado que: "le sigo teniendo miedo a estas
2891 cuestiones", "los bichos tienen tanto miedo como yo, o sea también están asustados". Es
2892 como el canario que le... jajaj. "Yo estoy asustada, pero esos bichos también están
2893 asustados". "O sea yo y ellos no nos diferenciamos tanto, o sea, somos iguales al final".
2894 "Me dan miedo, a mí me dan miedo ellos y a ellos les doy miedo yo". "O sea, yo
2895 también tengo la capacidad de provocar miedo". "O sea, la mariposa no me vino a
2896 atacar, sino que se equivocó de camino y se metió debajo de mi pijama. Lo único que
2897 quería era salir". Eso es lo que pienso que ella podría empezar a masticar. [P]
[SEP]

2898 IR: Y en los mismos momentos donde hace como esta resistencia que tú decías al
2899 principio, ¿también podría haber pensado eso?^[P]_[SEP]

2900 T2: No, no porque es demasiado pronto creer que ella va a hacer eso en el mismo
2901 momento de la sesión. Cuando entrego ese nuevo repertorio, ahí necesito que entre en
2902 berbecho.^[P]_[SEP]

2903 IR: Claro, pero por eso, pensando en este episodio en particular, ¿qué es lo que está
2904 pensando ella ahí, en eso que vimos?^[P]_[SEP]

2905 T2: Podría ser poh, ella podría decir: “Igual podría ser, ¿ah?”. Si genera ella la duda, en
2906 sí misma y decir, “sí, igual eso podría ser... ah bueno, pero ahora lo tengo”, "pero y ahí
2907 le dije poh", "pero ahora ya sabe", "pero yo no sé qué podría hacer". "Bueno ya lo
2908 hice".^[P]_[SEP]

2909 IR: Perfecto.^[P]_[SEP]

2910 T2: "También podría ser, ¿ah?" Ahí quedó.^[P]_[SEP]

2911 IR: ¿Cuáles crees que fueron sus razones como para pensar de esa manera o en esta
2912 alternativa, como dices tú?^[P]_[SEP]

2913 T2: Están buenas sus preguntas, muy bien. Porque sí el que ella, lo que hipotetizo que
2914 ella podría pensar de: “Igual podría ser, ¿ah?”; que no me sigue ella justificando porque
2915 ella no hace eso. Yo me detengo y ella se detiene. ¿Por qué? Porque es como si me
2916 hubiese... si ella hubiese querido seguir haciendo este muñequito como que: “Entiende,
2917 no, eso no es posible”, “¿Está asustada ella?” “No, no, no, no”, ¿me entiendes? Hubiese
2918 seguido ella pegada en ese discurso. Y yo dejo de hablar y ella también lo suelta, porque
2919 esta otra posibilidad podría ser válida. Ahí veremos. Y no es necesario que me justifique
2920 más su miedo para que lo dimensione más.^[P]_[SEP]

2921 IR: ¿Es una forma típica de pensar de esta manera de la P? Así como de considerar...^[P]_[SEP]

2922 T2: Sí, de considerar algo nuevo, sí. Ella da la posibilidad de considerar algo nuevo en
2923 la medida que no la obliguen a considerar algo nuevo de una manera bruta, de una
2924 manera como cerrada, como: “Lo digo yo porque soy tu madre, porque lo digo yo”. Eso
2925 es una forma bruta de que considere: “Deja de tener miedo, es sólo una mariposa”. “Ya

2926 crece, si es sólo una mariposa, mira, paf, la aplastaste.” Cachay, esa sería una manera
2927 errónea de que ella considere. Pero este otro formato de que considere otra posibilidad
2928 tiene que ser entregado, dialogando en torno a un miedo en donde ella pueda sentir que
2929 la terapeuta logra dimensionar quizás no en su justa medida, nunca me voy a
2930 dimensionar a cabalidad lo que ella siente, con una mariposa debajo de su pijama. Pero
2931 que ella logre notar que estoy haciendo el gesto de tratar de entender cómo es eso. Eso
2932 ayuda.^[P]_[SEP]

2933 IR: O sea, en el fondo es una forma típica de pensar en la medida que se le ...^[P]_[SEP]

2934 T2: Válida.^[P]_[SEP]

2935 IR: Válida.^[P]_[SEP]

2936 T2: ...Su miedo, su angustia, su desesperanza de cuándo va a salir esta mariposa de acá,
2937 ¿por qué?, porque es muy sola en el mundo, entonces, los adultos no estaban y si la ven
2938 con una mariposa la descalifican, “Mira, qué tonta”.^[P]_[SEP]

2939 IR: Pero en general no es una forma típica de pensar si es que no se le valida,
2940 pregunto.^[P]_[SEP]

2941 T2: Claro.^[P]_[SEP]

2942 IR: A propósito del episodio anterior, ¿te acuerdas?^[P]_[SEP]

2943 T2: Claro.^[P]_[SEP]

2944 IR: ...que hablábamos que era como una forma típica de ella, digamos como ponerse en
2945 este rol, ¿más bien?^[P]_[SEP]

2946 T2: Claro, ella es dócil en la medida que uno pueda tratar de dialogar con sus miedos,
2947 en los códigos de sus miedos, y ahí ella se transforma en dócil. Ahí ella se transforma en
2948 dialogante y logra recibir la posibilidad de que aparezca algo alternativo ante una
2949 situación y una respuesta que ella da. Podría parecer una alternativa de respuesta, sí en
2950 la medida que ella dialoga con esos miedos, de ella. No como lo entiendo yo, como lo
2951 entiendo de ella.^[P]_[SEP]

2952 IR: Claro. Super. Bueno, estaríamos por fin, ¿verdad? (risas), terminando esta
2953 entrevista, T2, yo te agradezco mucho tu entrega.^[P]_[SEP]

2954 T2: Jajaja.^[P]_[SEP]

2955 IR: Como te digo, los episodios de ruptura se dan siempre, pero...^[P]_[SEP]

2956 T2: Sí poh.^[P]_[SEP]

2957 IR: Pero casi siempre se resuelven también, las estrategias. Y la verdad es que, nada, te
2958 felicito, porque creo que, prácticamente todos lo que se vieron ahí fueron resueltas en
2959 esta sesión al menos, así que agradecerte por tu participación y poder apoyar en mi
2960 investigación.^[P]_[SEP]

2961 T2: Me parece preciosa tu investigación, porque es de lo que más le decía al
2962 profesor...siempre al puro paciente, y ¿cuándo vamos a entender al terapeuta?^[P]_[SEP]^[P]_[SEP]^[P]_[SEP]

2963 **Transcripción entrevista a T3**

2964 (Se entregan consignas)^[P]_[SEP]

2965 (Terapeuta explica que la sesión se empezó a grabar después de 5 minutos de
2966 comenzada donde el paciente le explicita que iba a bromear)^[P]_[SEP]

2967 T3: ...Error, yo primero le volví a decir a P, “P vamos a grabar la sesión”, le recordé un
2968 poco lo que íbamos a hacer y de ahí puse grabar, a lo mejor mi error fue no haber
2969 grabado desde el principio.^[P]_[SEP]

2970 IR: ¿Cómo? ¿A qué te refieres? Disculpa.^[P]_[SEP]

2971 T3: Porque la...digamos el video parte pero parte como no sé, la sesión partió, ponte tú
2972 no me acuerdo, a las 5 y el vídeo partió a las 5:05 ponte tú. Porque esos 5 minutos desde
2973 el inicio yo no los grabé pero recibí a Mario en la sala, cachay de la videollamada. Lo
2974 saludé, le dije “hola P”, le dije: “recuerda que hoy vamos a hacer esto”, “ah ya si, sí, no
2975 sé qué”. Ya y me tira como una talla, me dijo “pero te voy a echar al agua” me dice una
2976 cosa así, que eso no está grabado y ahí le digo “ya jaja”, me rio. Y ahí le digo: "bueno
2977 ya voy a empezar a grabar". Y ahí empieza la grabación.^[P]_[SEP]

2978 IR: ¿Él te dice en el mismo momento que te va a echar al agua?^[P]_[SEP]

2979 T3: Sí. Lo que pasa que pucha no sé si es útil pero cuando yo recibí a P, creo que te lo
2980 comenté, P venía porque las hijas le dijeron que tenía que ir al psicólogo. Él no quería
2981 ir al psicólogo. Entonces cuando yo lo conocí, que lo conocí más encima en pandemia,
2982 ¿te fijay?, lo conocí por videollamada, él al principio era súper esquivo, no se reía. No
2983 hacía alusiones respecto de cosas que le causaran, por ejemplo, humor o alegría o algo.
2984 Era súper difícil como de establecer un vínculo con él. Entonces hubo un momento en
2985 que eso cambió. Dicho por él mismo, en algún momento porque estamos hablando de
2986 otras cosas. El supo que yo, porque el es profesor de música...

2987 IR: Claro.^[P]_[SEP]

2988 T3: ... y no me acuerdo cómo fue, fue hace tiempo yo le conté, claro que yo antes de
2989 estudiar psicología estudié [un instrumento] 15 años. Y ahí en algún punto nos pusimos
2990 a hablar de música en sesión y ahí todo cambió.^[P]_[SEP]

2991 IR: Como trabajando la relación terapéutica en el fondo..^[P]_[SEP]

2992 T3: Exactamente, cuando empezamos a hablar de música yo diría que hablamos unas
2993 cuatro o 5 sesiones de música.^[P]_[SEP]

2994 IR: Pero cuando... porque en algún momento él habla de que el dentista en este
2995 episodio...^[P]_[SEP]

2996 T3: Sí.^[P]_[SEP]

2997 IR: ...Tú para cancelar la sesión anterior...como que la sesión anterior se canceló,
2998 ¿verdad o algo así?^[P]_[SEP]

2999 T3: No, en la sesión anterior todavía no podía tener la sesión porque todavía seguía
3000 como medio tambaleando. Y me había escrito “sigo enfermo no sé qué” y yo le dije “ah
3001 ya, yo voy a aprovechar de ir al dentista” ¿cachay? pero ese día tampoco teníamos
3002 sesión.^[P]_[SEP]

3003 IR: Ah perfecto, entonces no hubo una cancelación de la sesión.^[P]_[SEP]

3004 T3: No, ese día nunca iba a haber sesión. De hecho como él me había dicho que ese día
3005 lo más probable es que todavía tenía que estar en reposo, yo por lo mismo pedí la hora
3006 al dentista como 1 hora en que sabía que no iba a tener la sesión con P. Entonces, no se
3007 po había pedido la hora como a las 3:30 porque yo sabía que de 3 y media hasta las 5
3008 tenía tranquilidad para ir al dentista. [P] [SEP]

3009 IR: Entiendo. [P] [SEP]

3010 T3: Pero es por eso. [P] [SEP]

3011 IR: Claro pero igual de todas formas se codifica porque está en el. [P] [SEP]

3012 T3: Sí me imagino. En el video [P] [SEP]

3013 IR: Claro, se podría haber empezado la grabación de antes pero es lo que se presentó
3014 como sesión. Entonces vamos a verlo igual de todas formas porque es una manera de...
3015 es un marcador que está presente aunque haya sido por una talla porque él sigue
3016 después. O sea como que en un momento él tira la talla pero después sigue hablando un
3017 poco en serio, ¿te das cuenta? [P] [SEP]

3018 T3: Sí. [P] [SEP]

3019 IR: Entonces vamos a verlo ¿ya? [P] [SEP]

3020 (Se reproduce el episodio de ruptura) [P] [SEP]

3021 IR: Ahí está el episodio. Claramente coincide con lo que tú me dices pero en algún
3022 momento o sea, explicándote porque se seleccionó verdad, él sigue como hablando de
3023 la... en este caso sería como una ruptura. Las rupturas tienen también diferentes
3024 gramajes, o sea no es como que todas sean terribles, sino que hay como significancia.
3025 En este caso hay una ruptura de confrontación del tipo de queja, ¿verdad? queja sobre el
3026 proceso porque al principio habla como del terapeuta así como “ya mi terapeuta me
3027 dejo” esa es la parte como más quien dice jocosa pero después empieza del aburrimiento
3028 entonces ahí tu cara cambia también. [P] [SEP]

3029 T3: Sí, lo que pasa es que no es primera vez que él dice eso pero a ver, insisto no es
3030 primera vez que él dice eso. Pero el siempre cuando yo se lo he preguntado, en otras

3031 ocasiones, porque P tiende mucho también a escribirme en la semana. Me escribe así
3032 como “oye me que pasó esto”. Me manda audio, por ejemplo, y como que tiene mucha
3033 comunicación en ese sentido. Entonces él tiene ese temor que el mundo se aburra de él
3034 como que el mundo se hastíe de escucharlo, de atenderlo de ponerle atención, ¿Cachay?
3035 Como de finalmente de que lo dejen solo, es como esa la explicación que él se da pero
3036 el sentimiento que está debajo es que: quedarse solo. Entonces no es primera vez que él
3037 dice eso. Es eso. ^[P]_[SEP]

3038 IR: ¿Pero estaríamos de acuerdo entonces en que si es una ruptura?, no grave pero... ^[P]_[SEP]

3039 T3: Sí, por supuesto. Sí, sí, sí. Porque él de alguna manera manifiesta ese temor a la
3040 distancia como que yo me fuera a aburrir de él. ^[P]_[SEP]

3041 IR: Claro, claro. O sea como decías tú en otro momento en mensajería que de alguna
3042 manera es como entre broma y broma, ¿verdad?, hay algo en serio. ^[P]_[SEP]

3043 T3: Sí ^[P]_[SEP]

3044 IR: que tiene que ver con él más que... ^[P]_[SEP]

3045 T3: Conmigo ^[P]_[SEP]

3046 IR: Claro. Ahora van las preguntas, ¿te parece? ^[P]_[SEP]

3047 T3: Dale ^[P]_[SEP]

3048 IR: Respecto a este episodio, estos poco más de 2 minutos, ¿verdad?, considerando esta
3049 situación y el episodio en particular, ¿cómo te sentiste tú?, ahora que te ves. ^[P]_[SEP]

3050 T3: P es un paciente bien especial, ja, tiene como este juego con esta honestidad a veces
3051 cómo... no sé con qué palabra describirlo pero tiene esta necesidad de decir lo que le
3052 pasa que si uno no la contextualiza bien al principio a mí me pasaba que yo no la
3053 entendía. Y él a veces que decía cosas que yo no lograba entender porque no las podía
3054 contextualizar bien, como no lo conocía mucho, y al principio me pasaba mucho que si
3055 me... era como ¡oh!, ¿puedo ocupar un chilenismo? ^[P]_[SEP]

3056 IR: Sí, claro ^[P]_[SEP]

3057 T3: Digo ¡Oh la cague! ¿Te fijay?, así como "lo perdí". Pero en esto en particular como
3058 yo a P ya lo conozco y yo sé más o menos, digamos, conozco sus ritmos, conozco hacia
3059 dónde van sus tallas también. Claro, quizás no fui muy resolutivo en hablar de eso
3060 porque como digo ya habíamos hablado de eso y él ya me había manifestado justamente
3061 esto mismo de que él tenía miedo de que me aburriera, de que lo dejara botado, de que
3062 sus temáticas fueran poco interesantes siempre recuerdo...^[P]_[SEP]

3063 IR: ¿Eso te lo mencionó al principio de esta sesión también?^[P]_[SEP]

3064 T3: No, no antes como no sé en todo el tiempo que llevamos trabajando me lo habrá
3065 dicho unas 25 veces. Entonces cuando me lo dice de nuevo, quizá hoy día claro yo lo
3066 recibo de un lugar distinto. Ya no me conflictua como me pasaba al principio. Las 5
3067 primeras veces que me lo decía yo me urgía e iba a supervisión a solucionar esto,
3068 ¿cachay? O sea “oye que hago, mi paciente me dijo esto”

3069 IR: Entonces viéndote la reacción no verbal del vídeo, ¿No te urgiste? ¿No te paso nada
3070 emocionalmente hablando?^[P]_[SEP]

