



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

PERCEPCIÓN DE CAMBIO ATRIBUIDA AL PROCESO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA HUMANISTA BREVE EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autoras:

Lic. Ps. Paulina Barros Vergara
Lic. Ps. Mariela Matamoros Leal

Profesora Patrocinante:

Dra. Laura Moncada Arroyo

Profesional Colaboradora:

Ps. Bárbara Porter

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	7
2.2 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL	11
2.3 TÉCNICAS HUMANISTAS	14
2.3.1 Focusing	14
2.3.2 Técnicas de Trabajo Corporal	15
2.3.3 Silla Vacía	15
2.3.4 Imaginería	15
2.3.5 Otras Técnicas Humanistas	16
3. OBJETIVOS	17
3.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	17
3.2. OBJETIVO GENERAL	17
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	18
4.1. DISEÑO	19
4.3. MUESTRA	19
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
5.1. EN RELACIÓN AL PROCESO DEL PACIENTE	22
5.1.1 INDICADORES DE CAMBIO	22
5.1.1.1 Cambio Cognitivo	22
5.1.1.2 Cambio Relacional	23
5.1.1.3 Cambio Conductual	23
5.1.1.4 Cambio Emocional	24
5.1.1.5 Cambio Corporal	24
5.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO	25
5.1.3 METAS TERAPÉUTICAS	25
5.1.3.1 Autoconocimiento	25
5.1.3.2 Tomar Conciencia	26
5.1.3.3 Lograr Explicaciones Nuevas	27
5.1.3.4 Empoderamiento	28

5.1.3.5 Integración de Aspectos de Sí mismo	28
5.2 EN RELACIÓN A VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO	29
5.2.1 ELEMENTOS FACILITADORES	29
5.2.1.1 AYUDA DEL TERAPEUTA	29
5.2.1.2 TÉCNICAS	30
5.2.1.2.1 Focusing	30
5.2.1.2.2 Trabajo Corporal	31
5.2.1.2.3 Silla Vacía	31
5.2.1.2.4 Imaginería	32
5.2.1.2.5 Otras Técnicas Humanistas	32
A. Dibujo	32
B. Collage	33
C. Escritura	33
5.2.3 ELEMENTOS ENTORPECEDORES	34
5.2.3.1 EN RELACIÓN AL PACIENTE	34
5.2.3.1.1 Contexto Vital	34
5.2.3.1.2 Características del Paciente	34
5.2.3.2 EN RELACIÓN AL PROCESO TERAPÉUTICO	35
5.3 ESQUEMA CATEGORÍAS	36
6. CONCLUSIONES	37
6.1 RELATIVO AL PROCESO DEL PACIENTE	37
6.2 RELATIVO AL PROCESO TERAPÉUTICO	40
6.3 LIMITACIONES Y PROYECCIONES	43
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49
PAUTA ENTREVISTA DE CAMBIO ADAPTADA	

1. RESUMEN

En este estudio se investigó sobre la percepción de cambio relativa a procesos de psicoterapia breve de orientación humanista que reportaron 10 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, quienes durante el año 2008 finalizaron un proceso de estas características. Se utilizó metodología cualitativa con la finalidad de profundizar en la descripción de las características del cambio percibido y así también descubrir la relevancia de la utilización de técnicas propias del enfoque humanista en el logro de los objetivos terapéuticos. Para recabar la información se utilizó una entrevista semi-estructurada con guión temático, cuyos resultados se exponen en base a categorías que surgen a partir de los datos obtenidos. Las conclusiones se organizan en dos ejes centrales: percepción de cambio en relación al proceso del paciente; donde los logros obtenidos son similares a procesos de larga data, y percepción de cambio relacionada con el proceso terapéutico, que destaca la influencia de las técnicas humanistas en el cambio obtenido.

Palabras clave: Percepción de Cambio, Proceso de Asistencia Psicológica Breve, Técnicas Humanistas.

2. INTRODUCCIÓN

En la historia de la investigación en psicoterapia el estudio de los procesos psicoterapéuticos ha sido materia de preocupación de psicólogos e investigadores, lo que se ve reflejado en diversos estudios que se remontan incluso a la época de Freud. (Krause, 2005). La inquietud por ampliar el conocimiento en esta materia se impone como un desafío constante, tomando diversos caminos que han permitido, más recientemente, la integración de metodologías cualitativas, que buscan lograr una comprensión más acabada de los procesos de cambio y sus resultados; así como la combinación de éstas con métodos cuantitativos (Krause, de La Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echavarri, Ben Dov, Reyes, Altimir, y Ramírez, 2006).

A través de distintas investigaciones en psicoterapia se ha demostrado la existencia de factores específicos, asociados a aspectos técnicos del enfoque predominante, y de factores inespecíficos o comunes a éstos (Opazo, 2001, en Santibáñez, Roman, Lucero, Espinoza, Irribarra y Müller, 2007), involucrados en la eficacia de la terapia.

En este contexto surgen algunas inquietudes relacionadas con el alcance del trabajo realizado en el área clínica, y la efectividad del proceso terapéutico, así como cuáles son los factores involucrados en este proceso tan complejo, que es el objetivo de este estudio.

Así, la presente investigación resulta relevante pues mediante la utilización de metodologías cualitativas profundiza a través del análisis y la descripción en la percepción que presenta un grupo de pacientes en relación a un proceso de atención psicológica breve, así como también indaga en los factores involucrados en el proceso, orientándose principalmente a la utilización de técnicas propias del enfoque humanista.

En cuanto a su relevancia práctica, es posible destacar que los hallazgos pueden contribuir en el desarrollo de la investigación en psicoterapia breve, así como en la validación de técnicas humanistas, principalmente en nuestro país, donde los estudios al respecto son escasos.

A continuación se presenta una revisión de antecedentes teóricos generales de la investigación en psicoterapia y de modo específico sobre estudios relativos a técnicas propias del enfoque humanista.

2.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

A través de la historia de la investigación en psicoterapia es posible encontrar diversas interrogantes que se han presentado como un motor en la búsqueda de nuevas respuestas respecto a la eficacia y los procesos involucrados en el cambio en psicoterapia (Krause, 2005).

Es posible mencionar como un momento determinante en la investigación en este campo la década del 50, y la publicación del artículo de Eynseck "The Effects of Psychotherapy: An Evaluation" [Los efectos de la psicoterapia: una evaluación] (1952), reconocido por muchos autores como quien pusiera en duda la eficacia de los métodos psicoterapéuticos de entonces.

Eynseck (1952) llevo a cabo una revisión de diversos estudios sobre resultados psicoterapéuticos llegando a la conclusión de que el tratamiento psicológico no conductual no era eficaz. Su trabajo parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era tan poco significativo que no llegaba a superar al de la remisión espontánea en pacientes que no recibían ningún tipo de tratamiento (Corbella & Botella, 2004).

El planteamiento de Eynseck y los graves sesgos metodológicos de su trabajo (Czogalik, 1990 en Krause, 2006; Feixas & Miró, 1993), se presentaron como un nuevo desafío, dando a la investigación en psicoterapia un impulso decisivo, que llevó al incremento significativo en la cantidad de investigaciones que buscaban demostrar la eficacia de la psicoterapia, y a su vez invalidar las afirmaciones de Eynseck. Este tipo de investigación, centrada específicamente en los efectos de la terapia, se desarrolló de manera sistemática durante la segunda mitad del siglo veinte, de esta forma, una gran cantidad de estudios empíricos (Meltzoff & Kornreich, 1970; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975 en Corbella & Botella 2004; Lambert & Bergin, 1994, Parloff, Wolfe, Hadley & Waskow, 1978; Vandenbos & Pino, 1980 en Krause, 2006) demostraron que un alto porcentaje de las personas que recibían asistencia psicoterapéutica experimentaba una mejora significativa.

En las últimas décadas se han realizado una gran cantidad de estudios que avalan la eficacia genérica de la psicoterapia en comparación con los tratamientos placebo o la ausencia de tratamiento. Según diversas revisiones (Botella & Feixas, 1994; Chambless & Ollendick, 2001; Elliot, Stiles & Shapiro, 1993; Garcia, Bados & Saldaña, 1998; Giles, Neims & Prial, 1993; Lambert & Bergin, 1994; Matt & Navarro, 1997; Pérez, 1996 en Bados, García y Fusté, 2002), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento, así también se ha llegado al consenso de que el efecto de la psicoterapia es significativamente superior al de la remisión espontánea (Chambless & Hollon, 1998; Kendall, 1998; Lambert, 1986; Seligman, 1995 en Bados et al., 2002; Feixas & Miro, 1993).

El gran número de investigaciones desarrolladas, a su vez, llevó al desarrollo de meta-análisis, los cuales buscaban examinar la naturaleza, magnitud y generalización de los efectos psicoterapéuticos (Eysenck, 1994; Shadish et al., 1997 en Krause 2005).

Los hallazgos de los meta-análisis, dieron cuenta de la efectividad de los procesos psicoterapéuticos (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000 en Valdés, Krause, Vilches, Dagnino, Echavarrí, Ben-Dov, Arístegui y de la Parra, 2005). Por su parte, Corbella & Botella (2004) plantean que uno de los trabajos básicos en el terreno de la eficacia de la psicoterapia fue el meta-análisis de Smith, Glass & Millar (1980) que revisaron 475 estudios y concluyeron que "(...) las personas que reciben terapia mejoran más que el 80% de las personas no tratadas" (op cit p.1003). Posteriormente, según lo señalado por Corbella & Botella (2004) se han desarrollado estudios (p.e., Andrews & Harvey, 1981; Elliot, 2001; Lambert, 1986; Lambert & Catan-Thompson, 1996) que han dado consistencia y apoyo a los trabajos que afirman la eficacia de la psicoterapia. En porcentajes, se ha determinado que entre un 65% y un 70% de pacientes mejora como resultado de la psicoterapia (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Whiston y Sexton, 1993 en Bados et al., 2002) mientras que la remisión espontánea no sobrepasa el 40%. Los resultados no dejan duda respecto a que la terapia psicológica es más eficaz que el placebo o los tratamientos mínimos (Feixas & Miró, 1993).

Sin embargo, surgieron nuevas interrogantes respecto a las diferencias entre los distintos tipos de intervenciones, ya que los hallazgos demostraban que las distintas modalidades terapéuticas parecían variar muy poco entre sí con respecto a la efectividad, sin poder definir qué intervenciones tenían relación con cuáles efectos (Smith, Glass y Millar, 1980 en Corbella & Botella, 2004).

La ayuda profesional parecía tener un tipo de efecto homogéneo (Bozok & Bühler, 1988, en Krause et al., 2006), lo que fue denominado “la paradoja de la equivalencia” (Meyer, 1990). Esta aparente homogeneidad se ha interpretado como un problema metodológico (Czagalik, 1990 en Krause & Dagnino, 2006), dando lugar al surgimiento de nuevas investigaciones en psicoterapia, que llevan al desarrollo de metodologías más favorables que permitieran un mejor conocimiento y una mayor comprensión de los efectos psicoterapéuticos y que puedan explicar de manera cada vez más completa este ámbito (Krause 2005; Moncada 2007).

Algunos meta-análisis sugieren que las distintas terapias psicológicas más importantes (psicodinámica, conductual o humanista) son equivalentes, esto es, igualmente eficaces. Sin embargo, otros meta-análisis indican que existen diferencias entre distintos tipos de tratamiento (Bados et al., 2002). Así, Greenberg, Elliot y Lietaer (1994) hacen un meta-análisis de los 26 estudios que comparan terapias experienciales con otras modalidades de tratamiento (especialmente conductuales y en menor medida psicodinámicas) encontrando que existe una amplia variabilidad entre los datos, sin embargo, la diferencia media entre las distintas intervenciones es prácticamente cero siendo coherente entonces con la hipótesis de la equivalencia.

