



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Medicina/Escuela de Postgrado

Programa de Doctorado en Psicoterapia

TESIS DOCTORAL:

IMPACTO SUBJETIVO DEL ÉXITO Y FRACASO TERAPÉUTICO SOBRE LAS VIVENCIAS DE BIENESTAR/MALESTAR DEL TERAPEUTA

Por

MARTINA MARIA FISCHERSWORRING

Comité de Tesis: Director de Tesis: Mariane Krause Jacob

Co-Director de Tesis: Juan Pablo Jiménez

Comité de Tesis: Barbara Bräutigam

Nelson Valdés

Abril 2018

*“Lo que entra a la cabeza, de la cabeza se va.
Lo que entra al corazón se queda y no se va más”*

Atahualpi Yupanqui, 1992

A mis amados hijos Yanka y Alen, que con su amor incondicional y su inagotable fe en mí me apuntalaron en momentos difíciles, creciendo a la par en sus proyectos. Y a mi amado compañero, Lautaro que siempre creyó en mí y desde las infinitas alturas me sigue acompañando en este vuelo.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres, que con su ejemplo me enseñaron a perseverar y a sobreponerme a la adversidad; a cada uno y una de mi extensa familia, que siguió de cerca o de lejos este proceso, siempre con una palabra de aliento. A mis amistades y familia social, por el apoyo moral y logístico de mi amiga Francis durante mis estadías en Santiago, y por la comprensión de todos ellos frente a tantas ausencias mías. A mis profesores y compañeras de doctorado, y en especial a Mariane Krause, mi valiosa guía, certera y oportuna en sus indicaciones. A Javiera García, que más que mi ayudante de investigación se convirtió en compañera de ruta. Y particularmente a mis colegas que confiaron en mí y abrieron su vida y su corazón de terapeutas; ya que gracias a ellos esta investigación fue posible y adquiere sentido.

Finalmente agradezco el haber podido ser parte del equipo FONDECYT N° 1141179 y el apoyo recibido de CONICYT y de MIDAP, que hicieron posible este camino de investigadora.

Índice

Resumen	8
Introducción	10
Antecedentes teóricos y empíricos	13
Estudio de la experiencia subjetiva en la investigación en proceso terapéutico	13
La persona del terapeuta y su desarrollo profesional	14
La persona del terapeuta.....	15
Transitando entre el desgaste y el crecimiento profesional: una revisión sistemática sobre el bienestar y malestar subjetivo de los psicoterapeutas.....	19
El terapeuta y su desarrollo profesional	24
Experiencias de éxito y fracaso en psicoterapia	27
Experiencias de éxito y fracaso desde la perspectiva del terapeuta.	28
Objetivos de la presente investigación	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
Preguntas directrices por tema	31
Experiencias de éxito y fracaso terapéutico.	31
Experiencias de bienestar/malestar en terapia.....	32
Relación entre experiencias de éxito y fracaso terapéutico y vivencia de bienestar/malestar.....	33
Desarrollo profesional, experiencias de éxito y fracaso y vivencia de bienestar/malestar.....	34
Metodología	35
Antecedentes Muestrales	36
Caracterización de la muestra.	37
Procedimiento	39
Técnicas de producción de datos	40
Procedimiento de análisis de datos	41
Reflexividad del investigador	43
Resultados	44
El desarrollo profesional está vinculado a las experiencias vividas por el terapeuta en terapia y al manejo de éstas, en un proceso dinámico y recursivo	44
Hitos o experiencias salientes en la biografía profesional del/la terapeuta.	46
La experiencia en terapia es una experiencia de vida para el terapeuta, vivida como bienestar y/o malestar.	48

Condiciones del efecto/impacto.	62
Las estrategias de manejo son personales y tienen un impacto en el desarrollo profesional	68
Las estrategias de autorregulación y regulación mutua permiten manejarse con los efectos de las experiencias vividas en sesión.....	70
Estrategias de manejo profesional entre sesión: el manejo del efecto/impacto del quehacer terapéutico ocurre en una interacción dinámica entre la praxis y la reflexión con otros.	74
Estrategia de autocuidado a nivel personal y privado.	82
Las estrategias son propias de cada persona: estar atento a sus necesidades y descubrir sus fuentes de energía vital.....	87
El bienestar y malestar subjetivo del terapeuta se puede entender como dos procesos interconectados, que están relacionados con el cambio y no cambio del paciente	90
Las experiencias de bienestar del terapeuta están vinculadas al cambio del paciente y a una relación genuina con éste.	95
Las experiencias de malestar están relacionadas al no cambio de los pacientes, a sus relatos y a sus actitudes.....	96
El bienestar y malestar se pueden comprender como dos procesos interconectados, vinculados por las estrategias regulatorias en terapia.	100
El desarrollo profesional está vinculado a los significados asignados a las experiencias y a las estrategias de manejo de éstas, así como a los contextos en que ocurren	102
La relación entre las vivencias de bienestar/malestar subjetivo y las experiencias de éxito y fracaso en terapia por parte del terapeuta se ve influida por sus referencias culturales.....	103
Los contextos presentan desafíos y oportunidades e impulsan al terapeuta a tomar decisiones en torno a su desarrollo profesional, forjando una identidad particular.....	111
Las características culturales del desarrollo profesional.	121
Hacia un modelo de desarrollo profesional con sensibilidad cultural.....	123
Discusión	126
Conclusiones	138
Referencias bibliográficas.....	142
Anexos	150
Anexo A: Consentimiento informado	150
Anexo B: Consentimiento informado en alemán.....	152
Anexo C: Compromiso de confidencialidad	154
Anexo D: Guión estudio 1.....	155
Anexo E: Guión estudio 2	156

Índice de figuras y tablas

Figura 1 Distribución muestral por años de experiencia (Estudio 1)	37
Figura 2 Distribución por enfoque teórico (Estudio 1).....	38
Figura 3 Distribución muestral por años de experiencia (Estudio 2)	38
Figura 4 Distribución por enfoque teórico (Estudio 2).....	39
Figura 5 El desarrollo profesional en relación al quehacer terapéutico	45
Figura 6 El bienestar del terapeuta y su vinculación con sus experiencias en terapia	95
Figura 7 El malestar del terapeuta y su vinculación con las experiencias en terapia	97
Figura 8 El proceso regulatorio en sesión	101
Figura 9 Las referencias culturales y su vinculación con el desarrollo profesional	103
Figura 10 Los contextos y su influencia en el desarrollo profesional	112
Figura 11 El desarrollo de una identidad profesional.....	124
Tabla 1: Efectos e impacto del quehacer terapéutico en el terapeuta.....	49
Tabla 2: Condiciones del efecto del quehacer terapéutico en el terapeuta.....	63
Tabla 3: Estrategias del manejo del impacto del quehacer terapéutico	69
Tabla 4: Relación bienestar/malestar y experiencias de éxito y fracaso	91
Tabla 5: Referencias culturales en el marco del quehacer terapéutico.....	105
Tabla 6: Contextos del desarrollo profesional.....	114

Resumen

Hay amplia evidencia que las diferencias en los resultados terapéuticos entre tipos de tratamiento se deben principalmente al efecto terapeuta, es decir, algunos terapeutas son más efectivos que otros (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), pero poco se sabe de la razón de estas diferencias. En el campo de la investigación en éxito y fracaso terapéutico, tanto en investigaciones de resultado como también de proceso, se observa este mismo vacío, siendo escaso el conocimiento en torno a la experiencia del terapeuta y cómo ésta se articula a lo largo de su desarrollo profesional. En términos del bienestar/malestar constructos tales como burnout, desgaste por empatía y fatiga por compasión (Figley, 1995, 2002; McCann & Pearlman, 1990) han sido ampliamente estudiados, sin embargo, hay muy poca evidencia en torno a cómo el terapeuta va cambiando en base a las experiencias cotidianas de hacer terapia. En la presente investigación se buscó indagar en el impacto que tiene el quehacer profesional en los terapeutas, teniendo por objetivo reconstruir la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y el bienestar/malestar subjetivo en terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional. Esta investigación de metodología cualitativa y de corte transversal utilizó el método de análisis narrativo orientado al descubrimiento (Duarte, Fischersworing, Martínez & Tomicic, 2017). Se realizaron dos estudios con perspectivas complementarias, con un total de 35 entrevistas realizadas a terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional.

El desarrollo profesional se produce en gran medida en torno a las experiencias del terapeuta vinculadas al quehacer terapéutico y al manejo de éstas. Tanto en las experiencias de éxito y fracaso, como en el manejo que se le da, se manifiesta el aspecto cultural del desarrollo profesional; en tanto los contextos en los que se realizan las experiencias con los pacientes se vinculan al desarrollo de una identidad profesional. Por otro lado, las vivencias de bienestar y malestar están vinculadas a las experiencias de trabajo con los pacientes y a la relación con los mismos, siendo la percepción de cambio que tiene el terapeuta del paciente un elemento central. Los resultados se discuten a la luz de la evidencia tanto en torno al desarrollo profesional como también de los efectos del terapeuta.

Palabras claves: desarrollo profesional – identidad profesional – bienestar del terapeuta – malestar del terapeuta – éxito y fracaso en terapia

Abstract

There is ample evidence that differences in the therapeutic results between types of treatment are mainly due to the therapist effect, that is, some therapists are more effective than others (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), but little is known about the reason of these differences. In outcome and process research about success and failure in therapy, the same gap is observed, with little knowledge about the therapist experiences and how it is articulated throughout a professional development. In terms of well-being and discomfort, constructs such as burnout and compassion fatigue (Figley, 1995, 2002; McCann & Pearlman, 1990) have been widely studied, however, there is very little evidence about how the therapist changes by every experiences of doing therapy. In the present study, we sought to investigate the impact that professional work has on therapists, with the purpose of reconstructing the relationship between success and failure experiences and subjective well-being and discomfort, in Chilean and German therapists at different stages of their professional development. The present research had a qualitative and cross-sectional design, using the Discovery-oriented Narrative Analysis Method (Duarte, Fischersworing, Martínez & Tomicic, 2017). Two studies were carried out with complementary perspectives, with a total of 35 interviews conducted with Chilean and German therapists at different stages of their professional development.

Professional development takes place largely around the therapist's experiences related to therapeutic work and the management of these experiences. The cultural aspects of professional development are manifested in the experiences of success and failure in therapy and in the management of them; while the development of a professional identity is linked to diverse contexts in which the experiences with clients occurs. On the other hand, the experiences of well-being and discomfort are linked to working experiences with clients and also to the relationship with them, being a central element for wellbeing the therapist's perception of change by the client. The results are discussed in light of the evidence regarding both professional development and therapist effects.

Keywords: professional development - professional identity - therapist's well-being - therapist's discomfort - success and failure in therapy

Introducción

El interés por la persona del terapeuta ha estado presente desde los inicios de la investigación en psicoterapia, particularmente desde las escuelas psicoanalíticas y humanistas, asumiendo que lo que le ocurre al terapeuta puede tener una impronta en el paciente y su proceso terapéutico. Sin embargo, este interés por la persona del terapeuta a la fecha no se ha convertido en un cuerpo articulado de conocimiento. Hay amplia evidencia que las diferencias en los resultados terapéuticos entre tipos de tratamiento se deben principalmente al efecto terapeuta, es decir, algunos terapeutas son más efectivos que otros (Baldwin & Imel, 2013; Owen, Drinane, Idigo, & Valentine, 2015; Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015), pero poco se sabe de la razón de estas diferencias, o si esta diferencia es válida para el trabajo con todos los pacientes. En el campo de la investigación en éxito y fracaso terapéutico, tanto en investigaciones de resultado, como también de proceso, se observa este mismo vacío, siendo escaso el conocimiento en torno a la experiencia del terapeuta y cómo ésta se articula a lo largo de su desarrollo profesional.

El proceso psicoterapéutico puede ser comprendido como algo dinámico, en permanente flujo, del cual paciente y terapeuta participan tanto desde su rol específico como también como personas (Orlinsky, 1994, 2007); concebir el encuentro terapéutico como algo dinámico hace pensar que los cambios que ocurren en el proceso terapéutico no son sólo del paciente sino que también del terapeuta. Esta característica del proceso psicoterapéutico como un encuentro humano entre dos o más personas, implica que la subjetividad de cada uno es de importancia crucial.

En términos del estudio de la subjetividad, la investigación en proceso de cambio ha estado centrada en la perspectiva del paciente (i.e. Blatt, 2013; Krause, 2005; Levitt, Butler, & Hill, 2006; Timulak, 2007; Werbart, von Below, Brun, & Gunnarsdottir, 2015), mientras que la experiencia subjetiva del terapeuta en términos de su propio cambio a partir de su quehacer terapéutico ha sido desatendida, y tampoco se ha estudiado de qué manera este cambio subjetivo del terapeuta se hace presente en el encuentro terapéutico. Poner el foco sobre el terapeuta y sobre su presencia intersubjetiva en el encuentro terapéutico implica un desafío epistemológico y metodológico, ya que implica comprender al terapeuta como un observador participante que va teniendo una participación observada (Safran, & Muran, 2005), y el cual se va construyendo junto al paciente en la relación. Estudiar los procesos subjetivos, comprender

la presencia del terapeuta, caracterizada por situarse en un contexto intersubjetivo (Orange, Atwood, & Stolorow, 2012) que implica un cambio permanente en las subjetividades, requiere de un abordaje metodológico que dé cuenta de esta característica dinámica, procesal, siendo una metodología cualitativa la de elección preferente per se.

A su vez, resulta relevante considerar el carácter cultural de la experiencia subjetiva (Geertz, 2003), la experiencia profesional se da en un contexto, que es cultural, y tiene características particulares, dependiendo de éste. Identificar aquellos aspectos de la experiencia profesional que son compartidos en diferentes contextos, y aquellos otros que son propios, particulares, permite ampliar la comprensión del fenómeno en cuestión. El contar con un muestreo enriquecido por etapas de desarrollo, género, y de contexto institucional, así como macrosocial de país, Chile y Alemania, abre la posibilidad de comprender de manera más cabal la experiencia subjetiva del terapeuta en terapia.

Las experiencias de éxito y fracaso terapéutico, ligadas a la evaluación de resultados, pero también a momentos particulares del proceso terapéutico, son parte de la vivencia en terapia, tanto del paciente como del terapeuta. Estudiar esta experiencia resulta importante, ya que las características de esta experiencia probablemente se harán presente en la manera de estar, de relacionarse e interactuar con el paciente y por tanto afectarán su proceso de cambio. Tener conocimiento sobre la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y el bienestar en terapeutas desde la subjetividad de los terapeutas aportará elementos a ser considerados en la formación profesional, y en los espacios de supervisión centrada en los terapeutas, cuando la demanda particular que implica la profesión hacia los terapeutas hace necesario poner especial énfasis en el autocuidado y en la salud ocupacional de los mismos. También aportará a la investigación en modelos de desarrollo profesional, que puedan dar cuenta de las múltiples trayectorias posibles.

Con la presente investigación se buscó dar respuesta a lo que le ocurre al terapeuta con su quehacer profesional, considerando las siguientes preguntas: ¿Qué impacto subjetivo tienen en el terapeuta las experiencias de éxito y fracaso en terapia? ¿Cómo se relaciona el impacto subjetivo de las experiencias de éxito y fracaso terapéutico con la vivencia de bienestar/malestar del terapeuta? ¿Cómo se relaciona el impacto subjetivo de las experiencias de éxito y fracaso terapéutico con el desarrollo profesional del terapeuta? ¿Qué similitudes y

diferencias en términos de la relación entre experiencias de éxito/fracaso terapéutico y vivencia de bienestar/malestar se encuentran en Chile y Alemania?

El presente estudio tuvo entonces por objetivo reconstruir la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y el bienestar subjetivo en terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional. Para la consecución de este objetivo se planteó realizar dos estudios, con perspectivas complementarias entre sí. El primer estudio estuvo focalizado en experiencias salientes en la trayectoria profesional, mientras que el segundo colocó el foco en experiencias situadas en una terapia de finalización reciente. Se entrevistaron a terapeutas chilenos y alemanes que se encontraban en diferentes etapas de su desarrollo profesional.

Antecedentes teóricos y empíricos

Estudio de la experiencia subjetiva en la investigación en proceso terapéutico

En términos metodológicos, la investigación en proceso terapéutico ha sido desarrollada principalmente desde la perspectiva llamada de “tercera persona” o perspectiva objetivista (Fuchs, 2010), orientada a la construcción de teorías explicativas sobre la manera en que la psicoterapia conduce al cambio en el paciente. Esta perspectiva se condice con lo que Stiles (2015), señalara como *theory-building research*, un tipo de investigación que busca generar explicaciones de aspectos del mundo, como lo es la construcción de teorías en torno al proceso terapéutico, basándose en signos observables y tangibles. Sin embargo, el significado de estos signos, que da cuenta del fenómeno en cuestión, se encuentra en la experiencia privada o subjetiva de las personas. En este sentido, ampliar las perspectivas a “primera persona” y “segunda persona” (Fuchs, 2010), abre la posibilidad de conocer los aspectos subjetivos e intersubjetivos de aquello que se está observando. Estas perspectivas aportan a lo que Stiles (2015) distingue como “*enriching research*”, estrechando la brecha entre la investigación en psicoterapia y la práctica clínica, conformando un cuerpo de conocimiento que enriquece dicha praxis. La relevancia de una teoría enriquecedora (“*enriching theory*”) radica en que está íntimamente ligada al quehacer clínico y, por tanto, sus aportes a la praxis son directos.

Como una de las principales estrategias de las que se debiese valer esta noción de investigación, Stiles (2015) identifica el “desempaquetar la historicidad” (“*unpacking historicity*”), haciendo referencia a Bakhtin y su observación que el significado de las palabras es acumulativo con el uso, ejemplificando “si entiendes mis palabras, compartes algo de mi experiencia” (Stiles, 2015, p. 8), aludiendo a la idea de que las personas no son del todo conscientes de sus propios significados, por lo que el investigador puede desempaquetar más significados de lo que el otro está consciente. La idea de historicidad trae consigo la noción de contexto, entorno real y simbólico en el que se da la experiencia, lo cual hace directa referencia a lo cultural; en la conceptualización de Geertz:

La cultura denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida. (Geertz, 2003, p. 88)

Es decir, cada experiencia subjetiva ocurre y está inmersa en un contexto social y cultural, inminentemente simbólico, conformando redes de significado compartidas, por tanto públicas, y cambiantes en el tiempo. Así, el contexto cultural marcará una manera de estar en el mundo como terapeuta, y se hará presente en las concepciones de éxito y fracaso, y en las nociones de bienestar o malestar, articulando dicha experiencia subjetiva. La noción de cultura como contexto en el desarrollo de un proceso terapéutico de alguna manera está presente en el modelo contextual de Wampold (2001), a través de aquellos aspectos que hacen alusión a ella, tales como valores, creencias, actitudes culturales, que son identificados como parte de los rasgos subjetivos del terapeuta.

Estas consideraciones culturales en torno a la experiencia subjetiva requieren entonces de métodos de estudio que den cuenta de estas particularidades de la experiencia, métodos preferentemente cualitativos, que permitan “desempaquetar” estos significados. Con ello, más que buscar una teoría objetiva generalizable, se busca la transferibilidad, en el sentido de que las observaciones de la investigación puedan ser transferidas a los propios contextos de vida (Stiles, 2015). Para ello se busca generar una descripción densa y exacta del fenómeno en cuestión (Geertz, 1973, 2003). Un muestreo enriquecido culturalmente es el indicado para ello, permitiendo una comprensión más amplia y a la vez profunda del fenómeno.

El reconocimiento que una metodología eminentemente cualitativa es la más indicada para dar cuenta de los fenómenos subjetivos, ha llevado a que este método esté encontrando su lugar dentro de la investigación en psicoterapia (Levitt, 2014).

La persona del terapeuta y su desarrollo profesional

La persona del terapeuta ha estado desde siempre en el interés de los clínicos, sin embargo se ha privilegiado el estudio de las psicoterapias por sobre el de los psicoterapeutas, como si los terapeutas fueran intercambiables, una vez adecuadamente entrenados, y que el resultado de un proceso terapéutico dependiera únicamente de un set de métodos, técnicas y procedimientos efectivos en sí mismos (Orlinsky & Rønnestad, 2005). A más tardar con la publicación de Wampold (2001) que marcara un punto de quiebre en la investigación en psicoterapia, en la que identifica el “efecto terapeuta” y su relevancia en los estudios de resultado, ha quedado de manifiesto la necesidad de investigar a los terapeutas en su interacción con técnicas y también con los pacientes (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Esto

obedece al interés en comprender las diferencias entre los terapeutas y su vinculación al resultado psicoterapéutico. La investigación en torno al terapeuta ha tomado varias perspectivas, entre las que destacan las que buscan dar cuenta de las características personales y de historia personal, las que buscan indagar en aquellos aspectos del terapeuta que están en juego en la interacción o el encuentro terapéutico y aquellas que buscan profundizar en el efecto/impacto que tiene el quehacer profesional en la persona. Se está empezando a investigar la manera cómo el terapeuta se va transformando como persona, y en su rol, a través de su experiencia con el paciente en terapia.

La persona del terapeuta

En la investigación en torno a la persona del terapeuta destacan estudios que, en términos del modelo genérico de Orlinsky y Howard (1987; Orlinsky 1994, 2007), buscan dar cuenta de variables de entrada, investigando elementos comunes a todos los terapeutas. Un tema de estudio ha sido la motivación de los terapeutas a elegir su carrera profesional, identificando características comunes entre estos, como ser “sanadores heridos”, poseer curiosidad intelectual y contar con mentores, tener una mentalidad psicológica, anticipar las satisfacciones a las que conlleva la profesión y las experiencias de terapia personal (Henry, Sims, & Spray, 1971). En contraste con ello se ha buscado comprender las motivaciones para elegir la carrera desde factores específicos, suponiendo trayectorias múltiples en función de variables demográficas, de personalidad y socioculturales, tales como la variable género (Farber, Manevich, Metzger, & Saypol, 2005). Un estudio cualitativo con estudiantes mujeres arrojó como motivación para elegir la carrera el deseo de ayudar, tanto a otros como a sí mismas (Hill et al., 2013).

Otro foco de interés ha sido identificar la relación entre características de personalidad y orientación teórica. Orlinsky, Willutzki, Ambühl, Meyer-Berg, Cierpka y Buchheim (1996), en el contexto de la investigación del Society of Psychotherapy Research Collaborative Network, encontraron que al parecer existe un acuerdo entre los terapeutas, en torno a ciertos ideales y sus percepciones respecto a la manera de relacionarse con el paciente. Las características identificadas, tales como aceptante, amigable, cálido, tolerante, comprometido y amable, propician un vínculo terapéutico positivo. Por otro lado, se ha visto que los terapeutas de diferentes orientaciones teóricas difieren en cuanto a mentalidad, es decir, estilos

cognitivos, creencias y epistemologías, y aspectos de personalidad (Topolinski & Hertel, 2007), y la manera cómo el terapeuta se percibe en sus relaciones cercanas está asociada de manera significativa con el modo que la orientación teórica prescribe para la relación profesional (Heinonen & Orlinsky, 2013). A su vez, en ese mismo estudio se encontró que los terapeutas son menos aceptantes, tolerantes y más demandantes en sus relaciones personales que en sus relaciones con sus clientes, con los cuales ajustan su modo relacional a las expectativas de su orientación teórica.