3071 T3: Quizás sabes lo que me acuerdo que me pasó. Dije, como en mis adentros, jeje.
3072 “justo dice esto en esta sesión que vamos a grabar” jajaj que lo hemos hablado tantas
3073 veces y justo ahora lo dice de nuevo, entonces bueno ya no importa, ya lo dijo no más
3074 jajaj^[P]_[SEP]

3075 IR: Pero eso es como el pensamiento, ¿verdad?^[P]_[SEP]

3076 T3: Sí^[P]_[SEP]

3077 IR: ¿Cuál es la emoción?

3078 T3: Súper mío. ¿La emoción?^[P]_[SEP]

3079 IR: La emoción que acompaña ese pensamiento, ¿verdad?^[P]_[SEP]

3080 T3: Yo creo que tiene que ver como con ese miedo a hacerlo mal, mi miedo. Yo, a mí
3081 hasta el día de hoy me cuesta como sentir, y este es un tema que yo he llevado a
3082 supervisión, a mí me cuesta sentir que soy bueno en lo que hago, a pesar de que yo, por
3083 ejemplo, yo para poder hacer esto de 2 a 4 tuve que hacer todo una “jaramalla” de

3084 movimientos porque yo no tengo hora, ¿Cachay? Tengo una lista de espera larga de
3085 meses de gente que yo les digo “no tengo hora, te puedo derivar con otra persona”.
3086 “No” me dice, “porque tu atendiste a mi hermano y yo quiero que me entiendas tú”.
3087 Entonces, a mí todavía como que no me entra ese elemento objetivo. Todavía
3088 predomina mucho ese miedo de yo hacerlo mal. De hecho, el objetivo de entrar al
3089 magíster tenía que ver con parte solucionar ese miedo, a través de una tecnificación de
3090 un conocimiento. ^[P]_[SEP]

3091 IR: Claro, claro y ese miedo entiendo que al parecer es como transversal pero si nos
3092 centramos en este episodio, T3, en particular, ¿dirías que tenía algún matiz por la
3093 situación en particular con P? ^[P]_[SEP]

3094 T3: Yo creo que era más sutil porque, insisto, como yo ya he hablado con eso con P, ya
3095 sé más o menos para dónde va y qué es lo que está buscando. Quizás yo te diría que
3096 claro en esta ocasión es un miedo más bien como sutil. “Ah ya apareció y pasó”, ¿te
3097 fijay? no me quedé atrapado en el miedo no es como emocionalmente significativo y me
3098 atrapo yo en esa sensación, ¿cachay? No, como me pasaba al principio. En este
3099 episodio en particular, o sea claro, yo creo que claro es inevitable sentirlo porque es
3100 algo que también me interpela a mí desde percepción de mí mismo. Entonces aparece
3101 ese miedo pero inmediatamente le agrego un contenido y digo: “ok pero es algo que ya
3102 hemos hablado”, ¿cachay? pero el miedo lo sentí igual aunque fuera fugaz. ^[P]_[SEP]

3103 IR: Claro y sí es más sutil, como dices tú, si va disminuyendo con el tiempo y con lo
3104 que conoces a P, ¿porque crees tú que no te surgió alguna resolución? porque P se pone
3105 a hablar así como metralleta verdad y tú ya como al minuto 17 más o menos, como
3106 pasan bastantes minutos... ^[P]_[SEP]

3107 T3: Sí ^[P]_[SEP]

3108 IR: ...Empiezas a responderle lo que él traía, ¿verdad?, cómo hacer el resumen pero no
3109 tocas este episodio.

3110 T3: No, no lo toco, yo creo, no lo tengo así tan seguro. Yo creo porque claro como no
3111 me quedé atrapado en esa en esa sensación, en esa emoción. Seguí tratando de escuchar
3112 qué era lo que él me iba a decir de lo último que habíamos hablado. Cómo tratar de hilar

3113 en función de lo que hemos estado trabajando en lo más inmediato y no tanto en cosas
3114 que también tienen que ver con algo que es propio de él. ¿Te fijay? Porque este miedo
3115 quedarse solo no es conmigo, es en general. Él tiene ese miedo en general y ese miedo
3116 de alguna manera es como... te voy a contar un poco la historia pero cuando él lo
3117 despiden del colegio donde él trabajó durante 30 años, él siempre había tenido esa
3118 sensación de sentirse extraño. Cuando él dice eso de ir al lado izquierdo, ¿en la ronda?,
3119 ya eso es por qué P es zurdo y cuando él era niño siempre se sintió raro porque en la
3120 época de él ser zurdo era como “no po, no podi ser zurdo, teni que escribir con la otra
3121 mano”. Entonces lo retaban, entonces siempre se sintió diferente y solo. Él es además es
3122 como el menor de 8 hermanos, entonces fue como el último que recibió como el cariño
3123 de la mamá. Entonces este sentimiento que tiene de quedarse solo lo acompañó durante
3124 toda su vida pero en este episodio cuando lo despiden no solamente se siente solo sino
3125 que se siente traicionado. Que es un poquito antes de cuando yo lo conocí. Cuando yo lo
3126 conocí... porque a él lo echaron, claro yo lo conocí como a la mitad de la pandemia y él
3127 lo habían echado ponte tú el año antes de la pandemia justo antes del estallido lo
3128 echaron. ^[P]_[SEP]

3129 IR: Entonces volviendo al episodio T3, ¿tú crees que no hay ninguna estrategia de
3130 resolución, porque cuando ya te concentras en el contenido de lo que él está
3131 diciendo...?

3132 T3: Claro y porque es una temática que hemos tratado otras veces. ¿Te fijay? ^[P]_[SEP]

3133 IR: Entiendo, en base al trabajo digamos de la relación que habías dicho. ^[P]_[SEP]

3134 T3: Claro. Exacto. Entonces yo creo que por eso no me concentré en ese punto por qué
3135 creo que, dicho por él también, él siente que el único espacio donde lo escuchan
3136 realmente y donde se siente acompañado es en sesión. Entonces claro, yo quizás
3137 desestimo un poco el evento particular que tú me estas mostrando en función de toda
3138 esta otra como abultamiento de información que hay respecto de que no es aquí donde
3139 él siente realmente esa sensación. Ahora que lo conversamos y lo pienso también claro
3140 puede ser un error mío desestimar aunque sea, por pequeña que sea la manifestación, el
3141 hecho que lo diga, y no agarrar eso y como “a ver pero P explícame bien, esto de que se
3142 trata” y quizás claro, mi error estuvo ahí en quizás no resolver eso que quizás puede

3143 tener que ver con lo que tú me preguntas del miedo, ¿cachay? Pero que a lo mejor
3144 racionalmente, desde una perspectiva como técnica yo digo ya pero voy a continuar en
3145 el hilo de lo que hemos estado trabajando y no me voy devolver en algo que ya hemos
3146 solucionado muchas veces. ^[P]_[SEP]

3147 IR: Aunque se ha hablado pero parece que no traspasa verdad a su conducta aun en la
3148 sesión. ^[P]_[SEP]

3149 T3: No, porque es que como yo creo que es algo que él vive a diario, él siempre lo trae
3150 la sesión. Conmigo o con quien sea digamos pero siempre lo trae. Ahora insisto, ahora
3151 que tú me lo estas preguntando, lo pienso y yo creo que, desde mi no desde él. Quizás el
3152 miedo está como por debajo de la explicación racional. Entonces no dejo que el miedo
3153 de alguna manera, para bien o para mal, aparezca como un elemento también que me
3154 permita hacer esa resolución. Puede ser. Y como me centré de alguna manera en lo que
3155 decía, en tratar de llevar el hilo de lo que habíamos hablado y no hacerme cargo de mi
3156 propio miedo de no ser un buen terapeuta y enfrentarme a que él me lo está diciendo en
3157 la cara. ^[P]_[SEP]

3158 IR: ¿Tu dirías que entonces un buen terapeuta enfrentaría ese miedo? ^[P]_[SEP]

3159 T3: No sé si... no me gustan las clasificaciones de buenas o malas pero yo creo que una
3160 característica provechosa, creo yo en psicoterapia, es también estar consciente de lo que
3161 me pasa a mí en sesión eh no... yo no soy un instrumento, no soy un instrumento
3162 objetivo, concreto, digamos, no soy una calculadora. Evidentemente pasan cosas por mí,
3163 ya sea porque el paciente me dice algo, que me interpela o por qué me cuenta algo que a
3164 mí me produce alguna cuestión por una historia mía y me lleva a una emocionalidad
3165 distinta. Si yo no soy capaz de reconocer eso, claro quizá me puedo dejar llevar, irme en
3166 tratar de solucionar un problema mío a través de la sesión con el paciente. ^[P]_[SEP]

3167 IR: Claro, claro, entonces para avanzar un poco más en la entrevista T3, ¿tú
3168 considerarías que solamente aparece el miedo como emoción o hubieron otras
3169 emociones? ^[P]_[SEP]

3170 (Se le cae el teléfono) ^[P]_[SEP]

3171 T3: Perdón, perdón. ^[P]_[SEP]

3172 IR: No te preocupes, ¿tú sientes que esta solamente el miedo o hay otras emociones que
3173 además del miedo experimentaste? normalmente nos ocurre que llegan no sólo una
3174 solamente emoción sino que pueden haber varias entonces, ¿habrá otra en este episodio
3175 de parte tuya?^[P]_[SEP]

3176 T3: Quizás. No sé si es una emoción porque es más racional pero como preocupación,
3177 ¿no? entendiendo que está siendo grabado y que igual, a pesar de que yo acepto y todo,
3178 me va a estar evaluando igual aunque no sea calificadorio, digamos me va a estar
3179 evaluando un par. Como que igual yo creo que también hubo una preocupación que
3180 tampoco la manifesté porque decía tampoco le puedo decir en el video así como: “no P,
3181 no digas eso porque me están grabando y no”. Jaja^[P]_[SEP]

3182 IR: Claro, pero una preocupación claro, emocional como en el fondo estar un poco en
3183 alerta verdad, ¿ansiedad quizá?^[P]_[SEP]

3184 T3: Claro, como en el conocimiento de la evaluación del par, que apela igual
3185 directamente al miedo de yo sentir que no soy tan bueno.^[P]_[SEP]

3186 IR: Puede ser redundante como te dije al principio en la consigna pero ¿cuál crees tú
3187 que fue el origen de estas emociones, del miedo, de esta preocupación?^[P]_[SEP]

3188 T3: ¿En este episodio o en general?^[P]_[SEP]

3189 IR: En este episodio. Siempre hablando de este episodio.^[P]_[SEP]

3190 T3: Yo creo que lo que él dice es gatillante pero el miedo está en mí, en la
3191 interpretación que yo hago de lo que él me dice, de lo que yo creo de mí mismo. En el
3192 fondo el miedo no es como que él me dijera: "tengo algo grave que contarte por
3193 ejemplo", ¿cachay? Sino que en lo que él me dice, en lo dicho digamos. Es como a
3194 veces yo le digo a los pacientes: “el miedo no vive en la araña sino todo el mundo
3195 tendría miedo a las arañas”. El miedo vive en lo que... cuando él me dice algo que es
3196 esto digamos que... el miedo aparece porque tiene que ver conmigo.^[P]_[SEP]

3197 IR: Y si hablamos de que P es el gatillante como dices tú, ¿Qué de lo que dice él crees
3198 tú que es lo que gatilla ese miedo que vive en ti?^[P]_[SEP]

3199 T3: Yo creo que cuando él dice que él siente que yo me voy a aburrir, dice una cosa así,
3200 ¿cachay? Como de alguna manera hace aparecer un sentimiento que tengo de mí mismo
3201 que nuevamente tiene que ver con no ser bueno, de no estar haciendo la pega lo
3202 suficientemente bien para que él no sienta eso. [P]
[SEP]

3203 IR: ¿Te gustaría volver a ver ese pequeño para quizás aumentar tu argumentación? [P]
[SEP]

3204 T3: Ya...dale [P]
[SEP]

3205 IR: ¿sí? súper. [P]
[SEP]

3206 (Se reproduce nuevamente parte del episodio) [P]
[SEP]

3207 IR: ¿Te das cuenta que en ese momento como que haces tú un ademán de responderle
3208 algo? [P]
[SEP]

3209 T3: Sí. [P]
[SEP]

3210 IR: ¿qué estás pensando en ese momento? [P]
[SEP]

3211 T3: Uy no me acuerdo bien pero claro yo espero... no me acuerdo que le iba a decir,
3212 pero me imagino que tiene que ver también con quizás porque el después aclara, Como:
3213 “No tengo ganas o no tengo animo de hablar pero no porque no me guste” ¿cachay? “no
3214 porque no me gusta hablar contigo sino porque yo no tengo ánimo”. [P]
[SEP]

3215 IR: “O no estoy motivado”, dice. [P]
[SEP]

3216 T3: "No estoy motivado", claro, "no estoy motivado". ¿Cachay?, pero claro, al principio
3217 él lo dice como que...ahí quizás puede aparecer un poco también ese miedo cuando él
3218 dice: "no estoy motivado de hablar con mi terapeuta". Insisto es un tema que hemos
3219 hablado miles veces con él. Pero cuando lo dice inevitablemente aparece en mí, insisto,
3220 porque lo que él dice gatilla algo en mí. No porque este contenido en lo que él dice sino
3221 porque vive en mí esa sensación. ¿Cachay? cuando el habla “cuando no estoy motivado
3222 hablar con él”, ¿cachay? [P]
[SEP]

3223 IR: Entiendo, ¿cuáles crees tú que fueron tus pensamientos en ese episodio además de
3224 este que me comentaste verdad? [P]
[SEP]

3225 T3: Yo siempre, y se lo digo en algunas ocasiones a los pacientes, yo en el año y medio
3226 que alcancé a hacer del doctorado, una de las grandes cosas que aprendí es que
3227 independiente de la de la línea que tú tengay, si es a “pata pelá”, cósmico, psicoanálisis,
3228 da lo mismo; lo que si te asegura un buen, digamos, un buen desenlace para paciente
3229 psicoterapia, un 70% de ese buen desenlace o ese buen final depende del vínculo, no sé
3230 si eso habrá cambiado, yo eso yo lo aprendí en el 2011. Entonces a mí me preocupa
3231 mucho eso a mí, me preocupa mucho el vínculo. Me preocupa mucho que el paciente se
3232 sienta vinculado y se sienta cómodo. Y de hecho con P fue aún más porque costó mucho
3233 establecer ese vínculo. Entonces ahora que tú me lo preguntas, en algún momento
3234 cuando nosotros recién partimos, yo estaba muy preocupado de eso. Cuando él me lo
3235 dice ahora, yo creo que quizá lo tengo más resuelto racionalmente y en el vínculo, pero
3236 la preocupación como que igual es como, ah... está ahí, ¿te fijas? Siempre. [P]
[SEP]

3237 IR: ¿Y qué te hizo pensar esa preocupación? [P]
[SEP]

3238 T3: Cuando el habla, cuando dice “no sentirse muy motivado a hablar con mi
3239 terapeuta”. Como ahí sentir como que, de nuevo perdonando el chilenismo, “la cagué,
3240 me equivoqué”. [P]
[SEP]

3241 IR: ¿Ese fue el pensamiento: “la cagué”, así como...? [P]
[SEP]

3242 T3: No sé si tan claro porque yo sí lo pensaba en principio, por ejemplo, cuando yo
3243 tenía sesión con P y P no hablaba, ¡no hablaba nada! ja era súper difícil, y era como “uta
3244 que difícil, no quiere hablar conmigo”, “a lo mejor yo estoy haciendo algo mal”, “la
3245 cagué”, ahí lo pensaba. [P]
[SEP]

3246 IR: Mm esos eran los pensamientos, claro [P]
[SEP]

3247 T3: Quizá ahora no lo pienso así literal en mi cabeza pero ese sentimiento fugaz por un
3248 milisegundo es como... ¿tu conocí a Danilo o no? [P]
[SEP]