Horvat & Luborsky, 1993 (en Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra, y Müller, 2008), entre otros, hacen referencia a los componentes de los resultados de la psicoterapia, planteando que éstos se centrarían sobre todo en la propia personalidad del paciente y en la relación terapéutica. Según Lambert, 1986 (en Corbella & Botella, 2004) Prácticamente el 40% del cambio se debe a las propias características del paciente, un 30% a los factores comunes a todas las terapias (empatía, relación, apoyo y confrontación de emociones), un 15% al efecto placebo (expectativas del paciente de que la psicoterapia le será de ayuda) y el 15% restante a las técnicas específicas de cada enfoque.

De esta forma, frente a la poca evidencia empírica que demuestre la efectividad de técnicas o intervenciones particulares en el cambio psicológico (Krause, 2005), comienza a cobrar fuerza el estudio de los factores de cambio inespecíficos, o más recientemente llamados comunes (Hubble et al., 1999; Maione & Chenail, 1999, en Krause et al., 2006), que se definen como variables que son compartidas por todas las terapias (Corbella & Botella, 2004). Esta línea de investigación intenta descubrir qué factores de la terapia o externos a ella, transversales a diferentes tipos de intervenciones resultan responsables del cambio (Opazo, 2001).

Diversas investigaciones como la desarrollada por Orlinsky, Grawe & Parks, 1994 (en Santibáñez et al., 2006) han encontrado evidencia respecto a la importancia de variables inespecíficas como la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica como componentes que tienen gran influencia sobre el resultado del proceso psicoterapéutico. Krause et al., (2006) mencionan que ya en el año 1985 Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian y Auerbach hicieron referencia a la alianza terapéutica como un factor clave del éxito de la terapia.

Al mismo tiempo que cobra fuerza la investigación de los factores de cambio comunes, surge la investigación del proceso psicoterapéutico (Greenberg, 1999; Barkham et al., 1996; Hardy, Cahill, Shapiro, Barkham, Rees & Macaskill, 2001; Williams & Hill, 2001 en Krause, 2005) que se centra en la interacción terapéutica, haciendo énfasis en la relación entre paciente y terapeuta, analizando los episodios de cambio durante esta relación de ayuda de manera cronológica (Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990 en Krause, 2005).

Una línea de investigación reciente que es importante mencionar, tiene que ver con los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, es decir, aquellos que proponen modelos que intentan analizar la eficacia de asignar tratamientos determinados para desórdenes específicos (Chambless & Hollon, 1998; en Krause & Dagnino, 2006).

La investigación en psicoterapia se ha dividido tradicionalmente en dos grandes áreas: la investigación centrada en resultados, y la investigación centrada en el proceso terapéutico.

La primera ha buscado probar que la psicoterapia es más eficaz que el no tratamiento, o demostrar qué tratamiento o intervención terapéutica es más eficaz. Por su parte, la segunda línea, se ha abocado a investigar lo que ocurre en el proceso terapéutico, y a descubrir qué ingredientes de este proceso son los responsables de qué resultados (Machado, 1994).

De esta forma, la investigación de resultados tiene que ver con el "qué", mientras que la investigación de proceso tiene que ver con el "cómo" (Corbella & Botella, 2004).

Así resulta ser que las investigaciones del proceso de cambio (Greenberg, 1986), también denominadas como "resultados de proceso" (Elliot et al., 2001) integran de

algún modo estas dos líneas, en tanto puede ser considerado un estudio de proceso que da cabida a los cambios. Son estas investigaciones de proceso de cambio las que pueden explicar tanto el cómo y el qué de la existencia de estos cambios en la terapia.

2.2 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

Las investigaciones relativas a las psicoterapias experienciales pueden ser consideradas a partir de la década del 70, previo a esto sólo se encuentran antecedentes de diez estudios y con posterioridad a ello, la investigación sobre los resultados de la psicoterapia experiencial comienza a reactivarse (Greenberg, Elliot, y Lietaer, 2003). Así lo confirma el trabajo "*Research on Experiential Psychotherapy*" [Investigación en Psicoterapias Experienciales], realizado por estos autores, en él se recopilan antecedentes que permiten dar cuenta que las investigaciones en esta área se han duplicado cada década, a continuación se revisarán los hallazgos más destacados de éste meta-análisis.

Muchos de los estudios comparativos entre los resultados de la psicoterapia experiencial y otras terapias no experienciales, muestran efectos equivalentes pues no se evidencian diferencias significativas en los resultados globales de ambos tipos de terapia (Greenberg et al., 2003). Estos datos avalan la tesis que postula la existencia de factores transversales a los distintos enfoques teóricos como variable responsable del cambio terapéutico (Safran, 1994 en Santibáñez et al., 2008).

Lo anterior, ha llevado a centrar la atención de investigadores en los efectos del tratamiento diferencial. Encontrando que los tratamientos experienciales resultan particularmente eficaces en los casos de ansiedad, trauma, problemas de salud física, depresión y en algunos trastornos graves como la esquizofrenia.

Los siguientes estudios se destacan en tanto sus resultados avalan la eficacia de procesos experienciales para los casos ya descritos: En cuanto a trastornos ansiosos, Teusch y Böme (1997) reflejan la equivalencia de las terapias cognitivas y experienciales en resultados obtenidos con estos pacientes. En su análisis, los autores sugieren que la terapia cognitiva puede ser algo más específica y eficaz en virtud de que los trastornos ansiosos responden mejor, en general, a un tipo de terapia más directiva.

Otras investigaciones, como las desarrolladas por Paivio y Greenberg (1995) demuestran la eficacia de tratamientos de orientación humanista como el Psicodrama y la terapia gestáltica, al comparar los resultados obtenidos con un tratamiento psicoeducativo en personas con secuelas de traumas y abuso. En este mismo ámbito, Ragsdale, Cox, Finn y Eisler (1996) estudian pacientes hospitalizados que participaron de un programa de tratamiento para el estrés postraumático con bases psicodramáticas. En ellos se observaron diferencias significativas en las áreas de la desesperanza, sentimientos de culpa, vergüenza, soledad y la expresividad emocional, en contraste con pacientes del grupo control que no recibieron dicho tratamiento.

A su vez, Pavio, Holowaty y Hall (2004) encontraron que aquellos adultos víctimas de abuso infantil, en quienes se utilizó la técnica gestáltica del diálogo de la silla vacía, se produjo una reducción de los problemas interpersonales.

En cuanto a la evidencia en el ámbito de las alteraciones de salud física, como cáncer, artritis y bruxismo. Resultan particularmente interesantes los estudios de Spiegel, Bloom y Yalom (1981), en cuanto comparan un grupo terapéutico de apoyo (de orientación existencial) con un grupo control en mujeres con cáncer de mama metastásico. Demostrando que las mujeres del grupo experimental presentan una mejora significativa de la angustia psicológica y un aumento aproximado a 20 meses en el tiempo de vida.

Por su parte, Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie y Garssen (1997) examinaron los efectos de la terapia experiencial sobre el avance de tumores cancerígenos en 35 pacientes que se encontraban en etapas avanzadas de esta enfermedad y que ya no asistían a un tratamiento médico regular. Estos pacientes fueron sometidos a sesiones individuales de apoyo existencial-experiencial, y por períodos regulares participaban de una terapia grupal de apoyo. En cinco de 35 pacientes se observó que el crecimiento del tumor se convirtió en estacionario, durante o al finalizar la terapia. En cuatro pacientes este período estacionario del tumor duró entre tres y nueve meses, y en un caso este período se llegó a extender hasta dos años.

Por otra parte, un estudio realizado en Chile sobre percepción de cambio de pacientes con Artritis Reumatoide en relación al proceso vivido en dos tipos de intervenciones psicológicas (Contreras & Santana, 2008), se evidenciaron diferencias sutiles entre aquellas personas que participaron del grupo de psicoeducación y aquellas pertenecientes al grupo de psicoterapia gestáltica, en aspectos relativos a las

relaciones interpersonales, la comunicación, el modo de significar la enfermedad y en el modo de enfrentar la vida.

Volviendo al estudio de Greenberg, et al. (2003), en 1997, Rezaeian, Mazumdar y Sen, toman una muestra de pacientes deprimidos, dividiéndolos en tres grupos de tratamiento: uno basado en técnicas psicodramáticas, otro en una terapia psiquiátrica convencional y el tercero fue un tipo de tratamiento que combinaba los dos anteriores. Los resultados mostraron diferencias en los avances obtenidos por los grupos de terapia psicodramática y tratamiento combinado versus la terapia psiquiátrica convencional, encontrándose mayor eficacia sobre el cambio de actitud de los pacientes en los primeros grupos que en el tratamiento convencional por si solo.

Un estudio, también comparativo realizado por Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos y Steckley (2003) entre terapias experiencial y cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión mayor, demostró la ausencia de diferencias significativas en los resultados terapéuticos de ambos procesos. Tanto la terapia cognitivo-conductual como la experiencial fueron eficaces en la disminución del nivel depresivo y de angustia, de las actitudes disfuncionales y demostraron una mejora en el autoestima de los pacientes. Sin embargo, estos autores encuentran diferencias en cuanto a la disminución de problemas interpersonales y una mejora en la auto-asertividad en aquellos pacientes participantes de la terapia experiencial (Greenberg y Pascual-Leone, 2006).

Finalmente, Greenberg et al., 2003 mencionan la existencia de estudios europeos recientes que entregarían soporte a la evidencia sobre la eficacia de terapias humanistas, principalmente rogerianas, “centradas en el cliente” sobre perturbaciones crónicas y de personalidad como la esquizofrenia y trastornos borderline.

Tal como “ninguna teoría psicoterapéutica ha logrado (...) formular un concepto terapéutico, en el cual los factores específicos logren efectos convincentes que se correspondan con la relación causa-efecto del modo en que se formula en la teoría” (Bozok y Bühler, 1988 en Krause, 2005). Los antecedentes de las diversas investigaciones en psicoterapia experiencial revisadas, no son suficientes para cuestionar la “paradoja de la equivalencia” (Meyer, 1990), más bien ayudan en la discriminación de características específicas del efecto terapéutico propio del enfoque (Greenberg et al., 2003).

Es así, como a través de la exploración de estudios experienciales expuesta anteriormente, es posible distinguir resultados comunes a este tipo de proceso, tales como: aumento en la expresividad emocional y mejora en el reconocimiento de éstas; cambio favorable en el ámbito de las relaciones interpersonales; re-significación de las situaciones problemáticas; cambio en la conciencia corporal y, en virtud de las anteriores, un nuevo modo de enfrentar la vida. Son, entre otras, estos resultados los que pueden dar apoyo a la hipótesis que propone que ciertos grupos de pacientes obtienen mejores resultados con determinados enfoques terapéuticos (Roth y Fonagy, 1996 en Krause et al., 2005).

En la práctica clínica, una de las características fundamentales de la psicoterapia humanista-experiencial es la utilización de variadas técnicas relacionadas con los distintos tipos de terapia humanista que se han desarrollado. Sin embargo, el factor común a todas ellas tiene relación con una de las concepciones fundamentales de la terapia humanista-experiencial: “la importancia del momento presente como eje primario de la existencia humana y del proceso terapéutico” (Sassenfeld & Moncada, 2006, p. 23).