El impacto que el trabajo propiamente tal genera en el terapeuta, ha sido un área importante de interés. Sólo hay estudios teóricos y empíricos aislados sobre los efectos del trabajo en la vida personal del terapeuta, en sus relaciones familiares y de pareja, en su salud física y mental, y en cuanto a psicopatologías asociadas (Guy, 1995). Sin embargo, en términos de los riesgos asociados al trabajo con personas en general, desde distintas profesiones, y en temáticas particulares, como lo es con víctimas de experiencias traumáticas, hay una amplia evidencia empírica. Maslach y sus colaboradores (Maslach & Jackson, 1984; Maslach & Schaufeli, 2001) acuñaron el concepto de burnout, refiriéndose al trabajo en diferentes ámbitos, con personas en términos generales, mientras que otros constructos surgen específicamente desde el área de salud en relación al trabajo con víctimas. Su modelo original consideraba tres dimensiones, el agotamiento emocional, el cinismo y un sentido de ineficacia personal. Posteriormente, con el fin de acotar el campo de estudio, Maslach y Schaufeli (2001) establecieron una distinción entre el burnout ligado al trabajo y el burnout ligado a situaciones familiares o personales. Se ha encontrado que el job-burnout se relaciona con limitaciones estructurales en el trabajo y con aspectos organizacionales crónicos (Lee, Lim, Yang & Lee, 2011). Este modelo inicial es modificado por Demerouti, Bakker, Vardakou y Kantas (2003) por uno de dos dimensiones, que vendrían a ser agotamiento y descompromiso. A la vez han ido surgiendo constructos más específicos ligados al trabajo con víctimas, basándose en la observación que algunos de los profesionales, vinculados a este tipo de trabajo, presentan síntomas parecidos a los manifestados por las víctimas. Estos constructos, si bien son cercanos, tienen énfasis distintos. Así, el concepto de traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995), hace alusión a un cambio en los esquemas cognitivos. Figley y sus colaboradores (1995, 2002) acuñaron el concepto de fatiga por compasión, relevando los aspectos socioemocionales. Se identifican síntomas similares a

estrés postraumático, tales como agotamiento emocional e hipervigilancia, estableciendo que las habilidades empáticas del terapeuta lo exponen a experimentar el trauma del paciente (Figley, 2002; Figley & Kleber, 1995). En los últimos años, dando respuesta a la evidencia que algunas víctimas de eventos traumáticos salen fortalecidos de lo vivido, y la observación que algo similar ocurre con los terapeutas, Stamm (2010) ha ido generando un constructo que hace alusión al crecimiento personal, y que denomina “satisfacción por compasión”. En su instrumento Professional Quality of Life (ProQL), Stamm identifica dos dimensiones ortogonales: la satisfacción por compasión y la fatiga por compasión. Esta última contempla elementos de contexto, similar al burnout, y elementos de la persona, referidas a síntomas de trauma secundario.

En base a ello han surgido una serie de estudios, buscando identificar factores que den cuenta de la ocurrencia del desgaste y/o del crecimiento. En un estudio cuantitativo con terapeutas que intervienen en trauma, que buscó identificar el efecto de usar prácticas basadas en evidencia sobre la fatiga por compasión, burnout y la satisfacción por compasión (Craig & Sprang, 2010), se encontró que el uso de prácticas basadas en evidencia predicen de manera estadísticamente significativa un decrecimiento de la fatiga por compasión y del burnout, y un aumento en la satisfacción por compasión. En otro estudio cuantitativo, realizado con profesionales de la salud mental en Australia que intervienen en trauma, se encontró que los estresores relacionados con el lugar del trabajo predicen de mejor manera el malestar de los terapeutas (Devilley, Wright & Varker, 2009), poniendo en duda la teoría sobre los causantes del estrés traumático secundario y el trauma vicario. Se ha estudiado la asociación entre el job-burnout y el tipo de humor entre psicoterapeutas (Malinowski, 2013), encontrando que, dependiendo del tipo de humor, éste puede contribuir o aminorar el riesgo de burnout; así, el humor autocrítico contribuye a las características de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que el humor autopotenciador contribuye al sentido de logro del terapeuta. También se ha investigado la relación entre perfeccionismo, stress y burnout en psicólogos clínicos de Australia (D´Souza, Egan, & Rees, 2011), identificando una relación directa e indirecta del perfeccionismo con varios tipos de burnout, siendo el estrés una variable mediadora de la influencia de perfeccionismo sobre burnout. En un estudio cuantitativo sobre resiliencia en voluntarios-sobrevivientes y voluntarios después de los desastres ocasionados por los huracanes Katrina y Rita (Lambert & Lawson, 2013), se encontró que los voluntarios

sobrevivientes expresaron un mayor nivel de crecimiento post-traumático que los otros voluntarios, siendo ambos grupos susceptibles a mostrar fatiga por compasión. Contar con estrategias de autocuidado minimiza burnout, fatiga por compasión y traumatización vicaria, siendo una variable moderadora para resiliencia. En un meta-análisis de la relación entre job-burnout y stress traumático secundario en trabajadores con exposición indirecta a trauma (Cieslak, Luszczynska, Shoji, Douglas, Melville, & Benight, 2014), se encontró que existe una alta correlación entre ambas variables, siendo ésta influida por el modelo conceptual y los instrumentos de ambos constructos. Así, los estudios realizados desde el modelo de fatiga por compasión, que miden ambos constructos con el mismo instrumento, el ProQOL, presentaron una correlación mucho más alta que aquellos que obedecían a otro modelo conceptual de burnout, lo cual sugiere que varias de las dimensiones se superponen en los diferentes constructos, explicando en parte lo mismo; es decir, ambos constructos, al ser medidos con el mismo instrumento, se vuelven indistinguibles.

Por el otro lado, en dicho meta-análisis se buscó identificar el rol de la cultura, y en relación a la variable cultural de género, se encontró que los estudios con mujeres presentaron una correlación más alta entre ambos constructos, así como los países de habla inglesa en comparación con los de otra lengua. Así, las investigaciones en trauma han sugerido que el contexto sociocultural puede determinar los resultados de la exposición a trauma de diferentes maneras, moldeando las experiencias emocionales y el procesamiento emocional (Marshall & Suh, 2003), siendo así la cultura un factor crítico a considerar.

Si bien es cierto que hay una amplia evidencia empírica en torno al desgaste profesional, identificando criterios objetivables y estableciendo causalidades con diferentes variables contextuales, además de explorar variables personales que den cuenta de las diferencias entre las personas en contextos similares, la experiencia misma de bienestar/malestar ligada al trabajo profesional de psicoterapeuta no ha sido un foco de investigación. Estudiar la experiencia del terapeuta con el proceso terapéutico y en terapia, entendiendo que ésta corresponde a un encuentro entre dos subjetividades, dos historias de vida, dos personalidades, dos formas de ver el mundo (Orlinsky, 2007; Orlinsky & Howard, 1987), es asumir que en este encuentro intersubjetivo ambos cambian. Mirar, investigar la subjetividad del terapeuta en el proceso, y cómo esta se va moldeando con los encuentros con la subjetividad del paciente, propios de su quehacer profesional, es un ámbito de exploración

reciente. En un estudio cualitativo sobre las percepciones de satisfacción y de riesgo implicados en el vínculo terapéutico (Hunter, 2012), el “caminar en espacios sagrados” con el cliente es visto como enriquecedor y desafiante a la vez, ya que el vínculo terapéutico genera una satisfacción intensa y a la vez expone a riesgo, especialmente cuando se trabaja con experiencias traumáticas de los pacientes. Los resultados sugieren que la experiencia de satisfacción por compasión y el desarrollo de resiliencia vicaria contrabalancean la dificultad sentida intensamente de ser testigo de experiencias traumáticas de los pacientes y con ello reducen el riesgo de traumatización vicaria. En un estudio cualitativo sobre el impacto del trabajo como psicoterapeuta en la vida y las relaciones personales de terapeutas seniors (Råbu, Moltu, Binder, & McLeod, 2015), se identificaron cuatro temas importantes: es un privilegio el saber y contribuir a otros y el permitirse crecer personalmente; enfrentar el sufrimiento y el daño ha sido una carga; el ser terapeuta ha tenido un impacto en las relaciones personales, tanto para bien como para mal; se tuvo que construir un estilo de vida que me permitiera seguir realizando ese trabajo. Los autores concluyen que el trabajar como psicoterapeuta parece implicar la posibilidad de desarrollar apertura, tolerancia y creatividad, y a la vez a ser vulnerable a sentirse sobrepasado por la responsabilidad y sentimientos de inadecuación, aislamiento y desesperanza. Dichos resultados permiten vislumbrar la importancia de estudiar los diferentes procesos que ocurren en relación al proceso terapéutico en la persona del terapeuta, en el contexto de un desarrollo profesional.

Transitando entre el desgaste y el crecimiento profesional: una revisión sistemática sobre el bienestar y malestar subjetivo de los psicoterapeutas

A modo de complementar los tópicos planteados en el marco teórico, en el contexto de la presente tesis doctoral se realizó una revisión sistemática (Fischersworing, García, & Krause, manuscrito en preparación), que buscaba identificar los tópicos estudiados en relación al bienestar y malestar subjetivo de los terapeutas, en respuesta a las siguientes preguntas: ¿Con qué experiencias vividas en el contexto terapéutico se relaciona el bienestar y malestar subjetivo del terapeuta? ¿Cómo es este bienestar/malestar del terapeuta? Se revisaron investigaciones de diseño cuantitativo y cualitativo publicadas en revistas indexadas entre el año 2010 y 2016, en inglés, español y alemán. Los 19 estudios seleccionados con un procedimiento sistemático fueron sometidos a un análisis descriptivo en términos de sus características de producción, así como temático en términos de los objetivos declarados de

las investigaciones y sus resultados, con el fin de identificar temas comunes y tópicos emergentes.

A fin de generar una aproximación cualitativa a los tópicos presentes en el bienestar y malestar subjetivo de los psicoterapeutas, y la relación entre ambos, se realizó un análisis de los temas presentes tanto en los objetivos declarados como en los resultados de los estudios en revisión. Es pertinente señalar que los resultados expuestos a continuación fueron obtenidos a partir de dicha revisión sistemática y corresponden a extractos de dicho manuscrito (Fischersworing et al., manuscrito en preparación).

Análisis temático de los objetivos de los estudios: El bienestar y malestar como dos experiencias subjetivas dicotómicas

A partir del análisis de los objetivos declarados de las investigaciones de dicha revisión sistemática, fue posible identificar dos categorías centrales de objetivos, estando estos ligados al bienestar o al malestar del terapeuta, dando cuenta de una noción dicotómica de estas experiencias. Es decir, el bienestar y malestar del terapeuta fueron conceptualizados como estados subjetivos antagónicos y excluyentes.

Respecto a las experiencias o aspectos que favorecen la aparición ya sea del bienestar o del malestar, en ambas categorías se postula la posibilidad de que ciertas características personales del terapeuta puedan ser protectoras o de riesgo en relación al impacto que genera el hacer terapia en el terapeuta. Por otra parte, en cuanto al bienestar o malestar del terapeuta y el proceso terapéutico, se propone una influencia mutua entre terapeuta y paciente en términos de su bienestar y malestar.

El bienestar subjetivo del terapeuta

Las investigaciones que tuvieron por objetivo investigar el bienestar subjetivo del terapeuta, buscaron identificar aquellos aspectos personales del terapeuta que podrían facilitar su bienestar y describir la forma en que dicho bienestar se relacionaría con el proceso terapéutico. En este sentido, los objetivos planteados esbozan que dicho proceso podría tener la característica de ser recursivo, es decir, que el quehacer profesional afecta al terapeuta, así como también el bienestar del propio profesional afecta dicho quehacer.

- a. Facilitadores del bienestar subjetivo del terapeuta.* Los objetivos hacen referencia a aquellos elementos de la formación profesional, así como a los aspectos contextuales sociodemográficos y laborales, y también a los elementos personales que podrían contribuir al bienestar subjetivo del terapeuta. Los objetivos de las investigaciones revisadas indican que además de indagar en los elementos contextuales y laborales que facilitan el bienestar se ha buscado identificar recursos personales del terapeuta que aporten a la mantención de su bienestar subjetivo, como la relevancia asignada a la psicoterapia personal, la trascendencia espiritual y la autocompasión
- b. Proceso terapéutico y bienestar:* estos objetivos hacen alusión a aquellos aspectos del proceso terapéutico que podrían influir en el bienestar del terapeuta, así como también el efecto que podría tener el bienestar del profesional en este proceso. En este sentido, el modelo de intervención, las experiencias de trauma, las estrategias de manejo y el término de la terapia, serían aspectos del proceso terapéutico a estudiar y que podrían tener influencia en el bienestar subjetivo del terapeuta. Por otra parte, la alianza terapéutica, los recursos personales y el bienestar laboral percibido, serán los aspectos del proceso terapéutico que podrían ser influidos por el bienestar afectivo y subjetivo del terapeuta.

El malestar subjetivo del terapeuta

Esta categoría agrupa a aquellos estudios que, aunque la finalidad última es el bienestar del profesional en cuestión, en su descripción de objetivos apuntan al desgaste, malestar o burnout del terapeuta en términos descriptivos y relacionales. En este sentido, los aspectos personales del terapeuta, sus experiencias en terapia y el impacto que produce, en términos de desgaste laboral, un contexto de trabajo específico en el profesional, son elementos emergentes de esta categoría.

- a. Prevención del desgaste:* los objetivos hacen referencia a en qué medida aspectos personales del terapeuta como la inteligencia emocional y la práctica de un programa de autocuidado como el mindfulness, son favorecedores de la prevención del desgaste para el terapeuta.

- b. *Proceso terapéutico y malestar*: los objetivos tienen relación con cómo experiencias específicas fuera del proceso terapéutico (suicidio de pacientes o encuentro fuera del setting terapéutico) o un contexto laboral con pacientes en situaciones de alta vulnerabilidad, afectan al terapeuta generando malestar.
- c. *Aspectos personales del terapeuta que influyen en el malestar*: estos objetivos se refieren a evaluar en qué medida ciertos aspectos personales del terapeuta pueden obstaculizar el bienestar o bien influir en el malestar del terapeuta, como por ejemplo, el perfeccionismo, los tipos de humor y el bienestar espiritual.

Análisis temático de los resultados de los estudios: El bienestar y malestar como dos procesos interdependientes

A partir del análisis de los resultados de las investigaciones que componen esta revisión, se han identificado dos temáticas centrales emergentes. La primera de ellas, dice relación con las características y prácticas personales del terapeuta y su influencia en el bienestar o malestar del mismo, atribuyéndole a éste responsabilidad en torno a la mantención o superación de cualquiera de estos estados. También se refuerza la idea de que el proceso terapéutico tiene influencia en las experiencias de bienestar o malestar que vivencia el terapeuta, y que éste también tiene influencia en las experiencias del paciente. En este sentido, el proceso terapéutico tendría la característica de ser recursivo e intersubjetivo afectando a ambas partes de la relación.

Las experiencias de bienestar y malestar del terapeuta ya no son concebidas de manera dicotómica, sino como vivencias interdependientes y coexistentes, por lo que se plantea la metáfora de “dos caras de una misma moneda”, en donde la moneda es el sentir del terapeuta y estas caras, el bienestar y malestar, son parte constitutiva del mismo, sin que una determine a la otra.

El bienestar/malestar del terapeuta es influido por sus características y prácticas personales.

Esta temática se refiere a cómo las características personales del terapeuta en tanto individuo y las prácticas de autocuidado que éste ha ido desarrollando no sólo en su rol profesional, sino en su propia vida, influyen en su bienestar y/o malestar laboral y personal.

a. Hay características personales del terapeuta que influyen en su bienestar/malestar:

Este resultado hace mención a los temas asociados a aspectos personales del terapeuta que contribuyen a su propio bienestar o malestar. Es posible identificar tres subtemas: lo referente a la regulación emocional, a actitudes como la autocompasión y espiritualidad, y a estilos cognitivos. Respecto a estos últimos, hacen alusión a cómo el terapeuta aborda sus tareas perceptuales y/o cognitivas. Aquí se agrupan el estilo de humor, los estilos de afrontamiento y el perfeccionismo. De estos, los dos primeros se presentan como favorecedores del bienestar y malestar, dependiendo del estilo predominante. Respecto al perfeccionismo, se presenta como una característica personal que contribuye al malestar del terapeuta.

b. Hay prácticas personales que influyen en el bienestar del terapeuta: Este resultado hace referencia a prácticas personales y profesionales de los terapeutas que aportan a su bienestar. Las prácticas estudiadas en este caso particular son el mindfulness y la psicoterapia personal. Ambas, trascienden lo laboral e influyen en la vida personal del terapeuta en tanto sus efectos positivos no se limitan a la persona del terapeuta (rol profesional), sino que se expanden hacia el terapeuta como persona. Así mismo, que estas prácticas influyan de manera positiva en pos del bienestar del terapeuta, depende de la motivación que éste tenga para realizarlas, la cual, en caso de no existir, genera que dichas prácticas no tengan los efectos deseados.

Las experiencias del proceso terapéutico se vinculan al bienestar/malestar del terapeuta y dicho bienestar/malestar influye a su vez en el proceso terapéutico.

Esta temática se refiere a la relación que existe entre el bienestar/malestar del terapeuta y las experiencias que éste pueda vivenciar durante el proceso terapéutico. El efecto que estas experiencias puedan tener en el profesional, a su vez, influirán recursivamente en el proceso terapéutico, siendo esto visto y vivenciado por el paciente en aspectos específicos.

Hay experiencias que generan malestar en el terapeuta dentro del proceso terapéutico. Se pueden distinguir aquellas que están relacionadas a la vivencia de trabajar en un contexto laboral no contenedor de las que tienen relación con el paciente en un contexto más allá del setting terapéutico. Lo común a estas experiencias es que no dependen del terapeuta ni de su quehacer terapéutico, sino que trascienden su accionar profesional y se escapan de su capacidad de acción o resolución. Asimismo, trascienden la labor y el espacio profesional, en

tanto se ven desafiados los límites de privacidad y se ve afectada su vida personal al experimentar sensaciones negativas como consecuencia de su experiencia laboral, generándose incluso un vacío o sin sentido de la vida.

Sin embargo, a pesar de que existen experiencias dentro del proceso terapéutico que generan desgaste, será la otorgación de sentido que el terapeuta le pueda dar a dichas experiencias, lo que le permitirá transitar desde el desgaste laboral y el malestar hacia el crecimiento profesional y el bienestar incluso en contextos de alta demanda y desafiantes para el terapeuta.

También se encontró que, así como el bienestar/malestar del terapeuta es influido por las experiencias vividas en terapia, a su vez el bienestar/malestar de este influye en el proceso terapéutico. Los aspectos considerados en estos estudios son el bienestar afectivo, el cual es un punto de partida para el incremento de la autonomía y la esperanza percibida en el trabajo por el terapeuta; y la calidad de vida del terapeuta, que afectaría la alianza terapéutica. Respecto a esto último, serán los pacientes quienes son más sensibles a las experiencias personales de malestar de sus terapeutas, incluso más que éstos mismos.

A partir de la presente revisión sistemática y contrastando el análisis de los objetivos con los resultados de dichas investigaciones se puede concluir que la producción investigativa da cuenta de un giro ontológico, desde una concepción del bienestar y malestar como un estado hacia una comprensión dinámica de la experiencia y que ocurre en vinculación al proceso terapéutico, es decir al encuentro intersubjetivo entre terapeuta y paciente, el que se cristaliza en un contexto específico. Estudiar el bienestar y malestar del terapeuta desde una mirada procesal permite abrir una nueva ventana a la experiencia terapéutica. A su vez, investigar en su relación con el proceso y resultado terapéutico aporta a la comprensión del efecto terapeuta.

El terapeuta y su desarrollo profesional

Estudiar el desarrollo profesional del terapeuta abre la posibilidad de mirar los procesos formativos, los procesos subyacentes en el llegar a ser terapeuta, pero también permite comprender cómo el quehacer profesional, el encuentro terapéutico va dejando su huella en el terapeuta y a su vez en un nuevo encuentro terapéutico, en un proceso recursivo, aportando elementos para un quehacer eficiente y saludable. Algunos investigadores han buscado generar

modelos que den cuenta del desarrollo profesional, identificando las necesidades de los terapeutas en formación y novatos (Rønnestad & Skovholt, 2003) o buscando predecir ciertas rutas de crecimiento o de agotamiento (Orlinsky & Rønnestad, 2005), y a la vez superando la dicotomía entre desarrollo profesional y personal. Esta idea de desarrollo, que tiene sus orígenes en la Ilustración en el siglo XVIII, alude a un cambio progresivo en el funcionamiento humano (Rønnestad & Skovholt, 1988), a una progresión hacia un ideal de desarrollo. Si bien es cierto que esta comprensión idealista es cuestionable, y hace más sentido hablar de una progresión ortogenética (Prigogine, 1976), donde la dirección de la progresión está dada por las necesidades del sistema que se complejiza a medida que las experiencias de vida aumentan, sigue siendo útil pensar en generar un modelo de desarrollo en torno a lo que va cambiando con la experiencia de hacer psicoterapia.

El interés por estudiar la persona del terapeuta y su desarrollo a lo largo de su trayectoria profesional se ha traducido en numerosos modelos de desarrollo, tal como lo señalan Rønnestad y Skovholt (2013), que en general concuerdan en identificar ciertas etapas y temas que se irían resolviendo en la medida que se va teniendo experiencia en el ejercicio de la profesión. Los mismos autores, a través de un trabajo de investigación de más de 20 años han generado un modelo, basándose en el modelo de desarrollo psicosocial de Erikson (1959), e identificando etapas y tareas relacionadas al desarrollo profesional. En un estudio transversal y longitudinal con 100 terapeutas y consejeros, Rønnestad y Skovholt (2003) identificaron inicialmente 6 etapas de desarrollo profesional, que posteriormente redujeron a cinco: el estudiante novato, el estudiante experimentado, el profesional novato, el profesional experimentado y el profesional senior. Inicialmente habían incluido una fase de ayudante laico, refiriéndose a las experiencias previas al inicio de la formación psicoterapéutica, la que luego decidieron eliminar, asignándole el valor de variable de contexto, en la que se ubican valores culturales en torno al ayudar y la relación de ayuda.

En su modelo plantean además 14 temas, que describen el proceso central de desarrollo, entre ellos, el cambio en el foco atencional y el funcionamiento emocional, la importancia de la reflexión permanente para el crecimiento profesional y un proceso a lo largo de la vida de integración personal y profesional. Concluyen que las experiencias interpersonales en el ámbito de la vida personal, tales como la historia temprana y la historia actual, así como el ámbito profesional, la interacción con pacientes, profesionales mayores y

pares, son fuente significativa para el desarrollo profesional. Con su modelo plantean que un desarrollo profesional tiene características cíclicas, y que puede contener experiencias de crecimiento y de estancamiento durante su trayectoria.