3249 IR: Mjum [P]
[SEP]

3250 T3: ya, ¿Danilo les hace clase a ustedes? [P]
[SEP]

3251 IR: Nos hizo clase, claro. Parece que sigue haciendo ahora. [P]
[SEP]

3252 T3: Danilo siempre ocupaba un ejemplo de Heráclito no sé si se los dijo alguna vez.^[P]_[SEP]

3253 IR: Sí.^[P]_[SEP]

3254 T3: “El rayo que todo lo ilumina”, siempre me acuerdo de eso que él me lo contó. Yo
3255 creo que ese momento es como el rayo de Heráclito, aparece, yo veo todo, ¡Fua!, pero
3256 desaparece.^[P]_[SEP]

3257 IR: ¿Cuando dices veo todo, te refieres a tu vida? ¿A tu sensación?^[P]_[SEP]

3258 T3: Me refiero a todo el desarrollo del vínculo con P, ¿cachay? Como en algún
3259 momento sentir que la iba a cagar, que no se qué, que lo logré, que hablamos de la
3260 música, que nos encontramos, que establecimos un lenguaje común, que él se sintió
3261 cómodo, que me lo dijo, que babarará (adelantamiento). Y llegamos a este punto,
3262 cuando él dice eso aparece el rayo, se ilumina todo el camino más completo. Aparece
3263 como ese segundo como de “pff” y no... estamos aquí, ¿Cachay?^[P]_[SEP]

3264 IR: Entiendo, entonces ese momento en donde tú como que haces el ademán de decir,
3265 de responderle, ¿se regula también con eso?^[P]_[SEP]

3266 T3: Yo creo porque es como ese segundo vertiginoso del rayo, ¿Cachay? Es como el
3267 rayo mismo, el rayo es peligroso, es débil, tiene un montón de condiciones. Pero es un
3268 segundo no más.^[P]_[SEP]

3269 IR: Perfecto, oye volviendo a la redundancia, ¿cuáles crees tú cuál que fue la causa de
3270 estos pensamientos que dices como “la cagué” verdad, o quizás “no soy buen
3271 terapeuta”? ¿Cuál crees que tú la es la causa de de pensar de ti mismo de esa manera?^[P]_[SEP]

3272 T3: ¿En general dices tú?^[P]_[SEP]

3273 IR: En este episodio y como terapeuta.^[P]_[SEP]

3274 T3: Es que yo creo que es una preocupación que yo tengo de manera global.

3275 IR: ¿Por qué?^[P]_[SEP]

3276 T3: Voy a hablar de mi propia psicoterapia pero bueno jaja.^[P]_[SEP]

3277 IR: Si tu quieres y te parece bien, claro.^[P]_[SEP]

3278 T3: Yo crecí en un contexto escolar muy disímil de mi realidad socioeconómica. Yo fui
3279 a un colegio muy abcl pero mi realidad social no correspondía a ese universo. Mis
3280 papás con mucho esfuerzo me mandaron a mi hermano mayor y a mí a ese colegio pero
3281 nosotros no nos vamos de vacaciones de invierno a Cancún, no nos regalaron el auto a
3282 los 15, ¿cachay?...no, no. Entonces siempre viví como en una sensación disminuida de
3283 mi mismo, ¿cachay? De hecho...^[P]_[SEP]

3284 IR: ¿Por ver esta otra realidad también?^[P]_[SEP]

3285 T3: Sí, claro. Y porque el ambiente era muy cruel, en ese sentido, que si tú no
3286 pertenecías no había forma de entrar. Entonces, ¿no sé si lo cachay ese colegio? ¿No, o
3287 tu no? Tu viste mi curriculum en linkedin, ahí sale donde yo estudié, ¿tu cachay ese
3288 colegio?^[P]_[SEP]

3289 IR: Conozco esos colegios también, tengo una experiencia similar.^[P]_[SEP]

3290 T3: Ya, entonces yo siempre crecí con esa cosa disminuida de mi mismo en lo social,
3291 después en la adolescencia, por ejemplo, nunca me sentí un niño atractivo físicamente
3292 porque además era muy bajo porque todos mis compañeros eran altos de colores claros.
3293 Yo soy moreno de tez morena, soy bajo en comparación a mis compañeros. (...)
3294 Entonces yo siempre crecí con esa sensación disminuida de mí mismo, y algo que yo
3295 resolví hace algunos años en psicoterapia. Yo hasta, bueno nunca lo hice tampoco pero
3296 ya lo resolví, yo nunca saqué a bailar, por ejemplo, una mujer en una discotech porque
3297 yo sentía que como yo no era atractivo me iba a decir que no, entonces yo confirmaba
3298 eso en el acto de no hacerlo simplemente. Y eso de alguna manera se traslada a otros
3299 ámbitos de mi vida.^[P]_[SEP]

3300 IR: Como el profesional.^[P]_[SEP]

3301 T3: Como profesional. Me paso en la música también, ¿cachay? Yo en la música sentía
3302 que no era tan bueno y me paso una cuestión que claro lamentablemente me pega un
3303 sablazo directamente en ese momento. Yo me gané una beca para estudiar con el
3304 [profesor en una institución de música], en algún momento. Y mientras estudiaba con él
3305 tenía clase todos los días y un día el me dice “pero no estudies tanto”, me dice.
3306 “¿Porque no maestro?”, le digo yo. “Porque tu no vas a ser un gran violinista”. Entonces

3307 confirma nuevamente. Y claro, ya entro con esta cuestión a estudiar psicología y en la
3308 carrera me paso una cosa muy curiosa. Que me fue bien después al final, también como
3309 que me destaqué en un área porque me metí en la X, fui ayudante. Como que tuve toda
3310 una aproximación de...estaba bien evaluado pero cuando yo salí de la carrera, de la
3311 universidad no encontraba pega. Entonces ahí aparece de nuevo como esta sensación de
3312 “puta, no soy tan bueno”. Es como vivir desilusión de eso. ^[P]_[SEP]

3313 IR: Entiendo ^[P]_[SEP]

3314 T3: Y yo creo que eso igual de una manera que ya lo he ido trabajando yo, también en
3315 terapia y en supervisión, aparece cada vez menos pero inevitablemente es un
3316 sentimiento que es mío, yo ya lo conozco entonces es un lugar muy fácil al que yo
3317 puedo llegar. ^[P]_[SEP]

3318 IR: Y quizás, ¿crees tú que eso, esa causa, todo lo que me cuentas influyó en que no
3319 hayas respondido y te hayas centrado en el...? ¿Volviendo al episodio, verdad? ^[P]_[SEP]

3320 T3: Puede ser, como no haciéndome cargo yo mismo de lo que me pasa. ^[P]_[SEP]

3321 IR: Quien dice, como don Juan verdad, ¿verdad?... concentrándote en el eje diacrónico
3322 más que en el sincrónico. ^[P]_[SEP]

3323 T3: Claro ^[P]_[SEP]

3324 IR: Oye, bueno la pregunta que sigue tiene que ver con: ¿qué hiciste con esos
3325 pensamientos, con esa emoción en ese episodio en particular? ^[P]_[SEP]

3326 T3: Yo creo que la redirijo a esta cosa más de hilar, como de no atraparme en ese
3327 sentimiento que yo ya reconozco que es mío, que sé de dónde viene, que he podido
3328 elaborarlo históricamente pero que claro la resolución desde mi mismo es no atraparme
3329 en ese sentimiento. Avanzar en la cosa más real de lo que habíamos estado trabajando.
3330 Pero claro ahora que lo pienso, y que lo hablamos, no sé si es tan resolutivo porque en
3331 el fondo como que evito entrar en esa sensación. Vuelvo al mismo fundamento, yo
3332 siempre pensando que lo estoy haciendo mal, como lo que te decía al principio. Yo creo
3333 que un terapeuta debería aprovechar sus emociones de una manera útil en psicoterapia.
3334 Quizás ahí no lo hice y mi foco esta puesto ahí, ¿cachay? ^[P]_[SEP]

3335 IR: ¿Y qué crees tú que te motivó a hacer ese reenfoque?^[P]_[SEP]

3336 T3: No llevar afuera algo que yo creo que es mío y que de alguna manera podría afectar
3337 en mi vínculo. ¿Cachay?^[P]_[SEP]

3338 IR: Perfecto. Bueno resumiendo un poco estas características de este episodio en
3339 particular, que tiene todos sus bemoles. Entonces decías que sentiste miedo verdad,
3340 estabas pensando en tu calidad como terapeuta en el fondo y que reaccionaste
3341 redireccionando o concentrándote mejor en el contenido del paciente. ¿Sí?^[P]_[SEP]

3342 T3: Claro.^[P]_[SEP]

3343 IR: ¿Cuál era tu objetivo en ese momento terapéuticamente hablando?^[P]_[SEP]

3344 T3: ¿A qué te refieres?^[P]_[SEP]

3345 IR: A la terapia propiamente tal, ¿Cuál era el objetivo?^[P]_[SEP]

3346 T3: Yo creo que claro, darle continuidad a lo que habíamos estado hablando antes. Yo
3347 creo que tiene que ver con eso, como con generar ese movimiento. No estancarme en
3348 algo que, insisto, habíamos hablado muchas veces con P y que yo además entendía que
3349 también tenía que ver conmigo. Como enfocarme más en avanzar en lo que habíamos
3350 estado trabajando antes que quizás entrar en resolver una cosa que ya sé a dónde vamos
3351 a llegar porque lo hemos hablado cientos de veces.^[P]_[SEP]

3352 IR: ¿Tiene que ver con esta tarea que en algún momento él te dice verdad “la hice bien”,
3353 o sea “hice la tarea” verdad y tú lo dices súper?

3354 T3: Sí.^[P]_[SEP]

3355 IR: ¿Cuál sería la tarea que le habías dado la sesión anterior?^[P]_[SEP]

3356 T3: Tendría que buscarla, no sé si la tengo en este cuaderno.^[P]_[SEP]

3357 (Pausa)^[P]_[SEP]

3358 T3: ¡Ah! Sabes lo que debe ser, ya. Porque estábamos haciendo una distinción respecto
3359 del puedo, quiero, tengo.^[P]_[SEP]

3360 IR: Ya.^[P]_[SEP]

3361 T3: Y la tarea un poco tenía que ver con eso por hacer esas distinciones respecto de lo
3362 que puedo hacer, lo que quiero hacer y lo que tengo que hacer. ^[P]_[SEP]

3363 IR: Como quien dice orden de prioridades por decirlo así. ^[P]_[SEP]

3364 T3: Sí y como de alguna manera también como visibilizar como la validación de sí
3365 mismo en estos gestos, ¿cachay? Como porque se concentra mucho en él tengo. Tengo
3366 que hacer no se qué, tengo que tengo que ser proveedor tengo que hacer esto. Y los
3367 quiero y los puedo son cosas que no aparecen mucho en su relato. Si es que no mal
3368 recuerdo tiene que ver con eso. ^[P]_[SEP]

3369 IR: Oye y cuando te pasa esta situación, verdad, este episodio, ¿qué es lo que te hizo
3370 sentir miedo en particular? ¿Qué es lo que más querías en ese momento? ^[P]_[SEP]

3371 T3: Que él no sintiera que yo lo hiciera mal o que él creyera que yo lo estaba haciendo
3372 mal. O que se sintiera, por ejemplo, desplazado por algo que yo hice mal o dije
3373 incorrectamente. ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3374 IR: Perfecto, ¿Sientes tú que en algún momento de ese episodio cambio tu estado de
3375 ánimo? ^[P]_[SEP]

3376 T3: Con P pasa una cosa, pensando en el caso particular. Yo te diría que en el último
3377 tercio de nuestro proceso o quizás de la mitad para adelante todo parte de un saludo muy
3378 gracioso. Me echa una talla o me dice alguna cosa divertida o de repente aparece ponte
3379 tú, contesta la videollamada, no está y aparece con la guitarra y me dice: “¡holaaaa!”.
3380 No sé, quizás claro me cambio esa disposición cuando él me dice esto, como que me
3381 hace como “¡Oh!”, entrar en una sensación más mía. ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3382 IR: Ah, ¿tú dices como que claro de la emoción quizás positiva, jocosa viene este
3383 miedo? ^[P]_[SEP]

3384 T3: O aparece, aunque sea fugazmente pero aparece. ^[P]_[SEP]

3385 IR: ¿Y luego en ese episodio que vimos cambia el miedo a preocupación como
3386 dijimos? ^[P]_[SEP]

3387 T3: Sí, pero yo creo que va una idea de preocupación más bien como de continuar en el
3388 hilo. No tanto en la preocupación del miedo, continuar con el hilo de lo que está
3389 pasando, de lo que estamos hablando. [P]
[SEP]

3390 IR: Perfecto [P]
[SEP]

3391 T3: Insisto, como de preocuparme de no atraparme en mi propio sentimiento. Viste
3392 “Soul”, la película, del pianista que se muere. Ya ¿te acuerdas la parte donde están estos
3393 monos que como que deambulaban en este desierto de arena? ¿Te acuerdas lo que había
3394 adentro? [P]
[SEP]

3395 IR: ¿Adentro del desierto o...? [P]
[SEP]

3396 T3: No, adentro de estas como criaturas de arena que eran como “oh” [P]
[SEP]

3397 IR: No, no recuerdo. [P]
[SEP]

3398 T3: Es súper linda esta escena porque adentro de estos como monstruos de arena que
3399 deambulaban por el desierto estaban estas almas perdidas que estaban atrapadas en una
3400 idea recurrente. Estaban así como atrapadas así y la arena así “ah, ah, ah” como un
3401 torbellino de arena adentro y no veían nada, no escuchaban nada y estaban
3402 ensimismadas en esa recurrencia. Esa quizás es como preocupación de no entrar en esa
3403 recurrencia. Yo me imagino mucho esa escena cuando me han pasado cosas así como
3404 que me lo imagino, como no llegar a ese punto. [P]
[SEP]

3405 IR: Y claro no llegaste a, saliste antes de entrar a ese punto, ¿verdad? [P]
[SEP]

3406 T3: Claro [P]
[SEP]

3407 IR:.. En ese episodio particular pero, ¿cómo crees que saliste? ¿Cómo cambio ese miedo
3408 o esa preocupación? [P]
[SEP]

3409 T3: Tecnifiqué el miedo [P]
[SEP]

3410 IR: ¿Cómo así? [P]
[SEP]

3411 T3: En el fondo me enfoqué en un objetivo concreto. [P]
[SEP]

3412 IR: Ah

3413 T3: Me salí de la emoción y tecnifiqué el miedo en términos de que esto no es lo que
3414 tengo que hacer, tengo que hacer esto. ^[P]_[SEP]

3415 IR: ¿Como que te enfocaste en el objetivo terapéutico? ^[P]_[SEP]

3416 T3: Claro, exacto. ^[P]_[SEP]

3417 IR: Entonces me contaste que estabas pensando en digamos como en esta situación de la
3418 calidad terapéutica, ¿verdad? pero después lo cambiaste a esta tecnificación del miedo
3419 al objetivo, ¿Qué tan profundo en el momento en que te ocurre ese pensamiento
3420 asociado al miedo creíste que estaba pasando? Es decir, ¿Cómo sientes tu que fue de
3421 una escala del 1 al 10 importante ese pensamiento? ^[P]_[SEP]

3422 T3: Yo creo que siempre es importante. Yo creo que lo que cambia como la intensidad y
3423 la duración, como el significado. Bueno tu estay en la línea, bueno sipo teni que estar en
3424 la misma línea que estamos nosotros. Yo creo que tiene que ver con el significado. Que
3425 tan significativo es. Más que la intensidad porque, no sé para mí, como que la
3426 intensidad emocional es más bien fugaz respecto del significado que pueda tener. Ahora
3427 entiendo hay emociones que son más intensas que otras pero claro también tiene que ver
3428 con la duración de esa emoción, ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3429 IR: Claro. ^[P]_[SEP]