2.3 TÉCNICAS HUMANISTAS

Las técnicas se definen como los procedimientos específicos de cada terapia, son utilizadas por los terapeutas como herramientas facilitadoras del cambio. Para la Psicología Humanista, las técnicas permiten en términos generales, la exploración de sentimientos no expresados, el tomar conciencia de situaciones aparentemente desconocidas de sí mismo y el contacto con las propias emociones. Por parte de los pacientes se ha visto que la relevancia que éstos les otorgan muchas veces se correlaciona de forma significativa con el resultado de dichas psicoterapias (Horvath & Greenberg, 1989 en Corbella & Botella, 2004). Es por ello que estos autores afirman que es lícito considerarlas también como un factor explicativo del cambio psicoterapéutico.

2.3.1 FOCUSING

El Focusing es una técnica que forma parte de la psicoterapia experiencial, es creado por Eugene Gendlin. Consiste en un proceso y técnica de autoconocimiento y escucha interna centrada en el cuerpo, de modo de entablar un diálogo interno donde sea posible escuchar y explorar las sensaciones producidas por experiencias significativas (Gendlin, 1999).

2.3.2 TÉCNICAS DE TRABAJO CORPORAL

Las diversas técnicas que se utilizan en el trabajo corporal, tienen su fundamento en los postulados de la psicoterapia corporal que Wilhelm Reich desarrolló en la década del 20' y que dicen relación con la idea de una identidad funcional entre el cuerpo y la mente. Al respecto el mismo autor aclara diciendo que “no se trata de transferir el concepto fisiológico al dominio psíquico, no se trata de una analogía, sino de una verdadera identidad, la identidad de las funciones psíquica y somática (Reich, 1997 en Ramírez, 2005 p. 27). De esta misma forma, las herramientas utilizadas por los terapeutas en la práctica clínica apuntan a generar un puente entre estas dos funciones.

2.3.3 SILLA VACÍA

Se configura como técnica propia de Psicoterapia de la Gestalt, este estilo psicoterapéutico cuyo impulsor fue Frederick S. Perls, destaca la experiencia presente del *darse cuenta*, en el *aquí y el ahora*. La persona es considerada como un todo organizado y no como un conjunto de emociones, conductas y cogniciones (Trull & Phares, 2003). En este sentido, Perls considera que la efectividad terapéutica se presenta cuando ésta logra “aquel grado de integración que facilita el desarrollo” (Perls, 1978b, p. 56-57). Por su parte, las técnicas gestálticas se desarrollan como apoyo en la búsqueda de la capacidad autorreguladora del ser humano.

2.3.4 IMAGINERÍA

Las imágenes reportadas por los pacientes han sido utilizadas desde los comienzos de la Psicología como una herramienta de ayuda para entender y explicar la conducta humana. Siempre acorde a sus bases teóricas, orientaciones conductuales, psicoanalíticas y humanistas, entre otras, convergen en su interés por los fenómenos de la imagería mental como ayuda al proceso terapéutico (Espinoza, Ringler, Winkler, 1976), en tanto esta técnica requiere que el paciente examine de forma indirecta sus procesos mentales. Un concepto muy relacionado al anterior, es el de *fantasía*, ésta consiste en una capacidad que va más allá de la formación de imágenes pero que necesita de ellas para activarse. De esta forma, la utilización de esta técnica permite modificar la realidad a voluntad, por períodos breves de tiempo, ayudando al paciente a experimentar y ensayar situaciones novedosas o cotidianas desde otra perspectiva, ampliando su experiencia.

2.3.5 OTRAS TÉCNICAS HUMANISTAS

Como otras técnicas, se hace mención al *dibujo*, el *collage* y la *escritura* pues fueron también utilizadas en los procesos terapéuticos de los entrevistados. Tanto el dibujo como el collage se consideran por sí mismos expresiones artísticas y como tales su valor terapéutico radica en que al presentarse ante el paciente exponen la descarga emocional de la idea que impulsó la obra. Así mismo el autor tiene la libertad de elegir variar o repetir y así re-experimentar la emoción o idea, teniendo la posibilidad de resolver el conflicto implícito y/o integrarlo a su realidad (Dalley, 1981). En este sentido, los pacientes utilizan la escritura como un medio de expresión de las propias ideas, sentimientos y emociones (Oacklander, 1996).

3. OBJETIVOS

3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Cuál es la percepción de cambio que tienen los pacientes que asistieron a un proceso de psicoterapia breve de orientación humanista?
2. ¿Qué relevancia tiene en la percepción de cambio de los pacientes la utilización de técnicas propias del enfoque humanista?

3.2 OBJETIVO GENERAL:

Conocer la percepción de cambio desde la perspectiva del paciente respecto a un proceso de psicoterapia breve de orientación humanista, y la relevancia que podría tener en la percepción de cambio el uso de técnicas propias de este enfoque.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las áreas en que los pacientes observan los cambios logrados.
2. Indagar en los factores que se perciben relevantes para el cambio.
3. Conocer cuál(es) de los factores resultarían favorecedores en el proceso de cambio.
4. Descubrir elementos que dificulten el proceso de cambio.
5. Describir la utilidad de las técnicas en el proceso de cambio.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

En razón de los objetivos planteados en la presente investigación, se ha recurrido a metodología de tipo cualitativa, pues esta resulta apropiada “cuando se desea acceder a procesos subjetivos y cuando interesa la perspectiva propia de los actores sociales”. (Krause, 1995, p. 34). De esta forma, la percepción de cambio sobre un proceso de psicoterapia resulta un hecho subjetivo, enmarcado en el discurso particular de un sujeto que ha vivido dicho proceso.

La presente investigación pretende explorar la percepción de cambio atribuida a un proceso de asistencia psicológica breve, utilizando metodologías de tipo cualitativas pues son estas orientaciones metodológicas las que concuerdan, en mayor medida, con investigaciones de tipo exploratoria (Moncada, 2007).

Otra de las ventajas de esta metodología es que ayuda a comprender la conducta de los sujetos desde su propio marco de referencia, así el objeto de estudio para este tipo de investigaciones, se consigue desde dentro del fenómeno estudiado. Sus objetivos fundamentales guían la investigación hacia el descubrimiento, exploración, expansión, descripción e inducción del fenómeno, que lleva a considerar a éste último de manera holista, asumiendo una realidad dinámica (Cook & Reichardt, 1986 en Krause, 1995).

Lo anterior, configura las bases propias de la metodología cualitativa refiriéndola a “procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico” (Krause, 1995, p. 21). Por otra parte, resulta de ayuda pues permite “abordar la complejidad del proceso terapéutico y de sus condiciones contextuales con flexibilidad metodológica y, con ello, quizás, puede dar cuenta de él de mejor forma” (Krause, 2005, p. 47).

Considerando los objetivos de la metodología cualitativa, la meta de la presente investigación es profundizar en la descripción de las características del cambio percibido por pacientes que han concluido un proceso de asistencia psicológica breve de orientación humanista, estableciendo relaciones entre estas características de cambio y desarrollando las mismas (Krause, 1995). Por otra parte, se espera indagar en la relevancia que tiene, en esta percepción de cambio, la utilización de técnicas

propias del enfoque humanista, intentando contribuir así al desarrollo de investigación en esa área (Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

4.1 DISEÑO

Existen diversos estudios dentro de la metodología cualitativa, en este caso se utilizará un tipo de estudio descriptivo-analítico, en tanto identifica, describe y analiza los resultados obtenidos, posibilitando así la construcción de categorías generales sobre la percepción de cambio, en base a los datos particulares entregados por los entrevistados. Corresponde a un diseño no experimental.

En este sentido, el modelo cualitativo de la Grounded Theory, elaborado por Glaser y Strauss (1967) destaca en virtud de sus bases conceptuales, pues en ellas se plantea que “una teoría fundada empíricamente debe explicar al mismo tiempo de describir” (Corbin & Strauss, 1990 en Krause, 1995). Permitiendo realizar un análisis de la información verbal de dos maneras: de modo descriptivo y mediante la construcción de modelos conceptuales a partir de ella (Moncada, 2007). Otra de las características de este modelo, es su orientación al descubrimiento de nuevas ideas y teorías, entre otras, que a diferencia de las metodologías cuantitativas, no determina su objeto de estudio de forma previa a la investigación empírica, lo que facilita la utilización de métodos de investigación de manera flexible, adecuándolos al objeto, de esta forma “un conocimiento previo insuficiente no constituye una desventaja insalvable, sino todo lo contrario” (Krause, 2005).

4.2 MUESTRA

El universo muestral de la presente investigación lo constituye un total de diez personas: seis mujeres y cuatro hombres, todos ellos estudiantes de las carreras de Enfermería, Medicina, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional y Tecnología Médica, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Quienes durante el año 2008 completaron un proceso de atención psicológica breve de orientación humanista-experiencial, otorgado por la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAE) de la Facultad de Medicina, a cargo de Licenciadas en Psicología de la misma Universidad que fueron supervisadas desde la Facultad de Medicina por la Dra. Ximena González y por la Dra. Laura Moncada desde el Departamento de Psicología. La muestra se constituye así en un tipo de muestra no probabilística e intencionada.

El universo muestral se compone de 20 sujetos, estudiantes de la Facultad de Medicina que han finalizado un proceso de asistencia psicológica breve de orientación

humanista. La presente investigación tuvo acceso a 10 de ellos, obteniendo por lo tanto 10 entrevistas, de las cuales 9 fueron consideradas al momento del análisis descriptivo, se descartó una de ellas por estimar que el discurso del sujeto se hallaba contaminado por la experiencia actual de una nueva terapia, confundiendo en su relato los logros obtenidos de su proceso anterior con el actual.

En detalle, la muestra se compone de la siguiente manera:

Entrevista	Sujeto	Edad	Carrera	Uso de Psicofármacos
I	Hombre	22 años	Enfermería	No
II	Mujer	19 años	Terapia Ocupacional	Paroxetina
III	Mujer	24 años	Nutrición y Dietética	Fluoxetina
IV	Mujer	22 años	Tecnología Médica	Sertralina
V	Hombre	21 años	Tecnología Médica	No
VI	Mujer	19 años	Nutrición y Dietética	No
VII	Mujer	26 años	Medicina	No
VIII	Hombre	22 años	Tecnología Médica	No
IX	Hombre	22 años	Medicina	No
X	Mujer	19 años	Nutrición y Dietética	No

Con la finalidad de acceder a las vivencias subjetivas de los participantes y a su discurso en relación a la percepción de cambio atribuida al proceso terapéutico antes mencionado, se utilizó una entrevista semi-estructurada con guión temático, basada en la “Entrevista de Cambio al Cliente”, desarrollada por Robert Elliot (Elliot, 2008). Esta fue aplicada de forma individual, previa revisión con un juez experto, quedando configurada para explorar la percepción de cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve, de acuerdo a los siguientes ejes temáticos: estado de ánimo actual, uso de medicamentos y percepción general desde el presente sobre el proceso de atención psicológica vivido; reconocimiento y repercusión de cambios esperados y logrados; valoración de los cambios; atribuciones causales de los cambios logrados; elementos que dificultaron el proceso; percepción de aspectos relevantes de la terapia; aspectos problemáticos.

El modo de contactar a los participantes se realizó mediante una invitación vía correo electrónico, con apoyo de la DAE, luego, a quienes aceptaron participar se les contactó telefónicamente para concertar la entrevista. Todo este proceso se llevó a cabo a comienzos del año 2009. Todas las entrevistas fueron grabadas bajo el consentimiento de cada participante.

Para el análisis de los datos, las entrevistas fueron transcritas a cabalidad para luego codificar los datos y, a partir de ellos, generar diversas categorías y conceptos que tendrán el carácter de hipótesis, las que posteriormente serán contrastadas y permitirán así el análisis descriptivo (Krause, 1995).