Orlinsky y Rønnestad (2005), han liderado un grupo de estudio en torno al desarrollo profesional del terapeuta, al alero de la Society of Psychotherapy Research (SPR), que a partir de un estudio cuantitativo de gran magnitud, iniciado el año 1989, ha buscado describir a los terapeutas, y generar un perfil, recogiendo ciertas características propias de ciertas regiones geográficas y culturales. Ellos proponen un modelo cíclico secuencial con resultados positivos o negativos, refiriéndose a ello como crecimiento y agotamiento profesional respectivamente, intentando establecer una tipología en torno al desarrollo experimentado acumulativo. A partir de sus datos establecen dos dimensiones del desarrollo: crecimiento profesional y agotamiento profesional, presentes ambos en cada trayectoria, que según cómo se dé su combinación el patrón de desarrollo puede variar, estableciendo cuatro categorías: “en progreso” (mucho crecimiento percibido, poco desgaste percibido), “en conflicto” (mucho crecimiento percibido, más que un poco de desgaste percibido), “detenido” (poco crecimiento percibido, poco desgaste percibido) y “en retroceso” (poco crecimiento percibido, más que un poco de desgaste percibido). Es un modelo lineal que busca identificar variables que permitan predecir de alguna manera el desarrollo profesional.

El modelo desarrollado por Rønnestad y Skovholt (2003) ha servido de base para recientes estudios en el ámbito del desarrollo profesional. En un estudio reciente de Moss, Gibson y Dollarhide (2014), replicaron su método de investigación con un grupo profesional de consejeros/orientadores para comprender el modo en que se produce el desarrollo de su identidad en varios momentos de su desarrollo profesional, identificando tareas de desarrollo y temas ligados a la resolución de éstas. Se encontró que el modo de resolver estas tareas, la de transitar del idealismo al realismo, del burnout al rejuvenecimiento, de la compartimentalización a la congruencia, señalado por Rønnestad y Skovholt (2003) como integración del self profesional con el self personal, será decisivo en la manera cómo se transforma la identidad del consejero profesional. En un estudio cuantitativo de curvas de crecimiento multiniveles sobre el efecto del terapeuta, en que se busca identificar si éste se encuentra en la intersección entre el funcionamiento profesional y personal del terapeuta (Nissen-Lie et al., 2015), se encontró una interacción significativa entre el

autocuestionamiento profesional del terapeuta y su autoafiliación, teniendo ésta un efecto en el resultado de cambio interpersonal del paciente. Los terapeutas con mayor nivel de autocuestionamiento parecen generar un mayor cambio, si a la vez tienen una autoafiliación introyectiva. El uso de estrategias de afrontamiento de los terapeutas también afecta el resultado, pero la autoafiliación del terapeuta no es un moderador en el interjuego entre el afrontamiento del terapeuta y los resultados del paciente.

En consideración de los contextos macrosociales ligados a la formación profesional, Datu (2014) formula una crítica cultural al modelo de Rønnestad y Skovholt (2003), planteando que existen diferencias entre modelos de desarrollo occidentales y asiáticos, haciendo alusión a que, por tipo de formación, los terapeutas filipinos tienen que ser autónomos desde el inicio, sin posibilidades de supervisión, como es habitual en EEUU y Europa. Esto implica la posibilidad de que las trayectorias hacia un estancamiento profesional sean diferentes, no siendo consideradas en el modelo de Rønnestad y Skovholt.

Recientemente, Rønnestad & Skovholt (2013) han concluido que los modelos existentes presentan limitaciones, ya que no dan respuesta a cómo ocurren los cambios, y tampoco aportan conocimiento sobre los procesos de desarrollo. Gran parte de la investigación en torno al desarrollo profesional se centra en las etapas de formación y ejercicio inicial de la profesión, lo cual tiene relevancia en términos de identificar aquellos aspectos que son necesarios en la formación en general y para los espacios de supervisión formativa en particular, pero es una limitante importante al momento de pensar en instancias de supervisión que den cuenta de las necesidades de terapeutas con experiencia. Además, al ser modelos lineales que suponen un desarrollo progresivo en una sola dirección, no dan cuenta de las diferentes trayectorias que puedan presentar los terapeutas.

Entonces, considerar las experiencias de éxito y fracaso propias de los procesos terapéuticos en los modelos de desarrollo profesional, desde la subjetividad del terapeuta y en relación con su vivencia de bienestar/malestar podrá aportar a la generación de modelos de desarrollo que den cuenta de la multiplicidad de trayectorias.

Experiencias de éxito y fracaso en psicoterapia

Las experiencias de éxito y fracaso terapéutico son parte de la vivencia en terapia, tanto del paciente como del terapeuta. Estudiar esta experiencia resulta importante, ya que las

características de esta experiencia probablemente se harán presente en la manera de estar, de relacionarse e interactuar con el paciente y por tanto afectará su proceso de cambio.

El estudio de las experiencias de éxito y fracaso en psicoterapia ha ocupado un lugar en la investigación de proceso de cambio, centrándose en la perspectiva del paciente (i.e. Blatt, 2013; Krause, 2005; Levitt, Butler & Hill, 2006; Timulak, 2007; Werbart, von Below, Brun, & Gunnarsdottir, 2015), y en mucho menor medida en la perspectiva del terapeuta (Hill, Williams, Heaton, Rhodes, & Thompson, 1996), o en la integración de ambas perspectivas (i.e. Altimir et al., 2010; Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011). La experiencia subjetiva del terapeuta en términos de su propio cambio a partir de su quehacer terapéutico ha sido desatendida, así como no ha sido estudiado el modo de hacerse presente este cambio subjetivo del terapeuta en el encuentro terapéutico siguiente.

Se aprecia un desequilibrio en la atención que ha recibido el éxito terapéutico, buscando validar la eficacia de la psicoterapia y los éxitos terapéuticos en desmedro del estudio de fracaso o ausencia de efectividad e incluso los efectos iatrogénicos, siendo un problema relevante tanto desde el punto de vista clínico como ético (Lambert, 2011).

Además, investigar el éxito y fracaso confronta con lo complejo que resultan estos conceptos (Lampropoulos, 2011), una comprensión binaria de éxito y fracaso tiene serias limitaciones para dar cuenta de los procesos de cambio y la evaluación que de ellos hacen tanto paciente como terapeuta (Adrian, 2012), ya que la evaluación de un hecho tiene un componente subjetivo, dependiendo de quién evalúe y en qué contexto lo hace.

Si se comprende que la evaluación de éxito y fracaso tiene un fuerte componente subjetivo, y que por tanto depende de la perspectiva del que evalúa la experiencia terapéutica, y del contexto en que ésta se da, se requiere profundizar en la comprensión de este fenómeno, buscando una metodología adecuada que permita dar cuenta de esta característica subjetiva.

Experiencias de éxito y fracaso desde la perspectiva del terapeuta.

Desde una perspectiva centrada en el proceso, las preguntas en torno a la experiencia del terapeuta respecto a éxito y fracaso, los criterios que utiliza para definir alguna situación como éxito y fracaso durante la terapia, ligado a intervenciones y uso de técnicas, y la percepción en torno a éxito o fracaso de un proceso terapéutico en su conjunto, adquieren relevancia. La investigación de la experiencia subjetiva en terapia es escasa y se ha focalizado en estudios

sobre el término unilateral de la terapia por parte del paciente. En un estudio cualitativo sobre la percepción del propio rol como terapeuta en un término unilateral, por parte de terapeutas experimentados (Piselli, Halgin, & Macewan, 2011) se encontró que los terapeutas perciben que sus reacciones y sus errores pueden contribuir al riesgo de una terminación prematura o unilateral, y los terapeutas pueden experimentar reacciones personales complejas de larga duración a partir de este término. A la vez que están enfrentados a la incertidumbre, los terapeutas pueden aprender lecciones importantes reflexionando sobre sus pacientes que partieron. Las experiencias de éxito y fracaso también pueden darse durante un proceso terapéutico, en los momentos de impasse. En un estudio cualitativo se indagó en las experiencias internas de terapeutas entrenados y experimentados durante impasses terapéuticos difíciles (Moltu, Binder, & Nielsen, 2010), identificando dos categorías, “la presencia subjetiva útil” que describe el modo de estar con los pacientes y que los terapeutas encuentran terapéutico, y la categoría de “perder la esperanza” y “sentimientos difíciles del terapeuta en el aquí y ahora”, procesos que amenazan la presencia útil. El trabajo interno sobre estas últimas categorías es identificado como clave para una resolución exitosa de un impasse. En cuanto a aspectos emocionales que puedan estar asociados a experiencias de fracaso terapéutico, se ha visto que los profesionales de la salud mental reportan frecuentemente sentimientos de autocuestionamiento e inseguridad en torno a lo propia efectividad. En un estudio cualitativo se indagó en la relación de los sentimientos de incompetencia con el desarrollo de la identidad profesional en terapeutas novatos (Thériault, Gazzola, & Richardson, 2009), encontrando que estos sentimientos pueden tener consecuencias positivas en términos de autoconocimiento y responsividad, pero también experiencias negativas como autoevaluación y perturbación del proceso terapéutico. Se identifican estrategias de afrontamiento tales como cambiar atribuciones, confiar en parámetros teóricos y lineamientos, hacer elecciones, confiar en el proceso con el paciente y estrategias de autocuidado.

La relación terapéutica, por sus características de asimetría e intimidad, plantea un desafío importante para el terapeuta. En un estudio cualitativo sobre la violación del límite sexual con el paciente y lo que el terapeuta contribuye a ello (McNulty, Ogden, & Warren, 2013) se entrevistó a 3 terapeutas sancionados por estas situaciones, surgiendo dos temas claves. Por un lado, el esfuerzo del terapeuta de neutralizar el desbalance de poder entre él y el paciente, está orientado a minimizar los problemas de salud mental del cliente, y a cuestionar

la convencionalidad de las relaciones, sin realizar una evaluación de la relación con un supervisor. Un segundo tema dice relación con una identidad cambiante entre el ser héroe, víctima y perpetrador; ello permeaba los relatos mientras la relación terapéutica se movía del éxito al fracaso. Estos resultados pueden estar dando cuenta de teorías implícitas que operan al momento de establecer una relación de trabajo con un paciente.

Es posible pensar entonces que las experiencias de éxito y fracaso estén ligadas a cuestionamientos en torno a la posibilidad de error, considerando que las experiencias de fracaso, en particular, pueden llevar al terapeuta a revisar su *modus operandi*, su comportamiento, su emocionalidad, buscando identificar si pudo haber hecho algo distinto para generar otro resultado, lo cual se puede conceptualizar como error (Bräutigam & Herberhold, 2012), pudiendo representar una instancia de aprendizaje. Ello hace alusión a una experiencia subjetiva de considerar la existencia de una alternativa mejor, y la posibilidad de haber tomado otra decisión, además sucede en un contexto específico, social y cultural, el cual determina su evaluación, es decir el error se construye en un espacio social y cultural tanto a nivel de profesión como a nivel personal (Weingardt, 2004, en Bräutigam & Herberhold, 2012). Un error conduce a nivel cognitivo a la justificación, y a nivel emocional a la vergüenza y la culpa (Bräutigam & Herberhold, 2012), y su construcción está relacionada con el trato que se le da a la misma, es decir el manejo del error y de la culpa tiene características culturales (Weingardt, 2004, en Bräutigam & Herberhold, 2012). Si la manera de manejar el error forma parte del proceso de la regulación de la propia autovaloración, ello podría estar ligado al bienestar/malestar subjetivo del terapeuta.

Entonces, preguntar por el impacto subjetivo que tienen en terapeutas chilenos y alemanes las experiencias de éxito y fracaso en terapia, y su vinculación con las vivencias de bienestar/malestar de los mismos, así como su relación con un desarrollo profesional, abre la posibilidad de identificar aquellos elementos que den cuenta de los procesos de cambio de los terapeutas en función de su quehacer profesional desde una perspectiva cultural.

Objetivos de la presente investigación

Objetivo general

Reconstruir el impacto subjetivo de las experiencias de éxito y fracaso terapéutico sobre la vivencia de bienestar de terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional.

Objetivos específicos

1. Describir las características e identificar los criterios definitorios de experiencias de éxito y fracaso terapéutico desde la perspectiva de terapeutas chilenos y alemanes.
2. Describir las características e identificar los criterios definitorios de experiencias de malestar y bienestar subjetivo en terapia desde la perspectiva de terapeutas chilenos y alemanes.
3. Identificar y describir estrategias que los terapeutas chilenos y alemanes emplean para hacer frente a las experiencias de éxito y fracaso terapéutico que impactan en su bienestar o malestar subjetivo.
4. Identificar la relación entre las experiencias de éxito o fracaso y de malestar o bienestar subjetivo de terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional.
5. Establecer similitudes y diferencias en las experiencias de éxito o fracaso y su relación con el bienestar/malestar subjetivo de terapeutas en diferentes etapas de su desarrollo profesional.
6. Establecer similitudes y diferencias en las experiencias de éxito o fracaso y su relación con el bienestar/malestar subjetivo de terapeutas chilenos y alemanes.

Preguntas directrices por tema

Experiencias de éxito y fracaso terapéutico.

- ¿Qué criterios usan terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de desarrollo profesional para definir experiencias como exitosas o no exitosas? ¿Qué características tienen las experiencias de éxito y/o fracaso terapéutico identificadas por terapeutas chilenos y alemanes en distintas etapas de su desarrollo profesional?

- ¿La vivencia de un momento difícil y/o de satisfacción está vinculada a una experiencia subjetiva de éxito y/o fracaso terapéutico? ¿De qué manera? ¿Qué rol juegan experiencias de momentos difíciles o de satisfacción en la evaluación de una experiencia terapéutica como de éxito o fracaso?
- ¿Qué significados están asociados a las experiencias de éxito o de fracaso terapéutico? ¿A qué se vinculan las experiencias de éxito y/o fracaso terapéutico? ¿Están vinculadas al resultado final de un proceso terapéutico o también a momentos o etapas del proceso? ¿Cómo es este vínculo?
- ¿Cómo maneja el terapeuta su experiencia de éxito y fracaso terapéutico? ¿De qué mecanismos se sirve, tanto formales como informales? ¿Qué características tienen estos mecanismos? ¿Qué estrategias emplean los terapeutas para hacer frente a experiencias de éxito y fracaso, que recuerdan como salientes en su desarrollo profesional? ¿Cómo son estas estrategias? ¿Qué estrategias emplean los terapeutas para hacer frente a experiencias situadas de éxito y fracaso, en un contexto de una terapia particular reciente? ¿En qué se asemejan y en qué se diferencian estas estrategias de manejo de experiencias de éxito y fracaso salientes y situadas? ¿La forma de manejar estas experiencias va cambiando con los años de experiencia profesional? ¿Cómo varía la experiencia de éxito y fracaso terapéutico según la etapa de desarrollo profesional? ¿Qué caracteriza esta variación?

Experiencias de bienestar/malestar en terapia.

- ¿Qué criterios usan terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de desarrollo profesional para identificar bienestar y/o malestar subjetivo en el contexto de su quehacer terapéutico?
- ¿Cómo son las experiencias de bienestar y/o subjetivo de los terapeutas en el contexto de su quehacer profesional? ¿Cuáles son las características del bienestar y/o malestar subjetivo? ¿La vivencia de un momento difícil y/o de satisfacción está vinculada a bienestar/malestar? ¿De qué manera?
- ¿Qué significados están asociados a estas experiencias de bienestar y/o malestar en terapia?

- ¿Cómo manejan los terapeutas las experiencias de malestar y/o bienestar en el contexto de un proceso terapéutico? ¿La experiencia de bienestar o malestar varía según la etapa de desarrollo profesional? ¿Cómo es que varía? ¿Qué la caracteriza?

Relación entre experiencias de éxito y fracaso terapéutico y vivencia de bienestar/malestar.

- ¿De qué manera se vinculan las experiencias de éxito y fracaso con la vivencia de bienestar/malestar del terapeuta? ¿Las experiencias de éxito terapéutico están relacionadas con el bienestar de los terapeutas? ¿De qué manera se relacionan las experiencias de éxito terapéutico con el bienestar subjetivo de los terapeutas? ¿Las experiencias de fracaso terapéutico están relacionadas con las experiencias de malestar subjetivo de los terapeutas? ¿De qué manera se relacionan las experiencias de fracaso terapéutico al malestar subjetivo de los terapeutas?
- ¿De qué modo el bienestar y/o malestar subjetivo se relaciona con la percepción de resultados terapéuticos? ¿De qué modo la experiencia de éxito y/o fracaso terapéutico influye en el bienestar/malestar subjetivo del terapeuta? ¿La relación entre bienestar subjetivo y experiencias de éxito y fracaso terapéutico se mantienen en el tiempo?
- ¿La forma de manejar las experiencias de éxito y fracaso se relaciona con el bienestar/malestar? ¿De qué manera? ¿La significación del fracaso terapéutico como oportunidad de aprendizaje contribuye al bienestar del terapeuta? ¿De qué manera la relación entre la experiencia de éxito y fracaso terapéutico y el bienestar o malestar subjetivo varía según la etapa de desarrollo profesional del terapeuta? ¿Cómo es esta variación, qué características tiene? ¿En qué aspectos la relación entre bienestar subjetivo y experiencia de éxito y fracaso terapéutico es similar en las diferentes etapas de desarrollo? ¿En qué aspectos se diferencia? ¿Qué es lo que perdura de la relación entre la experiencia de éxito y fracaso y el bienestar subjetivo? ¿Qué es lo que cambia? ¿Qué deja, qué cambia en lo personal y profesional las experiencias de éxito y fracaso a lo largo del desarrollo profesional? ¿Cómo se relaciona ello con el bienestar subjetivo como terapeuta?

Desarrollo profesional, experiencias de éxito y fracaso y vivencia de bienestar/malestar.

- ¿La experiencia como terapeuta según su etapa de desarrollo profesional modula la relación entre experiencias de éxito y fracaso y bienestar/malestar subjetivo? ¿Cómo es que la experiencia como terapeuta modula la relación entre experiencias de éxito y fracaso terapéutico y bienestar/malestar subjetivo? ¿Qué es lo que cambia con la experiencia? ¿Qué perdura de las experiencias acumuladas? ¿Qué es lo que cambia en los terapeutas con su quehacer profesional?
- ¿Cómo es que varían las experiencias de éxito y fracaso según el contexto cultural de desarrollo profesional, entre terapeutas chilenos y alemanes? ¿Qué características tiene? ¿En qué se parecen, en qué son diferentes? ¿Con qué elementos tiene que ver esta variación? ¿Cómo es que varían las experiencias de bienestar subjetivo/malestar subjetivo entre terapeutas chilenos y alemanes? ¿Con qué elementos se relaciona esta variación? ¿En qué se parecen, en que se diferencian estas experiencias de bienestar subjetivo entre terapeutas alemanes y chilenos? ¿Cuáles son las diferencias y similitudes de la relación entre las experiencias de éxito y fracaso terapéutico y las experiencias de bienestar y malestar subjetivo entre terapeutas chilenos y alemanes?
- ¿Los terapeutas hacen una distinción en su manera de ser entre su contexto profesional y personal? ¿De qué manera? ¿Los terapeutas identifican como resultado de su desarrollo una integración entre rol profesional y persona? ¿Qué características tiene? ¿Cómo se va dando esta integración? ¿Esta integración varía en función de los años de experiencia? Si es así, ¿de qué manera? ¿Esta integración varía en función del contexto cultural? ¿De qué manera? ¿Una integración entre self profesional y personal contribuye al bienestar/ malestar del terapeuta? ¿Cómo se relaciona una integración entre persona y terapeuta con las experiencias de éxito y fracaso terapéutico? ¿Una integración del self profesional y personal contribuye a un afrontamiento de experiencias de éxito y fracaso que conduzca a un mayor bienestar?

Metodología

La presente investigación tuvo un diseño metodológico cualitativo en concordancia con los objetivos planteados, para indagar en la experiencia subjetiva de éxito y fracaso terapéutico y su relación con la vivencia del bienestar/malestar de los terapeutas. Este diseño metodológico se sustentó en su pertinencia para dar cuenta de la subjetividad (McLeod, 2011) y de los procesos internos que subyacen a la conceptualización de casos, intervenciones y aproximaciones a tratamiento (Levitt, 2014).

Se realizaron dos estudios complementarios entre sí, siguiendo la estrategia de triangulación de métodos propuesta por Patton (1999), para poder comprender en mayor profundidad el fenómeno de la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y la vivencia de bienestar/malestar. El primer estudio estuvo focalizado en las experiencias que aparecieron como salientes en los relatos biográficos en torno al quehacer y la trayectoria profesional, permitiendo observar este fenómeno en perspectiva sobre el desarrollo profesional, mientras que el segundo estudio se centró en las experiencias recientes o situadas, en un contexto de una psicoterapia específica de data reciente, posibilitando un análisis profundo y detallado del fenómeno en estudio.

La presente investigación tuvo un alcance descriptivo y relacional (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin, 2002), e interpretativo (Piña, 1998; 1999), posibilitado a través de la combinación de ambas tradiciones cualitativas en un método denominado “discovery oriented biographical analysis” (Duarte, Fischersworing, Martínez, & Tomicic, 2017). Su carácter descriptivo y relacional estuvo dado por el proceso de codificación abierta, con la generación de categorías emergentes en torno a la experiencia subjetiva en terapia y su descripción respectiva, así como de categorías preestablecidas por el modelo biográfico de Piña (1998; 1999) y el establecimiento de relaciones entre estas categorías por medio del proceso de codificación axial. Lo interpretativo estuvo entonces al servicio de la generación misma de los resultados, con la construcción de un relato sobre lo acontecido. La integración de ambos estudios, por contar con un formato y una muestra distinta, se realizó de manera teórica.

Para la realización de esta investigación se contó con la aprobación del Comité de Ética para la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Antecedentes Muestrales

La presente investigación utilizó un procedimiento de muestreo intencionado, y aplicando la estrategia de variación máxima (Creswell & Poth, 2018; Patton, 2002). Tal como indica Kleining (1982) esta regla permite abarcar el fenómeno de estudio en profundidad, ya que cada vez que se hipotetiza que una característica de un fenómeno estudiado es relevante para su comprensión, ésta debe ser variada. La conformación de la muestra se realizó siguiendo los criterios de heterogeneidad en términos de su sexo, su formación terapéutica, sus años de experiencia profesional, su especialidad y su contexto laboral. Adicionalmente se buscó enriquecer la muestra culturalmente en términos del contexto cultural en que se da la experiencia psicoterapéutica, recurriendo a terapeutas en Chile y Alemania. Como criterios de inclusión se estableció que fueran terapeutas, hombres y mujeres, preferentemente psicólogos con dedicación al ejercicio de la psicoterapia, con formación en diferentes orientaciones teóricas, en diversos contextos de trabajo, con diferentes experticias, y que se encontraran en diferentes etapas de su desarrollo. Como criterio de exclusión se consideró tener menos de 2 años de ejercicio profesional en psicoterapia.

En concordancia con lo antes expuesto, la utilización de la estrategia de variación máxima permitió considerar a terapeutas tanto en Chile como en Alemania, que cumplieran con los criterios de inclusión acorde a la pregunta de investigación y a los objetivos señalados – terapeutas hombres y mujeres, con formación en diferentes orientaciones terapéuticas, en diversos contextos de trabajo, en diversas etapas de su desarrollo.