3430 T3: No sé, te pongo un ejemplo. Yo cuando vi nacer a mi hijo tuve una emoción muy
3431 intensa durante un tiempo muy largo porque estuve presente en el proceso. Entonces es
3432 una emoción intensa pero que tiene una duración y un significado por supuesto distinto.
3433 Yo creo que en este caso la emoción para mí siempre es intensa porque soy capaz de
3434 reconocerla pero el significado que le doy a esa emoción y el contenido racional que le
3435 agregó me permiten llevarla a una cosa que yo digo “okey” pero tengo que avanzar en
3436 esto otro, no me tengo que detener en esto que me pasa a mí. ^[P]_[SEP]

3437 IR: Entiendo, ¿Crees que era posible tener una interpretación diferente de lo que viste
3438 en este episodio, de lo que ocurrió? ^[P]_[SEP]

3439 T3: O sea podría haber miles de interpretaciones, por supuesto, otras tantas
3440 interpretaciones tanto más como de un tercero que evalúe o de un tercero que me
3441 conozca que evalúe sin duda. ^[P]_[SEP]

3442 IR: Claro pero pensando en este marcador de ruptura verdad que acordamos en el fondo
3443 donde él se queja un poco solapadamente del proceso terapéutico, ¿Crees que podría
3444 haber sido otra interpretación? ^[P]_[SEP]

3445 T3: ¿Mía respecto del proceso dices tú? ^[P]_[SEP]

3446 IR: Tuya respecto de este episodio en particular. ^[P]_[SEP]

3447 T3: Yo creo que de este episodio en particular no porque como te decía ya tengo como
3448 un abultamiento de información mayor que me permite contextualizar lo que él me dice
3449 de otra forma. Pero si esto mismo hubiera pasado en la sesión 10, yo creo que la
3450 interpretación que le hubiese dado, hubiese sido: “la cagué”, “lo rompí”, ¿cachay?, “lo
3451 perdí”. ^[P]_[SEP]

3452 IR: O sea, en el fondo en la medida en que vas teniendo más sesiones, como este ha sido
3453 un episodio quizás más recurrente, ahora es más flexible este episodio. O sea... ^[P]_[SEP]

3454 T3: Claro ^[P]_[SEP]

3455 IR:... ¿Puede tener más interpretaciones o se queda con la interpretación de que P es de
3456 esta forma? ^[P]_[SEP]

3457 T3: Es que claro pero eso también lo flexibiliza. ^[P]_[SEP]

3458 IR: ¿Como así? ^[P]_[SEP]

3459 T3: Porque el saber que P es de esta forma me permite entender lo que él dice no desde
3460 lo textual sino desde lo interpretativo. ¿Cachay? P es de esta forma, P juega un poco
3461 estos juegos de hacer estos comentarios. ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3462 IR: ¿Y te pasa algo distinto a ti entonces? ^[P]_[SEP]

3463 T3: Creo que lo aprendí a manejar de mejor manera. ^[P]_[SEP]

3464 IR: Entiendo ^[P]_[SEP]

3465 T3: Pero insisto, en el punto yo creo que el miedo nunca no aparece, o sea perdón, el
3466 miedo siempre aparece aunque sea fugazmente. Aparece igual. ^[P]_[SEP]

3467 IR: Y por ejemplo, si hubieras tenido otra interpretación de este episodio particular, ¿de
3468 qué tipo podría haber sido? ^[P]_[SEP]

3469 T3: ¿Pero bajo las mismas condiciones? ^[P]_[SEP]

3470 IR: Claro, tal cual este episodio. Así si se te ocurre otro tipo de interpretación. ^[P]_[SEP]

3471 T3: Quizás sólo tomarlo como parte del humor de P por ejemplo. ^[P]_[SEP]

3472 IR: Y como haber mantenido como esa risa del principio. ^[P]_[SEP]

3473 T3: Claro, ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3474 IR: Entiendo ^[P]_[SEP]

3475 T3: Por qué no se ponte tú P también...yo alguna vez, no sé le pregunté si podíamos un
3476 día cambiarle la hora con la paciente que seguía porque la paciente de las 6, no podía a
3477 las 5. Entonces le pedí si podíamos hacer un cambio y después de esa vez siempre me
3478 echa una talla que me dice: “ah me dice ya son 5 las 6 te toca con la paciente rica”, me
3479 dice. ^[P]_[SEP]

3480 IR: Claro un poco saliendo de ese humor, ¿verdad? ^[P]_[SEP]

3481 T3: Justamente. Pero te fijay que subterráneamente siempre aludiendo a que él se va a
3482 quedar solo, a que yo me voy a aburrir de él, a que lo voy a cambiar por otra paciente.

3483 IR: Claro, como una broma con una base de verdad. ^[P]_[SEP]

3484 T3: Si ^[P]_[SEP]

3485 IR: ¿Hay algo que haya ayudado a cambiar tu punto de vista en comparación a ese
3486 momento ahora que me hablas de esta otra interpretación? ^[P]_[SEP]

3487 T3: O sea, yo creo que el hecho de que tú me lo preguntes hace que yo visibilice cosas
3488 que a lo mejor en ese momento no vi. No valoré. ^[P]_[SEP]

3489 IR: ¿En ese momento en particular era poco probable tener una interpretación al mismo
3490 tiempo? ^[P]_[SEP]

3491 T3: Quizás al mismo tiempo no sé, yo creo que no. Así como varias al mismo tiempo no
3492 pero insisto porque es P en el momento del proceso en que estamos con P. Quizás con
3493 otro paciente que esté en otro proceso si me pasa que a veces hago varias
3494 interpretaciones de un mismo momento. Pero ese en particular yo creo que no. ^[P]_[SEP]

3495 IR: Entiendo, ¿Durante el episodio revisado te sentiste por casualidad en un estado de
3496 confusión, como dentro de un sueño o frente a una sensación como de irrealidad como
3497 que te haya impedido saber si algo realmente sucedió o si solo fue imaginación? ^[P]_[SEP]

3498 T3: ¿cómo? ¿Me repites la pregunta? ^[P]_[SEP]

3499 IR: Sí, si te sentiste de casualidad en un estado de confusión como en un sueño. ^[P]_[SEP]

3500 T3: ¿Al ver el video? ^[P]_[SEP]

3501 IR: Al recordar este episodio particular ^[P]_[SEP]

3502 T3: No, lo tomé como un registro digamos. Porque además hay otra cosa que yo creo
3503 que la videollamada nos ha entregado que es que nos tuvimos que acostumbrar a vernos
3504 a nosotros mismos también. ^[P]_[SEP]

3505 IR: Claro ^[P]_[SEP]

3506 T3: Esa es una cuestión nueva. ^[P]_[SEP]

3507 IR: ¿Y eso nuevo está relacionado? ¿O podría haber tenido alguna relación con este
3508 episodio? ^[P]_[SEP]

3509 T3: ¿cómo ir de verme a mí mismo en la llamada y reinterpretarme dices tú? ^[P]_[SEP]

3510 IR: Claro o en este episodio, verdad, ¿que tuviera alguna influencia en esa emoción
3511 estos pensamientos que tuviste? ^[P]_[SEP]

3512 T3: Yo creo que es más fácil verlo pero al mismo tiempo es incómodo, a mí me
3513 incomoda. Yo de repente trato de poner algo, no se me sacó el reloj y lo dejo ahí para no
3514 verme. ^[P]_[SEP]

3515 IR: Mm, ¿tapas la parte de la pantalla en donde sale...?^[P]_[SEP]

3516 T3: El cuadradito donde me veo yo, ahora no lo puedo hacer porque lo tengo puesto en
3517 el aro de luz pero en mi casa lo tengo de otra manera y lo pongo, por ejemplo, no se
3518 algo que no se ve en la llamada pero que me permite tapar mi propia imagen.^[P]_[SEP]

3519 IR: ¿Y por qué haces eso T3?^[P]_[SEP]

3520 T3: No sé, no sé. Yo tengo casi [años], nunca fui de las redes, nunca tuve fotolog, ni
3521 ninguna cuestión así como de exposición yo creo que por lo mismo por lo que te
3522 explicaba. Entonces como que fue todo un proceso de poder reconocermme cuando
3523 empezó todo este tema de hacer videollamada y todo. Reconocermme a mí mismo en la
3524 llamada, de verme por qué generalmente uno se ve en la mañana cuando te lavas los
3525 dientes, te peinas, te vas. Te ves un minuto. Pero yo en la pandemia trabajaba de 9 a 3
3526 sin parar y después de 4 a 10 volvía trabajar sin parar. Entonces me vía muchas horas
3527 del día a mí mismo. O sea muy raro jaja.^[P]_[SEP]

3528 IR: ¿Y estará asociado a esta sensación como de validación como terapeuta crees tú? ¿o
3529 de estos pensamientos que tú decías de este episodio en particular?^[P]_[SEP]

3530 T3: Yo creo que a veces claro, como que te ayuda a verte en un espejo. Pero como a mí
3531 no me gusta verme en el espejo, no sé si me ayuda realmente. Quizás me pone más
3532 incómodo porque como que me cuestiono más cosas. Te invento pero yo, por ejemplo,
3533 he tratado de buscar otro lugar en la casa que no se vean esas cuestiones que están
3534 atrás.^[P]_[SEP]

3535 IR: Mm, entiendo lo que está a tu espalda dices tú.^[P]_[SEP]

3536 T3: A la espalda claro.^[P]_[SEP]

3537 IR: Oye nos fuimos como por la vertiente de la tecnología...^[P]_[SEP]^[P]_[SEP]

3538 T3: Espérame, me das un segundo que me escribió un paciente y necesito contestarle.^[P]_[SEP]

3539 IR: Claro.^[P]_[SEP]

3540 T3: Un segundo.^[P]_[SEP]

3541 IR: ¿Ahora sí?^[P]_[SEP]

3542 T3: Sí, perdón.^[P]_[SEP]

3543 IR: Ok, no hay problema, siguiendo un poco con la entrevista T3 y este episodio en
3544 particular, ¿alguna vez has experimentado, o sea algunos terapeutas han sentido esto en
3545 algunos episodio de ruptura, ¿verdad? ¿Alguna vez has experimentado este estado de
3546 confusión en algún episodio?^[P]_[SEP]

3547 T3: ¿Con P?^[P]_[SEP]

3548 IR: ¿Digamos con él y también quizás con otro paciente como...?^[P]_[SEP]

3549 T3: Con él no. Pero si me pasó con una paciente hace algún tiempo.^[P]_[SEP]

3550 IR: Ya, ¿de qué manera crees tú?^[P]_[SEP]

3551 T3: Que ella me hizo un comentario. Así como que: "siento que no me sirve lo que
3552 estamos haciendo, entonces lo pensé y la verdad quiero dejarlo". Que ha sido la única
3553 vez que me ha pasado y fue súper raro porque incluso físicamente me sentí mal. Cómo
3554 que sentí como, ¿Has cachado esa transpiración helada? Así como "ssss", así.^[P]_[SEP]

3555 IR: Como que afloró ese miedo tuyo, digamos.^[P]_[SEP]

3556 T3: Totalmente, totalmente, sí.^[P]_[SEP]

3557 IR: ¿Alguna vez has perdido como la conciencia un poco el tiempo o del espacio en
3558 relación a estos episodios?^[P]_[SEP]

3559 T3: ¿Cómo que no sé cuando ocurrieron dices tú?^[P]_[SEP]

3560 IR: Claro, o como desorientarte en el fondo.^[P]_[SEP]

3561 T3: ¿En el momento en que ocurre?^[P]_[SEP]

3562 IR: Mjum.^[P]_[SEP]

3563 T3: Sí, o sea en ese en el que te cuento que es el único que tengo. Sí, fue reventar una
3564 bomba en una cuestión cerrada, así como, sí fue súper incómodo me perdí. No sabía que

3565 decir, como que hilaba puras tonteras. Trataba de justificar cosas y no me daba cuenta
3566 porque dije esto. No, fue un muy mal momento.^[P]_[SEP]

3567 IR: Y volviendo a este episodio en particular, tú me decías que tienes como... tuviste al
3568 menos el hecho de redirigir, verdad, concentrarte más en el objetivo o el contenido de lo
3569 que decía P y experimentaste este miedo antes o preocupación que te llevo un poco a
3570 esa acción. ¿Sueles sentir este tipo cosas en este tipo de episodios con él al menos?^[P]_[SEP]

3571 T3: No, con él no al menos. Al principio sí pero ahora no.^[P]_[SEP]

3572 IR: ¿Cómo explicarías entonces esta reacción que tuviste?^[P]_[SEP]

3573 T3: ¿Esta reacción?^[P]_[SEP]

3574 IR: Claro esta reacción de omitir verdad, de escuchar.^[P]_[SEP]

3575 T3: Yo creo que es una combinación de cosas. Yo creo que, por un lado un poco lo que
3576 te decía la experiencia que yo tengo con P de conocerlo más, por un lado, pero yo creo
3577 que lo fundamental es como ser capaz de reconocer mi propia emocionalidad. Cómo ser
3578 consciente de lo que me está pasando. Y poder tomarlo de alguna manera.^[P]_[SEP]

3579 IR: ¿la emocionalidad?^[P]_[SEP]

3580 T3: Exacto, el miedo.^[P]_[SEP]

3581 IR: ¿Y cómo lo tomas?^[P]_[SEP]

3582 T3: Por qué lo reconozco, sé de dónde viene, logró identificar en ese mismo segundo
3583 como este recorrido histórico completo. Entonces me doy cuenta que no tiene que ver
3584 con P.^[P]_[SEP]

3585 IR: ¿Alguna vez crees tú que has experimentado una reacción diferente en un episodio
3586 de ruptura como este?^[P]_[SEP]

3587 T3: En ese que te comento yo, si po. Me paso eso. Que fue con otra paciente que me
3588 dijo eso que te decía antes. Ahí sí sentí que mi reacción fue completamente distinta. Me
3589 perdí, no sabía que decir, me sentí súper incómodo, me sentí como juzgado pero al
3590 mismo tiempo culpable, cachay como de haberlo hecho mal, de corroborar que lo hago

3591 mal. Como que...es una corroboración del hecho, pero además es una corroboración de
3592 una condición. Lo hice mal y lo hago mal.^[P]_[SEP]

3593 IR: Como desesperanzado.^[P]_[SEP]

3594 T3: Claro sí. Y de hecho me acuerdo perfecto porque eso fue un jueves, y me quedaba
3595 viernes y sábado para atender. Y ese viernes y ese sábado fue fatal. Fue muy difícil
3596 enchufarme. ^[P]_[SEP]

3597 IR: Si me dices que entonces a veces reaccionas con miedo pero que logras redirigir con
3598 este episodio pero tuviste este episodio también un poco más fuerte verdad, ¿Cómo
3599 explicas la diferencia entre estos 2 tipos de ruptura similares?^[P]_[SEP]

3600 T3: Yo creo que tiene que ver con el vínculo yo creo que con esa paciente nunca logre
3601 el vínculo. Nunca logré entenderla realmente, yo creo que nunca logré llegar a lo que le
3602 pasaba realmente. Nunca logre tocar aunque fuera tangencialmente como realmente le
3603 pasaba. Con P en cambio es distinto. Yo con P he logrado establecer un lenguaje, una
3604 manera de comprender cosas. De entender cómo él entiende. Entonces yo creo eso me
3605 facilita mucho y evidentemente haber hablado respecto de esto mío con él.^[P]_[SEP]

3606 IR: Claro.^[P]_[SEP]

3607 T3: Cómo te decía no es primera vez que me lo dice, lo hemos hablado muchas veces
3608 entonces un poco ya sé lo que me está hablando.^[P]_[SEP]

3609 IR: Entiendo. Oye de alguna forma, ¿recuerdas alguna forma particular de reaccionar
3610 enfrentando situaciones difíciles terapéuticas, difíciles como ésta, que sean distintas a
3611 las que ya mencionaste? ¿Digámoslo así del miedo?^[P]_[SEP]