A lo largo de todo el análisis, la información obtenida de este primer proceso de codificación, es contrastada con los datos siguientes, los conceptos e hipótesis generados pueden corregirse constantemente a la luz de datos incipientes. A partir de este análisis se obtienen conceptos nuevos que se utilizan para la continuación del muestreo, la recolección de datos y su análisis, proceso que finaliza al momento de lograr la saturación teórica de las categorías conceptuales obtenidas (Krause, 1995). De esta forma, se logra “generar diversos modelos comprensivos sobre diferentes aspectos que se destacan en los resultados” (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz y Haemmerli, en prensa), proceso analítico conocido como codificación axial.

Con el fin de conservar el criterio de intersubjetividad, en esta etapa del análisis, se apela al efecto de la triangulación, sometiendo los datos obtenidos a la evaluación de un investigador externo.

5.0 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A partir de los datos recabados y en virtud del análisis descriptivo de estos, es posible distinguir dos grandes categorías en relación a la percepción de cambio. La primera hace referencia a un nuevo modo en que los pacientes se enfrentan y relacionan con el mundo, así también describe cómo ellos vivenciaron ese proceso. En tanto esta categoría muestra los niveles en que los entrevistados perciben la vivencia particular de un proceso de cambio, se le denominó “En Relación al Proceso del Paciente”.

Por otra parte, se observaron factores que se relacionan con el proceso de asistencia psicológica y que los pacientes atribuyen como importantes en la formación de su percepción de cambio, estas variables fueron sintetizadas en la categoría “En Relación al Proceso Terapéutico”.

5.1 EN RELACIÓN AL PROCESO DEL PACIENTE

Tal como se ha dicho anteriormente, en esta categoría se encuentran aquellos discursos que representan indicadores de cambio que ponen énfasis en la vivencia del paciente. Es posible, dentro de ella, hacer una subdivisión de los discursos agrupándolos en tres categorías que hacen referencia a “Indicadores de Cambio”, a distintos niveles; a una “Descripción del Proceso de Cambio” y a las “Metas Terapéuticas”.

5.1.1 INDICADORES DE CAMBIO

Como su nombre lo indica, bajo este concepto se agrupan aquellas aseveraciones relacionadas con la descripción de cambios en distintos niveles de la experiencia del sujeto. A su vez, estos distintos niveles representan cambios en las siguientes áreas:

5.1.1.1 Cambio Cognitivo

Se observa en los entrevistados, ideas relativas a un reconocimiento de la situación que les conflictúa y una nueva forma de enfrentarse a dicha situación, destacando muchas veces que se trata de un objetivo que no esperaban cumplir en el proceso de terapia, *“Sí, yo iba porque me sentía raro y me di cuenta que era porque estaba muy racional, me costaba ver las cosas, entonces al hacerlo de la otra forma me di cuenta... oh era así!, entonces fue como emocionante, yo no me lo esperaba” (I, 14)*. Así, otra persona se define como *“una persona más enfocada en lo que quiero (...) No tenía expectativas de que iba a cambiar, yo iba con la idea de que iba a terminar así, por eso te digo, que me iban a pasar a psiquiatra (...)” (V, 51)*.

Por otro lado, se percibe una mayor claridad sobre cómo enfrentar su situación, así como también se menciona que aprenden a verla desde otra perspectiva *“Más que nada lo que aprendí fue a mirar las cosas desde otro punto de vista, yo creo que lo principal fue eso, no sentirme tan solo como creía que podía estar (...). Otro cambio, la percepción mía de cómo ver las cosas”* (VIII, 57); *“... es como más seguridad, ciertos aspectos, como que he cambiado de pensamiento, como más claridad en mis pensamientos, en algunas cosas”* (VII, 25).

5.1.1.2 Cambio Relacional

Existe también un cambio en la forma de relacionarse con otras personas, que se manifiesta en un mayor acercamiento hacia los otros y que a la base evidencia una disminución de la ansiedad frente al contacto *“Antes era muy racional, era una persona fría y con el tiempo aprendí a ser un poquito más... a ser un poquito más sociable, un poquito más afable. El hecho por ejemplo que yo antes no miraba a los ojos”* (I, 11).

Este cambio, de alguna forma también trae como consecuencia una mejora en la forma de verse a sí mismos, en la autoaceptación, de este modo se observa que *“la relación con las personas está cambiando, más que nada esa era toda la parte social que me afectaba y eso está cambiando, me estoy atreviendo a hacer cosas, a conversar con la gente, a aceptarme a mí misma, como a abrirme un poco más”* (IV, 15).

Por otro lado, el aumento en el nivel de contacto con los otros, implica muchas veces un cambio en las relaciones a nivel afectivo, manifestado en *“el darme cuenta de las cosas, eso era el poder contactarme con la gente, que ellos me sintieran no tan fría, porque soy demasiado fría y siempre pongo una barrera antes de, ése es el cambio”* (IV, 27).

5.1.1.3 Cambio Conductual

Este nivel principalmente es reconocido por el círculo cercano a los entrevistados, quienes hacen notar un cambio generalmente asociado a una mayor madurez en ciertas áreas, *“Con mi ex pareja (...) siempre conversábamos y ella se daba cuenta que había algo distinto y algunas personas también me lo hicieron notar el año pasado y este año. A ti algo te pasó que hiciste click y estai como más grande pa’ algunas cosas”* (I, 21). Así como también, a la expresión de características propias del paciente

que les resultaban desconocidas *“Ella siempre me dice, oye que te ha hecho bien la terapia, este aspecto no lo había visto en ti (ríe), y mis amigas, mis mejores amigas que son como mis hermanas, también” (VII, 23).*

Por otra parte, se observa como un cambio conductual importante, una forma de reaccionar que implica mayor control de los propios impulsos *“Si hubo un cambio grande (...) ya no respondo tan impulsivamente, de manera agresiva, porque era un poco agresiva. Me tomo las cosas con más calma, las pienso y actuó de mejor manera con el resto de las personas” (X, 9, 10).* Y un aumento en la motivación por la realización de nuevas actividades o un mejoramiento en las anteriores *“Me he motivado tanto a mí mismo (...) ahora me metí a una rama de montañismo y con varios objetivos de poder ir subiendo en ese sentido, y me ha gustado y me he sentido súper bien en eso. Aparte yo siempre he practicado natación esporádicamente, uno así como que puede ir y no va, pero ahora sí como que me lo he planteado y lo estoy haciendo, un entrenamiento mucho mejor de lo que pudo haber sido antes” (VIII, 46).*

5.1.1.4 Cambio Emocional

La principal característica de esta categoría se manifiesta en lo que los entrevistados describen como un aumento en la sensación de tranquilidad que contribuye a una mejor calidad de vida, *“Estoy más tranquila, que ya no sufro tanto por las cosas, no me pongo tan nerviosa y soy capaz de expresar lo que siento en el momento, ya no las acumulo”(X, 12).* Además se manifiesta una mejora en su estado anímico *“Mi estado de ánimo cambió” (IV, 15),* que va desde el control del mismo y el aumento, hasta una mayor motivación por la vida *“con más ánimo yo creo, de vivir y hacer cosas” (VIII, 54),* *“...más tranquilo. Más esperanzado” (IX, 19).*

Como un modo de alcanzar logros en esta área, destaca entre los discursos de los entrevistados el hecho de tomarse el tiempo para auto-observarse, poner atención y reconocer las propias emociones *“Me escuche bastante, lo que sentía, lo que me provocaban las cosas. Como que me pausé y me di el tiempo para escucharme, para conocerme para quererme un poco más” (VII, 11).*

5.1.1.5 Cambio Corporal

El cambio corporal, pasa principalmente por dos aspectos. El primero se refiere al cuerpo físico; donde se refieren a adquirir herramientas que permiten relajarlo muscularmente, la disminución del estrés a través de la resignificación de las situaciones problemáticas o angustiantes *“...y me he relajado más, era muy estresada*

también, por la pega en general, ahora soy más relajada” (VII, 21), lo que conlleva una disminución en el umbral de dolor “Significó poder salir de un estado de miedo que yo tenía, de una ansiedad, un estrés todo y relajarme, tranquilizarme intentar solucionar las cosas sin desesperarme, para mí eso fue súper importante porque yo tengo un poco de nervios, ansiedad y ya me siento mal, físicamente, me duele el estomago, el colon, todo eso, entonces como que ahora el umbral es mucho más alto, y yo creo que es a raíz de eso, de la terapia”(VI, 37).

Por otra parte, se demuestra una mayor atención hacia las sensaciones corporales, logrando establecer un mayor contacto corporal con las sensaciones correspondientes: *“antes simplemente si no veía las cosas, no las veía, ahora dejo que mi cuerpo sienta más” (I, 14).*

5.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO

En esta categoría se encuentran aquellos discursos que demuestran una reflexión sobre el proceso general de terapia, que incluye en ocasiones una mirada retrospectiva sobre el proceso en su totalidad, cuyas fases serían: inicio del proceso, intermedio y final. Un discurso representativo de la etapa de inicio es lo referido por un paciente al decir que *“Ahora mirando para atrás, yo creo que la terapia fue un poco el culmine de la salida de los problemas que tenía, fue mucho tiempo avanzando solo, y cuando llegué al tope no me había dado cuenta, y con la terapia me reimpulsé, y ahí me di cuenta que necesitaba un poco de ayuda” (IX, 51); “(...) Yo tenía una negativa inmensa para ingresar (a la terapia) y de a poco fui escudriñando por ahí, descubriendo cosas y aceptando” (IV, 10).* La etapa intermedia corresponde al momento en que los cambios comienzan a instalarse, esta situación es vivenciada por los pacientes como una fase especialmente dolorosa *“...uno quiere cambiar pero el cambiar es doloroso y cuesta y no es de un día pa’ otro y no es porque uno quiere un cambio de un día pa’ otro (...), yo creo que mucha gente debe desistir en ese proceso porque es preferible quedarse en la comodidad de cómo uno es”(V, 69, 70).* La etapa final refleja el período donde los cambios se están consolidando *“Yo partí escribiendo en el libro como puras cosas tristes y después empecé a cambiar, a cambiar y después te das cuenta que pasaste por un período súper fuerte” (V, 30),* que supone la consolidación de los cambios logrados.

5.1.3 METAS TERAPEUTICAS

Se relacionan con la percepción que tienen los entrevistados sobre ciertos logros o situaciones obtenidos, los que se condicen, sin ellos esperarlos, con objetivos terapéuticos transversales.

5.1.3.1 Autoconocimiento

Esta categoría, según lo mencionado por los pacientes, hace referencia al resultado de un proceso de autoobservación y descubrimiento de sí mismos, en que la persona adquiere nociones nuevas respecto a sus características propias, rasgos de personalidad, estados emocionales, *“...Que me conocí, partí de dentro hacía fuera, no de afuera hacia dentro porque yo sentía que hace un tiempo atrás yo no me conocía. No sabía cuándo me sentía feliz, cuándo me sentía triste... cuándo algo realmente me molestaba, cuando algo... pa’ qué molestar. Entonces, con esto me ayudó a conocerme, me ayudó a conocerme el carácter... de uno...”* (I, 42).

Mediante este aprendizaje respecto a sí mismo, se desarrolla también una idea de autoaceptación y autoconfianza ante quienes les rodean *“Más segura, me conozco más, me acepto más, me quiero más, siempre me he querido, pero hay cosas que me molestaban, mi forma de ser , rasgos y ahora como que lo acepto, los conozco, los quiero”*(VII, 29). El siguiente discurso, da cuenta de una nueva forma de enfrentarse al mundo tras haber percibido un cambio en el área del autoconocimiento *“...Serena, consciente, con más tacto, más madura, asertiva, y con la capacidad de poder expresar las cosas en el minuto y sin guardármelas más del tiempo necesario...”* (X, 15). Es importante mencionar que este aprendizaje, en varios pacientes, conlleva a sentirse orientado y con mayor claridad para enfrentar los problemas, por otra parte, el autoconocimiento corresponde a una meta que la mayoría de los pacientes reporta como inesperada.