El estudio 1 contó con 17 participantes de Chile y de Alemania. Las primeras entrevistas se realizaron a terapeutas con más de 15 años de experiencia en el ejercicio psicoterapéutico, por ser este un grupo menos estudiado, y posteriormente, para contrastar los resultados emergentes, se vio la necesidad de diversificar la muestra incluyendo a terapeutas novatos, entre 2 y 8 años de experiencia. El estudio 2, por su lado, se saturó con una muestra de 15 terapeutas acorde al arranque muestral, todos provenientes del Proyecto FONDECYT N° 1141179; cabe señalar que esta muestra pudo ser enriquecida culturalmente a través de la inclusión de terapeutas alemanes, gracias a una cooperación entre MIDAP y la Universidad de Heidelberg.

Caracterización de la muestra.

La muestra del estudio 1 estuvo compuesta por 11 mujeres y 6 hombres, con un promedio de edad de 50 años (σ : 13), 9 de ellos formados y residentes en Chile, y 8 en Alemania. Todos los entrevistados tuvieron formación de pregrado como psicólogos, salvo una persona que tenía formación de pregrado en trabajado social, pero con formación psicoterapéutica, que se incluyó a modo de maximizar la diversidad de la muestra. La mediana de los años de experiencia era de 23, con un rango entre los 2 a 40 años (ver figura 1). En términos del enfoque teórico, estuvieron representantes de la línea psicoanalítica, psicodinámica, sistémica, integrativo, cognitivo-conductual y postracionalista (ver figura 2). En tanto, el estudio 2 contó con una muestra compuesta por 10 mujeres y 5 hombres, con un promedio de edad de 42.3 años (σ : 10.5). En términos de su procedencia, 5 de ellos habían sido formados y residían en Alemania y 10 de ellos en Chile. Todos tenían formación de pregrado como psicólogos. En términos de los años de experiencia, la mediana era de 10, en un rango de 2 a 38 años (ver figura 3). En la muestra del estudio se encontraron representantes de los enfoques teóricos sistémico, psicodinámico y psicoanalítico, cognitivo-conductual, y constructivista estratégico (ver figura 4).



Figura 1 Distribución muestral por años de experiencia (Estudio 1)

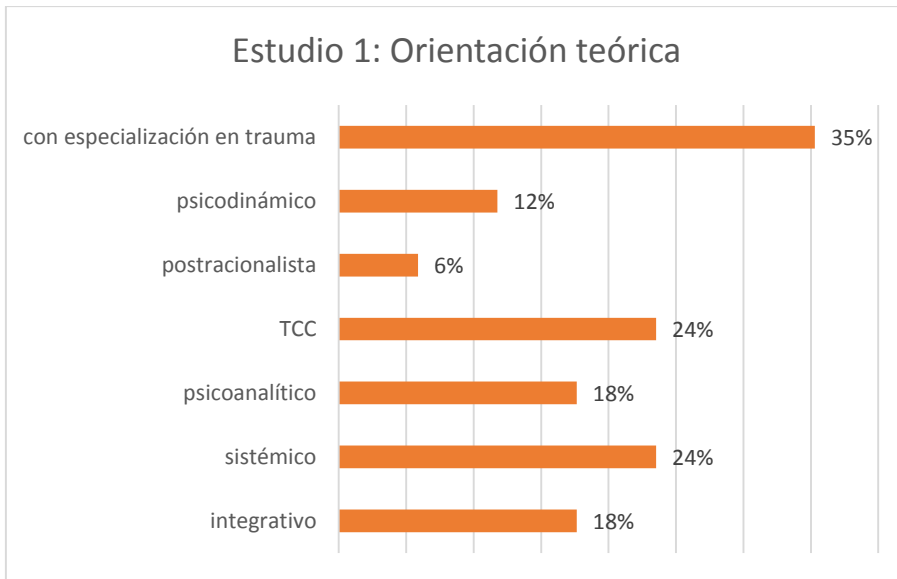


Figura 2 Distribución por enfoque teórico (Estudio 1)



Figura 3 Distribución muestral por años de experiencia (Estudio 2)

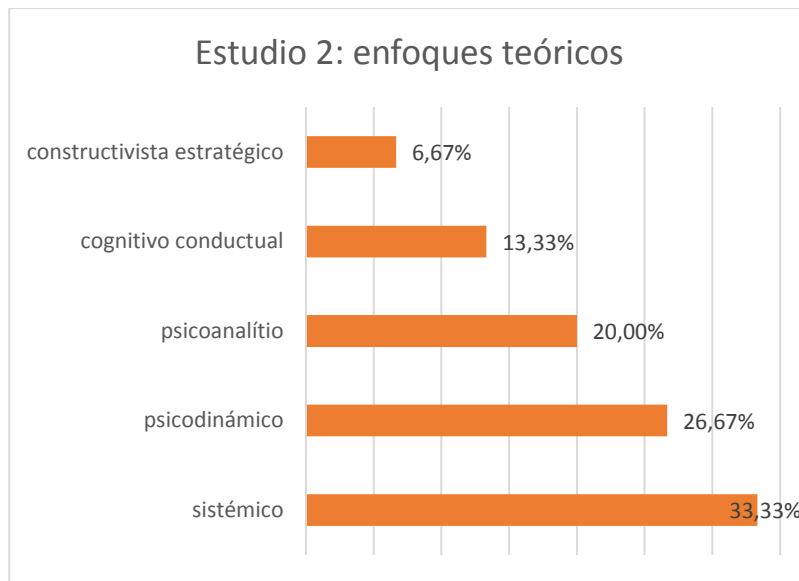


Figura 4 Distribución por enfoque teórico (Estudio 2)

Procedimiento

Para la consecución de los objetivos se realizaron dos estudios, con perspectivas complementarias entre sí, y que se desarrollaron de manera paralela. Parte de ambos estudios se desarrolló en Alemania durante el año 2016.

Para el estudio 1, que tuvo como propósito describir las experiencias salientes en cuanto al quehacer psicoterapéutico identificadas como hitos, sus características y su impacto en términos de su trayectoria profesional, se contactó a terapeutas a través de redes profesionales personales tanto en Chile como Alemania, y se les invitó a participar de una entrevista para narrar sus experiencias en psicoterapia. El estudio 2 se realizó al alero del proyecto de investigación FONDECYT N°1141179 “Experiencias de éxito y fracaso e psicoterapia - Construcción de un modelo comprehensivo multidimensional” y tuvo por objetivo reconstruir la relación entre las experiencias de éxito y fracaso del terapeuta y su vivencia de bienestar/malestar de un proceso terapéutico finalizado recientemente, evaluadas como exitosas o no exitosas. Los terapeutas participantes en la investigación FONDECYT N°1141179 fueron entrevistados a 3 meses terminando el proceso terapéutico y no inmediatamente al término, a objeto de obtener una mirada un poco más amplia del proceso (McLeod, 2010).

Antes de realizar la entrevista se les explicó el objetivo y los alcances de la investigación y se les pidió el consentimiento informado correspondiente al estudio 1 y 2 (ver anexos A y B).

Técnicas de producción de datos

Para la producción de datos en el contexto del estudio 1, que buscó indagar en aquellas experiencias de éxito y fracaso terapéutico identificadas como salientes en la trayectoria profesional, y la elaboración que de ellas hace un terapeuta, se realizó una aproximación biográfica narrativa, ocupando el formato de entrevista narrativa (Flick, 2004), la cual se sirve de una pregunta generadora de narración, referida al tema de estudio, que estimule el relato y que busca ser amplia y específica a la vez (Flick, 2004). La entrevista fue grabada en audio y luego transcrita.

En un principio la pregunta generadora apuntaba a la identificación de un caso impactante particular; ya que ello permite obtener una narración detallada y coherente sobre un caso que probablemente haya afectado el trabajo de un terapeuta con pacientes posteriores (Piselli, Halgin, & Macewan, 2011). A raíz del análisis de la primera entrevista, dado el carácter biográfico del estudio 1 se amplió la pregunta generadora, quedando establecida como sigue: “¿Cómo llegaste a ser el/la terapeuta que eres hoy?” Durante la entrevista se buscaba profundizar en las experiencias que hubieran marcado dicha trayectoria, con una segunda pregunta: “¿Recuerdas alguna terapia o algún episodio en particular que te haya quedado marcado para bien o para mal? A ver si me lo puedes contar con el mayor detalle posible, y también como tratando de recordar lo que tú fuiste sintiendo, pensando, qué te fue pasando a ti con esto.” Y finalmente se buscaba profundizar en las estrategias de autocuidado (anexo D).

Para reconstruir las experiencias en torno al proceso terapéutico en el marco del estudio 2 se realizaron entrevistas semi-estructuradas (Flick, 2004; Knox & Burkhard, 2009), con un guión temático constituido por preguntas abiertas basadas en el foco de la investigación y que incluían información en torno al proceso terapéutico específico en su conjunto, la valoración de la psicoterapia, la caracterización del proceso, las atribuciones sobre éxito y fracaso terapéutico y los significados en torno a enfermedad y mejoría (FONDECYT N° 1141179), y su relación con la vivencia de bienestar del terapeuta (ver anexo E). El guión sirvió como guía para la entrevista, dejando abierta la posibilidad de

profundizar en temas o aspectos emergentes durante la entrevista, para que la historia de cada uno de los entrevistados quedara totalmente al descubierto (Flick, 2004).

Procedimiento de análisis de datos

A medida que se fueron produciendo los datos, las entrevistas fueron transcritas textualmente para su posterior análisis, e ingresadas al sistema informático ATLAS-ti, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales. Se trabajó con unidades hermenéuticas separadas para cada estudio, ya que cada estudio tuvo su propio diseño y muestra.

En paralelo con la producción de datos se inició el proceso de análisis, en base al método de análisis biográfico orientado al descubrimiento (Duarte et al., 2017), producto de la combinación de dos métodos de análisis de datos: el procedimiento de codificación abierta en base a la Teoría Fundada (Charmaz, 2006; Strauss y Corbin, 2002) y el modelo de análisis biográfico de Piña (1998; 1999). El método de Duarte et al. (2017) surge en el contexto del mencionado FONDECYT y de la presente investigación en particular, desde la necesidad de generar una comprensión integrada de los procesos en terapia, lo cual permite abordar el aspecto procesal de la relación entre las experiencias de éxito y fracaso en terapia y el bienestar y malestar del terapeuta. La metodología de análisis de la Teoría Fundada (Strauss & Corbin, 2002) permite describir y analizar los discursos de los terapeutas en relación a su experiencia de éxito y fracaso, del bienestar subjetivo y la relación entre ambos bienestar subjetivo y generar categorías emergentes para poder establecer las relaciones necesarias que permitan desarrollar una mayor comprensión de este fenómeno. Mientras que el aporte del modelo de Piña (1998, 1999), que se articula en torno a preguntas por cómo es que el sujeto se representa ante sí y ante otros, cómo organiza y relaciona los hechos del acontecimiento que narra, cuáles son los argumentos que explican la ocurrencia de dichos acontecimientos, y cómo incorporan en su relato órdenes morales en la interpretación y evaluación de las acciones propias y la de los otros, radica en la incorporación de seis categorías preestablecidas, las que vendrían a ser el contexto, las etapas, los hitos, las motivaciones, las causalidades y la referencia a los órdenes morales.

El análisis partió entonces con el procedimiento propio de la codificación abierta en base a las preguntas orientadoras: ¿de qué habla? Y ¿qué dice de lo que habla?, en ambos estudios se generaron categorías de carácter emergente, en base al discurso de los terapeutas

en torno a sus experiencias en terapia, los criterios y descripciones de las experiencias de éxito y fracaso y el bienestar subjetivo, y la relación entre ambos. Es allí donde emergen las categorías de “efectos en el terapeuta”, y “estrategias de manejo”.

En el estudio 1 las categorías emergentes relativas a las diferentes dimensiones de las experiencias subjetivas de éxito y fracaso terapéutico se organizaron de manera jerarquizada, en esquemas de clasificación jerárquicos que permitieron el desarrollo de categorías descriptivas nucleares, mientras que la codificación en torno a las categorías preestablecidas de contexto, etapas, hitos, causalidades, motivaciones y referencia a órdenes morales posibilitó la generación de un relato que pusiera en perspectiva las categorías, y permitiera profundizar en su interpretación. Es decir, se buscó obtener diferentes elaboraciones de relatos sobre las experiencias de éxito y fracaso que hacen los terapeutas y su relación con la vivencia de bienestar/malestar, por tanto, maneras particulares de organizar, interpretar y significar aquellos acontecimientos de su propia vida. Para profundizar en la comprensión del fenómeno, se buscó además identificar similitudes y diferencias en las diversas descripciones que surjan a partir de la heterogeneidad de la muestra. Adicionalmente se buscó comprender e interpretar cada una de las entrevistas en su contexto, de manera de describir en profundidad cada uno de los elementos que configuran los relatos, aplicando el criterio de descripción densa (Geertz, 2003). La categoría de referencia a los órdenes morales se incorpora en el análisis de los aspectos culturales del desarrollo profesional.

En el estudio 2 se realizó una descripción del fenómeno mediante una codificación abierta y también se efectuó un análisis relacional a través de una codificación axial (Strauss & Corbin, 2002), con el fin de aumentar la comprensión del fenómeno y responder a la pregunta de investigación acerca de las experiencias de éxito y fracaso terapéutico, la vivencia de bienestar del terapeuta y la relación entre ambos.

Ambos estudios fueron integrados en un análisis teórico, en torno a la relación entre experiencias de éxito y fracaso terapéutico y vivencia de bienestar/malestar del terapeuta, considerando la dimensión biográfica a través de experiencias salientes, colocando el foco en el terapeuta, y la experiencia actual de un proceso terapéutico, que coloca el foco en la terapia, buscando convergencias y divergencias entre ambas perspectivas.

La calidad de los análisis se aseguró por medio de la estrategia de triangulación de codificadores, con el objeto de validar las categorías generadas a través de un acuerdo

intersubjetivo. Para ello se contó por un lado con la colaboración del equipo de investigadores del FONDECYT N° 1141179 en el contexto del estudio 2, especialmente de Javiera Duarte y Alemka Tomicic para las entrevistas chilenas, y por el otro lado, para las entrevistas alemanas con el equipo de trabajo en torno a Rebecca Hilzinger, doctorande en el Instituto de Psicología Médico de la Universidad de Heidelberg, vale decir Barbara Hench, Annina Brendel y Milena Zuñiga-LeBert. Mientras que para el estudio 1 se contó con la colaboración de Javiera García para las entrevistas chilenas y de Kim von Shouten, Josephin Kirsch y Ulrike Bens para las entrevistas alemanas.

Reflexividad del investigador

En términos de la reflexividad del investigador cabe señalar, que la investigadora principal de la presente investigación doctoral es psicóloga y psicoterapeuta formada en postracionalismo, con interés en los efectos del terapeuta y el desarrollo profesional de psicoterapeutas; JD es psicoterapeuta formada en constructivismo y estudiante de doctorado en psicoterapia, con interés en los proceso regulatorios en terapia; AT es investigadora principal del mencionado FONDECYT, doctora en psicología, con énfasis en métodos cualitativos de investigación y proceso psicoterapéutico; JG psicóloga con formación en postracionalismo; RH, estudiante de doctorado en psicología, en proceso de formación en terapia sistémica, con interés en la formación de competencias de terapeutas; Bh, estudiante de psicología, AB y MZ estudiantes de magister en psicología clínica, las tres en práctica de investigación en el Instituto de psicología médica de la Universidad de Heidelberg; KS, estudiante de magister en psicología clínica y JK y UB estudiantes de magister en consejería. Todos firmaron un compromiso de confidencialidad, ya sea a través de su respectiva unidad académica o del formato adjunto (ver anexo C).

Resultados

Esta sección da cuenta de los resultados obtenidos a partir de los estudios 1 y 2 por separado, ya que cada uno tuvo su propio diseño metodológico. Los resultados, organizados en capítulos, dan cuenta de cada uno de los códigos axiales, integrando la descripción de los códigos abiertos vinculados a ese axial y explicitando la correspondencia con el o los objetivos específicos en particular, y su correspondencia al estudio 1 o 2 respectivamente. Además, los análisis axiales se ven enriquecidos por un análisis interpretativo, siguiendo el método de análisis biográfico orientado al descubrimiento (Duarte et al., 2017). Adicionalmente, el desarrollo profesional ha sido establecido como hilo conductor para la organización temática de los axiales, buscando facilitar el establecimiento de relaciones entre los elementos emergentes y otorgando un sentido de coherencia a los diferentes resultados.

Los siguientes capítulos dan cuenta de las experiencias vividas en terapia por el terapeuta, sus efectos e impacto, de las estrategias de manejo de estos efectos y las condiciones en que ocurren dichas experiencias, presentando aspectos contextuales y del sistema de creencias y valores. También se profundiza en la relación entre las experiencias de bienestar y malestar con las experiencias de éxito y fracaso. En un capítulo final se esboza un análisis selectivo, que integre los diferentes resultados y aporte a un modelo sobre el desarrollo profesional y de las identidades como terapeuta.

El desarrollo profesional está vinculado a las experiencias vividas por el terapeuta en terapia y al manejo de éstas, en un proceso dinámico y recursivo

El desarrollo profesional y personal está vinculado a las experiencias particulares con los pacientes -a modo de consecuencia, efecto o impacto-, a las condiciones o el contexto en que ocurre este efecto y a las estrategias usadas para manejar dichos efectos.

Este resultado engloba varios objetivos, por lo que presenta un marco ordenador para otros resultados que son más específicos (ver figura 5). Está en correspondencia con los objetivos que están planteados en términos más descriptivos, es decir con el objetivo “Describir las características e identificar los criterios definitorios de experiencias de éxito y fracaso terapéutico desde la perspectiva de terapeutas chilenos y alemanes”, con el objetivo “Describir las características e identificar los criterios definitorios de experiencias de malestar y bienestar subjetivo en terapia desde la perspectiva de terapeutas chilenos y alemanes” y con el objetivo “Identificar y describir estrategias que los terapeutas chilenos y alemanes emplean

para hacer frente a las experiencias de éxito y fracaso terapéutico que impactan en su bienestar o malestar subjetivo”. Adicionalmente también da cuenta del objetivo con características relacionales “Identificar la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y de malestar o bienestar subjetivo de terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de desarrollo profesional”.

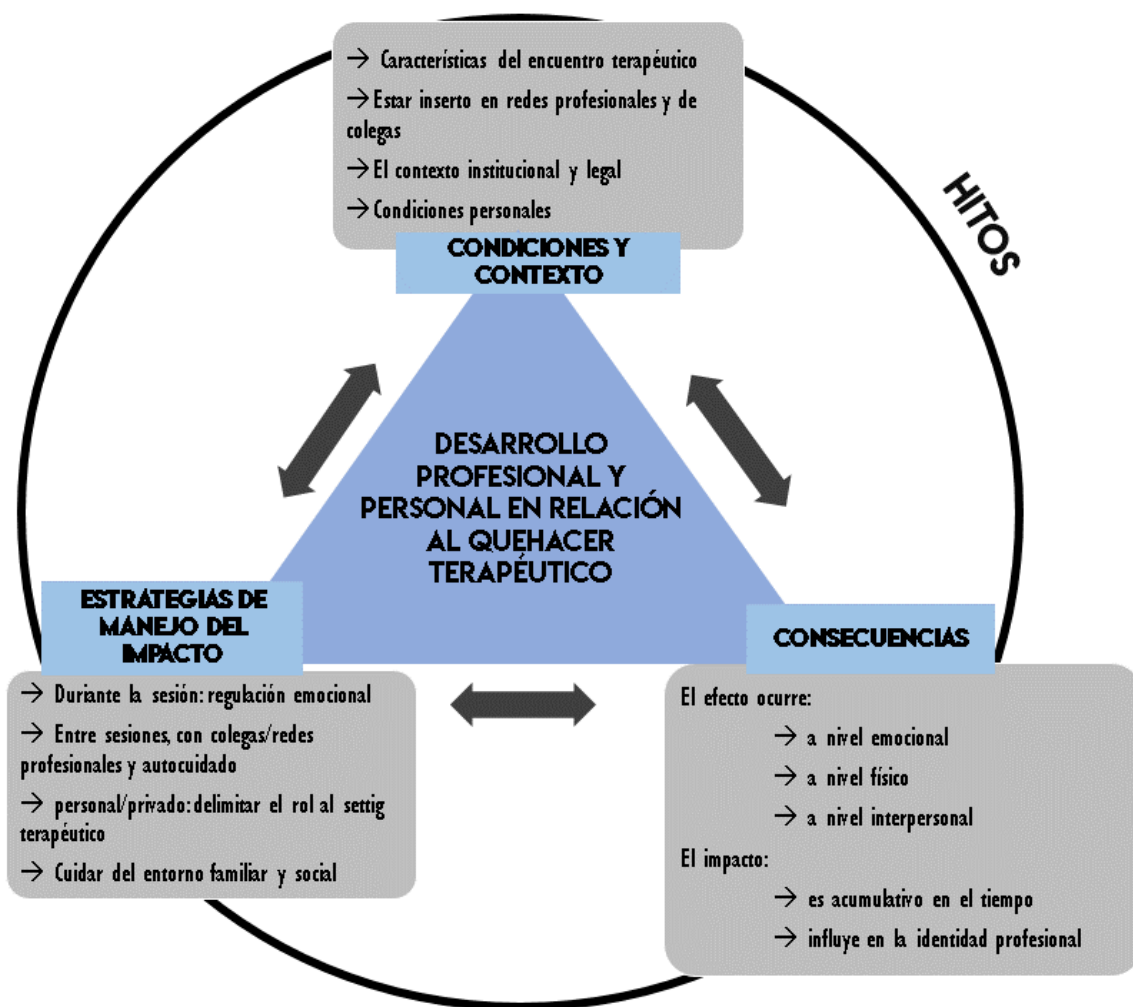


Figura 5 El desarrollo profesional en relación al quehacer terapéutico

Es importante señalar que este primer gran resultado es producto del estudio 1, con un formato de entrevista narrativa y análisis biográfico basado en el descubrimiento (Duarte,

Fischersworing, Martínez y Tomicic, 2017). Este abordaje metodológico permitió identificar como hitos aquellas experiencias terapéuticas que fueron recordadas como salientes. El análisis de estos hitos a su vez permitió describir los efectos y sus consecuencias de estas experiencias salientes, las estrategias utilizadas por las/os terapeutas para manejar dichos efectos, y las condiciones inmediatas en que todo aquello ocurre.

Hitos o experiencias salientes en la biografía profesional del/la terapeuta.

Los hitos dan cuenta de aquellas experiencias vividas en el contexto del quehacer terapéutico, que quedaron ancladas como salientes y significativas en la memoria biográfica. Estos hitos resaltan como experiencias que han marcado un desarrollo profesional y una identidad profesional, y comúnmente están asociados a un cambio de etapa en el desarrollo profesional.

En términos de sus características es posible definir diferentes categorías de hitos. Están aquellos que dan cuenta del impacto de experiencias relacionales con pacientes y que hacen referencia a aprendizajes significativos.

"... ya de mi primer paciente aprendí muchísimo. ... Eso fue totalmente emocionante. ... y eso me acompaña de alguna manera [hasta el día de hoy]... [vino] para la segunda sesión ... y se me ocurrió preguntarle si sus objetivos habían cambiado, y resultó que entretanto quería separarse de su esposa. Y en la tercera sesión al preguntarle nuevamente por sus objetivos, respondió que quería irse de la empresa donde estaba; allí aprendí mucho sobre los objetivos cambiantes (Moving Targets)" GER, 24:7

Otros hitos tienen relación con un sentido de eficacia profesional, ligadas a experiencias tanto de competencia e incompetencia.