3612 T3: Es que cómo te digo tengo una casuística muy pequeña, no tengo mucha
3613 experiencia desde...de yo sentir eso. A lo mejor ha ocurrido y no me he dado vuelta
3614 porque han sido más fugaces. Pero la que sí tengo recuerdo, que es esta que te cuento
3615 yo. Yo creo que lo que me pasó, sobre todo el principio cuando me lo dijo, guarde
3616 mucho silencio, como que me quedé más callado.^[P]_[SEP]

3617 IR: ¿más que ahora?^[P]_[SEP]

3618 T3: ¡Sí!, mucho más ^[P]_[SEP]

3619 IR: Entiendo ^[P]_[SEP]

3620 T3: Como que en mi confusión, por lo que me estaba diciendo, trataba de guardar
3621 silencio para tratar de pensar algo digamos para poder, como esto mismo volver al hilo
3622 pero mi emocionalidad era demasiado potente como para dejar trabajar de alguna
3623 manera la cabeza y decir “ya sabi que vamos a ir hacia allá” ^[P]_[SEP]

3624 IR: Claro, oye me contaste que entonces tú tienes estos pensamientos verdad esta
3625 emociones este episodio pero si nos centramos ahora en el paciente, en P. ¿Cómo crees
3626 que el percibió emocionalmente el episodio? ^[P]_[SEP]

3627 T3: Yo insisto, yo creo que todo esto proviene de un sentimiento que es más de él, de
3628 sentirse “abandonable”. Entonces frente a cualquier situación que le produzca como ese
3629 vértigo, él reacciona. ^[P]_[SEP]

3630 IR: ¿A qué te refieres con vértigo? ^[P]_[SEP]

3631 T3: Este vértigo de sentirse abandonado. Que lo van a abandonar, que lo van a dejar
3632 solo, que la gente se aburra de él. Que hablen a sus espaldas. ^[P]_[SEP]

3633 IR: Y si tuvieras que ponerle un nombre digamos emocional para este vértigo, a este
3634 abandono, que viene a ser como la explicación ¿verdad? ^[P]_[SEP]

3635 T3: Sí.

3636 IR: ¿Cuál usarías? ¿Qué emociones podríamos definir? ^[P]_[SEP]

3637 T3: Yo creo que él tiene mucho miedo. ^[P]_[SEP]

3638 IR: También miedo ^[P]_[SEP]

3639 T3: Sí, mucho y todavía. No conmigo, bueno no sé pero con el mundo. Él le tiene
3640 mucho miedo al mundo. Al mundo me refiero a su señora y a su hija que viven en su
3641 casa o al caballero que atiende la farmacia. ^[P]_[SEP]

3642 IR: En general ^[P]_[SEP]

3643 T3: Así como todo el espectro, completo. Sí. ^[P]_[SEP]

3644 IR: Y además del miedo en este episodio ¿crees tú que pudo haber sentido otra
3645 emoción?^[P]_[SEP]

3646 T3: Yo creo que él, en algunos momentos y en ciertas circunstancias, además siente
3647 mucha desesperanza. Como que siente que no va a llegar digamos a un lugar seguro.^[P]_[SEP]

3648 IR: ¿Son emociones negativas principalmente las que él siente?^[P]_[SEP]

3649 T3: En este tipo de cosas sí. Cómo sentirse desolado, que es como...como desahuciado.

3650 IR: ¿desahuciado?^[P]_[SEP]

3651 T3: Sí, como que no hay retorno.^[P]_[SEP]

3652 IR: Como que de alguna manera no hay ninguna otra escapatoria.^[P]_[SEP]

3653 T3: Claro como que inevitablemente va a llegar a la sensación de estar solo.^[P]_[SEP]

3654 IR: ¿Por qué crees tú que él experimentó en este episodio en particular esa emoción de
3655 miedo?^[P]_[SEP]

3656 T3: O sea yo creo que él lo experimento quizá no de una... no con una intensidad como
3657 lo ha experimentado en otras ocasiones, pero lo deja entrever un poco también porque
3658 en algún momento así lo sintió. Al principio me acuerdo que una vez me llamó la hija
3659 que era las que en su momento pagaban las sesiones. Y me dijo, ella me llamó para
3660 preguntarme, “oye mi papá está muy preocupado porque cree que tú te vas a aburrir de
3661 él”. “Qué te ha dicho mi papá o que le has dicho tú”. “Como para que él se sienta así”.

3662 IR: ¿Hubo algo en este episodio en particular de dónde pudiste inferir ese miedo?^[P]_[SEP]

3663 T3: En que cuando él, un poco lo que tú me preguntabas, cuando él está
3664 emocionalmente más lábil o llega sesión con alguna problemática particular le cuesta
3665 mucho establecer contacto visual. Yo sé que no hay contacto visual porque yo estoy
3666 mirando una cámara pero él, si te fijas que tú me lo preguntaste ese día, esta todo el rato
3667 así (mira hacia abajo). Incluso el a veces me habla así cuando se siente avergonzado de
3668 cosas, él me habla así.^[P]_[SEP]

3669 IR: O sea pudo haber vergüenza también como emoción en ese episodio.^[P]_[SEP]

3670 T3: No sé si en éste, pero en otros episodios que ha habido, donde él ha tocado otras
3671 temáticas él se pone así o me dice “me da vergüenza mirarte”. También eso, porque
3672 siente que como yo lo voy a criticar, y al criticarlo lo voy a dejar solo como que lo voy a
3673 abandonar. Entonces como que se avergüenza de sí mismo. [P]
[SEP]

3674 IR: Claro, ¿es como una concatenación de emoción por decirlo así? [P]
[SEP]

3675 T3: Claro, pero esa cosa evitativa, por ejemplo, el siempre lo ocupa cuando se conecta
3676 con esa cosa más profunda. [P]
[SEP]

3677 IR: Y esa cosa más profunda es el tema que mencionaste... [P]
[SEP]

3678 T3: Del miedo y del abandono. [P]
[SEP]

3679 IR: ¿que pudo haber pensado en este episodio que en el fondo el partió la ruptura
3680 verdad? Los pacientes siempre parten la ruptura la mayoría de las veces, para ser
3681 sincero. [P]
[SEP]

3682 T3: ¿Qué pudo haber pensado él? [P]
[SEP]

3683 IR: Ajá, en estos minutos que vimos. [P]
[SEP]

3684 T3: Yo creo que él siempre, o al menos en estas situaciones, yo creo y en esta en
3685 particular, como que tiene estos gestos como para asegurar el vínculo como para
3686 asegurarse de que yo estoy ahí. Para que le diga “No P, tranquilo yo estoy aquí, sabes
3687 que esto es regular y nos vemos todas las semanas” como asegurarle que esto va a
3688 continuar. [P]
[SEP]

3689 IR: O sea el pensamiento de él podría haber sido: "lo voy a decir como para
3690 asegurarme". [P]
[SEP]

3691 T3: Por ejemplo. [P]
[SEP]

3692 IR: ¿Crees que pudo haber pensado en otra situación o digamos en otra cosa? [P]
[SEP]

3693 T3: O sea se me ocurre una segunda interpretación que es que también él a veces me
3694 agarra para el hueveo. También a veces lo hace así. [P]
[SEP]

3695 IR: Claro [P]
[SEP]

3696 T3: Y después “jajaja no entendiste el chiste” me dice. ^[P]_[SEP]

3697 IR: ¿Por qué crees tú que él podría haber pensado en esa manera? ^[P]_[SEP]

3698 T3: ¿En la primera o la segunda? ^[P]_[SEP]

3699 IR: En ambas aprovechando. ^[P]_[SEP]

3700 T3: Yo creo que en la segunda es parte de su humor ja. Pero la primera una de las cosas
3701 que hemos trabajado mucho en sesión con P tiene que ver con cómo él desarrolla los
3702 vínculos. Y de como él se vincula valga la redundancia con los otros, ¿Cachay? Él
3703 siempre se pone en una posición como de... más pasiva. El no es tan activo en ese
3704 sentido y espera mucho como que las cosas ocurran pero a veces tiene como estos
3705 gestos, como que de necesidad de reconfirmar cosas. Como que “ah ya está aquí, ok, me
3706 quedo tranquilo” ^[P]_[SEP]

3707 IR: ¿Oye tanto como lo conoce a P durante este tiempo, esta es una forma típica de
3708 pensar y sentir de él?

3709 T3: Es un elemento muy estructural de él. ^[P]_[SEP]

3710 IR: ¿Por qué crees tú tener esta forma típica de reaccionar? ^[P]_[SEP]

3711 T3: Por este elemento transversal que tiene respecto de sentirse abandonable, de sentir
3712 que la gente lo va a dejar. Que se van a aburrir de él, que no es interesante, que es raro.
3713 Él se define a sí mismo como atípico. ^[P]_[SEP]

3714 IR: Como diferente como decía en esta sesión. ^[P]_[SEP]

3715 T3: Sí, exactamente como diferente. ^[P]_[SEP]

3716 IR: ¿Puedes hablarme de otro ejemplo en que haya él tenido sentimientos similares o si
3717 reacciono de otra manera, de la misma manera perdón? (T3: ¿que aquí?) No
3718 necesariamente en esta sesión sino en otra sesión, ¿habrá reaccionado habrá tenido
3719 algún episodio similar? ^[P]_[SEP]

3720 T3: ¿como de búsqueda de esa reafirmación dices tú? ^[P]_[SEP]

3721 IR: claro ^[P]_[SEP]

3722 T3: A veces cuándo él está muy disperso, cuando no sé ponte tu está más cansado,
3723 piensa que igual P es como de edad entonces se cansa más, se desconcentra se da
3724 cuenta que esta desconcentrado y cuando se acaba la sesión al rato después me manda
3725 un mensaje, como pidiéndome disculpas.^[P]_[SEP]

3726 IR: ¿Porqué?^[P]_[SEP]

3727 T3: Porque, “discúlpame porque no estaba como concentrado, estaba como disperso o a
3728 lo mejor te aburrí mucho”. Siempre como redundando en esta idea del aburrimiento del
3729 otro, de causar hastío en el otro. O cuando se siente mal, por ejemplo, me dice
3730 como...una vez por ejemplo, le escribí, "P, ya listo, conectado" y me contesto en la
3731 cama evidentemente enfermo, como con fiebre así como sintiéndose mal. Yo “¡P estay
3732 enfermo!”, y me dice “no, un poco”, y aparece la señora por detrás y dice “¿Un poco?”
3733 dice, “tiene 39.1”. Entonces yo le digo “P estay enfermo, te sientes mal, si quieres,
3734 reagendemos para otro momento y nos vemos después”.^[P]_[SEP]

3735 IR: Claro.^[P]_[SEP]

3736 T3: “No”, me dice “porque si yo faltó mucho tu después vas a dejar de trabajar
3737 conmigo”. “No P, si en el fondo a veces te puedes enfermar tu, a veces me puedo
3738 enfermar yo, puede pasar algo y son cosas que ocurren ¿cachay?”. Pero siempre
3739 tratando como de entregarle esa tranquilidad. "Estay enfermo P, está bien no es tu
3740 decisión" ¿te fijay? "Yo sé que no lo estás diciendo a propósito para no vernos".^[P]_[SEP]

3741 IR: Claro, para asegurarlo un poco también.^[P]_[SEP]

3742 T3: Justamente

3743 ...

3744 IR: Entonces acá va el segundo episodio.^[P]_[SEP]

3745 (Se reproduce segundo episodio).^[P]_[SEP]

3746 IR: Ahí está el segundo episodio, bueno clarificando un poco, ¿no sé si te hace sentido o
3747 puedes ver dónde está la pequeña ruptura ahí?^[P]_[SEP]

3748 T3: Cuando yo me río y él me dice que me puedo reír, digamos.^[P]_[SEP]

3749 IR: Claro, como te decía no es una ruptura significativa, o sea de alguna manera de una
3750 ruptura pero en el eje sincrónico también porque como esto que tiene P que tú me habías
3751 comentado y en el fondo una defensa contra el terapeuta. Una defensa no mayor, no es
3752 que sea...que apague la cámara y nada pero sí una defensa. Estamos de acuerdo en eso
3753 entonces ¿Sí? ^[P]_{SEP}

3754 T3: Sí, sí. ^[P]_{SEP}

3755 IR: Entonces haciendo las redundantes preguntas de siempre. ¿Cómo te sentiste en ese
3756 episodio en particular así cuando te dice esto? ^[P]_{SEP}

3757 T3: Igual es un momento gracioso cuando él me dice: "yo sé cómo se hacen pero no sé
3758 cómo los mantiene". Claro, evidentemente me río de lo que me dice. ¿Cachay? No sé,
3759 no fue un momento incómodo, para nada pero claro tampoco suelo reírme a carcajadas
3760 con las cosas que dicen los pacientes también por una cosa de medir también cómo lo
3761 dicen ellos. De repente los pacientes te dicen cosas medio en broma y tú te podi reír y a
3762 lo mejor un paciente lo puede tomar mal. Entonces sí que tengo esa precaución como de
3763 ser sutil, ¿te fijay? A pesar de que era una cosa graciosa igual y él lo dice de esa
3764 manera. ^[P]_{SEP}

3765 IR: ¿Y si no hay incomodidad entonces qué nombre podrías ponerle a la emoción que
3766 sentiste ahí? ^[P]_{SEP}

3767 T3: Es como medida ^[P]_{SEP}

3768 IR: ¿Medura? ^[P]_{SEP}

3769 T3: Claro, como...si yo sé que la medida no es una emoción pero...o sea para mí fue un
3770 momento divertido. Me causo gracia, ¿Cachay? Pero siempre va a acompañado
3771 como...es distinto que eso me lo hubiera dicho un amigo tomándome una cerveza en mi
3772 casa, donde me podría haber reído y le podría haber agregado quizás un elemento a la
3773 oración que me lo diga P que, a pesar que ya lo conozca su tiempo, tampoco quizás me
3774 puedo expresar con tanta liviandad en temas que a lo mejor para él no sé si sean tan
3775 simples de llevar adelante. Entonces sí, yo creo que la emoción es como gracia, es como
3776 divertido, es como medio jocoso. Pero al mismo tiempo medida. Sentida, vivida pero
3777 medida en la expresión. ^[P]_{SEP}

3778 IR: Cuando dices medida, ¿podría asociarse a otra emoción también así como
3779 concatenada? ^[P]_[SEP]

3780 T3: Bueno sí po, como a censura. Como a no sé... o sí, no a sentirme yo censurado por
3781 él sino como en el rol como...no se po, no le voy a agregar un elemento por ejemplo lo
3782 que él me dice. ^[P]_[SEP]

3783 IR: Ya. Como si pudiéramos poner en palabras digamos más.. o definir un poco esa
3784 censura. ¿Qué emoción podrías asociarle a esta jocosidad? ^[P]_[SEP]

3785 T3: Quizás es un momento como más alegre, como distendido. Quizás también, ¿no?,
3786 aunque tenga censura. Te voy a contextualizar un poco, P igual como te decía en este
3787 último tercio de la relación terapéutica, el se ha soltado mucho más y a veces habla o
3788 cuenta cosas respecto de su sexualidad, ¿cachay? No es un tema tabú. ^[P]_[SEP]

3789 IR: Ya

3790 T3: Entonces no es la primera vez que me hace un comentario medio en broma respecto
3791 de que yo me ría de algo que él me está contando. ^[P]_[SEP]

3792 IR: ¿Cuáles serían entonces los pensamientos que tuviste en ese momento? ^[P]_[SEP]

3793 T3: Me da risa igual, es como divertido, como en cierta medida es como contradictorio
3794 porque distien... ¿no sé si es distiende o distende?...No sé como se dice...jaja ^[P]_[SEP]