5.1.3.2 Tomar Conciencia

El tomar conciencia hace referencia a la percepción respecto de la realidad interna de los entrevistados. El estado en que se encuentran, vivencian y reaccionan ante el mundo. *“(...) fue como el descubrir, porque yo sentía un vacío y fue el descubrir qué era lo que me generaba ese vacío, entonces descubrí qué cosas eran lo que me lo generaban y acepté que tenía que cambiarlo”* (IV, 4). En el siguiente discurso, es posible ver que el entrevistado toma contacto con una situación que para él resulta significativa, pudiendo percibirla a distintos niveles: cognitivo, relacional, emocional, lo que le permite hacerse cargo de ella. *“...Fue como darme cuenta, darme cuenta...”*

quién soy y lo que quiero ser. Que no era ninguna de los dos correctos. Me desvaloraba mucho... cuando me preguntaban cómo era yo me desvaloraba mucho pero cuando me preguntaban cómo quería ser no ponía a una persona con los sentimientos muy equilibrados, ponía a una persona competitiva, egoísta, que lucha por todo sin mirar lo que está derribando en el camino, entonces como que me hizo darme cuenta que ninguna de las dos estaba bien...” (III, 33). Es así como logra darse cuenta, o al menos acercarse a la dinámica que se encuentra a la base de sus conflictos y en razón de ello, puede desplegar herramientas nuevas para lograr el cambio esperado.

Por otra parte, destaca el logro de la capacidad de simbolizar, a raíz del ejercicio de este proceso de darse cuenta *“Descubrí que tenía una especie de barrera y que yo misma encajonaba todo y que funcionaba solamente con la universidad pero nada personal, entonces eso descubrí que yo dejando de lado todo lo personal... en la U a mi me estaba yendo bien pero me sentía igual vacía” (IV, 14).*

5.1.3.3 Lograr Explicaciones Nuevas

En cuanto a esta categoría, las entrevistas indican que existe un proceso en el cual los pacientes reordenan su experiencia, o el sentido de su vivencia, llegando a un nuevo razonamiento. *“...Yo pensaba que había sido de una forma que en realidad no era, entonces pensaba que desde ese momento para adelante me había echado a perder y había seguido echándome a perder, pero en realidad no. Pero ese día fue bien bueno. Me ayudó en ese sentido...” (IX, 28).* En este caso, se produce una resignificación de la experiencia.

Es posible entender que las personas establecen relaciones causales en el abordaje de sus experiencias, y durante el proceso terapéutico se permiten observar y reformular las situaciones conflictivas, llegando así a una explicación novedosa de su biografía *“...Toda mi infancia se acumuló, acumuló, acumuló y lo que en el fondo provocó fue que yo reventara el año pasado y dentro de esa caída de que yo reventara se incluía el problema educacional, porque esos problemas de antes me llevaban a querer cosas como muy grandes y entonces por eso yo me sentía insatisfecho con lo que yo estaba pero no era porque no me gustaba en lo que yo estaba, sino que yo necesitaba satisfacer ese vacío siempre escalando, escalando...” (V 11, 12).* Se observa que este entrevistado realiza un razonamiento respecto su experiencia, y mediante distintas consideraciones organiza una explicación clara y convincente que

le permite tomar una nueva perspectiva de su vivencia, que es más comprensible y adecuada para él de acuerdo al momento en el que se encuentra.

5.1.3.4 Empoderamiento

Esta categoría tiene relación con el aumento de la capacidad por parte de las personas, de poder reconocer y utilizar sus propios recursos, así como el adquirir otros nuevos, permitiéndole manejar las decisiones que la afectan lo que perciben como la posibilidad de tomar el control de situaciones que, anteriores a la terapia, no podían manejar. *“Que tengo las herramientas para resolver mis problemas y no caer en ese hoyo profundo que uno a veces se... mete y no ve escapatoria. Como que me dio bastantes herramientas que antes no sabía dónde estaban. Me las mostró” (III, 7).* Esto se manifiesta también en una mayor seguridad en las propias capacidades, con un sentido de libertad para poder escoger y actuar *“(...) o sea si me caí una vez y supe salir, con ayuda, la próxima vez que me caiga debo salir solo porque ya tengo las herramientas” (I, 23).* Y es posible encontrar además, que establecen un fuerte compromiso consigo mismos.

Por otra parte, existe un control sobre su propia experiencia que antes no existía. Términos como “herramientas” o “armas” son usados por los entrevistados para hacer referencia a capacidades o aptitudes que le permitirían ahora enfrentarse a situaciones complejas. *“...esto es lo que yo necesito, esto es lo que yo quiero y tengo las armas para lograrlo...” (I, 10).* De esta forma, esta categoría demuestra entonces, un cambio en la confianza de las personas respecto de sus propias capacidades al enfrentar un problema, constituyéndose esta confianza como una de las herramientas importantes adquiridas. Se sienten comprometidos con su propia experiencia, con la fuerza suficiente para hacer frente a los problemas que se puedan presentar a futuro.

5.1.3.5 Integración de Aspectos de Sí mismo

Supone un equilibrio a nivel de emociones que a los entrevistados les era complejo integrar en su experiencia pero, que a través del proceso terapéutico logran una situación de equilibrio de diversos aspectos de sí mismo. Donde las partes se complementan, formando un todo que permite mayor armonía *“Porque yo lo veo así... yo me veo así aquí al medio: Arturo íntegro. Al lado veo la razón y al ladito la emoción, la idea es que estas tres cosas sean parecidas porque yo soy la misma persona. Antes de esto yo veía una graaan razón y una muy chica emoción, entonces ahora estoy como un poquito más grande razón que emoción y a veces más emoción que razón” (I, 37).* Se trata de un intento por equiparar estos aspectos de modo que permitan un

mejor funcionamiento *“ya no callo todo lo que pienso, (...) no reacciono demasiado agresiva ni tampoco me guardo mucho las cosas, estoy como un poquito en el equilibrio, que eso era lo que me faltaba. Como que me dejó encaminada en ese sentido”* (III, 10).

5.2 EN RELACION A VARIABLES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Tal como se menciona al comienzo, esta categoría resume los factores que son parte constitutiva del proceso terapéutico y que son percibidos por los entrevistados como variables que influyeron en el logro de objetivos. En este sentido, se reconocen “Elementos Facilitadores” y como contraparte, “Elementos Entorpecedores” del proceso.

5.2.1 ELEMENTOS FACILITADORES

Corresponden a aquellos elementos que contribuyen positivamente sobre los efectos terapéuticos.

5.2.1.1 Ayuda del Terapeuta

En esta subcategoría los entrevistados destacan características propias de la persona del terapeuta, que los ayudan a cumplir con los objetivos del proceso *“La psicóloga era muy amorosa, como que me impulsaba a que yo podía hacer los cambios”* (X, 9), que en ese discurso en particular se condice con el objetivo principal de mejorar el manejo de emociones, por el cual esa persona decidió asistir a terapia.

En esta categoría se incluyen ideas de los entrevistados respecto a elementos o características del terapeuta que pudieron haber contribuido en el proceso vivido a través de la terapia. Aparece la percepción respecto al terapeuta como una persona con la que se logra afinidad y se transforma en facilitador del *cambio* *“... yo siempre empezaba el proceso y no lo terminaba. Pero creo que, con mi terapeuta igual encontré como un poco de afinidad en el sentido de paciente y psicóloga, entonces se dio...”* (III, 6). En este discurso es posible apreciar también la idea del proceso terapéutico como un trabajo en conjunto. El vínculo se percibe como favorecedor para varios entrevistados como se puede ver en el siguiente discurso *“... me cambió toda la idea que tenía, o no sé si me cambió, sino que en conjunto logramos transformar ese pensamiento...”* (V, 6).

Aparece en varios entrevistados la idea de que el terapeuta ayuda a través de “ordenar”, haciendo más comprensibles las temáticas importantes, lo que permite ahondar en el proceso: “... *te saca cosas, te ordena, ordena esta plato de tallarines que a veces uno tiene adentro...*” (VII, 42). El terapeuta tendría la capacidad de entregar una nueva perspectiva al paciente respecto a los problemas, como manifiesta en los siguientes discursos: “...*fue importante el hecho que haya sido alguien externo, yo creo que me ayudó el otro punto de vista, porque yo no lo estaba viendo...*” (VIII, 59) “...*como que la psicóloga te ordena, te devuelve tus mismos pensamientos, y te repercuten (...) que una persona con una visión objetiva me diga su impresión de mi realidad...*” (VII, 32). De este modo, el terapeuta hace en forma activa varias acciones que le permiten al paciente entender aspectos relevantes de sí mismo.

5.2.1.2 Técnicas

La presente categoría hace referencia a la utilización de técnicas propias de la psicología humanista experiencial, y su influencia en el proceso psicoterapéutico de los entrevistados.

5.2.1.2.1 Focusing

Esta técnica consiste en focalizar la atención en las sensaciones, emociones e imágenes, dolores o molestias que aparecen en el cuerpo, busca que la persona se centre en el cuerpo a través de la respiración y la atención en el espacio interior para encontrar así la sensación sentida que es algo que el paciente tratará de poner en palabras mediante un diálogo interno. Los entrevistados consideran que la técnica del Focusing les ayudó a escucharse a si mismos a “(...) *escuchar a mi cuerpo que es lo que me molesta, que me gusta, o la señal de que hay algo que está bien o está mal*” (VI, 31).

Por otra parte, perciben también esta técnica como una manera de tomar contacto con el cuerpo desde la conciencia “... *sentía mucho, eso era como a lo que yo le daba más valor, que me conectaba con mi yo, mis sensaciones...*” (VII, 73), como menciona el entrevistado, focalizando la atención en las sensaciones o molestias que aparecen en el cuerpo, principalmente en relación a las vivencias actuales, o a aquellas que se están viviendo desde hace mucho tiempo, como en el caso de la entrevistada que entrega el siguiente discurso: “*Me ayudó para detectar, directamente el problema que se reflejaba en los estudios, que era la angustia. Me ayudó a darme cuenta como era, cómo manejarla, cómo controlarla*” (X, 23). El Focusing le permitió afrontar el problema de la angustia de manera más adecuada, un nuevo camino para reconocer lo que

estaba vivenciando al centrarse en aspectos propios de una forma que antes no conocía y como consecuencia, manejarlo de mejor manera.

5.2.1.2.2 Trabajo Corporal

En esta categoría se incluye la mirada del cuerpo en la experiencia de los entrevistados. *“Me ayudó a darme cuenta del mensaje que estaba comunicando, cuando en realidad no quería comunicar, porque no iba conmigo...” (VIII, 78)*. Esta entrevistada comienza a poner atención no sólo en lo que se dice (el contenido) sino también en cómo lo dicen (la forma). Se trata de tener acceso a una nueva dimensión de sí, así como una integración de cuerpo y mente; una dimensión nueva respecto a la propia experiencia.

El uso de ejercicios además permite un mejor entendimiento de sí mismo y de las propias emociones y pensamientos, que en un paciente fue expresado como *“... Me servían para concentrarme un poco. Porque siempre llegaba con la cabeza llena de cosas, entonces me servían un poco para enfocarme...” (IX, 38)*.