"... Empecé a trabajar con una mujer, ... estaba sujeta a muchas condiciones de adversidad, era una mujer muy desprovista de recursos, que le habían tocado cosas muy duras en la vida, pero además ella tenía un patrón de desempeño complejo... podríamos decir que su estructura era muy compleja, y me costó muchísimo avanzar con ella, ... y siempre me quede con la sensación de que el progreso había sido muy malo, muy mínimo, de que las cosas que a ella le ocurrían, sus circunstancias, estaban más allá de lo que... de mis competencias." CL, 21:11

También están aquellos hitos que hacen referencia a experiencias que tienen relación con sentirse limitado en el ámbito laboral o a una falta de contención, de compañía en lo profesional.

“... se daban ciertos manejos de poder, que se expresaban en la acomodación de la sala. ... estas son las cosas que diría, que me hicieron sentir que mi visión de mundo y en torno a las personas no era compartida lo suficiente y no me hacía sentirme perteneciente a esa forma de trabajar.” GER, 18:28

Los hitos relacionados a experiencias de alto impacto emocional dan cuenta de lo difícil que puede resultar su elaboración por parte del terapeuta.

“... una paciente que había llegado refugiada a Alemania hace solo unos meses... Llegó para una... intervención breve... y en sesión tuvo... una crisis disociativa con convulsiones. Eso... me tuvo muy ocupada, y en la situación misma sobrepasada. Era la primera vez que veía una crisis disociativa tan severa... definitivamente me marcó y ... aún me mantiene ocupada, lo que sucedió, como se desarrolló.” GER, 19:10

También se identificaron hitos ligados a experiencias de cambio en el ciclo vital y que afectan la trayectoria profesional de terapeutas.

“porque ser mamá te cambia muchas cosas, porque primero tuve que reducir mi jornada y todo, pero también me cambió mi forma de trabajar con niños y de trabajar con padres también,... entonces ser mamá también me dio otros recursos que tenía que ver con aumentar mis niveles de empatía con ver in situ lo importante que era trabajar no solamente con el niño sino que también con los padres y cómo trabajar con los padres...” CL, 13:13

Finalmente están los hitos que dan cuenta de un encuentro personal con modalidades o elementos terapéuticos/teóricos que resulta significativo.

“...y cuando empieza a hablar de estas cosas teóricas, yo empiezo a sentir que él pone en palabras lo que yo ya había pensado ...en algún modo, no tan claramente a lo mejor, pero yo ya eso lo tenía dentro de mí, y él, lo que hizo fue darle un orden, darle una coherencia y

eso me hizo muchísimo sentido, es decir me calzó, fue como calzar, como la pieza que me faltaba, como un poco así...La forma en que me preguntó, ... en que manejó la entrevista ... me hizo como mirarme de una manera distinta en ese momento, y dije yo, esto es lo que yo quiero... y vuelvo a elegir de nuevo la psicología clínica.” CL, 10:49

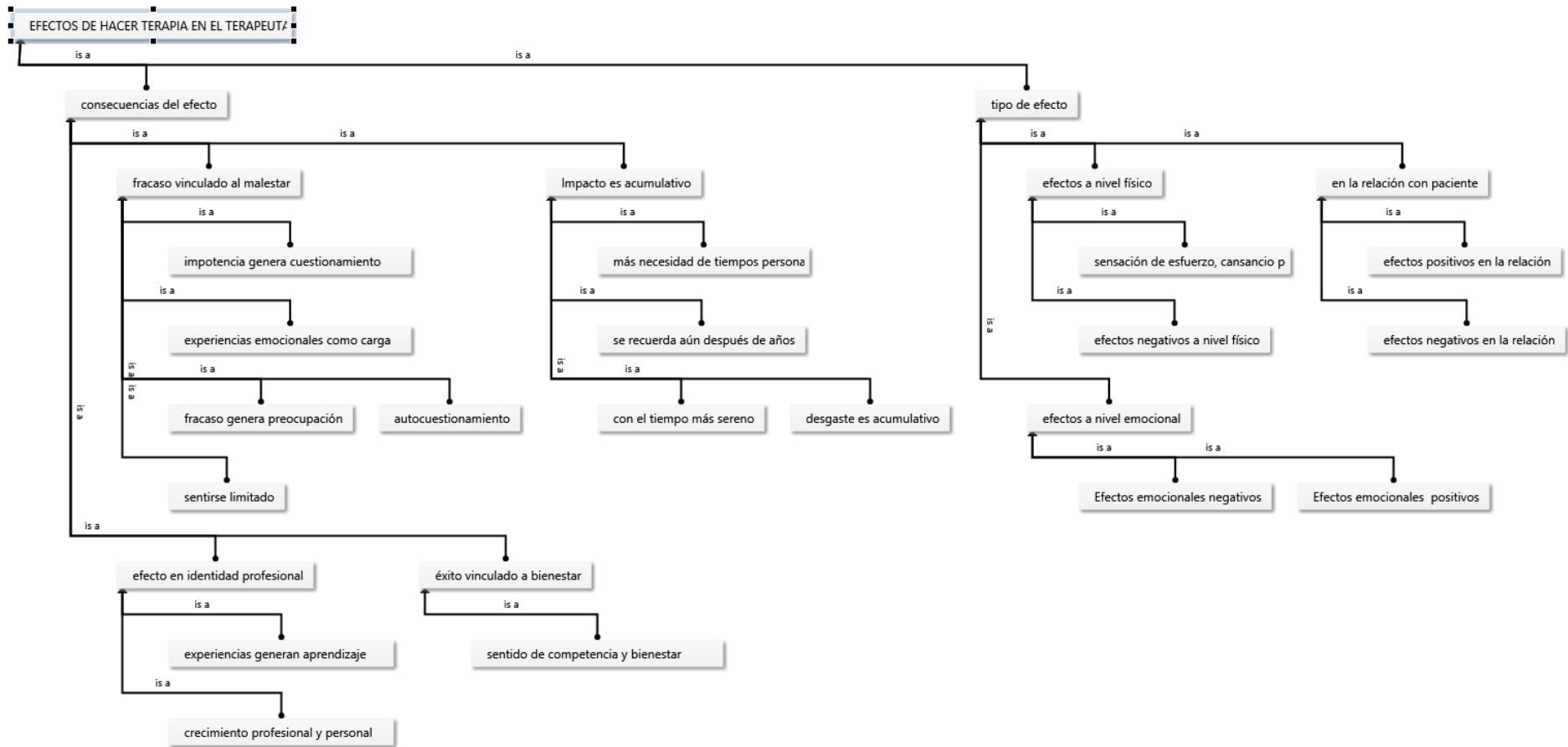
La experiencia en terapia es una experiencia de vida para el terapeuta, vivida como bienestar y/o malestar.

El análisis de las experiencias salientes aquí consignadas como hitos fue posible identificar las consecuencias vividas tanto en el momento así como en perspectiva. La categoría ‘consecuencias’ (ver figura 1) hace alusión al efecto y al impacto que genera el quehacer terapéutico en el terapeuta. El efecto corresponde a una experiencia que ocurre/se manifiesta a nivel emocional, a nivel físico y/o a nivel interpersonal, con las mismas características que cualquier otra experiencia intersubjetiva. En tanto el impacto es acumulativo en el tiempo e influye en la identidad profesional. Este resultado da cuenta del objetivo específico 2 “Describir las características e identificar los criterio definatorios de experiencias de malestar y bienestar subjetivo en terapia desde la perspectiva de terapeutas chilenos y alemanes, considerando la pregunta directriz: ¿cómo es el efecto? A continuación se detallan ambas subcategorías (ver tabla 1).

Los efectos del ejercicio profesional vividos en sesión.

Los efectos del hacer terapia son diversos, y se recuerdan como estados emocionales, como sensaciones físicas y en términos de la relación con el paciente. A su vez, estos efectos son connotados positiva- o negativamente. En perspectiva, estos efectos son vividos como impacto del hacer terapia en el terapeuta. Primero me referiré a los efectos, que si bien son recordados como salientes, responden a estados emocionales o sensoriales más pasajeros.

Tabla 1: Efectos e impacto del quehacer terapéutico en el terapeuta



Los efectos emocionales están asociados a estados emocionales positivos o negativos en el contexto del trabajo psicoterapéutico, es decir en la relación con el paciente. Los estados emocionales positivos que se recuerdan como salientes en torno a ciertas experiencias terapéuticas están asociados a la alegría, a sentirse conmovido/tocado y a la sorpresa.

Así, el sentir interés y alegría por el trabajo y con los pacientes, permite sobrellevar situaciones laborales adversas.

“Noté que, aunque el equipo no funcionara tan bien en esos años, pude mantener mi interés y la alegría en el trabajo, el trato con los pacientes” GER, 15:21

El sentirse tocado/conmovido por la experiencia, está asociado a una emoción de gratitud:

“Yo estaba increíblemente agradecido por el hecho de estar allí, que pude acompañar esto. Fue un proceso muy terrible... cuando alguien se sienta allí y llora todo el tiempo. ... pero se soltó, se ablandó algo, alguien se volvió un poco más libre. Y entonces eso es reconfortante, el llanto de alguna manera es reconfortante, entonces solo estás contento y piensas "vaya, este trabajo es genial” GER, 24:16

"me sentí muy reconfortado de ser testigo de ese proceso, y de ser de alguna manera, un acompañante, un coartífice de ese proceso", CL, 21:29

Emociones de sorpresa y asombro son vividas como bienestar, por ejemplo por sentir la fuerza de una intervención por parte del terapeuta

"Eso fue también precioso. Creo que eso reforzó mucho las herramientas que puedo tener para hacer algo, insisto, algo como limpiador de la vida de otras. No lo había pensado, pero una de las cosas importantes en esta paciente es sentir la fuerza de las intervenciones que uno como terapeuta puede hacer" CL, 5:5

Las experiencias emocionales negativas recordadas por el terapeuta en el contexto de la terapia están asociadas a emociones de miedo, angustia e inseguridad; de rabia e impotencia; y de pena y tristeza.

Las emociones de miedo, inseguridad y angustia están asociadas a experiencias de sentirse sobreidentificado con paciente, lo cual perturba; miedo al sentir violencia de paciente, aunque se encuentre protegida; susto al sentir el peso de la responsabilidad por el otro; inseguridad y desesperación frente al deterioro físico de pacientes terminales; angustia por el relato doloroso.

"el otro te va relatando y tú te vas angustiando, vas sintiendo el sufrimiento, te... es como el cable que el otro no tiene conectado es el cable que conecta uno, y tú le prestas un poco tu posibilidad de vivir, o de sentir más organizadamente sus afectos porque no caben en un ser humano, es como eso,...y es como que tú le prestas un poquito, e intentas devolverle a veces algo como muy chico, pucha que duro lo que me estás contando..." CL, 4:31.

Las emociones de rabia e impotencia están asociadas a la sensación de sentirse expuesto y a la falta de recursos.

"Un paciente...que tuvimos que despedir disciplinariamente por abuso de drogas, nos ofendió profundamente. ... Y entonces tuvimos que pensar: "¿Realmente tengo que tolerar, aceptar todo de este hombre, que obviamente está en consumo?" GER, 15:41

"mi sentimiento más profundo y que me hace persistir en eso es la indignación... la indignación.... la rabia... de vivir en un mundo que permite esas cosas..." CL, 21:34

"la impotencia de tener un paciente con un gran sufrimiento, me acuerdo de un caballero que había tenido un accidente laboral y había tenido una gran pérdida de masa encefálica y había quedado con una falla en la memoria y estaba solo, solo en la vida no tenía a nada ni a nadie y yo era la que le tocaba la puerta... él estaba con una constante ideación suicida que al final termino siendo estructurada" CL, 13:16

Sentir impotencia puede ser vivido como una tensión por el terapeuta por tener que diferenciar entre la emoción propia y la del paciente.

"En esto siempre hay algo de impotencia, y entonces, esto es una exigencia hacia mí, no poder mostrarlo. Esto es mi asunto, no sé si la paciente se siente impotente o no, es mi tema. Y entonces estaba ocupado de mantener la compostura" GER, 20:13

Las emociones de pena y tristeza están asociadas a sentir las limitaciones sociales de la ayuda terapéutica y por lo que está viviendo el paciente.

"..., en algunos casos no les pudimos ayudar, no pudimos hacer más, y les fue mal, o sea, son chicas que terminaron mal, y ahí ya hay una tristeza que también uno dice bueno esta chica es un producto social del que nosotros somos parte también, entonces sus problemas son un poco nuestros problemas... y no haber podido hacer más, y aceptar eso, y que eso no te hunda" CL, 4:32

"Esa situación me quedó grabada, porque me pregunté cómo alguien puede lidiar con tantos estados emocionales diferentes... Así que eso..., ella me dio mucha pena". GER, 20:11

A nivel de efectos físicos se identifican sensaciones vinculadas a bienestar, como por ejemplo una sensación agradable en todo el cuerpo.

"cuando los clientes manifiestan que están plenos con lo que acaban de reflexionar internamente, y vienen frases como "Esto me aportó comprensiones importantes o me ha abierto espacios o me quitó una carga". Y si puedo aceptarlo aún con mi mente crítica. ... si eso se siente bien, entonces esto es una situación que se siente muy cálida y... es conmovedora, y me siento muy bien" GER, 17:57

Otros efectos físicos están asociados a sensaciones de malestar, en términos de desgaste, agotamiento o tensión.

" generalmente el día siguiente después de la consulta eh es como un día medio lacio pa mí, como que ese día no hago muchas cosas, estoy ahí como como que se me hubiera ido mucha energía y como que ahí estoy como recuperándome, una cosa así y eh, y trato de dedicarme a cosas" CL, 6:37

"otras relaciones que son francamente desagradables y ahí también, esas relaciones como tensionantes, que a veces en el día me quedan como dando vuelta, me tensan físicamente", CL, 9:24

“...era una sobreexigencia todo el tiempo, pero siempre así en el modo, tengo que funcionar, tengo que mantener la calma, debo... irradiar competencia... Y realmente recién cuando llegué a mi casa y me puse a llorar y solté la tensión me di cuenta de la carga que me significó” GER, 19:11

Los efectos vividos por el terapeuta en terapia a nivel relacional son diversos, y son connotados positivamente o negativamente. Los efectos connotados positivamente a nivel de relación con el paciente tienen relación con un cambio de perspectiva frente a este, que puede generar una sensación de flexibilización y/o de liberación.

“...y le pregunté al término de la primera conversación si le había surgido algo más, si quería decir algo más, y me pidió una retroalimentación, y eso me pareció bastante emocionante porque se presentó como alguien que lo sabe todo ... Y yo pensaba, si ya lo sabes todo qué es lo que quiere de mí. ... eso realmente me sorprendió o me ablandó en relación a él” GER, 20:15.

“Y me di cuenta de... [algo] más personal,... Entonces de ahí dije ‘ah ya, como de ahí venía mi interés como raro digamos, porque no me pasa lo mismo con todos los pacientes de esta cosa de conocerse más o de responder a los gestos o de ser amigos o que se yo’, ahí dije ‘ya, no es porque sí nomás’, porque, porque antes me pasó en el fondo...así que, uff, alivio” CL, 22:16

“Eso tenía poco que ver con ella... y eso fue liberador para mí. Y poder decir... esto tiene mucho que ver con mi perspectiva. Puedo ver el mundo de manera diferente, a la gente, puede encontrarme con los demás de manera diferente, ser más libre. Si no puedo manejarlo no es grave, pero no necesito evaluar críticamente a los demás” GER, 18:32

Los efectos a nivel de la relación con el paciente de connotación negativa hacen referencia a una sensación de incomodidad con el paciente tanto por sentirse exigida/o como por sentirse expuesto, lo que lleva inmediatamente a un distanciamiento terapéutico aunque sea momentáneo.

“... incomodo diría yo, así como primera reacción, incomodo, como exigido, como dando pruebas, ah, como que la paciente se podría poner como en un lugar de, no sé, como de juez así como que es un poco como que si la convengo de que la visión que le doy de su situación es eh no sé, lo suficientemente preocupante como para pensar que hay que seguir trabajando o no, viene, no viene...” CL, 6:22

“...Y me acuerdo de la mamá sentada aquí y diciéndome que ella me iba a acusar al comité de la escuela de psicólogos porque yo me estaba adueñando de su hija, porque la relación de una madre con su hija era lo principal y yo estaba interfiriendo y yo mal, en la silla recibiendo, recibiendo, resistiendo. Sabiendo que la madre tenía esas reacciones con violencia, y que no podía decir nada porque todo lo que dijera podía ser usado en contra de la niña” CL, 1:57

El impacto del ejercicio profesional en el terapeuta.

Las consecuencias de los efectos vividos en el contexto psicoterapéutico son lo que denominaré a continuación ‘impacto’, es decir ciertas experiencias, ciertos efectos vividos en un contexto psicoterapéutico se vuelven salientes, teniendo un impacto en el desarrollo profesional. Se distinguen cuatro tipos de impacto, que a continuación se detallarán: Las experiencias vividas en terapia tienen un impacto en la identidad profesional; los años de ejercicio profesional tienen un impacto acumulativo en el terapeuta; las experiencias de fracaso están vinculadas al malestar del terapeuta; las experiencias de éxito están vinculadas al bienestar del terapeuta.

Las experiencias vividas en terapia tienen un impacto en la identidad profesional.

Las experiencias vividas en terapia generan aprendizajes en términos de una superación de experiencias discrepantes entre teoría y práctica profesional, entre la identidad personal y la profesional (ser persona y ser terapeuta) y un ajuste en términos del rol profesional.

Otorgar a la experiencia una función de guía para la intervención terapéutica es resultado de una relación dinámica entre teoría y praxis.

“... porque uno tiene una experiencia, que de repente uno siente que la experiencia a veces puede ser una guía tan útil como la teoría, la experiencia le dice a uno pa donde podría ir la cosa” CL, 6:35

“...De los pacientes, diría yo, he aprendido de los pacientes lo que es bueno para ellos y si hay algo que aprendí, puedo decir en noventa y cinco por ciento de los casos... puedo confiar en mi intuición. Que, cuando me urge decir o preguntar algo por lo general es útil y oportuno cuando lo hago, aunque no corresponda al manual o a los libros de teoría” GER, 24:25

A partir de las experiencias con los pacientes cambia la comprensión del encuentro terapéutico desde roles establecidos en los diferentes modelos teóricos. Entender el encuentro terapéutico como un encuentro humano e intersubjetivo deja una marca en el desarrollo de una identidad profesional.

“me pasa eso de que yo siento que a pesar de que todo lo que tú quieras de las no más, vínculo con el paciente, inevitablemente se forma un lazo, se forma un lazo eh del paciente hacia uno eh, algunos más parcos, otros no, eh, algunos pacientes uno los puede como tenerles mayor estima, mayor aprecio, no sé po, entender lo difícil que han sido algunos momentos en su vida eh, y eso en general eh, eh, yo creo que es una parte del ser terapeuta que uno va descubriendo con los años, va descubriendo con los años que uno empieza a formar parte del mundo” CL, 6:28

El darse cuenta de los límites de un modelo terapéutico a partir de la experiencia clínica y/o un sentido de incoherencia con uno mismo genera un cuestionamiento y abre a otras perspectivas, contribuyendo a una progresiva integración de un sentido personal y profesional de ser.

“En todo caso, desde que trabajo [integradamente] con la escultura y desde que encontré esto propio, puedo considerarlo [el trabajo terapéutico] como algo mío. Eso es así, cuando una ha llegado de alguna manera a casa, [a lo propio] eso lo enriquece a uno como persona completa; [otorga] ánimo, autoestima” GER, 17:54

El ajuste personal en cuanto al rol profesional, reconociéndolo desde la humildad es otro aprendizaje vinculado a las experiencias del ejercicio psicoterapéutico.

“Y lo que me queda [de esa experiencia con un paciente terminal], él no quería hablar más, tampoco quería que le tomase las manos o le secase el sudor: “Déjelo, eso sólo lo retrasa”. Y lo que experimenté en ese tiempo y donde cambié: No quería cargar con este peso, quería mantener mi fuerza, quería mantener la visión general y aprendí a sentir humildad y gratitud por el momento. Pude reducir mis exigencias y simplemente estar desde mi propia humanidad” GER, 15:30

“[Reconocer el límite en este proceso psicoterapéutico]...yo diría que me hizo sentir como transitar un aprendizaje..., o sea siempre en los encuadres iniciales trato de ser muy claro en lo que vamos a hacer, que cosas podemos esperar, que cosas no, y situar a la persona con la que voy a trabajar, como el protagonista y artífice de su proceso, de hecho a veces le hago como broma, bueno usted viene a trabajar y yo me gano el dinero...” CL, 21:16.

Las experiencias en el contexto del ejercicio terapéutico aportan a un crecimiento profesional y personal en el terapeuta, como por ejemplo, la posibilidad de ser testigo de las capacidades y potencialidades de las personas genera gratitud. Independiente de lo difícil que sea trabajar en terapia, hay momentos que generan una retroalimentación positiva hacia el quehacer, por ejemplo, reconecta con la vida o la fuerza y hace alusión a lo conmovedor y gratificante que resulta ser testigo de los procesos de cambio, del rearmarse de los pacientes.

"Y me produjo tanta emoción, me emociono ahora contándotelo, ser testigo de las capacidades que tienen las personas, tienen adentro su potencial más allá de que externamente ella, que es una persona insoportable, una persona difícil, conflictiva, terrible, terrible. Como las personas encuentran sus propias figuras, sus propias formas" CL, 1:40.

" o sea, para mí ver estas niñas de 14, 15, o a veces de 13 años cuidando de otro o también identificar las necesidades de un niño pequeño, postergándose cuando ya ella vienen de una historia de mucha postergación, era algo que me generaba mucha gratificación también" CL, 4:7

"me gratifica, el poder ver, desde un sufrimiento terrible, a una persona que logra recomponer su vida después de eso, que logra rearmarse, que logra entenderse, que logra el buscar dentro de sí espacios sanadores y formas de estar más sanas para él. Yo creo que para mí, es un privilegio, a pesar del sufrimiento que me puede haber generado, y que hoy cuando me conecto, me sigue generando, y yo creo que toda la vida me va a generar, porque soy ser humano, y porque no me gustaría que nadie pasara por lo que él pasó" CL, 10:15

La experiencia de un sentido de competencia en este encuentro terapéutico constituye una retroalimentación que da fuerza para mantenerse en el ejercicio profesional.

"Esto también me ha fortalecido y me ha dado fuerzas, porque me doy cuenta de que a través de mi particular modo de ser terapeuta puedo alcanzar y tocar a la gente, y por eso me mantengo contento con mi trabajo - ya 25 años" GER, 15:12

Las experiencias con los pacientes permiten reconocer aspectos personales y crecer en ellos.