3795 IR: Mjum, ¿Distiende? ^[P]_[SEP]

3796 T3: ... distiende un poco pero al mismo tiempo esta puesto en un lugar donde esta
3797 medido. No es completamente abierto y distendido. Porque no corresponde al carácter
3798 de la relación pero es un distendido que está contextualizado, ¿cachay? Entonces me
3799 puedo reír, quizás no a carcajadas pero me puedo reír igual, ¿te fijay? como...por eso es
3800 como medido. Me río un poco, el se da cuenta y me dice “sí riete” y yo le digo “sí
3801 siempre me rio” le digo yo cuando el echa talla y cosas, yo me río con él. ^[P]_[SEP]

3802 IR: Claro, “siempre nos reímos dices tú” ^[P]_[SEP]

3803 T3: Sí, siempre nos reímos porque él a veces dice cosas que son graciosas y a mi qué
3804 risa entonces me termino riendo igual. Quizás no con el tema de la sexualidad como tal,

3805 pero si en otras cosas. Cuando P anda de buen ánimo o...porque bueno a veces P oscila
3806 en una misma sesión, aparece muy bajado y en la medida en que va avanzando se
3807 empieza a relajar más y al final tiende a ser más gracioso, o habla más, se expresa más.
3808 En general todas las aclaraciones más sentidas de P o los aportes como más
3809 significativos que él hace en la sesión, siempre ocurren de la mitad para el final. ^[P]_[SÉP]

3810 IR: ¿Y esta censura, está mesura, podría asociarse a alguna emoción quizás no
3811 necesariamente de jocosidad, de diversión? ^[P]_[SÉP]

3812 T3: Sin dudas se relaciona mucho con lo que hablábamos el otro día, como con esta
3813 cuestión constante de no hacerlo mal. ¿Cachay? Me tengo que medir de alguna manera
3814 porque si me lanzo, digamos, a que sea una conversación como con un amigo puedo
3815 equivocarme en el ejercicio del rol. ^[P]_[SÉP]

3816 IR: ¿Cómo...? ¿En qué sentido medir sería como, emocionalmente? ^[P]_[SÉP]

3817 T3: Porque en el fondo si yo no me midiera, si yo no sintiera la posibilidad de que al no
3818 me...o sea haber, lo voy a ordenar mejor. Este elemento de sentir que lo voy a hacer
3819 mal o que lo hago mal, por ejemplo, que es lo que te contaba la sesión pasada, también
3820 está presente en esa censura. Yo me censuré en función también de sentir de que, no me
3821 gusta ocupar la palabra buena o mala pero, yo en mi cabeza me lo permito. Un buen
3822 terapeuta no se lanza digamos a lo que le aparece a flor de piel y se ríe a carcajadas, y le
3823 tiro una talla de doble sentido de vuelta. Para mí en mi cabeza restrictiva, digamos, el
3824 buen terapeuta si bien utiliza su emocionalidad en favor de lo que está ocurriendo
3825 también es medido, ¿cachay? ^[P]_[SÉP]

3826 IR: ¿Podría ser como preocupación como lo del episodio también anterior? ^[P]_[SÉP]

3827 T3: Claro sí. Quizá no de una cosa superficial, como de lo que él me está diciendo, sino
3828 que es algo que... este episodio que tu muestras de alguna manera me hace a mí evocar
3829 en ese momento una cuestión mucho más profunda y estructural mía que es esta
3830 cuestión como de no fallar, de no hacerlo mal. ¿Cachay? ^[P]_[SÉP]

3831 IR: Ahí está esa censura. ^[P]_[SÉP]

3832 T3: Siempre está, en mí siempre está. De hecho, te voy a contar una cosa graciosa. Yo
3833 cuando yo estaba estudiando y yo iba a hacer las atenciones al [lugar], una vez el profe
3834 Juan... porque yo, no sé si te has dado cuenta, pero yo siempre ocupo estas [prendas de
3835 ropa] y uso [accesorios] y cuestiones. Entonces una vez el profe Juan me vio y me dijo
3836 “¿T3 y usted atiende así?” con su voz así jaj. Entonces, yo lo quedo mirando y le digo:
3837 “Sí, profesor esta es mi forma”. Entonces como que se ríe así sutilmente y me dice,
3838 como que ocupo una palabra que no me acuerdo cual era pero así como, dicho en broma
3839 pero así como: “que esquizofrenizante tu [prenda]”, digamos jaja, ¿cachay? Claro, y ahí
3840 yo me lo tomé en broma pero yo podría haber agarrado eso y podría haber dicho, “chuta
3841 no me tengo que poner nunca más estas camisas, me tengo que poner una corbata y
3842 zapatos, y chaqueta y transformarme en este buen psicólogo”. Yo creo que, siento yo
3843 que afortunadamente no llegué a ese punto pero sí a la preocupación constante un poco
3844 de lo que estamos hablando acá, ¿cachay? Como... me tengo que medir igual como en el
3845 ejercicio.^[P]_[SEP]

3846 IR: Entiendo. Oye y a propósito...bueno la pregunta que te hacía hace un rato, ¿Cuál
3847 crees tú que fue el origen de estas emociones, está jocosidad y digamos esta
3848 preocupación o medida?^[P]_[SEP]

3849 T3: O sea, yo creo que la preocupación y la medida es algo que siempre está, no es algo
3850 particularmente que aparezca solo en este episodio donde P me dice esto. La jocosidad y
3851 lo gracioso aparece también un poco en la réplica que hace él como, “si quieres te ríes
3852 igual”, ¿cachay? como... y yo ya me estaba riendo. Entonces acepté también que él
3853 también se estaba como, no sé si riendo conmigo, pero lanzando digamos esa
3854 posibilidad para que yo me riera.^[P]_[SEP]

3855 IR: Voy a mostrarte un poquito de lo que sigue para ver si eso te cambia un poco la
3856 opinión, ¿sí?^[P]_[SEP]

3857 (Se reproduce fragmento)^[P]_[SEP]

3858 IR: Sólo eso, para que veas cómo cambia tu rostro verdad no sé cómo que de la risa
3859 como que volviste a la a la seriedad.^[P]_[SEP]

3860 T3: Me vuelvo a hilar, como lo que te decía el otro día. Me vuelvo como a hilar de
3861 nuevo. ^[P]_[SEP]

3862 IR: ¿Tiene que ver con esa medida entonces? ^[P]_[SEP]

3863 T3: Yo creo que sí. Sí porque si no yo me pondría, insisto, como lanzar en la
3864 emocionalidad divertida, graciosa, dejarme llevar por eso, reírme mucho rato con él,
3865 perder el foco ¿cachay? No es una conversación con un amigo, no estoy en la terraza de
3866 mi casa. ^[P]_[SEP]

3867 IR: Claro, ¿y cuáles fueron tus pensamientos entonces en ese momento? ^[P]_[SEP]

3868 T3: ¿Cuando me río dices tú? ^[P]_[SEP]

3869 IR: Mjum. Y cuando él te dice esto, verdad: “Ahora si quieres te ríes” principalmente. ^[P]_[SEP]

3870 T3: Yo me río porque yo sé, y evidente digamos, ¿no? de lo que estamos hablando
3871 cuando él dice: “cómo se hacen”. Estaba hablando del tema de la sexualidad y de las
3872 opciones sexuales propiamente tal. Y claro, cuando él me dice... me da risa en el fondo,
3873 me mido y cuando él me da como me da el pase para que me pueda seguir riendo como
3874 que me permito esa fugaz distensión de la risa pero siempre como encajonado en este
3875 corchete gigante como de la medida, ¿cachay? como que es una...es como que siempre
3876 estuviera puesto dentro de un bloque o de un límite. Y yo me puedo mover dentro de
3877 ese límite con cierta libertad pero sé que tiene unos bordes que son infranqueables.
3878 ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3879 IR: ¿No aparece en ti un pensamiento así como, digamos, como en el otro episodio
3880 donde aparecía como una frase verdad? ^[P]_[SEP]

3881 T3: Creo que quizás no, por el carácter del episodio. ¿Cachay? Como está más puesto
3882 en una cosa más divertida, no está tan presente esta cuestión de “no la cagues, no lo
3883 echas a perder”. Yo creo que eso una cuestión más bien como...por eso te decía yo creo
3884 que eso en mí al menos es una cosa que siempre está en todo momento, siempre, pero
3885 que es más visible a momentos. ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3886 IR: Mm, ¿Y en este episodio en particular crees tú que hubo una imagen en vez de una
3887 frase de pensamiento? Como a propósito del tema o a propósito en cómo te lo
3888 pregunta.^[P]_[SEP]

3889 T3: ¿Como una imagen de la situación, dices tú? ^[P]_[SEP]

3890 IR: Claro o de la misma relación terapéutica que tú mencionabas.^[P]_[SEP]

3891 T3: ¿Pero a qué te refieres con una imagen? ^[P]_[SEP]

3892 IR: Porque podemos pensar en frases y a veces pensamos en imágenes, ¿verdad? ^[P]_[SEP]

3893 T3: ¿pero respecto de lo que él me decía de la sexualidad o de la mensura mía? ^[P]_[SEP]

3894 IR: Del episodio en general, tanto de lo que él dice o del contenido o de cómo lo
3895 expresa también y de lo tuyo.^[P]_[SEP]

3896 T3: Creo que no soy tanto de imágenes sino más bien como de frases para mí mismo.
3897 Salvo que estemos como pensando en algo que definitivamente necesita formar una
3898 imagen. Que estuviéramos hablando de no sé... “Yo crecí ir una calle que tenía en una
3899 calle larga y un árbol al final”. Como ahí me puedo ir a ese lugar pero en general yo
3900 creo que al menos yo soy más de frases que de imágenes. Como no imaginarme tanto a
3901 mí mismo en una imagen sino como repetirme cosas en la cabeza. ^[P]_[SEP]

3902 IR: ¿Y en este caso no hubo ninguna frase entonces como pensamiento? ^[P]_[SEP]

3903 T3: Es que, por eso te digo, yo creo que dado el carácter de la situación quizás la frase
3904 no fue tan presente pero si es un elemento estructural que siempre está. Yo creo que es
3905 más bien como una sensación de medida más que una frase. Como la cuestión es
3906 graciosa, es una sensación de medida más que como que: “oye no, no te tienes que reír
3907 tanto”, como no es tan consciente al menos en ese episodio. ^[P]_[SEP]

3908 IR: Voy a poner de nuevo lo que tú dijiste para saber si es que antes de eso verdad,
3909 antes de lo que dijiste podría haber surgido algo, ¿ya? ^[P]_[SEP]

3910 T3: Ya ^[P]_[SEP]

3911 (Se reproduce nuevamente el episodio) ^[P]_[SEP]

3912 IR: Te das cuenta que cómo que tú miras para el otro lado (T3: Mm), ¿no habrá sido
3913 algo como con otra emoción también? o ¿qué habrás pensado algo para decir eso? ^[P]_[SEP]

3914 T3: Uy no lo recuerdo pero o sea si yo hago la alusión de que siempre nos reímos,
3915 evidentemente tiene que ver con que hay una casuística previa que como que me pone
3916 una posición mucho más cómoda para reírme pero insisto siempre en ese margen. ^[P]_[SEP]

3917 IR: Claro, como de medida. ^[P]_[SEP]

3918 T3: Claro. ^[P]_[SEP]

3919 IR: Perfecto. ^[P]_[SEP]

3920 T3: Que es una medida que no es solicitada. No es una medida pedida por él ni en
3921 ningún caso. Es una medida que tiene que ver con un imaginario mío solamente. ^[P]_[SEP]

3922 IR: Claro, y también con lo que decías tú del contexto terapéutico, ¿verdad? ^[P]_[SEP]

3923 T3: Claro. ^[P]_[SEP]

3924 IR: Entiendo, oye y puede sonar redundante también. Hablando de los pensamientos
3925 verdad más que las emociones o en este caso como esta medida verdad casi como no
3926 perceptible. ¿Cuál crees tú que es la causa de esta medida entonces? ^[P]_[SEP]

3927 T3: ¿En ese episodio en particular o en general? ^[P]_[SEP]

3928 IR: En ese episodio en particular. ^[P]_[SEP]

3929 T3: Bueno yo creo que también él al mismo tiempo el carácter de la temática. ¿Cachay?
3930 No es un tema que haya... o sea no es por ejemplo el tema por el cual P llegó a
3931 psicoterapia. No es un tema tampoco que tratemos habitualmente de manera profunda,
3932 por ejemplo, o temáticamente, o respecto de él con su mujer. Como que no es un tema.
3933 Entonces quizás como las veces que ha salido suele ser o por una tala o por alguna
3934 situación graciosa que se da producto de lo que está contando. Como que no me puedo
3935 poner a hablar de sexo con P si es que no ha sido ese el carácter de las cosas que hemos
3936 estado tratando. ^[P]_[SEP]

3937 IR: ¿Como un cierto orden podría ser? ^[P]_[SEP]

3938 T3: Claro sí. Como siguiendo ciertos objetivos que hemos planteado en conjunto.
3939 ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3940 IR: Viendo el episodio que aclaró lo que hiciste verdad porque la pregunta que sigue,
3941 esa que hiciste. Ahí se nota que tú logras resolver bien esa pequeña ruptura porque de
3942 alguna manera lo que haces es validarlo verdad, la postura defensiva, y después aclaras
3943 como “siempre nos reímos, está bien” dijiste. ^[P]_[SEP]

3944 T3: Claro. ^[P]_[SEP]

3945 IR: Entonces es una solución acorde a la intensidad de esa ruptura que es nimia, es
3946 pequeña. ¿Pero qué te motivó a comportarte de esa manera? ^[P]_[SEP]

3947 T3: El rol jeje. A mantener ese rol creo yo. ^[P]_[SEP]

3948 IR: ¿Podrías especificar el rol? ^[P]_[SEP]

3949 T3: Como este rol en la relación paciente –terapeuta. Insisto, no tiene que ver con una
3950 cosa manualizada, ni ningún modelo sino con esta imagen de lo que yo creo que es
3951 correcto y cómo me debería comportar en términos relacionales con el paciente. Lo que
3952 te decía la sesión pasada de esta cosa de reconocer su funcionalidad y usarla también a
3953 favor de lo que está ocurriendo, ¿Cachay? Pero al mismo tiempo reconocerla me
3954 permite ponerla en el lugar que corresponde, o sea si él plantea una situación divertida
3955 respecto de esto, ok nos reímos, hacemos un comentario al respecto y ya está. Pero no
3956 me meto yo y le digo “uy si sabes que yo también como”, ¿Cachay? ^[P]_[SEP]

3957 IR: Claro. ^[P]_[SEP]

3958 T3: No le cuento mi anécdota sexual de la semana pasada. ^[P]_[SEP]

3959 IR: Claro utilizar el fondo eso está cierto punto. ^[P]_[SEP]

3960 T3: Exacto, claro. ^[P]_[SEP]

3961 IR: Entiendo. Entonces, entrando como a resumir un poco este pequeño episodio,
3962 podríamos decir que estabas sintiendo digamos alegría o gracia, estabas disfrutando,
3963 pensaste brevemente verdad en esta medida, como de regular un poco eso y reaccionaste

3964 validando la postura de él y de alguna otra manera también como clarificando: “Siempre
3965 lo hacemos”. ¿Cuál crees tú que era el objetivo en ese momento de hacer eso?^[P]_[SEP]

3966 T3: ¿De todo ese recorrido que dices tú?^[P]_[SEP]

3967 IR: Mjum^[P]_[SEP]

3968 T3: No sé si tenía un objetivo claro tan definido en mi cabeza... pero creo que igual
3969 forma parte un poco también como de este ejercicio necesidad de validación que tiene P
3970 siempre. ¿Cachay? Como de de alguna manera como facilitar esa experiencia de... como
3971 de la experiencia de la validación en él. ^[P]_[SEP]

3972 IR: ¿Cómo que tú le puedas apoyar en que él se valide?^[P]_[SEP]

3973 T3: Por ejemplo claro. ¿Cachay? Que él pueda sentir que hay una comunicación y que
3974 el otro escuchando por ejemplo, volvemos a lo que te decía antes como esta cosa del
3975 sentirse muy abandonable que la gente no lo escucha, no le pone atención, no le
3976 contesta lo que dice. Un poco meterlo en ese circuito de: “haber y esto cómo funciona
3977 aquí entonces”, ¿cachay?^[P]_[SEP]