El poder tomar conciencia de aspectos corporales como gestos, posturas, expresiones y comportamientos, es percibido como un elemento facilitador de la comunicación en la terapia, como se puede observar en el siguiente discurso: *“...porque no podía mantener una conversación con ella y como tocaba temas míos me ponía demasiado nerviosa y era mi impulso el cerrarme, no hablarlo entonces al enfocarme en partes del cuerpo me dejaba a mí más relajada y así empezó, no sé si a lograr, entrar más...” (IV, 40)*. Así como también, advierten un aprendizaje en este sentido, que pueden incorporar en la vida cotidiana: *“...Estos ejercicios me ayudaron, básicamente a aprender a controlarme, a no contenerme en algunas cosas y controlar otras cosas, para poder sacarlas de buena forma...” (X, 27)*.

5.2.1.2.3 Silla Vacía

La utilización de ésta técnica es mencionada como un elemento que facilita la resolución de temas problemáticos en la vida del entrevistado, permitiendo el contacto con aspectos internos que pueden ser complicados: *“...sacar a lo mejor eso que me bloqueaba y me impedía sentir. Y en ese momento lo pensé, lo dije... y se fue...” (I, 68)*. Así como también ayudando a solucionar conflictos interpersonales, principalmente, enfrentar situaciones difíciles: *“Me ayudó para solucionar conflictos con esa persona, en el momento yo planteaba mis conflictos y después de eso, en la*

vida real como que pude enfrentar a la persona y hacerlo. Era primero ver lo que tenía que hacer, como prepararme para hacer lo que quería” (VI, 28).

También es posible encontrar en los discursos que esta técnica permite el poder “verse” desde otra perspectiva, es decir, abstraerse de la experiencia subjetiva y entender lo que está ocurriendo desde “afuera”: *“Si, yo creo que eso me ayudo. Verme a mí mismo desde otro punto de vista más que nada... eso... a ver cómo me veo, que es lo que reflejo, cuál es la imagen que estoy comunicando, me ayudo en eso” (VIII, 75).*

5.2.1.2.4 Imaginería

La imaginería es percibida por las personas como una herramienta que ayuda al proceso de darse cuenta de situaciones problemáticas que se hallaban negadas *“(…) hizo darme cuenta que había cosas que yo, de alguna u otra forma no recordaba, que había tapado, que había querido olvidar o que otras cosas me habían hecho olvidar, entonces que no necesariamente lo que yo recordaba era cierto, porque ahí me di cuenta que mi cabeza me podía engañar de repente” (IX, 30).* En este sentido, resulta de gran ayuda en la expresión de sentimientos que son difíciles de verbalizar a través del uso de elementos simbólicos *“Los ejercicios, para mí me era mucho más fácil, porque yo tiendo a ponerlo todo en simbolismos, sobre todo las cosas de sentimientos, es muy difícil ponerlo en palabras” (VII, 68),* de esta forma, esta técnica contribuye a abrir la experiencia del paciente en su propio mundo interno, permitiendo un autoconocimiento que se acompaña de sentimientos de tranquilidad *“Me relajaba, y así como que la mente está más clara. (...) Me ayudo harto, porque encontré como respuestas, como que me di cuenta de muchas cosas que yo pensaba que no eran importantes y que sí lo eran, que tenía que prestarle más atención a eso. También darme cuenta que yo era capaz de hacer cosas, como que tenía más fuerzas de lo que yo pensaba” (VI, 23, 24).*

5.2.1.2.5 Otras Técnicas Humanistas

A. Dibujo

Como dibujo se considera cualquier expresión gráfica sobre papel, los pacientes las reconocen como dibujos de sí mismos, de otras personas, de situaciones específicas, esquemas, gráficos, etc. Todas las cuales son percibidas de utilidad para adquirir una nueva forma de visualizar una situación problemática, o tomar conciencia de aspectos deficitarios o que habían sido dejados a un lado *“Si, era hacer gráficos de torta de la*

importancia que tenía la gente para mí, me di cuenta que le daba muy poco a los amigos, no tenía nada en esa parte” (IV, 37).

Lo que se reconoce como característico de la técnica es que brinda la oportunidad de experimentar situaciones abstractas en una forma más concreta, permitiendo al paciente establecer una perspectiva distinta para observar con tranquilidad una situación más específica *“Me gustaban harto esas... no sé cómo se llaman... esas actividades en que me hacía dibujar en un papel, dibujarme a mí y dibujar las distintas situaciones, gente importante para mí. Me gustaba dibujarme y poner en papel mi realidad. (...)Me permitía ver los problemas desde afuera, no desde dentro del problema, entonces como que podía ver las cosas un poco más claras” (IX, 25, 26).*

B. Collage

Esta técnica se relaciona mucho con la anterior, en tanto logra, a través de estímulos visuales la evocación de sentimientos y emociones (o viceversa) que ayudan a expandir la experiencia del sujeto, de esta forma *“El buscar como imágenes evocaba un cierto recuerdo, y también me ayudaba a recordar algunas cosas o como a desclasificar cosas de mi cabeza” (IX, 28).* Permitiendo una mejor comprensión y ordenamiento de las ideas problemáticas, despejándolas a través de la visualización concreta del conflicto *“Me ayudó para ver las personas importantes en mi vida, y donde estaba parada yo entre ellos” (X, 25).*

C. Escritura

En muchos de los entrevistados esta técnica resultó de gran ayuda pues a través de ella generan un registro de una situación particular, a la que pueden acceder en otro momento, con otra perspectiva de la misma que les permite resignificar dicha experiencia, encontrando nuevas respuestas *“Me ayuda a tener las cosas ahí como tangibles, que quede un registro de lo que está pasando. De pronto de las mismas cosas que yo escribía volvía a las pasadas y las tomaba como sub-contextos, así como pa’ ir comparando... al final uno escribe, escribe, escribe y al final llega a su propia respuesta” (V, 65).* Otra ventaja de este ejercicio radica en que en ocasiones se constituye en una tarea que motiva a los pacientes a trabajar fuera de la sesión *“Lo que me gustaba eran las tareas (pa la casa) eso me gustó. Eso de no llegar a la terapia por llegar, sino que ojalá siempre existiera una motivación pa’ que a la otra sesión se llegue como con todo un pensamiento procesado (...) como que eso era motivante porque estaba toda la semana como pensando y después llegaba el momento y lo escribía y después como que lo lograba comentar con la gente,*

entonces como que al final llegaba a la terapia con la disposición de hablar” (V, 59, 60).

Es así entonces, como todas las técnicas ya mencionadas contribuye a que el sujeto logre tomar conciencia de situaciones o experiencias que le resultaban desconocidas o poco claras.

5.2.3 ELEMENTOS ENTORPECEDORES

Se entenderán como entorpecedores del cambio, aquellos elementos tanto del proceso como del paciente, que de acuerdo a lo que perciben los entrevistados obstaculizan el proceso de cambio terapéutico.

5.2.3.1 EN RELACIÓN AL PACIENTE

Corresponden a todas aquellas situaciones y características propias del paciente que de alguna manera dificultan el logro de los objetivos de cambio.

5.2.3.1.1 Contexto Vital

Hace referencia a situaciones propias de la etapa de vida del sujeto, las que principalmente se relacionan con su condición de estudiante y la poca flexibilidad horaria característica de la formación en carreras del área médica, así es posible distinguir como agente entorpecedor al proceso: *“El tiempo(...) la situación en donde estaba metido, el contexto porque estaba con turno de hecho, no podía venir pero disponibilidad personal si tenía (...)o sea habían veces que tenía turno y no podía venir, otros días como hoy que vengo saliendo de noche, otros días que no podía venir porque tenía que trabajar” (I, 52).* Así como también, eventos ajenos a la carrera y al contexto estudiantil (...) *aparte encontré que fue muy poco, hubo como problemas de feriado y cosas extra programáticas que no logramos concluir todas las sesiones que debiera haber tenido, entonces igual ahí hubo cosas que dificultaron el proceso” (III, 19).*

5.2.3.1.2 Características del Paciente

Se consideran en esta categoría, las características de personalidad, estados de ánimo o disposiciones del paciente, que pudieron enlentecer o dificultar el logro de los objetivos de la terapia, la mayoría de los cuales tiene relación con ideas previas sobre el trabajo psicológico y la desconfianza, producto del desconocimiento del mismo: *“siempre fui muy escéptica con todo esto de ir al psicólogo, nunca fui, soy muy racional en algunos aspectos, súper científica, por la carrera que estudio, por el medio en que*

me nuevo, estudio medicina, entonces, es una cosa muy científicota” (VII, 56). En cuanto a características de personalidad destacan la poca paciencia por el logro de los cambios, pesimismo y orgullo “Reticencia (...) Claro porque si yo hubiese estado como más abierta al tema o hubiese creído más en el tema a lo mejor habrían veces que... ya a lo mejor podía hacer todo lo posible para no faltar pero no daba tanto mi esfuerzo, eran como las primeras sesiones” (III, 26).

5.2.3.2 EN RELACIÓN AL PROCESO TERAPÉUTICO

Como agentes que entorpecen el proceso de cambio y se relacionan con la situación terapéutica, se ha encontrado en los discursos un factor común: el tiempo de duración total del proceso. En cuanto a esto, cabe recordar que los procesos estudiados se enmarcan dentro de un programa de asistencia breve (8 a 12 sesiones), en los cuales se debe respetar un máximo de sesiones, período que para algunos estudiantes resultó limitado en tanto no les permitió completar la totalidad de objetivos esperados *“En el sentido de que igual hubiera esperado que fuese un poco más prolongada porque en el día de hoy me siento igual con algunos miedos que a lo mejor me faltaron por cerrar un ciclo en ese tiempo (...) creo que en ese ciclo hubiese sido bueno resolverlos, pero era imposible es muy poco tiempo” (III, 5).*

5.3 ESQUEMA CATEGORÍAS

A continuación se presenta un esquema que resume las categorías expuestas en este estudio, donde es posible distinguir la percepción de cambio desde dos grandes perspectivas: una “relativa al proceso del paciente” y la otra centrada en el “proceso terapéutico”. Respecto de la primera, las categorías obtenidas son los “indicadores de cambio”, la “descripción del proceso de cambio” y las “metas terapéuticas”. En cuanto al proceso terapéutico, existen “elementos facilitadores” que se esquematizan en los conceptos de “influencia del terapeuta” y la categoría de “técnicas” utilizadas. Así también, existen “elementos entorpecedores del proceso”, en “relación al paciente”: su “contexto de vida” y “características del paciente”, y en “relación al proceso terapéutico” se hace referencia al “tiempo” de éste.

6. CONCLUSIONES

En el presente apartado se exponen los hallazgos más relevantes de este estudio, algunos comentarios en torno a los objetivos planteados, y las proyecciones de esta investigación.

Tras la revisión de los resultados obtenidos, el primer hallazgo que destaca es la constatación de cambio por parte de los pacientes, pues frente a la pregunta “¿Consideras que ha habido cambios en ti por haber hecho terapia?”, todos dan una respuesta afirmativa, reconociendo este cambio en distintos aspectos de su vida, situación que se relaciona directamente con la primera pregunta de investigación.

Por otra parte, el segundo hallazgo importante de este estudio, es que los entrevistados atribuyen este cambio a diversas características del proceso de atención psicológica breve, lo que se revisará extensamente en el apartado **6.2**.

6.1 RELATIVO AL PROCESO DEL PACIENTE

Es relevante destacar en primer lugar los cambios logrados en las distintas áreas en que los pacientes perciben la influencia del proceso terapéutico, en tanto esto se corresponde con uno de los objetivos específicos de la investigación y evidencia los alcances más concretos del cambio terapéutico.