"También aprendí que la confrontación o disputas, dificultades o reproches aparentes en terapia no son tan ... negativas, sino que permiten articular la relación de manera diferente, ...tal vez también aprendí un poco a perder el miedo ante las dificultades, o ante las discrepancias. GER, 19:9

"recuerdo pacientes que ...admiro me ha marcado, trabajar con personas que las encuentro admirable que estoy con ellos y digo que persona más valiente, más flexible, que capacidad de amar, yo creo que sin duda todas esas personas que me he encontrado en el camino me han corrido a mí misma mis propias metas, en cuanto a su capacidad de perdonar, de esas personas, conozco muchas así que me hacen replantearme mi propia capacidad de amar, de perdonar, de sustentar el sufrimiento, entonces yo creo que la clínica me da un regalo de conocer a personas admirables" CL, 13:17

"Bien, o sea me, me sirvió, como que estoy satisfecho de eso y además de cómo encontrar eso en común con otros casos, ... es tan claro, tan identificable, ese punto, de partida es

tan identificable esa como ese encantamiento previo, todo el desencantamiento y todo lo que eso produce , es tan claro como que digo “oh, buena” como que he aprendido con el tiempo algo que sirve, que en verdad sirve para enfrentar los casos y para transmitirlo” CL, 22:17

Los años de ejercicio profesional tienen un impacto acumulativo en el terapeuta.

El impacto del ejercicio terapéutico es vivido como acumulativo en términos de procesos que son progresivos, y que pueden tener una connotación positiva, tales como una creciente serenidad en relación al paciente.

“Y si siento esa serenidad, que se ha desarrollado durante los años a través de la experiencia, uno también se vuelve en general más satisfecho, más tranquilo, uno ya no tiene esa presión interna” GER, 15:34

En el contexto del encuentro terapéutico, el desarrollo de una creciente sensibilidad terapéutica permite vivir experiencias conmovedoras en terapia.

“... algo dijo ella, y eso quiero resaltar, porque con el tiempo lo que a mí me ha ido pasando he desarrollado una sensibilidad para captar una palabra o una pequeña frase para detectar lo que la persona necesita” CL, 1:18.

Este impacto también da cuenta de la permanencia de los pacientes y sus historias, además de ciertas experiencias salientes, en la memoria del terapeuta, lo cual lo sorprende.

“... cuando pacientes, que estuvieron hace 10 años conmigo en terapia me llaman... y dicen que quieren hablar conmigo nuevamente,... siempre me sorprende la intensidad con lo que todo está de vuelta, y los pacientes suelen decir ‘¿Cómo, Ud. se acuerda de eso?’. A veces no me acuerdo del nombre del paciente, pero si recuerdo lo que soñó” GER 16:11

Por el otro lado, el desgaste es vivido como un impacto acumulativo connotado negativamente como un cansancio, que es producto del atender a pacientes que no es físico, ni es un ánimo depresivo, sino que un cansancio o agotamiento frente a tener que abrirse a una psique diferente a la de uno.

“pero este agotamiento es mucho mayor ahora, no es el esfuerzo de manejarme con todo, sino el agotamiento de asimilar a estas otras personas, es mayor que antes, antes podía asimilar mucho más” GER, 17:59

Así con los años la necesidad de tiempo personal y de autocuidado es creciente, aún más con el ejercicio de una maternidad/paternidad.

“Menos, menos, lo que yo siempre he dicho, que mi hora de trabajo valiera más, cosa que yo pudiera trabajar menos horas. Me encanta trabajar donde trabajo, pero trabajaría no sé, 20 horas [y tengo] 44 horas., y el resto haría todas las otras cosas que me gustan. [E: ¿Cuándo empezó a ser tema?] No sé, no sé, últimamente, los últimos diez años, será, desde que nació la bebé, antes, no sé, pero cada año que pasa es como que se agudiza más el tiempo, el tiempo., entonces todo es tiempo, equiparar las cosas que me gustan” CL, 9:32

El agotamiento por el doble rol se ve compensado con la retroalimentación positiva tanto de pacientes como de hijos, sin embargo el cansancio acumulativo permanece en el cuerpo.

“si miro para atrás, veo un esfuerzo muy grande... pero fue compensado por el hecho de que este camino profesional ha sido inmensamente satisfactorio; que después de años la gente te llame para decir ‘Si no la hubiera tenido a Ud.’, quiero decir, que más sentido imposible. Y eso también lo recibí de mis hijos, aunque también digan ‘mamá, eras super estresante’, pero al mirar a mis hijos hoy me digo ‘valió la pena’. Es decir, este reconocimiento del esfuerzo [que implicó el ejercicio profesional y la maternidad] se ve compensado por lo que tengo ahora, y siento plenitud, pero el esfuerzo fue enorme y lo tengo en mi cuerpo.” GER, 16:20

La asimetría vivida en la relación terapéutica en términos del conocimiento que se tiene del paciente y su mundo, que es y no es un mundo compartido por el terapeuta, es vivida como una sensación de rareza.

“Me sorprende (se ríe) me sorprende, eh, y me hace sentir como, bueno, eh un poco como desdoblado, porque es como que ... yo tuviera ... dos vidas, porque una eh la persona que

vive su vida aquí en la ciudad y otra es como el terapeuta, el terapeuta como que no tiene vida po, el terapeuta siempre que abre la puerta está ahí al otro lado esperando al paciente, ah, y el paciente le habla a uno de su vida, de las cosas, de lo bueno, de lo malo, de las noticias, de todo, de todo lo que pasa en el mundo y en su mundo em y uno lo lo acompaña en eso eh pero el mundo de uno no está ahí po, el mundo de uno está con su familia, está con sus amigos” CL 6:26

Las experiencias de fracaso están vinculadas al malestar del terapeuta

Las experiencias de fracaso del terapeuta están asociadas a las limitaciones del trabajo terapéutico, tanto por condiciones extra-terapéuticas como por condiciones del paciente y de la relación con éste. Estas experiencias son vividas como carga y cuestionamiento del rol profesional.

"No me reafirma, porque sentí que no traía el éxito deseado. Es como un rascar en la superficie, pero no logro cambiar realmente todo el sistema familiar, en el que están inmersos estos niños... sí, eso me afecta en mi ánimo ... y también en el deseo de trabajar, y en mi autoconcepto como terapeuta entonces" GER, 17:12.

Reconocer que el manejo teórico o la experiencia no habilitan para trabajar bien con todos los pacientes es un proceso que demora años. El sentirse limitado en su capacidad terapéutica se asocia a una experiencia de fracaso, y genera malestar.

"eh, yo siento que... que yo hice, hice todo lo que pude, todo lo que se me ocurrió con todos mis recursos teóricos, técnicos o cognitivos o contra- transferenciales pa entender lo que le pasaba a esa persona, pero no pude no sé si entrar es la palabra, llegar hacer contacto un poco con, con el mundo, con lo que le pasaba a esas personas, eh, y por ahí va como la sensación de eh, de no sé si de fracaso, pero como de de reconocer que, que ni la teoría ni las habilidades de entrevistador..., [y] no es cómodo no es agradable que a uno le hagan ver sus limitaciones, es como eso, como que igual hubieren ... áreas en las que a lo mejor uno ... no tiene dedos pal piano, ... el terapeuta no es todo lo potente que se puede creer él ... y eso hay que aceptarlo y como la castración no es fácil de asimilar uno se toma años de darle vuelta a las cosas..." CL, 6:18;

Las experiencias de estancamiento o de fracaso en terapia por parte del terapeuta generan un autocuestionamiento de su eficacia profesional y un sentido de incompetencia.

"Sólo [recuerdo] esa sensación de impotencia frente a la situación. Eso fue lo fundamental... [¿Y cómo lo viviste?] Bueno, como una derrota, digamos que como una incapacidad" GER, 17:24.

"también hay momentos en la psicoterapia que como que [los pacientes] se ponen de acuerdo, que todo va marchando bien y que todos van avanzando y todo feliz y después todos tienen recaídas y todos mal al mismo tiempo y obviamente uno ahí cuando todo va mal, pucha en que estoy fallando" CL, 13:19.

"... la sensación... era... como decirlo (pensativo), como de preocupación y de cuestionamiento, respecto... Es como decir, qué estoy haciendo yo jugando como terapeuta, metiéndome en la intimidad de una persona, apropiándome de esa intimidad... cuando a lo mejor, no tengo la habilidad o la competencia para aportarle algo significativo, es como eso" CL, 21:12

"[me cuestionaba] ¿ya sé hacer esto? o quizás realmente cometí un error terapéutico, ¿y si quizás si fue mi error? ... porque aún no tengo tanta experiencia y no sé exactamente cómo funciona... todo esto pasaba a la vez por mi cabeza como un cierto caos." GER, 19:7

"... cuando de alguna manera una terapia no va realmente bien y hay muy poco cambio..., me cuestiono '¿No lo habré hecho bien? ¿Tendría que haber sido más directiva?'... siempre es así ese malestar con las terapias que simplemente no funcionan bien o que no son realmente lo bastante satisfactorias..." GER, 14:29

Las experiencias de éxito están vinculadas al bienestar del terapeuta

Los logros terapéuticos, entendidos como experiencias de eficiencia técnica y terapéutica, generan un sentido de competencia y bienestar en el terapeuta. A su vez adquieren un carácter de refuerzo o motivación para seguir innovando técnicamente.

"si... cuando ya no logras comprender ... y te das cuenta que hay mucho de lo que no ocurre en absoluto a nivel cognitivo, o no es lo que ayuda o alcanza, y luego llegar allí [a un nivel de memorias sensoriales] y luego darte cuenta que funciona, entonces [piensas] 'genial, hazlo más a menudo!'" GER, 14:18

El logro terapéutico, visto como el hacer algo significativo, genera un sentido de bienestar y reafirma al terapeuta en su opción profesional.

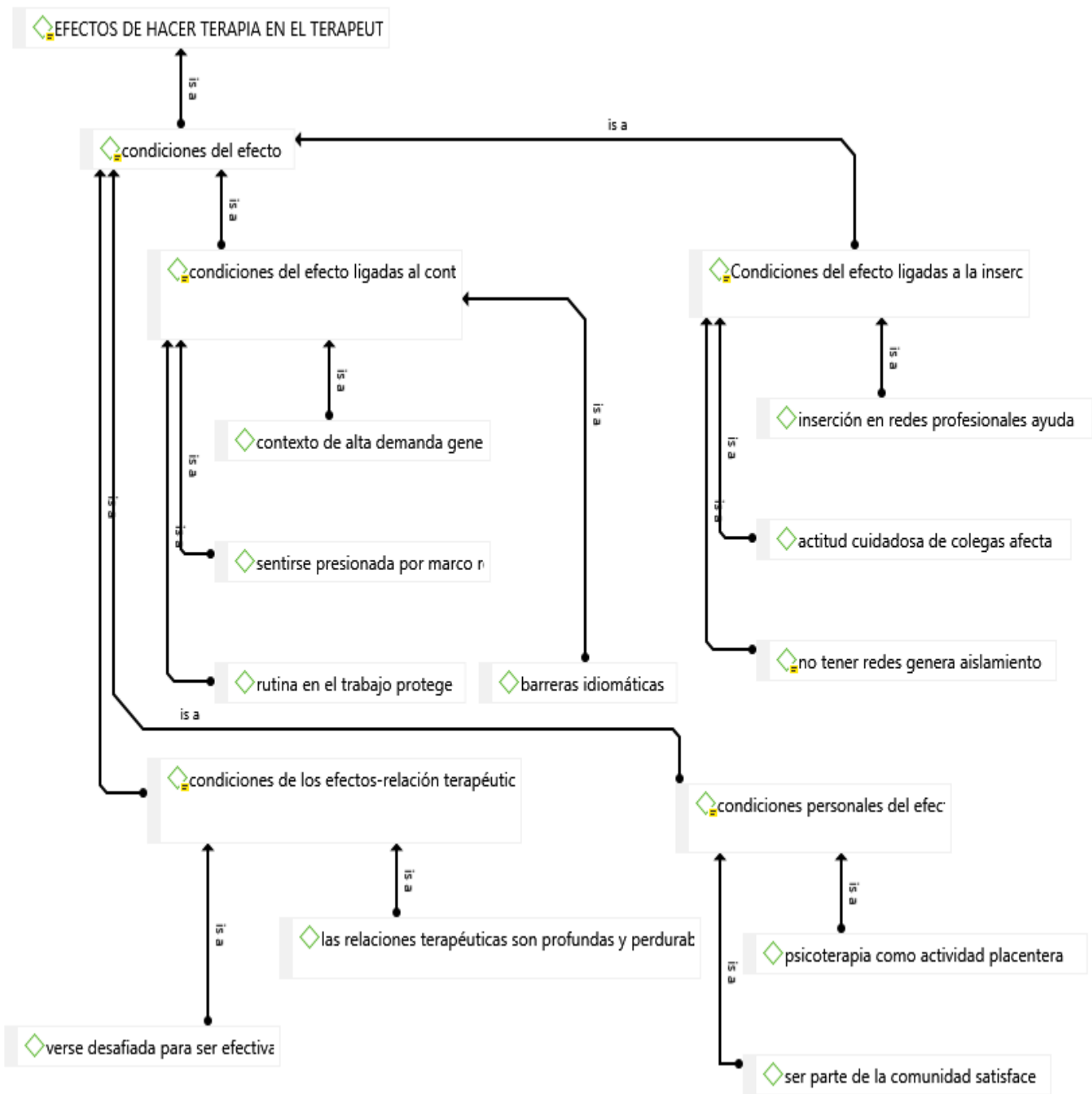
"También yo me sentí bien de que estaba haciendo algo significativo, algo que tenía sentido para las personas con las que estábamos trabajando, y pudiéramos decir así mirado desde ahora que me conectaba con esos factores desencadenantes primitivos que me fueron involucrando en este oficio, o sea eso lo veo ahora naturalmente." CL, 21:23

"...una mujer...gravemente traumatizada de Kosovo, completamente histérica al principio... y luego se... logró que se estabilizara y obtuvo el permiso de quedarse [en Alemania] y simplemente se puso muy feliz. Y tenía una niña que al principio estaba muy petrificada... y de hecho tenía que cuidar a su madre todo el tiempo, ya no tenía niñez. Y luego, ver cómo esta niña, en la medida que la mamá estaba mejor, ella podía ser más niña. Eso es muy lindo, es genial" GER, 24:22

Condiciones del efecto/impacto.

A partir del análisis de los efectos del quehacer terapéutico en el contexto de las experiencias salientes se pudieron establecer condiciones presentes en dicho efecto. Es a partir de allí que las condiciones o antecedentes contextuales del efecto/impacto hacen alusión a lo que antecede, facilita o incide en las experiencias del ejercicio psicoterapéutico. Hacen referencia tanto a factores más externos, como el marco regulatorio y el contexto institucional del ejercicio psicoterapéutico, como también a la presencia de redes profesionales. Por el otro lado alude a factores más internos o características personales, que se hacen presentes en el encuentro terapéutico (ver tabla 2).

Tabla 2: Condiciones del efecto del quehacer terapéutico en el terapeuta



“porque he oído mucho a mis colegas que dicen, no, yo no trabajo contigo en estas condiciones, [pero eso] no me ha pasado. Creo que soy muy autodesafiante, se me convierte en desafío inmediatamente. Y buscar todas las herramientas una pueda tener guardadas en el ‘baúl de las herramientas’” CL, 5:15

Estos contextos personales también hacen referencia al sistema de creencias y valores, incluido el marco teórico con que se maneja el terapeuta. Estas últimas predisponen al terapeuta para el encuentro terapéutico. Por ejemplo, trabajar en un sector familiar puede generar una cercanía y un compromiso con los pacientes.

“me siento muy vecina, entonces es una relación horizontal. No vengo de afuera, entonces me encanta cuando estoy conversando con la gente, y le digo ¿y usted en qué barrio vive? Y me lo dice y yo “ah, tal y tal lado, es así, yo conozco ese barrio, conozco de lo que me está hablando, y antes había esto y esto” ...o estudiamos en la misma escuela... Yo creo que es como devolver la mano, es que eso, por eso yo creo que detrás de ese me siento muy bien, es como devolver la mano. CL, 9:34

La creencia que el trabajo tiene que ser placentero y percibir la psicoterapia como actividad que genera disfrute/placer impulsa a buscar espacios para su ejercicio.

“ entonces no se trata solamente de una profesión sino que algo que me encanta hacer y algo que disfruto mucho entonces eso creo que es como importante en el ejercer, porque no es solamente algo que tenga que hacer para sobrevivir sino que también lo hago para disfrutar. Eso por un lado, entonces eso ha hecho que siempre he buscado distintas instancias para poder hacerlo” CL, 13:2

La comprensión que se tenga del encuentro terapéutico incide en el mismo. Comprender las relaciones terapéuticas como profundas y perdurables abre a nuevos modos de relacionarse con los pacientes.

“Y otra cosa que es un factor grato y difícil a la vez es que en el transcurso de la terapia uno establece relaciones que de alguna u otra manera perduran, entonces recibo regalos de gente que dejé de ver hace un montón de tiempo. Eso me genera un poco de

complicación, porque por una parte recibo los regalos como un gesto de genuino agradecimiento y de cariño. ...Pero por otra parte no sé qué hacer con eso, son relaciones tan profundas,... [me digo] cómo se maneja eso, ¿cuánto es bueno para ella?, no sé, es algo que estoy aprendiendo yo creo. Ahora la teoría dice que uno no debe aceptar nada, que el marco...que debe abstenerse. No, yo no, no lo hago.” CL, 1:29

Comprender que el encuentro terapéutico conlleva a relaciones profundas y perdurables implica asumir que los cierres terapéuticos son formales, pero que el vínculo permanece.

“tengo muchos pacientes porque yo veo niños y adolescentes, con el tiempo van creciendo, entonces tienes como una relación con esos pacientes que es muy larga, que dura la vida a veces, porque vuelven a venir o vuelven los papás, o viene el hermano, entonces van pasando cosas.” CL, 4:42

“Uno puede cerrar formalmente. Pero la vida cotidiana hace que uno no corte las relaciones así para siempre. A lo mejor uno se distancia, se ve menos. Pero uno no hace esos cortes asépticos. A menos de que sea algo muy grave... A menos que uno sienta que lo terapéuticamente correcto es no hacerlo. Pero si el proceso ha sido efectivo, la persona sigue creciendo, queda un vínculo” CL, 1:31

Hay condiciones externas al encuentro terapéutico propiamente tal que inciden en las experiencias del terapeuta en terapia. Entre estas encontramos el marco regulatorio del ejercicio profesional, y las características de la institución en la que se ejerce la profesión. Por ejemplo, un marco regulatorio que exige tener que establecer y ejecutar planes de intervención en psicoterapia, y posteriormente rendir cuenta de los resultados terapéuticos puede llevar a sentir una obligación al éxito. El no dar cumplimiento al plan trazado de manera íntegra conlleva a un autocuestionamiento en torno a la propia efectividad.

"Así una presión de tener que ser exitosa... para que esta terapia se logre ejecutar tal como está planificada y como quedó establecido en el papel,...pero mi experiencia es que ello rara vez realmente funciona... [Entonces] me tengo que salir del razonamiento 'las cosas tienen que ser así, sino soy una pésima terapeuta'. ... pero siempre me queda rondando un

poco la duda '¿No soy yo la que tiene la responsabilidad de señalar el camino, la dirección?' Creo que comúnmente me quedo un poco en esa tensión interna" CL, 14:28

El contexto político institucional regula las funciones, los roles y los tiempos disponibles para la realización de las tareas. Los cambios a este nivel pueden generar un conflicto de coherencia entre la persona del terapeuta y la institución.

"recuerdo que en un momento vino la reforma del [nombre de la institución], que inyectaron recursos, pero el programa... fue destruido porque nos obligaban a egresar a las niñas a los 18 años, o recibir a muchas chicas con medidas de protección que eran muy graves, entonces no podíamos absorber tanta gravedad... entonces me acuerdo que eso generó una crisis muy fuerte, porque yo tenía mucho tiempo para tener sesiones y empecé a dejar de tener ese tiempo y me obligaron a derivar" CL, 4:13

Hay contextos sociopolíticos que complejizan la labor psicoterapéutica, presentando desafíos particulares, como por ejemplo tener que enfrentar una barrera idiomática en un contexto de apoyo psicológico a personas que buscan refugio.

"Pero sin un intérprete en parte es imposible trabajar... Ese es un gran problema cuando te sientas enfrente de la gente y tienes la sensación de que realmente no las entiendes, sólo entiendes la mitad, es decir, uhm, eso [me] oprime. Eso es lo peor allá afuera [en el campo de refugiados], por lo menos para mí y los colegas probablemente dirían algo similar" GER, 24:19

Los contextos institucionales del ejercicio profesional se hacen presente en el momento de intervenir terapéuticamente. Así, por ejemplo, los contextos de intervención en crisis son altamente demandantes, ya que requieren de una alerta permanente.

"Agotador. Cuando pienso en esos turnos de fin de semana - dormir allí, y ser responsable de ocho jóvenes que están muy en crisis, eso fue muy agotador. Creo que lo hice bien y también me sentía apta para ese trabajo. Había que estar allí constantemente con todos los sentidos puestos... Pero eso si fue agotador... desgastante" GER, 17:44

Los contextos de trabajo con alta demanda emocional para el terapeuta propician un desgaste en el terapeuta, el cual se hace presente en el encuentro terapéutico.

“a uno se le va tapando el filtro, como si una fuera como transformador, como que uno tiene cierta capacidad limitada también, y claro de repente ya con el filtro tapado empiezas a no poder ser como tu contribución al proceso del mismo modo” CL, 4:29

“...como que cada paciente es como un cajoncito también, como que aparece el paciente y emerge el cajoncito, su relato, su historia,... y cuando cierras es como que vuelves a su cajoncito hasta la siguiente vez, salvo estos que están más complicados y que son los que yo creo que uno no puede superar en número, no puedes tener muchos pacientes que te ocupen la mente todo el tiempo” CL, 4:48

Este desgaste, al ser prolongado, es visto como un riesgo para la deshumanización en el trato con el paciente.

“esta chica me parte contando esto,...en un tono... sin ni un pudor, ni una precaución, ni una consideración ni cuidado con ella misma. Entonces claro, uno dice que importante es que los profesionales si puedan razonar con eso y no nos transformemos en alguien que abre el libro y escarba ficha, así donde se deshumanizan” CL, 4:30

Saber que se cuenta con un contexto de redes profesionales o en caso contrario trabajar aisladamente es otra de las condiciones que inciden en el efecto de hacer terapia para el terapeuta.

“... en esa época no tenía contacto,... yo creo que diría que era mi época como de aislamiento y como medio solo, así que no, no, no [no tuve supervisión]. [¿Cómo lo manejaste?] Uh, no me acuerdo mucho, pero yo creo que esa sensación como de quedar paralogizado me debe haber durado harto tiempo, ah, y también... que este recuerdo... eh... un poco lesionaba por llamarlo así la autoimagen profesional, tratar de tenerlo como ahí medio como medio arrinconado medio escondido” CL, 6:19

Que la inserción en redes profesionales sea un aporte para la psicoterapia y la relación terapéutica depende de la actitud del terapeuta.