3978 IR: Entiendo^[P]_[SEP]

3979 T3: Por qué yo le podría haber dicho: "P es inadecuado que hablemos de sexualidad en
3980 nuestra sesión", no sé. Yo lo he escuchado...^[P]_[SEP]

3981 IR: Claro ^[P]_[SEP] T3: Pero...^[P]_[SEP]

3982 IR: ¿Digamos en otros terapeutas...?^[P]_[SEP]

3983 T3: ...otros terapeutas, muy en otros: "No podemos hablar" así tal cual, así como...o sea
3984 en episodios de ruptura, ahí hay otros que son: “no, no podemos hablar de esto
3985 nosotros”. ^[P]_[SEP]

3986 IR: Y que claro ahí contribuye al terapeuta.^[P]_[SEP]

3987 T3: Exactamente^[P]_[SEP]

3988 IR: Oye, ¿De alguna manera sientes que en ese pequeño momento verdad dónde te estás
3989 riendo y después vuelve la medida hay un cambio de ánimo?^[P]_[SEP]

3990 T3: Claro, como una subidita graciosa y volvemos un poco a esa meseta de continuar en
3991 ritmo, digamos, ¿no? y seguimos.^[P]_[SEP]

3992 IR: ¿En ritmo de qué?^[P]_[SEP]

3993 T3: Como el ritmo de lo que venía como avanzando la sesión, ¿cachay?^[P]_[SEP]

3994 IR: ¿Te refieres al contenido o a la parte también vincular?^[P]_[SEP]

3995 T3: A ambas, ambas. Porque en el fondo es un momento divertido que le da como este
3996 dinamismo a la sesión sino sería todo el rato plano, él hablando. Este dinamismo, pero
3997 claro es un momento en que después volvemos a hilar y vamos a lo que estábamos
3998 viendo igual, ¿cachay?^[P]_[SEP]

3999 IR: ¿Habrá alguna situación externa o interna, un proceso interno tuyo, que haya podido
4000 hacer ese cambio de ánimo?^[P]_[SEP]

4001 T3: ¿Cómo qué por ejemplo?^[P]_[SEP]

4002 IR: Algo que haya pasado por ti internamente o que hayas visto en él que te haya
4003 ayudado a ver cómo se hizo ese cambio, ¿verdad? Esa pequeña subida y bajada que
4004 dices tú.^[P]_[SEP]

4005 T3: Yo creo que también tiene que ver con aprender a leer a P. Y también aprender a
4006 reconocer lo que me pasa a mí con lo que él me dice. De alguna manera como ver dónde
4007 encaja cada cosa y tener esa, no sé si la palabra habilidad pero tener esa posibilidad de
4008 reconocer que hay ciertas temáticas que uno puede ir como entrelazando como... ¿Hay
4009 cachado como se pone el piso flotante? ¿Que se enganchan, tiene como una cosita, una
4010 lengüita que se engancha en la que sigue?

4011 IR: Claro.^[P]_[SEP]

4012 T3: Como así ¿no? como voy enganchando una temática con la otra sin sobreponer una
4013 sobre la otra o sin sacar una, para que quede espacio vacío. Yo creo que también tiene
4014 que ver con eso. Yo creo, y un poco lo que siento que he descubierto en el ejercicio
4015 psicoterapéutico, es que comprender esa posibilidad de la relación en el vínculo facilita

4016 mucho más, por ejemplo, poder aprovechar estos momentos para hacer estos como
4017 pequeños globos de “ah nos reímos jajaja” y seguimos avanzando. [P]
[SEP]

4018 IR: Entiendo [P]
[SEP]

4019 T3: Como aprender a leer es como... ¿tú sabes leer música? [P]
[SEP]

4020 IR: No, lamentablemente. [P]
[SEP]

4021 T3: Ya, pero es un buen ejemplo porque si yo te paso a ti una partitura tu lo vas y me
4022 vas a decir “son puros dibujos, no sé leer esto”. Pero yo la puedo mirar y te puedo decir
4023 “esta es una partitura para piano porque tiene esto y esto y en esta indicaciones”. Hay un
4024 lenguaje que yo conozco que puedo utilizar que me permite como, incluso contigo que
4025 no sabes, me permite como vincular una cosa que tú no sepas o que no sabes aún con un
4026 contenido que yo tengo que te puedo transmitir. [P]
[SEP]

4027 IR: Entiendo [P]
[SEP]

4028 T3: Y le da continuidad como a lo que tú estás haciendo y a lo que yo te puedo estar
4029 diciendo también. [P]
[SEP]

4030 IR: Claro como de esa habilidad hablas, como de engranar un poco. [P]
[SEP]

4031 T3: Sí, sí. Claro, pero el engranar necesita, necesariamente creo yo, ese conocimiento de
4032 ambos. Mío y de él, digamos.

4033 IR: ¿Cuál sería el conocimiento de él en este episodio? [P]
[SEP]

4034 T3: En, por ejemplo, en este episodio en particular en reconocer el humor de P. A mí al
4035 principio me costaba. Porque él no es tan explícito a veces. O dice “te podí reír
4036 también” pero no lo dice como riéndose tanto. [P]
[SEP]

4037 IR: Claro, lo dice serio, ¿verdad? [P]
[SEP]

4038 T3: Claro, ¿cachay? Entonces yo creo que eso por ejemplo es importante, como haber
4039 aprendido a reconocer el humor de P. Porque o sino yo hubiera podido haber quedado
4040 como... (Cara seria). [P]
[SEP]

4041 IR: Claro, como me decías del otro episodio o al principio de las sesiones que tenía. [P]
[SEP]

4042 T3: Claro^[P]_[SEP]

4043 IR: Oye entonces, de alguna u otra forma si lo ponemos como en una escala del uno al
4044 10, ¿qué tan profundo tú crees que esta medida, esto que pensaste existía?^[P]_[SEP]

4045 T3: ¿Siendo 1 muy superficial y 10 muy profundo dices tú?^[P]_[SEP]

4046 IR: Claro^[P]_[SEP]

4047 T3: Yo creo que eso es algo anterior a mi rol como terapeuta, creo que es algo que es
4048 más bien estructural mío como sujeto individual, que se manifiesta digamos en distintas
4049 cosas. Pero me atrevería a decirte que es un 10 jaja. Porque no es algo que me pase
4050 solamente en mi rol como terapeuta. Yo no sé ponte tú otra cosa que después trabaje...
4051 ¿lo de bailar no te lo dije no?^[P]_[SEP]

4052 IR: No^[P]_[SEP]

4053 T3: Sí, ¿lo de sacar a bailar?^[P]_[SEP]

4054 IR: ¡Ah sí! Sí eso de niño.^[P]_[SEP]

4055 T3: Ya, eso por ejemplo. No sé ponte tú, yo tengo un hijo. Me pasa también como estar,
4056 no en esta preocupación histórica como ¡hual!, leyendo libros todo el día pero sí a veces
4057 me pasa y como que digo “chucha a lo mejor lo estoy haciendo mal” ¿cachay? “La
4058 cagué, no debería haber dicho esto” ¿cachay? No porque se me aparezca una
4059 consecuencia. No porque yo diga algo y él lloré, por ejemplo, sino como en este
4060 pensamiento propio como decir: “no, parece que no es lo mejor”^[P]_[SEP]

4061 IR: Pero habías mencionado que ese pensamiento de “la cagué”, de cuestionamiento
4062 propio no había aparecido en este episodio.^[P]_[SEP]

4063 T3: Es que no porque no es...por eso te decía en este episodio en particular, no aparece
4064 así como de frente, si no que es una sensación constante. Yo siempre siento que la
4065 puedo cagar. Entonces por eso me mido cachay y me mido particularmente, en este
4066 ejemplo, porque si me río demasiado a lo mejor él lo puede tomar mal, no es... ¿No sé
4067 si alguna vez ustedes hablaron del mundo improminente?^[P]_[SEP]

4068 IR: No^[P]_[SEP]

4069 T3: ¿No?{P}{SEP}

4070 IR: No que recuerde al menos.{P}{SEP}

4071 T3: Esas son cosas que me enseñó Danilo jaja. El mundo improminente supuestamente
4072 es como...es como este mundo que existe del cual no soy muy consciente pero sé que
4073 siempre está ahí. Entonces, por ejemplo, no sé tú cuando vas a comprar el pan a la
4074 esquina de tu casa. ¿Tu vas pensando todo el rato pie derecho, pie izquierdo, pie
4075 derecho, pie izquierdo, pie derecho, pie izquierdo?{P}{SEP}

4076 IR: Mm no, claro que no.{P}{SEP}

4077 T3: No po, pero si tú te caes y te quiebras el tobillo y teni que ir con muleta a comprar
4078 el pan cada vez que tú pongas el pie que te duele va a decir “oh me duele, me duele, me
4079 duele” y se te aparece como... obviamente el mundo improminente está pensado en otra
4080 cosa mucho más profunda y compleja, pero es como esa explicación más simple. Pero
4081 es como esto que siempre está ahí pero hasta que no se hace presente yo no lo veo.{P}{SEP}

4082 IR: Claro{P}{SEP}

4083 T3: Para mí la censura y el sentir que lo hago mal es algo que siempre está presente pero
4084 qué se tematiza de distintas maneras en función de lo que ocurra afuera. Este caso
4085 quizás no es tan vívido porque no es una frase en mi cabeza que diga “no T3 no hables
4086 de sexo con P porque no corresponde”. No, quizás es solamente como, es un segundo en
4087 que yo me río y digo “ya, listo me rei”{P}{SEP}

4088 IR: Entiendo{P}{SEP}

4089 T3: Pero la sensación de cagarla es constante, siempre.{P}{SEP}

4090 IR: Claro, era como similar a ese rayo de luz del que hablábamos.{P}{SEP}

4091 T3: Claro, el rayo de.. ay, ¿cómo se llama? Hipócrito, ¿no?{P}{SEP}

4092 IR: Heráclito{P}{SEP}

4093 T3: Heráclito, jaja Hipócrito es otro. Heráclito{P}{SEP}

4094 IR: oye y siguiendo un poco en este episodio en particular, ¿crees tú que era posible
4095 tener una interpretación diferente de lo que ocurrió? ¿Digamos de lo que dice P?^[P]_[SEP]

4096 T3: O sea si yo no entendiera el humor de P yo creo que la interpretación podría haber
4097 sido súper distinta.^[P]_[SEP]

4098 IR: ¿A ver cómo?^[P]_[SEP]

4099 T3: Si yo no entendiera el humor de P, yo quizás me podría haber sentido hasta mal o
4100 hasta incómodo por haber esbozado una sonrisa. ¿Cachay? Yo creo que ese podría haber
4101 sido otro escenario.^[P]_[SEP]

4102 IR: ¿Y de qué tipo ese escenario podría haber sido?^[P]_[SEP]

4103 T3: No. ¡Catastrófico!, sí, porque ahí, por ejemplo, si habría sido como “la cagué de
4104 frentón”. Me reí de algo que él no se está riendo e hice mofa de algo que él en ningún
4105 momento me dio la señal que era algo gracioso.^[P]_[SEP]

4106 IR: Entiendo. Oye, ¿crees tú que, considerando esto que me dices, hay algo que te
4107 podría haber ayudado a cambiar tu punto de vista en comparación a ese momento?^[P]_[SEP]

4108 T3: ¿Para bien o para mal dices tú?^[P]_[SEP]

4109 IR: Para cualquiera de los dos.^[P]_[SEP]

4110 T3: O sea un poco lo que te decía recién. Si es que yo no hubiese conocido el humor de
4111 P, lo más probable que mi percepción de ese momento hubiese sido muy incómoda. Eh,
4112 no sé qué tan mejor podría haber sido al otro lado. Quizá con el tiempo, no lo sé estoy
4113 especulando pero, quizás con el tiempo yo pueda reconocer más fácilmente y más
4114 rápidamente mi emocionalidad y ocuparla con mayor holgura en ciertas situaciones, no
4115 lo sé. Pero todavía siento que tengo como que miro yo..o sea... observo la situación,
4116 pienso lo que voy a hacer y ejecuté. No es tan automático. No es como lavarme los
4117 dientes. Yo no voy al baño y digo “ya, voy a poner el cepillo, voy a sacar la pasta”,
4118 cachay, los miro. No, saco la cuestión, me lavo los dientes y ya.^[P]_[SEP]

4119 IR: No se piensa.^[P]_[SEP]

4120 T3: No lo pienso mucho, ¿te fijay? O anudarse los cordones de los zapatos, cachay. O
4121 andar en bicicleta. Yo no me subo a la bicicleta así como “sí, estoy en equilibrio, bacan
4122 sí no se qué”. No. [P] [SEP]

4123 IR: Claro, claro. [P] [SEP]

4124 T3: Yo me imagino por lo que he entendido digamos de los próceres, como el Tito o el
4125 profe Juan, que eso en algún minuto ocurre. No sé si me irá a ocurrir. O si en algún
4126 momento ocurre. [P] [SEP]

4127 IR: Como de manera implícita, verdad como... [P] [SEP]

4128 T3: Yo creo que tiene que ver con el oficio, con el oficio artesanal. Como no sé, ¿tú
4129 alguna vez has ido a Pomaire a hacer cacharitos de greda? [P] [SEP]

4130 IR: No. [P] [SEP]

4131 T3: Deberías ir. Es una muy buena, muy buena experiencia. Yo una vez fui y claro y tú
4132 lo ves en la tele y súper fácil. [P] [SEP]

4133 IR: Claro. [P] [SEP]

4134 T3: El tipo pone la cuestión, se moja las manos con agua. Echa a andar la rueda e
4135 incluso mientras te va hablando como que le mete la mano y le queda perfecto. Eso no
4136 es así. Tú te subes a la cuestión, te mojas las manos, la misma greda, hechas a andar la
4137 rueda con la pata y se te desarma, se va para el lado, le metí la mano y le haces un hoyo.
4138 Entonces, yo creo que tiene que ver con ese oficio más por eso digo como artesanal de
4139 lo táctil, como de vivir muchas veces una misma experiencia en donde yo me puedo
4140 reconocer emocionalmente y puedo utilizar mi propio insumo emocional de manera
4141 mucho más fácil porque ya lo conozco ¿cachay?. Y no tanto como en esta cosa como
4142 vigilante. Yo creo que he avanzado. Al principio era hipervigilante de mi mismo. Creo
4143 que he avanzado en un segundo momento y me siento un poco más tranquilo y no soy
4144 tan vigilante de lo que me pasa y todo pero igual está ahí. [P] [SEP]

4145 IR: Claro, como que en el fondo es un proceso dices tú. [P] [SEP]

4146 T3: Siento yo, sí. [P] [SEP]

4147 IR: Entiendo. Oye, siguiendo con la pregunta extraña, ¿te sentiste en este episodio por
4148 casualidad, en un estado de confusión, digamos como en un sueño o una sensación de
4149 irrealidad?^[P]_[SEP]

4150 T3: Yo creo que esto me hubiese pasado en el primer tercio de la relación con P, yo creo
4151 que habría entrado como en una situación súper incómoda porque no habría entendido y
4152 como que me habría empezado a mirar desde afuera tratando de ver qué es lo que está
4153 pasando. Pero creo que hoy día por lo menos en ese episodio particular no. No me sentí
4154 así. De hecho, a pesar de la medida y de los límites, yo igual lo recuerdo como un
4155 episodio divertido.^[P]_[SEP]

4156 IR: Esa es la principal emoción en el fondo.^[P]_[SEP]

4157 T3: O sea claro, el 95% de la emoción que esta puesta en ese episodio es que me divertí,
4158 me reí. Fue como una cosa graciosa que se dio en este momento.^[P]_[SEP]

4159 IR: Entiendo. Oye algunos terapeutas han sentido como en este tipo de episodios, bueno
4160 como tú me dices al principio verdad, este estado verdad de confusión o como imaginar
4161 algo. ¿No te pasó entonces de ninguna manera?^[P]_[SEP]

4162 T3: En este no.^[P]_[SEP]

4163 IR: Ya. Entonces pensando en este episodio, ¿cómo explicarías tu reacción típica?^[P]_[SEP]

4164 T3: ¿Mi reacción típica?^[P]_[SEP]

4165 IR: Mjum. Hablando como de que sueles como reconocer esta emoción, logras como
4166 medir, accionaste validando y de alguna forma haciendo como la aclaración ¿verdad?