Dentro de los cambios evidenciados en diversas áreas de la vida de los pacientes, se observa una capacidad de tomar distancia de los propios esquemas ya instalados respecto de sí mismo, lo que se relaciona con una nueva forma de ver las temáticas relevantes. Este **cambio a nivel cognitivo**, puede ser relacionado con los conceptos de auto-percepción crítica” (Krause,1992) y “descongelamiento” de los patrones de interpretación y esquemas cognitivos (Märtens,1991 en Krause, 1992), en tanto los pacientes por una parte, logran un reconocimiento de los conflictos que les permite el surgimiento de dudas respecto de lo que hasta el momento habían interpretado como cierto, y de esta forma pueden abordar estos conflictos de modo distinto, teniendo la posibilidad de resignificarlos y posterior a ello tendrían la posibilidad de llevar su atención al logro de nuevos objetivos (Moncada, 2007).

Por otro lado, en relación a los **cambios relacionales y conductuales**, es posible establecer a través del análisis, la existencia de una relación estrecha entre las categorías de cambio relacional y conductual. La dimensión conductual hace

referencia a la modificación de comportamientos manifiestos y observables de los pacientes que se enfatizan desde la perspectiva de un tercero (Castelló, 2001), así mismo pueden ser reconocidos por los propios pacientes entrevistados como factores que favorecen un cambio en los patrones de relación, que inciden en gran medida en el ámbito interpersonal.

En este sentido, desde la perspectiva de los terapeutas se reconoce que un nuevo patrón de relación familiar da cuenta de un cambio al nivel conductual (Moncada, 2007), fenómeno que es observado también en los discursos de los entrevistados en este estudio.

Por otra parte, los pacientes hablan de **nuevos estados anímicos**, que coincide con los hallazgos realizados por Krause (2005) y Moncada (2007), donde estas investigadoras, desde la perspectiva de los pacientes y los terapeutas, los destacan como un indicador de **cambio en el área emocional**. Así también, esta última autora en su investigación hace mención a otros estudios que tienen resultados concordantes (Roussos, 2001, Korman 1998), donde se reconoce este mismo indicador en los pacientes.

En relación al **cambio emocional** y la **percepción de cambio**, es posible destacar en los discursos de los entrevistados aspectos de **reconocimiento, expresión y control de emociones** que la mayoría describe como un estado de mayor *tranquilidad emocional* que van logrando en la medida que se hacen más conscientes de las propias emociones. Al respecto, Pos, Greenberg y Elliot (2008) plantean que el tomar conciencia de y simbolizar la experiencia emocional básica en palabras, brindaría el “acceso a la información adaptativa y a la tendencia a la acción que hay en la emoción” (p. 3) En este sentido, la emoción serviría *tanto para informar como para movilizar* permitiendo un acceso a necesidades, metas e intereses emocionales alternativos, poniendo en práctica recursos internos que ayudan al afrontamiento, y permiten su regulación y reestructuración. De esta forma, los pacientes pueden cambiar sus sentimientos negativos o disfuncionales por otros que le proporcionan una alternativa a los esquemas desadaptativos, hecho que también es destacado por los terapeutas (Moncada, 2007) y por los pacientes (Krause, 2005).

El **cambio corporal** manifestado en la muestra de este estudio, apunta a una mayor conexión con el cuerpo, nuevas posturas y disminución de síntomas físicos generalmente asociados a cuadros de estrés. Moncada (2007) y Krause (2005)

reportan hallazgos coincidentes en sus investigaciones, desde la perspectiva de los terapeutas como de los pacientes.

Por otra parte, destaca en este aspecto un **cambio en la percepción corporal**, que implica un aumento en la conciencia sobre el propio cuerpo y una mayor atención a la información que él entrega. Esto es relevante en tanto los pacientes logran visualizarse de un modo más integrado, hecho estrechamente relacionado con objetivos de variadas corrientes pertenecientes al enfoque humanista-experiencial tales como las corrientes reichianas y neo-reichianas (Ramírez, 2005), gestálticas (Perls, 1978b) y experiencial (Gendlin, 1999).

Respecto de la categoría referida a **Metas terapéuticas** se reúnen logros percibidos por los pacientes tales como: *Autoconocimiento*, *Tomar Conciencia*, *Lograr Explicaciones Nuevas*, *Empoderamiento* y la *Integración de Aspectos de sí Mismo*, que pueden ser relevantes como indicadores de un proceso terapéutico eficaz (Valdés et al., 2005; Moncada, 2007).

Se trata de logros terapéuticos que resaltaron en el presente estudio, y que según la literatura tendrían gran relevancia en el proceso de cambio, incluso son mencionadas como necesarias para que el proceso terapéutico pueda ser considerado exitoso. Así por ejemplo, desde la perspectiva de los terapeutas (Moncada, 2007), se destaca como metas relevantes el tomar conciencia, lograr explicaciones nuevas, y conocer y explorar las propias emociones (este último denominado en este estudio como *autoconocimiento*), de esta forma, los logros obtenidos por los pacientes de esta investigación podrían interpretarse como indicadores de la eficacia de su proceso.

Por su parte, Greenberg & Malcolm, 2002 (en Valdés et al., 2005), demostraron que los pacientes que manifiestan un cambio de opinión con respecto a sí mismo y a los demás son generalmente quienes obtienen resultados más significativos en la terapia. Además, Moncada (2007) menciona otras investigaciones donde se puede encontrar hallazgos similares (Krause, 1992, 2005; Machado, Beutler y Greenberg, 1999).

En el mismo sentido, es importante destacar que se trata de cambios esperados en fases avanzadas de la terapia. Así por ejemplo, según los hallazgos de esta investigación, una de las categorías, la de **Empoderamiento**, tiene relación con un desarrollo de la autonomía, por su parte, el aumento de la autonomía se condice con descubrimientos que indican que en fases finales de los procesos psicoterapéuticos los pacientes refieren sentimientos de competencia (Berg & De-Jong, 1996) o

habilidad para el manejo de los propios problemas (Shilkret & Shilkret, 1993) en Krause & Dagnino, 2006; Moncada, 2007). Este hallazgo resulta relevante teniendo en consideración que la presente investigación abordó sólo procesos de psicoterapia breve, lo que podría dar cuenta de que pese al tiempo de duración de la terapia (entre 8 y 12 sesiones) pueden encontrarse **resultados que son obtenidos en procesos más extensos**, como los estudiados por las investigaciones antes mencionadas.

Por su parte, para Pekarik, 1993 (en Bados et al., 2002) hay muchos datos que indican que los tratamientos breves (por ejemplo, de 10 sesiones) son, en general, tan eficaces como los de mayor duración. Así en sus investigaciones reporta que los cambios experimentados por los pacientes son proporcionalmente mayores durante las primeras tres sesiones respecto de logros obtenidos en terapias de hasta seis meses.

Botella (2004) afirma también que los pacientes en psicoterapia suelen experimentar los cambios más significativos durante las fases iniciales del tratamiento. A juicio del mismo autor, sin embargo, esto no resta importancia a los logros conseguidos en fases posteriores de la terapia.

Con respecto a los **elementos facilitadores**, podemos destacar en los discursos de los entrevistados que se percibe la **influencia del terapeuta** como un factor importante en la percepción de cambio logrado. Esto es relevante, ya que el rol del terapeuta repercute directamente en la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003) la que según diversas investigaciones resulta relevante en el éxito del tratamiento (Bachelor & Salamé, 2000; Farber & Hall, 2002; Horvath, 2000 en Valdés et al., 2006). Como plantea Opazo (2001), en el marco de una buena relación, las potencialidades del consultante pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido.

Lo anterior es relevante en la medida que las características de **empatía, confiabilidad y compromiso** que los pacientes de este estudio percibieron de sus terapeutas, podrían haber jugado un rol importante en el fortalecimiento de la alianza, constituyéndose en un factor relevante en los logros conseguidos en la terapia.

6.2 RELATIVO AL PROCESO TERAPÉUTICO

En esta parte, es pertinente retornar a la segunda pregunta de investigación: *¿Qué relevancia tiene en la percepción de cambio de los pacientes la utilización de técnicas propias del enfoque humanista?* Estas pudieron ser enmarcadas dentro de la categoría

de facilitadores del cambio en el proceso terapéutico de los pacientes entrevistados, ya que según lo que ellos mismos manifiestan, contribuyeron positivamente al proceso. Por lo tanto, pueden ser consideradas **como factores específicos** asociados al cambio, tal como plantea Chatoor & Krupnick, 2001 (en Krause 2005).

Es importante destacar lo anterior para los fines de la presente investigación, más aún cuando la corriente humanista se ha caracterizado por la utilización de técnicas experienciales que se hayan intrincadas en la teoría que las sustentan (Kriz, 1990). Se trata de distintas acciones o recursos metodológicos propios del modelo terapéutico utilizado que buscan lograr pasos importantes en el proceso terapéutico.

Las técnicas se utilizan con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos terapéuticos; según plantea la literatura, entregarían al terapeuta seguridad en sus intervenciones, y ayudarían al paciente generándole la confianza que necesita. (Bozok & Bühler, 1988 en Krause, 2005).

Es interesante entonces destacar la relevancia que confieren los pacientes a las técnicas experimentadas durante el proceso terapéutico, como **factores de apoyo y ayuda al cambio**. Esto se ve reflejado en varios discursos que surgen de la pregunta general respecto a qué creen que podría haber producido los cambios, donde los entrevistados **mencionan espontáneamente las técnicas como factores que contribuyeron en este sentido**.

Al analizar las repuestas más específicas que hacen referencia a las técnicas, no podemos sino confirmar esta tendencia a considerarlas como parte relevante del proceso, resultando de gran ayuda en el cambio percibido, generando **momentos significativos** para los entrevistados.

Así, por una parte, es posible destacar como un aspecto importante el hecho de que las técnicas corporales, además de ser mencionadas como un apoyo durante las sesiones terapéuticas, son integradas y aprendidas por los pacientes y luego, según describen, utilizadas en situaciones externas a la terapia. Por ejemplo, ejercicios de respiración y relajación les ayudan a enfrentarse y manejar de mejor manera situaciones de estrés en la vida cotidiana. Se constituyen así en una ayuda que trasciende el contexto terapéutico, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes (Krause, 2005; Moncada, 2007).

Cabe destacar que los entrevistados reportan logros importantes a partir del uso de técnicas, lo que podría dar cuenta de un uso apropiado de este recurso por parte de los terapeutas. Según plantean Pos, Greenberg y Elliot (2008), las técnicas favorecerían el avance de la terapia en tanto sean utilizadas en el momento apropiado, en este sentido, parece ser que los terapeutas de los pacientes entrevistados pudieron detectar los momentos adecuados en que la técnica pudo ser de ayuda para conseguir algún logro en el proceso del paciente.

Se ha demostrado que en las sesiones los pacientes entran en estados de procesamiento emocional problemáticos específicos, que son identificables por lo que dicen en la sesión y por conductas que marcan problemas afectivos subyacentes, esto brinda oportunidades para tipos particulares de intervenciones eficaces (Greenberg et al., 1993; Rice & Greenberg, 1984; Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994 en Pos et al., 2008) y por ende, de cambio (Krause, 2005; Moncada, 2007). De esta forma, el terapeuta juega un rol fundamental en la medida que logra detectar los estados del paciente, para llevar a cabo una determinada intervención de manera acertada.

Los logros reportados por los pacientes a través del uso de técnicas, podrían relacionarse con los hallazgos mencionados en este estudio, que hacen referencia al rol del terapeuta, como facilitador del cambio, y a características de éstos que se destacaron; como la empatía, que podría haber favorecido el trabajo y la detección de oportunidades adecuadas para actuar, ya que pese a ser terapeutas con poca experiencia pudieron lograr procesos exitosos con los pacientes.

Así por ejemplo, el **Focusing** es reportado por los pacientes de esta muestra como una ayuda para establecer contacto con su propia experiencia, en momentos en que desde lo cognitivo les resultaba difícil, se evidencia que a través de esta técnica logran verbalizar emociones y reconocerlas, coincidiendo con los objetivos de esta técnica (Gendlin, 1999). Permitiéndoles transmitir lo que les ocurre de mejor manera y a establecer una mejor comunicación con el terapeuta.