“[en tiempos de estudiante] tuve algo así como ciertos miedos sociales, me hubiera gustado haberme atrevido a expresarme más, pero no sabía hacerlo... Esto lo aprendí después en mi vida de [psico-] analista, porque vas a congresos y... quieres expresarte y participar en grupos de trabajo y hoy pienso "qué gracioso que alguna vez hayas tenido tantas ansiedades sociales para expresarte libremente” GER, 16:10

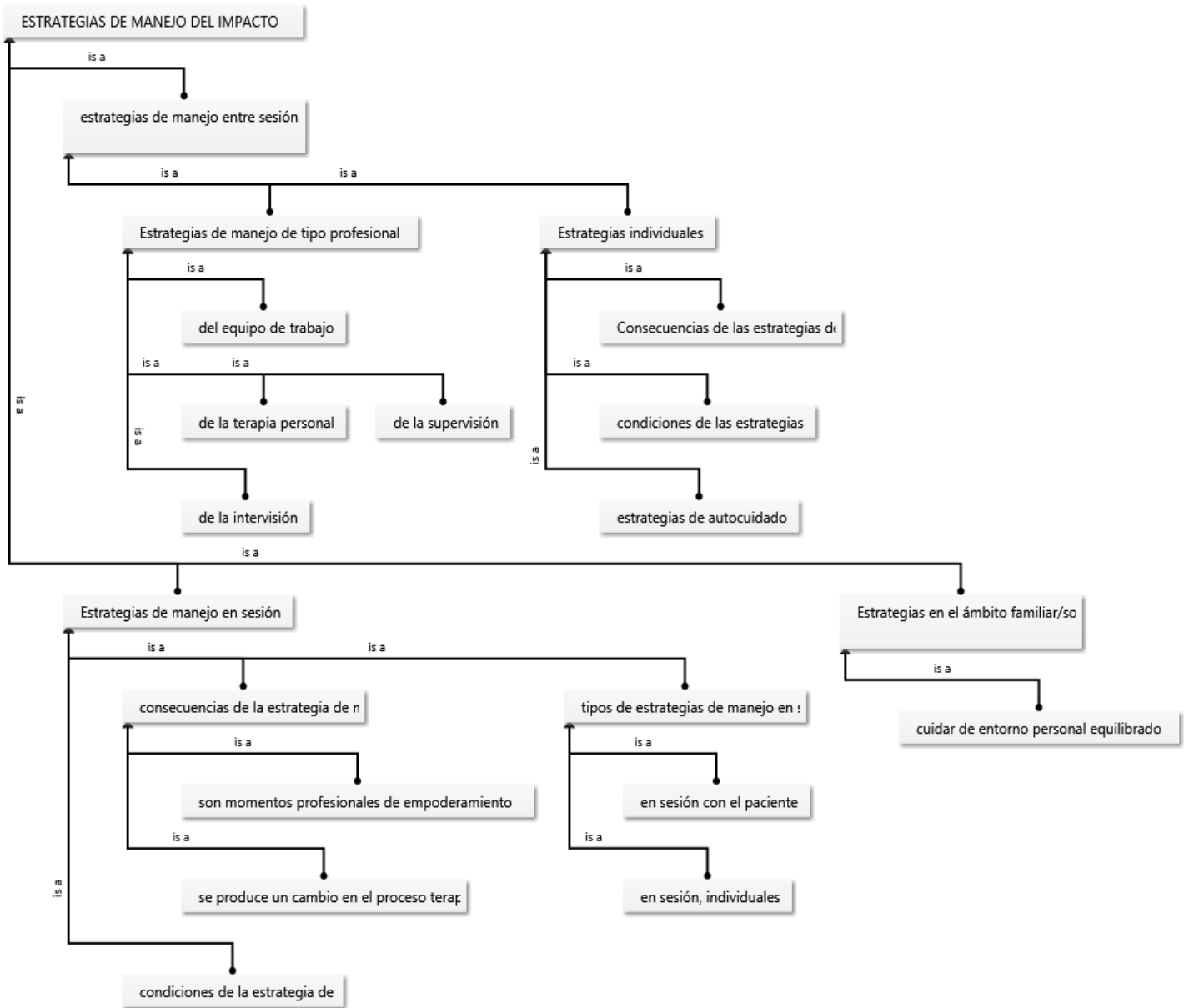
“... mis compañeros de trabajo también me trataron con cuidado, en términos de expectativa y confrontación ... En ese tiempo yo lo soportaba mucho menos que ahora Esto por supuesto contribuyó a no sentirme del todo competente (piensa) Por un lado es agradable, porque no tienes que lidiar con ... con tu propia incapacidad. Y por otra parte también eso lleva a que uno no siga avanzando” GER, 17:29

Las estrategias de manejo son personales y tienen un impacto en el desarrollo profesional

Los efectos del hacer terapia y su impacto en el desarrollo profesional del terapeuta se ven influidos por las estrategias que utilicen ellos para manejar dichas experiencias (ver figura 1) Este resultado da cuenta del objetivo específico 3 “Identificar y describir las estrategias que los terapeutas chilenos y alemanes emplean para hacer frente a las experiencias de éxito y fracaso terapéutico que impactan en su bienestar o malestar subjetivo”, siguiendo las siguientes preguntas directrices: ¿cómo maneja el terapeuta su experiencia de éxito y fracaso terapéutico?, ¿cómo maneja el terapeuta su experiencia de bienestar y malestar?

Las estrategias de manejo son diversas y se implementan en diferentes momentos y ámbitos. Así se señalan estrategias durante la sesión en términos de estrategias regulatorias inmediatas. Se identifican otras que ocurren entre sesiones, en el intercambio con colegas, que permiten mitigar el impacto de experiencias particulares en el contexto del ejercicio terapéutico. Finalmente están aquellas que permiten manejarse con el impacto del ejercicio profesional durante la trayectoria, y ocurren en un ámbito individual, como por ejemplo a modo de estrategias específicas de autocuidado, tales como dedicarse a hobbies personales, cuidar del tiempo para uno mismo, acotar el rol al setting laboral, y otras que están vinculadas a un ámbito familiar y social, que dicen relación con cuidar de un entorno emocionalmente equilibrado (ver tabla 3).

Tabla 3: Estrategias del manejo del impacto del quehacer terapéutico



Las estrategias de autorregulación y regulación mutua permiten manejarse con los efectos de las experiencias vividas en sesión.

Las estrategias para manejar ciertas experiencias durante la sesión están orientadas a regular la propia experiencia emocional en relación al paciente, pudiendo darse en diferentes niveles, ya sea en un nivel interno o a un nivel relacional. Por ejemplo a nivel personal interno, el tomar distancia emocional y psicológica, diferenciarse del paciente es una de estas estrategias.

[E: ¿qué fue lo que te ayudó en ese momento?] Separarme del paciente, salirme de esa burbuja en la cual uno entra a conectarse con el paciente cuando está en el momento terapéutico, distanciarme, hacer mentalmente un distanciamiento del paciente, tú estás allá yo estoy acá, cuando generalmente estoy al revés, estoy produciendo un acercamiento, me encajo hasta en las palabras, incluso muchas veces logro decir palabras que están pensando, ...me vinculo muy cercanamente con los pacientes. Pero en ese momento siento que pude poner la distancia emocional y psicológica. CL, 5:11

Otra manera de distanciarse emocional- y psicológicamente es poner la experiencia en perspectiva temporal o contextual:

“... me acuerdo que pensaba ‘bueno, después se verá’ como que eso me tranquiliza, porque dentro de todo esto, el paciente lo recibió bien, entonces dije, ‘bueno, no está saliendo tan mal’, así que si hay algo que reparar o seguir aclarando con él o que explicar o justificar, se hará, ...por el momento, como lamentable, que tuviera que haber tenido que ocurrir así, pero al mismo tiempo era necesario” CL, 22:12

Poner en perspectiva la conducta del paciente frente al terapeuta, es decir empatizar con el paciente después de un momento de incomodidad permite revincularse con el paciente.

“Me estoy acordando de un joven, no tan joven, que también hizo algún tipo de insinuación, entonces manejar esa situación, esa insinuación, era, son situaciones que, donde hay un primer momento de gran incomodidad e instantáneamente, muy rápido, darse vuelta, dar vuelta esa situación y ponerme en la situación del paciente, en qué le está pasando, para dónde va, y cuando pasa generalmente el paciente se da cuenta.” CL, 5:9

Para autorregularse en situaciones críticas el pausarse, es decir el tomarse el tiempo en sesión para pensar qué hacer es otra estrategia del terapeuta en pos del proceso del paciente:

“... [Cuando te da] un susto y ya no sabes qué hacer... en este momento no saber en absoluto ‘¿Qué puedo hacer ahora?’ porque esto no lo había vivido, y me lleva automáticamente primero a no hacer nada, simplemente mantener la calma y tomarse un tiempo para pensar ... ‘¿Qué puedo hacer ahora?’” GER, 14:21.

En ocasiones, el aguantarse, es decir soportar y contener la propia emoción puede ser una estrategia de autorregulación.

“Traté de no mostrar la tensión, uhm ... Traté de seguir hablando de manera tranquila y suave ... uhm ... mantener mi entonación normal, uhm ... pero me daba cuenta, cómo estaba acelerada internamente , es decir cómo de tensa estaba internamente, ... uhm ... y de alguna manera pensaba ... todo el tiempo, tengo que lograr pasar este rato y calmarlo un poco [al paciente], y salirme del contacto ... Eso me tenía muy ocupada, pensar en cómo logro pasar este rato.” GER, 19:6

A mediano plazo, el desenganche emocional, el evitar vincularse empáticamente es una estrategia que permite distanciarse de lo que le resulta desagradable en el contexto del ejercicio psicoterapéutico. Es posible pensar que, si bien esta estrategia puede generar un alivio inmediato, a mediano plazo va a afectar negativamente la relación terapéutica.

“ o sea hago, hago, en el sentido de que, el viejo sinvergüenza, como que un poco le sigo el juego, tampoco lo voy confrontar, ... y con el tiempo..., van quedando para mí esos recuerdos, como que los clasifico ya, el viejo desagradable, el loco mentiroso, me puedo acordar así de ellos, ..., pero no me involucro tampoco emocionalmente, ..., entonces como no empatizo, los mantengo distantes, mantengo una distancia emocional. ...lo veo como un fenómeno, entonces mi acercamiento es descriptivo, hacia lo que le ocurre” CL, 9:26

Las estrategias para manejarse con lo que vivencia el terapeuta en sesión con el paciente también pueden ocurrir a un nivel relacional, orientándose a una regulación mutua.

Algunas de estas estrategias consisten en comunicarse con el paciente, ya sea para destacar su participación en su proceso psicoterapéutico y/o para trazar límites en cuanto a la relación.

“Claro, eso ya estaba claro en la situación, pero era lo que estaba en primer plano. En primer plano estaba “¿Qué hacemos ahora?”, “¿Cómo podríamos continuar?”. Entonces hablamos sobre ello. Y luego las cosas se pusieron más claras y cuando hicimos unos ejercicios las cosas se aclararon aún más” GER, 24:11

“[tenía mucha rabia por agresión de paciente] Y entonces encontré un camino... Entonces dije: ‘No tiene por qué decir insultos ahora. Entiendo que esté alterado, pero nosotros ahora no tenemos otra opción. Y para que le quede claro, no me dejo ofender por Ud.’, así en este tono [tono tranquilo pero firme. Comentario de la entrevistadora]. Así, sin tratar de aparentar, trabajando en bajar el nivel de la agresión.” GER, 15:42

Otras de estas estrategias regulatorias con el paciente están orientadas a la meta-comunicación, evidenciando para el paciente el proceso interno del terapeuta.

“me acuerdo que la primera vez que lo atendí fue muy muy complejo... tan complejo que se lo tuve que decir en el acto... en el acto, y explicarle un poco pese a lo cual o a resultado de lo cual, llevamos un proceso muy... Entonces pasamos momentos muy bonitos en el proceso terapéutico de mucha emoción para él y para mí también ciertamente” CL, 21:28

El uso de estas estrategias de manejo en sesión se ve influido por ciertas condiciones, particularmente la claridad que se tenga en torno a un rol profesional y contar con un marco regulatorio establecido.

“Lo mismo a veces con la pena o con otras situaciones, hay penas grandes, uno puede estar acompañando al otro, pero siempre haciendo la distinción. Y en lo de la connotación sexual, que entran como en una intimidad, no, yo creo que, un pensamiento, no me confundo aquí, yo soy la psicóloga, tú eres el paciente. Yo creo que desde esa convicción, no hay por dónde, pongámonos en el rol. Si, el rol es lo importante.” CL, 5:13

“... mientras más como como estructura haya, en ese sentido, mejor menos malestar para uno, menos incertidumbre en el momento de tener que actuar, mientras más claro este eso,

mucho mejor, ... creo que en ese momento uno se ve como un poco sobrepasado, mientras más claro te toque de antes, mientras menos espacio quede a la incertidumbre y a la improvisación, mejor, así que encuentro que el equipo, el respaldo de equipo de jefes es fundamental y el que haya protocolos claros, también.” CL, 22:13

El tener como prioridad el cuidado del vínculo con el paciente incide en la toma de decisiones respecto a éste y se hará presente en la forma que elija el terapeuta de manejar su propia experiencia.

“[paciente pide una retroalimentación al cierre de la sesión, terapeuta se siente incómoda] Y también dije, que tenía que irme y que ahora sólo, uhm, podía responder a esa pregunta y que la próxima vez seguiríamos hablando.” GER, 20:17

Otras condiciones que inciden en las estrategias de manejo que tenga a su disposición el terapeuta tienen relación con contextos personales, tales como experiencias profesionales previas o ciertas características personales.

“... Entender que esa rabia [del paciente adulto] no era conmigo. ... me sirvió haber trabajado con niños. Las rabias y pataletas de los niños, la calma, los recursos de manejar una rabia y una pataleta en un niño me sirvió mucho. Yo trabajé durante 10 años en el trabajo del trastorno severo de comunicación, autistas, etc. Y ellos tienen una desregulación emocional total y entraban en pataletas, en rabietas, y haber sabido manejarlo, haber aprendido a manejarlo eso me sirvió, o sea pude ver cómo veía en los niños,.... Es el otro que está con la emoción.” CL, 5:12.

Se identifica que las estrategias de manejo tienen consecuencias e inciden en el proceso psicoterapéutico, y a su vez tienen un impacto en el desarrollo profesional, pudiendo convertirse esas experiencias a partir de un afecto negativo en momentos creativos y de empoderamiento.

“En estas tres situaciones que ahora recuerdo, los pacientes después me dijeron, “mira lo que me pasó y tú lo desviaste para otro lado”, “mira lo que me pasó y a lo que llegamos”, “Mira que estaba con tanta rabia, y gracias por aguantarme la rabia y nada que ver tú, y

mira como lo manejamos y ahora me voy sin rabia". Esos también son momentos de empoderamiento, momentos profesionales de empoderamiento, desde lo profesional." CL, 5:10.

"Primero es un momento [de impotencia] y luego reflexiono y pienso 'Bueno, ahora deberías encontrar una manera diferente como para movilizar al paciente en otro plano, tal vez emocional o corporal', y luego se va la sensación de impotencia, entonces tengo nuevas ideas y trato de hacer algo en ese sentido ... entonces también me siento un poco entusiasmada (riendo), ... entonces eso me hace sentir bien ... cuando una siente 'tuve otra idea, como para poder llegar o apoyar de manera diferente al paciente' y cuando eso parece funcionar me siento bien de nuevo con ello." GER, 14:13

Concluyendo, se puede afirmar que en el encuentro terapéutico, al igual que en cualquier encuentro intersubjetivo ocurren procesos regulatorios de estados intrapsíquicos. Estos ocurren en gran medida a un nivel interno, personal del terapeuta, como un proceso de autorregulación, pero también con y a través del otro, en este caso con el paciente. La regulación explícita con el paciente parece tener principalmente fines estratégicos en el contexto terapéutico, lo cual puede obedecer a las características del encuentro intersubjetivo en este setting particular.

Estrategias de manejo profesional entre sesión: el manejo del efecto/impacto del quehacer terapéutico ocurre en una interacción dinámica entre la praxis y la reflexión con otros.

Las estrategias de manejo profesional hacen alusión a la necesidad de tener a otra persona para manejar el impacto del hacer terapia. Este apoyo puede ser entre colegas, con el equipo o el grupo de supervisión, pero también puede ser con un supervisor externo, en calidad de experto.

Del equipo de trabajo.

El trabajo en equipo, propio de contextos laborales institucionales considera una estructura regular de reuniones del equipo de trabajo en pos de la realización de sus tareas específicas. El equipo de trabajo - como grupo humano que se encuentra en condiciones de trabajo similares - puede constituirse en una instancia de soporte personal para manejarse con situaciones

difíciles y además puede contribuir a sostener el trabajo con los pacientes. Se releva la función del equipo como fuente de contención emocional, frente a situaciones difíciles de sobrellevar por su alta activación emocional.

“Las personas más graves lo que hacen es que te generan muchos afectos, y eso es o más abrumador, y ahí puede ser como uno lo decanta, lo digiere... y nada po, me ayudaba harto también la escucha, porque a veces hay cosas que no tienen remedio, y que el otro no te va a decir, mira has esto, o no has pensado, porque no hay nada que pensar, ni nada que hacer, ... y que otro te diga, si, que duro, solo eso, que lo valide, tiene también una potencia de aliviarte y de aceptarlo al final, y decir esto pasó, esto fue así, no pude hacer más...” CL, 4:34

“Un equipo que apoya es muy importante también para mi propia bienestar, para mi autoestima, para el soporte y también para la sensación de seguridad. Es decir, aunque tenga dificultades, siempre voy a contar con colegas que me apoyen en todo sentido. Ayuda mucho saber eso. El intercambio de experiencias, el apoyo emocional – tan importantes, también para el propio equilibrio” GER, 15:45

Sin embargo, un equipo tensionado es vivido como una carga emocional, lo que impulsa a buscar estrategias de autocuidado, como por ejemplo distanciarse afectivamente del equipo y focalizarse en la tarea.

“Hubo un tiempo... de muchas tensiones [en el equipo]. Eso me pareció muy estresante. Entonces pude notar, en mí, que me centré más en el trabajo propiamente tal para no dejarme influenciar por las actitudes y desarrollo negativos de algunos compañeros de trabajo. Es decir, entonces trato de protegerme. entonces trato de poner límites donde sea necesario y útil” GER, 15:46

En términos de las estrategias para manejar el impacto del ejercicio profesional, un equipo con una práctica reflexiva aporta al aprendizaje a partir de las experiencias y contribuye al desarrollo profesional del terapeuta

“... pero nos auto-observábamos mucho unos a otros, y teníamos mucha confianza para exponer nuestras incertidumbres, para plantearnos las dudas, las intervenciones que ejecutábamos tanto individualmente como lo que hacíamos colectivamente, y eso era muy significativo, eso fue una experiencia... así como de ... eso fue como una cosa de términos de bienestar... como de que bien haber pasado por esa experiencia de trabajo... es que fue un crecimiento en conjunto, y todos partimos desde el reconocimiento del hecho de que era una temática que a todos nos desafiaba, y por lo tanto no había egos (se ríe), no había pudores en señalar lo que nos pasaba a cada uno, y en avanzar juntos en los procesos de aprendizaje... eso.” CL, 21:22

En cambio, si el equipo cumple una función preferentemente administrativa, deja de ser fuente de soporte y no aporta al manejo del impacto del trabajo clínico.

“tenemos reuniones de equipo pero están en su mayoría llenas de cosas administrativas y como es un servicio ambulatorio, cada uno maneja sus casos y... muy rara vez hablamos de ellos, ni conocemos a los pacientes de los demás porque todas son terapias individuales, en principio es como trabajar en una consulta privada y por lo tanto... claro que están los colegas, con los que también a veces puedo hablar, pero no hay... entonces un trabajo en equipo real...” GER, 19:23

Concluyendo se puede afirmar que el equipo de trabajo puede constituirse en una estrategia de manejo del impacto del quehacer terapéutico, cuando está orientado a reflexionar, apoyar, sostener y resolver situaciones críticas en el trabajo con los pacientes.

De la supervisión entre pares.

La supervisión entre colegas, que en Alemania se conceptualiza como intervisión, tiene ciertas características que, a pesar de las similitudes, la hacen distinguible de aquella que considera a un supervisor experto. Lippmann (2009) la define como una supervisión entre iguales, que se articula en torno a un interés profesional común, siendo un proceso orientado a la búsqueda de soluciones. La estructura de la misma es acordada entre los participantes y se basa en la voluntariedad y el compromiso de los participantes. Es un proceso en que el aprender y enseñar ocurren de manera conjunta, ya que todos son expertos y consultantes a la vez. Por esta razón es una consejería no mediada por un cobro de honorarios. Según este mismo autor

el objetivo de la intervisión es más pragmático, mientras que la supervisión está orientada a establecer un correlato entre la praxis y la teoría.

Entonces, la intervisión puede tener características de mayor informalidad y su ocurrencia puede ser más espontánea, ad hoc a una necesidad puntual e inminente, dándose en el contexto del equipo de trabajo, o con colegas amigos. En este sentido, puede ser fuente de apoyo y aprendizaje para manejarse con situaciones difíciles y con el autocuestionamiento que emana de éstas, ampliando las perspectivas sobre sí mismo y sobre el caso.

“pucha en que estoy fallando, revisarme, que le puedo otorgar de novedad, obviamente todos los pacientes les van pasando cosas y ahí trato de ir también cuando de repente me siento estancada inventar una supervisión, en términos de encontrar algún amigo, algún colega, ir compartiendo, sabís que estoy media estanca con esto, tengo amigas psiquiatras, que creí tú de este caso, de la psicopatología que son cosas que tienen más que ver con la estructura, entonces ahí trato de ir viendo qué ir haciendo todo mal, como para poder que hago con esta impotencia” CL, 13:20

"Por esta exigencia de éxito y allí es que necesito mucho de esta supervisión, especialmente de esa colega, con la que nos complementamos y apoyamos muy bien, encuentro yo, y decimos 'no, el paciente está en este lugar' y salirse [del entrampamiento] usar esta metodología paso a paso... para que esta terapia pueda funcionar como está planeada y estipulada en el papel " GER, 14:28

En este mismo sentido, frente a situaciones vividas de alta demanda emocional, la supervisión entre pares, por sus características de inmediatez y de cercanía temporal con el evento, es una fuente de apoyo para manejar el impacto emocional.

“Fuera de sesión creo que fue al tiro compartido, conversado, compartido con los colegas, o sea, eso ha sido, mi sanidad mental también va por ahí. Siempre he tenido muchos buenos amigos y muy buenas amigas, una red muy buena y de mucha confianza y criterio. Eso es lo más importante, me ayuda a procesar lo que me pasó y darle una salida a eso. Sí, sí.” CL, 5:18

“es muy importante que tengas,... que tengas supervisiones ad hoc uhm, cuando haya ocurrido algo dramático. [Hace poco] se suicidó un paciente... Lo había visto solo una vez, no tenía mucho que ver con él, pero me afectó tremendamente, uh, y entonces fue posible recibir apoyo de dos colegas inmediatamente, estuvimos sentados 10 minutos allá en la banquita y en la tarde una media hora con otro colega, uhm. Es decir, no puede ser que te vayas a casa, solo, sin haberlo elaborado. Eso es, ehm, psico-higiene.” GER, 24: 28

El no comunicarse con terceros sobre situaciones dolorosas vividas, evitar recordar o pensar en ello, puede ser una estrategia para hacer tolerable el malestar y la perturbación provocados por estas, pero dificulta su elaboración.