4167 T3: Mjum.^[P]_[SEP]

4168 IR: De esto que dice P. ¿Sería una forma típica de actuar tuya como terapeuta?^[P]_[SEP]

4169 T3: Yo creo que sí.^[P]_[SEP]

4170 IR: ¿Sí?^[P]_[SEP]

4171 T3: Sí.^[P]_[SEP]

4172 IR: ¿Alguna vez crees tú quieras experimentado una reacción diferente a esta en un
4173 episodio similar?^[P]_[SEP]

4174 T3: ¿Como gracioso dices tú?^[P]_[SEP]

4175 IR: Claro, en un episodio como este tipo donde P te tira la talla verdad pero así como
4176 medio en serio. ¿Has tenido una reacción diferente?^[P]_[SEP]

4177 T3: Me ha pasado quizás otra cosa. Me pasaba con un paciente en particular, que él era
4178 muy gracioso y tenía una manera de contar las historias que era muy gracioso. Entonces
4179 me pasaba mucho que yo me reía mucho. Cuando él contaba, y él además contaba y se
4180 reía. Entonces era muy difícil como mantenerme en esta posición como prístina. Así
4181 como...^[P]_[SEP]

4182 IR: Como sería?^[P]_[SEP]

4183 T3: Como sería. Entonces a veces si me pasaba que ya como que me reía a carcajadas,
4184 así como por favor detente porque esto ya está muy gracioso. Sí, eso si me paso alguna
4185 vez. Como no lograr quizás, no sé si lograr es la palabra, pero dejarme llevar más por lo
4186 jocoso del relato y yo reírme finalmente como yo sujeto, no como terapeuta. ¿Cachay?

4187 IR: Mm, como que ya esa medida no, ni siquiera estaba presente ahí.^[P]_[SEP]

4188 T3: No, no. Quizás yo creo que tiene que ver con el carácter de las temáticas. Él,
4189 recuerdo, él siempre tenía como desaventuras, aunque le pasaban cosas como no graves,
4190 pero le pasaban como chascarros frecuentemente, pero era como divertido, ¿cachay?
4191 Entonces era como gracioso como él lo contaba, como él se asumía también como...
4192 hay un personaje...yo soy muy malo para los monos, además que yo vi otros monos
4193 distintos. Había un personaje que era Yuyin, ¿puede ser?^[P]_[SEP]

4194 IR: Ya, sí.^[P]_[SEP]

4195 T3: Que siempre le pasaban cosas, ¿o no?^[P]_[SEP]

4196 IR: Mjum, Claro.^[P]_[SEP]

4197 T3: Ya, él decía que él era muy Yuyin.^[P]_[SEP]

4198 IR: Mm, claro^[P]_[SEP]

4199 T3: Ahí sí me pasaba que claro como que no tenía esta respuesta típica de quizás
4200 escuchar, reírme, mesurarme y continuar. Sino que ya como era tanto, porque era tanto
4201 una detrás de la otra, como que siempre estábamos arriba riéndonos. ^[P]_[SEP]

4202 IR: Claro, claro y como pensando en estos 2 episodios similares pero diferentes al
4203 mismo tiempo verdad, ¿cómo explicarías esa diferencia?^[P]_[SEP]

4204 T3: Qué quizás en el ejemplo que te doy yo del otro eran eventos encadenados. Él
4205 contaba una cosa detrás de la otra y siempre era de la misma manera. P en cambio tiene
4206 momentos. Hay momentos que P está muy bajado, como decía no mira. O incluso a
4207 veces no aparece en el marco. Entonces yo creo que tiene que ver con eso. Como con
4208 esa diferencia como de... como en ese otro caso, con ese otro paciente eran cosas,
4209 insisto, era una detrás de otra. Y me decía, “oye y me paso esto otro, jajaja” se reía y
4210 contaba. ^[P]_[SEP]

4211 IR: La forma de contar entonces. ^[P]_[SEP]

4212 T3: La forma de contar, sí. En cambio P es más como... se mete en una sensación
4213 particular. Esta triste o frustrado o enojado o está enrabiado o está divertido o está
4214 osado, ¿cachay? Pero va pasando como de una en otra. ^[P]_[SEP]

4215 IR: Tú dices como más lento o...^[P]_[SEP]

4216 T3: No, más marcado. Como las estaciones. Como países donde hay invierno,
4217 primavera, verano, otoño. A diferencia de los países donde siempre verano. ^[P]_[SEP]

4218 IR: Claro, claro^[P]_[SEP]

4219 T3: O siempre invierno jaja^[P]_[SEP]

4220 IR: También. ¿Oye y entonces en ese sentido por qué crees tú que reaccionaste de esa
4221 de esa primera forma, en este episodio en particular, y porque podría darse esta segunda
4222 alternativa?^[P]_[SEP]

4223 T3: ¿Pero por segunda alternativa a cual te refieres?^[P]_[SEP]

4224 IR: A la que mencionaste de este otro paciente, como más jocoso.^[P]_[SEP]

4225 T3: O sea yo creo que reaccioné de esa manera porque estábamos hablando de algo que
4226 no estaba puesto en ese lugar. No estamos hablando de la sexualidad de los papás de P.
4227 Estábamos hablando de otra cosa, entonces claro nos aprovechamos del momento
4228 gracioso, circunstancial, de reírnos. Como cuando los niños de la “L” ligada, como que
4229 estoy escribiendo acá abajo y viene la “L” ligada, subes, bajas la “L” y vuelves otra vez
4230 a escribir abajo. Estábamos escribiendo aquí, esa subida es circunstancial, tiene que ver
4231 con un tema que no era lo central de lo que estábamos hablando.^[P]_[SEP]

4232 IR: Perfecto.^[P]_[SEP]

4233 T3: Es como un adorno.^[P]_[SEP]

4234 IR: ¿Cómo un adorno?^[P]_[SEP]

4235 T3: Claro.^[P]_[SEP]

4236 IR: Ah ¿Un adorno de la sesión en particular?^[P]_[SEP]

4237 T3: O de la temática que se estaba tratando. Como que estaba hablando de otra cosa y
4238 esto como que adorna y volvemos a lo que estamos haciendo.^[P]_[SEP]

4239 IR: Perfecto. ¿Incluso lo podrías interpretar como algo positivo?^[P]_[SEP]

4240 T3: Sí, este en particular sí.^[P]_[SEP]

4241 IR: Oye poniéndote en el lado como de P en este caso, en su rol, ¿cómo crees tú que él
4242 se sintió en esta broma o como emplazamiento de él, pero serio? ¿Entre serio y...?

4243 T3: Sí.^[P]_[SEP]

4244 IR: ¿Cómo crees tú que se sintió él?^[P]_[SEP]

4245 T3: Yo creo que igual se siente comprendido. Yo creo que una de las grandes cosas que
4246 el resiente mucho de sus vínculos en general es que él se siente incomprendido, muy
4247 juzgado. Bueno un poco, tenía que ver un poco con lo mismo que estaba hablando ahí
4248 ¿no? como ser distinto, ¿no? Yo creo que cuando yo logro encajar en su humor y en sus
4249 ideas me da la impresión de que él se siente muy comprendido porque también creo que

4250 ese ha sido el factor que también ha facilitado mucho el hecho de que cada vez se suelte
4251 más. Como que se sienta libre sin este miedo de ser juzgado o puesto a un costado o
4252 discriminado.^[P]_[SEP]

4253 IR: Y si pudiéramos ponerle un nombre digamos emocional, T3, a esta comprensión, a
4254 este sentirse comprendido, ¿cuál sería?^[P]_[SEP]

4255 T3: ¿Una emoción...?^[P]_[SEP]

4256 IR: Claro.^[P]_[SEP]

4257 T3: Yo creo que es como tranquilidad pero no en el sentido de lo tranquilo sino como de
4258 esta cosa como de aceptación. Como del no juicio.^[P]_[SEP]

4259 IR: Entiendo.^[P]_[SEP]

4260 T3: ¿Cachay?^[P]_[SEP]

4261 IR: Mm, ¿Habría alguna otra en esa misma línea que crees tú que haya experimentado o
4262 solamente esta aceptación?^[P]_[SEP]

4263 T3: Yo creo que tiene que ver también con cómo él se siente validado. En su
4264 individualidad.^[P]_[SEP]

4265 IR: ¿Y asociado a esta emociones qué pensamiento crees que tuvo ahí P cuando te
4266 pregunto eso, o cuando te declaró, te lo dijo? ¿Y también cuando te escucho?^[P]_[SEP]

4267 T3: ¿Qué pensamiento habrá tenido P?^[P]_[SEP]

4268 IR: Claro para verte dicho esto de: “bueno si quieres riéte”.^[P]_[SEP]

4269 T3: Yo creo que puede ser esa búsqueda de encontrarse con alguien. De propiciar ese
4270 encuentro con el otro, de parte de él. En un deseo más que una cosa pensada, imaginada
4271 como tal es como en ese deseo de poder encontrarse con el otro.^[P]_[SEP]

4272 IR: Claro, claro, no como frase tampoco, es como más implícito.^[P]_[SEP]

4273 T3: Claro, sí.^[P]_[SEP]

4274 IR: Oye y en ese sentido también cuando te escucha a ti decir esto: “siempre me río, nos
4275 reímos, está bien” ¿crees tú que podría haber pensado algo? ¿No sé si quieres que
4276 coloque la reacción de él?^[P]_[SEP]

4277 T3: No si me acuerdo, sí. Yo creo que claro, en esa reafirmación como dices tú, que
4278 claro es como la manera correcta de decirlo. Yo creo que el se siente como aceptado
4279 como: “está bien lo que tú dices P”. Como que “hablemos de lo que tú quieres hablar
4280 también”.^[P]_[SEP]

4281 IR: ¿Lo piensa así también crees tú?^[P]_[SEP]

4282 T3: Pero no con todo el mundo. No, yo creo que él, de hecho, yo creo que él lo piensa y
4283 lo siente como algo más bien escaso. O así lo manifiesta generalmente también.

4284 IR: ¿Qué crees tú que te hizo inferir esta aceptación, esta digamos validación, qué dices
4285 qué pudo tener P en ese episodio?^[P]_[SEP]

4286 T3: Yo creo que es la combinación entre contenido como de la experiencia completa de
4287 la psicoterapia hasta ahora, condensado de alguna manera en ese evento en particular.^[P]_[SEP]

4288 IR: Perfecto.^[P]_[SEP]

4289 T3: Como la lógica del reloj de arena o ¿no sé si ustedes leyeron a Husserl?^[P]_[SEP]

4290 IR: Sí, o sea yo en verdad pero...^[P]_[SEP]

4291 T3: Ya jaja tiene una analogía con esta cuestión de la pretensión y la retención, que de
4292 alguna manera en cada momento presente están contenidos todos los anteriores y todas
4293 las posibilidades de los futuros.^[P]_[SEP]

4294 IR: Que de ahí es donde se deriva la fenomenología hermenéutica de alguna manera.^[P]_[SEP]

4295 T3: Yo fui ayudante de Husserl en la Universidad, a nadie le gustaba y yo leí y dije “ah
4296 yo quiero ser” jaja. Me leí todo lo de él. Claro de ahí parte un poco el tema de la
4297 fenomenología que es un poco la base de lo que vemos nosotros. Yo creo que claro en
4298 este caso particular es eso. Es la condensación de todo lo que ha ocurrido, todo este
4299 conocimiento que hemos adquirido el y yo, yo de él y él de sí mismo; condensado en

4300 este momento particular que permite cómo hacer esa inferencia: “Ya sí, el se está riendo
4301 de esto porque...” y hacer esas conexiones.^{[P]_{SEP}}

4302 IR: Eso es lo que te hace inferir en fondo que siempre piensa eso.^{[P]_{SEP}}

4303 T3: Pero es la combinación de esas dos cosas. Como lo que ocurrió en ese segundo pero
4304 que está condensado, como en ese segundo, todo lo otro que ha ocurrido para atrás.^{[P]_{SEP}}

4305 IR: Oye y ¿Por qué crees tú que él estaba pensando de esa manera? ¿Cuáles son las
4306 razones?^{[P]_{SEP}}

4307 T3: ¿A qué te refieres con pensar de esa manera?^{[P]_{SEP}}

4308 IR: Pensar en la validación verdad porque cuando tú le dices ésta, como que sigue
4309 hablando del tema, como que no se detiene.^{[P]_{SEP}}

4310 T3: Sí, yo creo que es un poco también eso como de no sentirse escuchado y cuando se
4311 siente escuchado como que se lanza a... como los niños con los juguetes, ¿no? juguetes
4312 nuevo y ¡Ah! Uno juega hasta que te aburrí. Yo creo que tiene un poco esa emoción en
4313 general en su cotidiano. Tiene pocas instancias, tanto por él como por su contexto. No
4314 es que él sea una víctima de donde vive. Yo creo que él se restringe mucho por una serie
4315 de cosas que le han ocurrido digamos por significados que él tiene de sí mismo y
4316 también por un contexto que, no siempre lo valida en ese aspecto.^{[P]_{SEP}}

4317 IR: Entiendo. Oye, ¿tanto como lo conoces, verdad, qué crees tú que una forma típica de
4318 sentirse?^{[P]_{SEP}}

4319 T3: Sí.^{[P]_{SEP}}

4320 IR: ¿Sí?^{[P]_{SEP}}

4321 T3: Sí.^{[P]_{SEP}}

4322 IR: ¿Porqué?^{[P]_{SEP}}

4323 T3: Pero espérame, pero ¿Tú hablas de este episodio o en general?^{[P]_{SEP}}

4324 IR: De este episodio en particular, siempre de este episodio.^{[P]_{SEP}}

4325 T3: Yo creo que es una forma típica de él en sesión, en psicoterapia.^{[P]_{SEP}}

4326 IR: Ah, ¿Cuál es la diferencia?^[P]_[SEP]

4327 T3: Porque yo no sé si él afuera haga el mismo ejercicio, yo creo que no. Porque afuera
4328 él siempre vive con ese miedo. Y él me lo ha dicho en ocasiones que él también como
4329 hasta el primer tercio siempre sintió ese miedo muy presente de que, lo que yo te decía,
4330 de que yo me iba a aburrir. Y eso después fue bajando. Igual a veces lo tira en talla y
4331 todo pero al principio era algo muy sentido para él.^[P]_[SEP]

4332 IR: Entiendo. Oye solo por el gusto porque no está en la pauta, pero como que él tiene
4333 esta sensación verdad y por otro lado la tuya que me comentas del miedo. ¿Se parecen
4334 en algo?^[P]_[SEP]

4335 T3: Sin duda.^[P]_[SEP]

4336 IR: ¿En qué sentido crees tú?^[P]_[SEP]

4337 T3: Que él tiene miedo a ese abandono de alguna manera y yo tengo miedo a
4338 equivocarme. Equivocarme también es sinónimo de que me dejen. De perder el
4339 vínculo.^[P]_[SEP]

4340 IR: Y que seguramente no va a ocurrir porque se nota muy, muy fuerte ese vínculo, T3,
4341 de verdad. Oye la verdad es que terminamos. Te doy las gracias por tu tiempo de nuevo,
4342 por tu entrega en pensar las preguntas, por la paciencia también. Porque es bastante
4343 redundante este tipo de entrevistas. Bueno voy a cortar la grabación.