Es posible identificar a partir de los datos recabados en esta investigación, que la utilidad de las técnicas humanistas radica en que facilita en los pacientes el proceso de darse cuenta; **toman conciencia** de su realidad interna y del modo que tienen de enfrentarse al mundo, así como también de dinámicas que mantienen las situaciones

conflictivas. Por otro lado, ayudan a clarificar emociones, aún aquellas que no han podido ser verbalizadas y **facilitan la expresión emocional**.

La riqueza de algunas de las técnicas utilizadas podría encontrarse en que llevan al uso de la **creatividad** de manera intencionada (Espinoza, Ringler y Winkler,1976). apuntando a un objetivo concreto, en tanto la creatividad consiste en la capacidad de crear y producir cosas nuevas y valiosas como una herramienta que poseemos como seres humanos para elaborar conclusiones y resolver problemas de manera original.

6.3 LIMITACIONES Y PROYECCIONES

Una limitación del estudio podría ser que sólo se accedió a la versión de los pacientes, para una investigación más acabada sobre la percepción de cambio se pudo haber complementado estos discursos con los de sus terapeutas, con la finalidad de depurar los logros que ellos reportan y contrastarlos con el diagnóstico inicial.

Una hipótesis es que en la medida que se trata de un estudio retrospectivo, es posible que las versiones de los entrevistados se encuentren contaminadas por sus experiencias actuales.

Finalmente, es importante destacar en este aspecto que algunos de los pacientes entrevistados, paralelamente al transcurso del proceso de atención psicológica recibieron psicofármacos con efectos ansiolíticos o antidepresivos, cuyos efectos se presume pudieron contribuir en forma coadyuvante en los resultados obtenidos.

Para futuras investigaciones, en este sentido, resultaría importante mejorar la información entregada por los pacientes, por ejemplo mediante un registro desde los terapeutas que complemente la versión de los entrevistados. Así también resultaría interesante contrastar los datos obtenidos con los resultados de un instrumento que proporcione información cuantitativa con el fin de darle mayor consistencia a los resultados del estudio, como por ejemplo el *OQ-45* desarrollado por Lambert y cols. (1996) que mide externamente los avances del paciente a lo largo de la terapia.

Acorde a las investigaciones actuales sobre proceso de cambio, sería una ventaja contar con el registro en video de las sesiones, lo que permitiría no sólo revisar e identificar con mayor precisión las intervenciones terapéuticas eficaces, sino también constatar cuán entrenado se encuentra el terapeuta en la utilización de la técnica.

Respecto de esto último, sería interesante generar una línea de investigación basada en la utilidad de las técnicas humanistas, ya que pese a que los antecedentes revisados indican que este tipo de intervenciones específicas incide en el proceso de cambio en menor medida que otros factores, el presente estudio pudo dar cuenta que los pacientes perciben las técnicas como un elemento relevante en el logro de los objetivos terapéuticos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y Utilidad Clínica de la Terapia Psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 477-502.

Castelló, J. (2001). Integración y Cambio en Psicoterapia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*. En www.psiquiatria.com

Contreras, N. & Santana, R. (2008). Percepción de Cambio a Partir de Dos Tipos de Intervención Psicológica en Pacientes Diagnosticados con Artritis Reumatoide. Memoria para optar al título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza Terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.

Corbella, S. & Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid; Vision Net.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (en prensa). *Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno alimentario, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen*.

Dalley, T. (1987). *El Arte como Terapia*. Barcelona: Herder

De la Parra, G., von Bergen, A. y del Río, M (2002). Primeros Hallazgos de la Aplicación de un Instrumento que Mide Resultados Psicoterapéuticos en una Muestra de Pacientes y de Población General. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 40 (3), 201-209 (Disponible en www.scielo.cl).

Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotional-focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: APA.

Elliot, R., Slatick, E. y Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative strategies. *Psychologische Beiträge*, 43, 69-111.

Elliot, R. (2008). *Change Client Change Interview Schedule*. V5; 02. Enviada por el propio Autor.

Espinoza, V., Ringler, F. y Winkler, M. (1976). Imaginería y Psicoterapia, Una revisión teórico-práctica de la aplicación de imaginería en psicoterapia. Seminario de Título para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile.

Eynseck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy Research: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.

Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 337-348.

Gendlin, E. (1999). *El Focusing en Psicoterapia. Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós.

Greenberg, L. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.

Greenberg, L., Elliot, R. y Lietaer, G. (2003). Research on Experiential Psychotherapies. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.

Greenberg, L., Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62 (5), 611-630.

Greenberg, L., Pascual-Leone, A. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why "the Only Way Out Is Through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 875-887.

Krause, M., de La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben Dov, P., Reyes, L., Altimir, C y Ramírez, I. (2006).

Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 229-325.

Krause, M. & Dagnino, P. (2006). Evolución del Cambio en el Proceso psicoterapéutico. *Gaceta Universitaria* 2 (3), 287-298.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40 (también en: www.puc.cl).

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio, Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Machado, P. (1994). Retos Actuales a la Investigación en Psicoterapia. *Psicología Conductual* 2 (1), 113-120.

Moncada, L. (2005). Teorías Subjetivas del Cambio Terapéutico desde la Perspectiva de los Terapeutas. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Escuela de Posgrado, Universidad de Chile.

Moncada, L. (2007). Teorías Subjetivas del Cambio Terapéutico desde la Perspectiva de los Terapeutas. En Cavieres, H.(Comp.), *Tesis Doctorales en Psicología* (pp. 9-50). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Posgrado.

Oacklander, V. (1996). *Ventanas a Nuestros Niños, Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic Emotional Processing in Experiential Therapy: Two Steps Forward, One Step Back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 113-126.

Perls, F. (1978a). Terapia Gestáltica y las potencialidades humanas. En Stevens (comp). *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile; Cuatro Vientos. P. 13-19. Reimpreso de "explorations in human potentialities", editado por Herbert C. Thomas, Ch. 35, c. 1966, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

Perls, F. (1978b). Teoría y técnica de integración de personalidad. En Stevens (comp): *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos. P. 49-72. Reimpreso de "American Journal of Psychotherapy", vol. 2, n°4, octubre 1948, pp. 565-586.

Pos, A., Greenberg, L. y Elliott, R. (2008). Experiential Therapy. In Lebow, Jay L. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. (pp. 80-122). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Ramírez, A. (2005). Psicoterapia Corporal: Revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Bowen y la Biosíntesis de David Boadella. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Romero, A. (2008). Factores Atribucionales de la Efectividad Psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24 (001), 88-99.

Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.

Sassenfeld, A. & Moncada, L. (2006). Fenomenología y Psicoterapia Humanista-Existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 15 (1), 89-104.

Stevens, J. (2006). *El Darse Cuenta, sentir imaginar y vivenciar*. Santiago: Cuatro Vientos (Orig. 1971).

Trull, T., Phares, J y Jerry, E. (2003). *Psicología Clínica, Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México; Thomson.

Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R y de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhé*, 14 (2), 3-18.

Anexos

PAUTA ENTREVISTA DE CAMBIO ADAPTADA

(Orig. Elliot, 2008)

PREGUNTAS GENERALES CENTRADAS EN EL PRESENTE

1. ¿Cómo has estado y como te sientes hoy?
2. ¿Estás usando medicamentos en forma regular?

Como sabes, estamos realizando una investigación en el marco de una memoria de título, en ella queremos conocer la percepción sobre el proceso de atención psicológica. Para ello, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre el proceso que tú viviste el año pasado.

3. ¿Cómo fue esa terapia para ti?
4. ¿Qué es lo que valoras de haber estado en terapia?
5. ¿Qué aprendiste de ti durante ese proceso?

CAMBIOS

1. ¿Consideras que ha habido cambios en ti por haber hecho terapia? si percibes cambios, ¿en qué áreas de tu vida los reconoces?
2. ¿Hay cosas que **piensas, sientes o haces** de forma distinta a lo que hacías antes de haber estado en terapia?
3. ¿Hay personas cercanas tuyas que te han hecho comentarios sobre algún cambio que hayan percibido en ti después de que estuviste en terapia?
4. ¿Hay cambios que sientes que son negativos después de que terminaste la terapia?
5. ¿Existen cambios que te motivaron a asistir a terapia y que no fueron logrados?
6. Qué palabras podrían describir la persona que eres tú después de haber hecho terapia.

VALORACIÓN DE LOS CAMBIOS

En esta parte de la entrevista quiero pedirle que pueda cuantificar en una escala del 1 al 5 su percepción de las siguientes preguntas

1. (Para cada cambio percibido) cuando te refieres al cambio 1, como calificarías este cambio en cuanto a tus expectativas
2. (para cada cambio) ¿Qué tan importante o significativo consideras que es ese cambio? (Utilizando la escala de calificación del 1 al 5)

EXPLICACIÓN A LOS CAMBIOS (ATRIBUCIONES CAUSALES)

1. ¿Qué crees que pudo haber producido los cambios?
2. ¿Hay situaciones fuera de la terapia que pudieron haber ayudado?, cuáles?

LIMITACIONES

1. ¿Crees que hay aspectos tuyos que podrían haber dificultado o entorpecido el objetivo de la terapia?

PERCEPCIÓN DE ASPECTOS RELEVANTES DE LA TERAPIA

1. ¿Identificas algo particular de la terapia que pudo favorecer el (los) cambio(s) percibido(s)?

Dar ejemplos de aspectos generales a través de eventos específicos.

2. ¿Recuerdas algún ejercicio que se llevó a cabo en terapia y que te ayudara al cambio?, Cuáles? De qué manera consideras que te ayudaron a avanzar en tus problemáticas?

---Ayudar complementando con aquellas técnicas que no mencionan---

Recuerdas que en algún momento de la terapia, tu terapeuta...

- Te indujo un estado de relajación y luego debías evocar imágenes que ella te indicaba. (ALUSIVO A IMAGINERÍA)

¿De qué manera eso te ayudó?

- Utilizando dos sillas fuiste interiorizando en aspectos y características tuyas que previamente reconocieron como polares, actuando como si fueras aquellas partes, sintiéndote como tal. (ALUSIVO AL TRABAJO CON POLARIDADES, SILLA VACÍA)

¿De qué manera eso te ayudó?

- Te llevó a imaginar que en una silla contigua a la tuya había una persona significativa para ti a la que tuviste la oportunidad de observar desde otro punto de vista y/o con la cual pudiste de alguna forma dialogar. (ALUSIVO A ASUNTOS NO REUELTOS, SILLA VACÍA)

¿De qué manera eso te ayudó?

- Te guió para llevar la atención a alguna sensación de tu cuerpo que en ese momento destacaba, pudiendo tú identificarla e interiorizar en ella. (ALUSIVO A LA TÉCNICA DE FOCUSING)

¿De qué manera eso te ayudó?

- ¿Te instó a realizar un collage?

¿De qué manera eso te ayudó?

- ¿Te guió en el trabajo de ejercicios que se relacionan con aspectos corporales?

¿De qué manera eso te ayudó?

¿Cómo sientes que éste(os) ejercicio(s) pudieron contribuir al cambio logrado en la terapia?

ASPECTOS PROBLEMÁTICOS

1. ¿Hubo cosas de la terapia que fueron difíciles de aceptar o resultaron ser dolorosas, pero tal vez buenas o útiles? ¿Cuáles?
2. ¿Hay algo que sientes que faltó en tu proceso?
3. ¿Qué hecho o factor pudo haber facilitado que tu terapia fuera más eficaz o útil?