“...esa sensación como de quedar paralogizado me debe haber durado harto tiempo, ah, y también como la el como el cómo tratar de... de que este recuerdo... eh... un poco lesionaba por llamarlo así la autoimagen profesional, ... no puedo decirte que lo procesé a los 3 días o a la semana siguiente no, no, quedó ahí ahí ahí.” CL, 6:20

“Yo ahora lo retengo, logro como reponerme, tal vez como lo hice en ese mismo momento, porque tenía que hacerlo, pero si me conecto más me viene una pena terrible. Incluso me pasa con ese paciente en particular que hasta contarle, no quiero, que si lo cuento hasta mis propios colegas los puedo afectar ¿me entiendes? Hasta me pasa de repente, que quiero cuidarlos y mejor no cuento. Es así de difícil. CL, 10:12

“Eso es lo curioso. Que al parecer me quedé sola con eso. Y probablemente no fui activa en enfrentar esta situación, es decir no fui con mi jefe para decirle ‘Escucha, no me siento bien con esto’. En cambio traté de manejarlo sola, si, sin buscar ayuda.” GER 17:25

La inserción en redes sociales y profesionales posibilita un acompañamiento en lo profesional y personal en el tiempo, brindando un soporte muy significativo.

“Pero yo creo que lo más importante en mi vida ha sido eso, la red de amigas, eh, de gran confianza, ..., que me han permitido, no hay cuento que contarles, si hemos hecho la vida juntas. En alguna medida hemos estado juntas siempre. Entonces eso nos ha permitido

hablar mucho, conversar, y eso es procesar, conversar, conversar mucho, de lo personal como de lo profesional. Ese ha sido un sustento salvaje.” CL, 5:20

“Creo que eso no la tengo resuelto aún... uhm... Hablé mucho sobre ello, con otras personas. Para aliviarme un poco, o... quizás para entenderme mejor a mí misma, lo que me estaba sucediendo. ... [Con] colegas...y también con amigos de la vida..., que en parte tienen mucha experiencia con situaciones muy actuales de refugiados en Alemania.” GER, 19:17

El no contar con redes profesionales de apoyo para el manejo de situaciones difíciles impulsa a buscar otras instancias, buscando ampliar la perspectiva sobre lo vivido.

“...y a la vez también lo converso con los pacientes [en setting grupal] cuando tengo oportunidad... en el sentido de... que les pongo ejemplos, mire, pasa esta situación, porque siempre aparece el contrario, aparece la señora que tiene que aguantar, metafóricamente no, entonces, y ahí vamos resolviendo los nudos emocionales, eso voy resolviéndolos yo, van resolviéndolos, le sirve a la otra persona para resolverlo también...más así terapéuticamente.” CL, 9:28

Resumiendo entonces, es posible afirmar que la supervisión entre pares se constituye en una estrategia de manejo del impacto del quehacer terapéutico efectiva, dada sus características de centrarse en el quehacer terapéutico, y cuando es oportuna en términos de la cercanía temporal con el evento crítico. Para que ello se dé, el terapeuta requiere manifestar una actitud activa de búsqueda de apoyo.

De la supervisión con un experto.

La supervisión con un externo experto, como instancia que permite aprender de uno y de los pacientes, ayuda a manejar el impacto. Esta puede darse en un contexto grupal como también individual. En cuanto a un contexto de supervisión individual, la intimidad de un encuentro a dos es valorada como espacio de *autodescubrimiento*, de crecimiento y soporte.

“...simplemente poder apoyarse hace muy bien, simplemente poder escuchar y dejar que te explique su punto de vista, que tal vez es muy distinto al mío, y eso me aportó mucho en ese

entonces... eso también fue porque una se puede mostrar aún más con sus necesidades o carencias que en un grupo de intervisión, y también se puede sentir que los pacientes muy difíciles ya no sólo dependen de una, sino que hay alguien detrás de mí que también sostiene.” GER, 16:40

“esta sensación que al principio es como de derrota y después no, después es como de aceptación de decir esta soy yo, tengo este lado donde puedo, y tengo todo este otro donde no puedo, no... como esto que te digo de decir yo en esto no voy a trabajar,...Entonces en la medida que sabes quién eres, qué puedes y qué no, la pasa mejor, como más abuenada contigo misma...” CL, 4:39

“... porque para mí la supervisión es un aspecto central de este trabajo...necesario, para poder seguir bien... poder separar y también...realizar este trabajo, de lo contrario, creo que en algún momento me pesaría demasiado, si no puedo conversar sobre ciertos aspectos de manera concreta y focalizada... con alguien que tenga más experiencia, que se tome el tiempo para ello, y el... que supervise y pueda dar sugerencias, consejos... y también que me contenga” GER, 19:22

En los contextos de supervisión grupal, el foco de trabajo está puesto en el manejo de caso y en la profundización de la práctica clínica desde un enfoque teórico específico. Los grupos de supervisión son percibidos como instancias que aportan a la reflexión, pero no necesariamente como útiles para una práctica clínica coherente con uno mismo.

“yo creo que eso me aporta a mí, el ejercicio mismo, de darle palabra y formular una idea que yo pueda tener más en el nivel de la intuición, no sé, ese ejercicio de armar algo para entregárselo a otra persona, también me sirve a mí, porque yo mismo me aclaro con mis ideas, como también hay cosas que veo en el trabajo de la otra persona, a veces las veo primero en el trabajo de ellos y después las veo en el mío propio, o sea, digo, es más fácil mirar de lejos, pero se da vuelta también, se da vuelta y uno piensa en que le puede servir a uno también.” CL, 22:19

“... Mi experiencia con los grupos de supervisión,...por supuesto que se hace una presentación de todo, y cada uno aporta algo,... yo muchas veces recibí indicaciones que

no me servían, que no calzaban conmigo o con los pacientes, y por supuesto, las indicaciones eran más teóricas que prácticas, porque [los otros] no están tan inmersos; es decir yo necesito personas que estén en mi misma onda o tengan un modo similar de realizar terapia.” GER, 14:25

Se identifican ciertas condiciones que influyen en la percepción que se pueda tener de la supervisión como espacio de crecimiento y soporte personal. Así, por ejemplo, la independencia del supervisor del contexto institucional es vista como condición necesaria para su efectividad.

“Por supuesto, el supervisor también debe encajar. Tenemos un supervisor, que también ha trabajado en adicciones, que ha sido coordinador de una clínica de adicciones, y él entiende nuestro trabajo y a los clientes particularmente bien. Y ahí uno puede tocar todos los tópicos y temas, lo cual me parece muy útil... La independencia del supervisor es muy importante... [No puede haber] una mezcla de roles en absoluto. Porque entonces la supervisión queda anulada, cuando uno se da cuenta que va a tener consecuencias personales....” GER, 15:47

En los contextos de supervisión grupal, el tamaño incide en la percepción de efectividad de la misma.

“... entonces como es un grupo grande, no siempre es fácil contar las cosas tal cual, digamos, como uno las está sintiendo y contando las dificultades que uno va teniendo con el caso, contando el componente como personal o relacional, obviamente es la idea, pero a veces cuesta” CL, 22:19

En resumen, es posible afirmar que la supervisión con un experto es una instancia de perfeccionamiento profesional, pero no necesariamente facilita la elaboración de lo vivido en sesión. Su efectividad como estrategia de manejo del impacto del quehacer terapéutico pareciera ser mayor en un contexto de supervisión individual, es decir en un contexto de intimidad, donde el autodescubrimiento es posible.

De la terapia personal.

Desde algunos enfoques teóricos la terapia personal es propia de la formación profesional como psicoterapeuta. En este contexto se ve útil para resolver o manejarse con tensiones personales en relación a los pacientes.

“¿Qué me ha ayudado? A ver, yo tuve en algún momento de mi vida un proceso terapéutico mío, debo haber tenido unos 35 años, creo que eso fue muy bueno, eso me ha ayudado mucho.” CL, 5:19

“y estar como, sí cuando voy a terapia, ir a terapia también sirve, como que hacerse cargo de los temas de uno, de las dificultades, de los conflictos así personales, cosa, de estarlos trabajando, donde haga falta, cosa de tener oreja y todo disponible para los pacientes.” CL, 22:21

Sin embargo, la contención emocional en relación a las tensiones del día a día con los pacientes y la vida personal ocurre en otros espacios.

“Bueno, yo soy un tipo de persona que habla de sus preocupaciones, y en el contexto de mi propio análisis... hice mi análisis formativo con un hombre, que mostró mucha comprensión respecto a mis embarazos y que los valoraba positivamente... pero lo que me apoyó realmente fueron las conversaciones con mis amigas y mi familia..., mi marido me apoyó increíblemente, y eso lo necesitaba mucho” GER, 16: 19

Concluyendo entonces se puede afirmar que en el ámbito de las estrategias de manejo en lo profesional la reflexión con otros sobre el propio quehacer es clave para un manejo de las consecuencias. Es decir, poder reflexionar en conjunto con colegas sobre experiencias críticas en el contexto del quehacer terapéutico permite manejar su efecto e impacto otro del efecto e impacto del quehacer terapéutico, y contribuye a un desarrollo del terapeuta en lo profesional y como persona.

Estrategia de autocuidado a nivel personal y privado.

En términos del manejo del impacto del ejercicio profesional en el terapeuta, se identifican estrategias orientadas al autocuidado del terapeuta y que operan en diferentes niveles,

pudiendo tener características de una estrategia cognitiva, el desarrollo de ciertas actitudes o la realización de ciertas conductas. Hay ciertas condiciones que favorecen a estas estrategias de autocuidado, tanto a nivel personal como a nivel social y familiar, así como hay ciertos contextos que las desafían.

El trabajar en contextos de adversidad social puede generar un cuestionamiento en torno al alcance de la psicoterapia y del propio rol profesional así como de sí mismo como persona. En este contexto, para manejarse con esa tensión y poder seguir trabajando surge como estrategia el poner en perspectiva tanto el propio quehacer como la propia vida en el contexto social y político, a la vez diferenciarse del paciente, recurriendo a recursos personales y privados para conectarse con el lado bello de la vida.

"... por supuesto que [en algún momento] intenté alejar [la realidad de mis pacientes] de mí, de tener claro que esa no era mi vida... Sí, pero me ha mantenido pensando en las condiciones sociales en general, en los desarrollos políticos y sus consecuencias - y donde siempre tengo que volver a velar por mí, para que no me afecte u ocupe demasiado, sino que busco hacer uso de mis recursos privados y tener tiempo libre y hacer cosas lindas y así distanciarme." GER 14:9

"Entonces tengo esa sensación, esa combinación... de los relatos de dolor así muy intensos y uno sentir mucha impotencia por no poder cambiar,...[y] aspectos más luminosos, [lo que conmueve] ... porque esos contextos son muy desgastantes para uno como profesional, o sea, tienes que verle el lado de la luz porque o si no te quieres ir." CL, 4:4

Una actitud serena y que permita ver los recursos de las personas facilita manejarse con el impacto del ejercicio profesional en contextos de adversidad social.

"A mi si hay algo que me gusta de la mirada clínica en la que yo trabajo que está enfocada en los recursos ... ,eso me ha permitido a mi como persona como poder reafirmar eso que yo encuentro que es importante, si tú tienes una persona que está en una situación súper adversa si nos quedamos en lo que no está ... y llenamos a la persona as de desesperanza, esto me ayuda a mí como 'ya, nos faltan muchas cosas, la situación está súper complicada, pero tú tienes esto y con eso vamos a trabajar y con eso', ... tiene que ver con la mirada

enfocada en el recurso y no en lo que no está y eso también lo trato de ir llevando a mi vida y a mis relaciones” CL, 13:18

“Y con esta actitud relajada, de serenidad me siento bien. Y así puedo dedicarme con toda mi fuerza y optimismo a los demás, a los que están aquí.” CL 15:38

Se señala la importancia de una actitud de autocuidado, caracterizada por un contacto íntimo con uno mismo, dándose su lugar y por un permitirse recibir y no solo entregar tanto en el ámbito profesional como personal.

“... Creo que, para mí tiene algo que ver con dar y recibir, de vez en cuando poder recibir y no solo entregar y trabajar en soluciones. Para mí eso es importante como una regla, ya sea que se dé a través de la supervisión o de cursos de perfeccionamiento, o en el ámbito privado; tengo hobbies, tengo una familia y, encuentro que de vez en cuando es sano poder cerrar las puertas y estar en privacidad. Eso encuentro que también es parte del autocuidado.” GER 18:38

Este contacto íntimo con uno mismo, asociado a una noción de espiritualidad, es percibido como recurso para manejarse con el impacto del ejercicio profesional.

“...apoyarse en la propia espiritualidad de uno, eso a mí también me ayuda, entonces creo que tiene que ver con detenerse, escucharse, ser su propio terapeuta a veces (ríe) ver por qué me pasa también esto, estar atento a las propias resonancias, porque efectivamente hay casos que le afectan más que otros, entonces creo que también es importante estar atento a eso...” CL, 13:22

“Y por otro lado, bueno, yo tengo algunas creencias que diré que son espirituales. Sigo pidiendo perdón a quien sea, por el daño que uno provoca sin intención, pero que finalmente resulta de algunas situaciones” CL, 1:48

“...o sea, yo creo que por un lado uno hace el viaje como para adentro, con el recurso que uno tenga a mano, ..., pero también el viaje para afuera, en relación a poder escuchar, y también reconocer otras experiencias de gente que está más o menos en la misma, o que

les gusta esto de poder acompañar a los otros en elaborar sus heridas, o crecer o madurar y lograr integrar, y pasarla lo mejor que se pueda para ser aporte a este mundo CL, 4:40

Cierto tipo de estrategias de autocuidado profesional apuntan a generar contextos laborales que faciliten la mantención de un equilibrio y sentido de competencia. Estas estrategias apuntan a la diversificación de actividades relacionadas con la clínica o del tipo de pacientes, por ejemplo en términos de su gravedad.

“ahora siempre [en paralelo al trabajo en una institución] he tenido pacientes particulares, siempre he hecho clínica particular ... pero porque además el trabajar con personas menos distantes de la cultura dominante y con recursos más funcionales a esta cultura dominante, me devuelve muchas veces ese sentido de competencia ¿no? porque me ha tocado muchas veces trabajar con situaciones muy difíciles en que la experiencia de frustración es muy potente, trabajé con niños víctimas de explotación sexual, que es una cuestión bastante dura digamos mm” CL, 21:7

Otra estrategia de autocuidado hace referencia a la necesidad de acotar el rol al setting laboral, diferenciando entre el rol profesional y el rol en la vida personal y cotidiana. Si bien es cierto que esto es percibido como necesario, no siempre resulta fácil.

"Si no pudiera dejar el trabajo en el trabajo, entonces... no estaría bien... [Porque] también recibo mucha información de mujeres de mi edad, mujeres que... han sido asaltadas, intentos de violación y cosas así. Uhm, y eso sucede en mi espacio más próximo,... es decir, perfectamente podría estar sentada del otro lado... Y si no pudiera... dejar [estos relatos] allá [en el trabajo], entonces mi vida privada estaría bastante limitada, creo. ... por eso para mí es muy importante marcar el límite y decir 'ahora me voy a casa' y la mayoría de las veces me resulta bastante bien." GER 19:20

“lo otro que es súper difícil es quedarse callada porque a veces uno ve cosas y uno se dice, 'no me toca decirlo'. Uno cacha lo que está pasando, mucho con los niños, con los niños sobretodo tengo un problema tremendo y me costó aprender que me debo quedar callada nomas. Porque es distinto cuando a uno le piden ayuda a cuando estás en un contexto cotidiano.” CL 1:28

El cuidar de los tiempos personales y cultivar otras áreas de interés más allá de lo profesional es visto como una conducta de autocuidado en términos de una posibilidad de activar energías vitales. Si bien es cierto que ello contribuye al autocuidado y equilibrio emocional, no siempre es suficiente para evitar el desgaste por el ejercicio de la profesión.

"Entonces, especialmente en el contexto del trabajo en [el campo de refugiados] eso se ha vuelto muy exigente. En general soy bastante bueno en eso [el autocuidado]. Pero entonces es importante que haya espacios libres que solo me pertenezcan a mí, y que son esos tiempos de ocio, ese concepto de 'tiempo mío', uhm, que tenga tiempo suficiente para mis cosas y no solo me dedique a resolver o trabajar una cosa tras otra, un paciente tras otro, sin parar. Eso es muy importante. Lo mío es un poco la música, eso me equilibra mucho."
GER, 24:27

"..., y trato de dedicarme a cosas y trato más que cuidarme, más que decir porque estoy en esto tengo que cuidarme y por lo tanto pa cuidarme voy a hacer esto o eh, es eh yo diría que hay otras cosas que no tienen nada que ver con el psicoanálisis ni con la clínica ni con la terapia, que también me apasionan mucho y que trato de dedicarles tiempo" CL 6:36

"Lo que hice entonces en mi tiempo libre fue simplemente activar mi vitalidad. Yo quería vivir y no sentirme deprimido y aislarme. Eso podría haber sucedido si hubiera permitido que eso se acercara demasiado a mí. Todo este sufrimiento, morir y desaparecer. Y me dediqué activamente a realizar actividades positivas, en el ámbito de la cultura, del deporte, todo lo que contribuyera a mantener mi equilibrio emocional. Pero cuando después de dos años finalmente terminó ese trabajo, me puse muy contento." GER 15: 7

En el ámbito social y familiar, condiciones como contar con un entorno personal equilibrado y cuidar de él en términos de ser selectivo con la gente con la que se rodea permite mantenerse en un trabajo de alta demanda.

"siempre he estado preocupado, aparte de elaborar [lo relativo al trabajo] en conversaciones con colegas y a través de la supervisión, de encontrar un equilibrio en lo privado. Para mí es muy importante encontrar un equilibrio en lo privado, para compensar mi esfuerzo y mi ocupación. Tengo la impresión de que es muy importante tener un entorno

social bueno y equilibrado para poder hacer este trabajo, ya que existe el riesgo de agotarse cuando no pones límites.” GER 15:11

“De alguna manera tiendo a aislarme un poquito, necesito estar sola. Me he puesto muy selectiva con mis acompañantes en la vida mis amigas, mis amigos.” CL 1:27

A nivel social y familiar contar con relaciones familiares que contengan es visto como condición facilitadora para el manejo de los efectos/impacto del quehacer terapéutico.

“También tengo una relación de pareja buena, hace tantos años también, ...de repente le digo “me voy a desahogar”, ...y puedo contar, porque al hablarlo- “te cuento el milagro pero no el santo”, le digo a mi marido- al hablarlo uno hace algo interno, ...de ordenar, sacar, poner palabras y puedo soltar emocionalidades que a veces tienen que ver con cosas propias o con cosas de la paciente. Eso creo que es una gran ayuda.” CL 5:21

En el ámbito de las estrategias de manejo del impacto a nivel de autocuidado personal y privado se puede concluir que el desarrollo de ciertas actitudes es clave, tales como estar atento a las necesidades y procesos personales, y cuidar de tiempos que sean para uno mismo. A partir de las necesidades de autocuidado identificadas, el poder exigir cambios contextuales que aporten al manejo de los eventos críticos es otro elemento a considerar. Por otro lado, poner en perspectiva el propio quehacer en un contexto más amplio, así como acotar el rol al setting laboral son estrategias a nivel cognitivo que resultan relevantes para manejar el impacto.

Las estrategias son propias de cada persona: estar atento a sus necesidades y descubrir sus fuentes de energía vital

La utilización e implementación de estrategias para manejar el impacto por parte del terapeuta, tanto en relación a la inserción en redes profesionales como a nivel individual se ve afectada por ciertas condiciones. A nivel de actitud individual, el ser activo en la búsqueda de ayudas profesionales o personales contribuye al autocuidado, y a veces implica hacer un esfuerzo consciente para ello.

“como hacer un esfuerzo consciente por rescatarme de ahí y buscar el apoyo en supervisiones, derivar más, contactarme con el psiquiatra como también repartir la carga

entre los profesionales, yo creo que eso a veces pasa porque uno está llevando la carga muy sola... Hay que aprender a salir de ahí, a mí me cuesta, pero ya me conozco, al menos en esa parte.” CL, 4:50

Una actitud de autoobservación que permita reconocer sus límites o las limitaciones personales permite aprender a manejar el impacto personal del quehacer terapéutico.

“cuando te das cuenta ‘estoy llegando a mi límite, uhm, ahora es demasiado para mí, o algo así’. Una vez me sentí así, fue cuando empecé a soñar con las cosas que me habían contado los pacientes. Entonces pensé ‘Oh, es tiempo de detenerme’, y comencé a trabajar [en lo que me estaba pasando] en parte solo y en parte con colegas. Y eso fue bueno, era algo que teníamos que hacer. Eso es autocuidado, cuidado personal. Y eso es muy importante. Y que siempre estés atento de que sea atendido aquello por lo que has pasado, que no quedé allí no más, esa es mi opinión personal.” GER 24:30

"a eso se agregó este asunto de la pintura expresiva, cuando hice ese perfeccionamiento y donde cada cierto tiempo hay seminarios y encuentros de seguimiento, en los que reflexionamos y a modo de autoconocimiento podemos trabajar a través de la pintura ciertos temas de manera acompañada. Y eso no solo atañe a mi grupo de pintura, sino que también me procura una limpieza emocional.” GER 17:56

Estar atento a la mantención del propio equilibrio emocional y descubrir lo que a uno lo nutre es una condición facilitadora para el autocuidado personal.

"... y para manejarse con eso, tienes que cuidar de descansar lo suficiente, de contar con interrupciones, vacaciones, distracciones, no en un sentido superficial, sino de pensar que hay algo más [que el trabajo terapéutico], que tienes que mirar otras cosas o estar en la naturaleza. Y los colegas a mi alrededor todos tienen su modo de hacerlo... tienes que ver otras cosas, uno necesita mucha nutrición para sí y la clave está en descubrir ¿Qué me nutre?" GER 16:32

“yo me doy cuenta a veces que necesito descansar, dormir, ordenar todos los ritmos biológicos, no puedo no comer bien, y me empiezo a cuidar más de lo que estoy comiendo,

o a mirar mi reloj para ver cuantas horas voy a dormir, o a decirle a mi marido salgamos o a los niños con mi marido, ya vamos a comer todos juntos.” CL 4:51

“Y a veces simplemente salgo a caminar, a mí me gusta mucho la naturaleza, salgo a caminar, miro el atardecer me siento en un banquito miro la cordillera que me encanta en esta ciudad, camino a mi casa donde hay una plaza y esta el banquito, hago ese tipo de cosas.” CL 1:46

Resumiendo entonces es posible afirmar que las estrategias de manejo de los efectos y del impacto del hacer terapia en el terapeuta son diversas y ocurren en diferentes momentos. Durante la sesión misma las estrategias tienen las características de los procesos autorregulatorios y de regulación mutua propias de los encuentros intersubjetivos. Es decir, son las estrategias que apuntan a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Esto puede ocurrir a un nivel de los sistemas homeostáticos individuales y de reevaluación cognitiva, pero también en un proceso regulatorio con el otro, ya sea de manera explícita o implícita. Durante los procesos terapéuticos, es decir entre sesiones, las estrategias tienen relación con un manejo profesional que se favorece con el intercambio con otros sobre el propio quehacer. Esto puede ocurrir en un contexto de trabajo de equipo, con colegas, con supervisores o en la terapia personal. El no contar con redes profesionales de soporte puede dificultar el manejo de los efectos del quehacer terapéutico. Es posible afirmar que la inserción en redes profesionales contribuye al desarrollo profesional; la supervisión, ya sea entre pares o por un supervisor experto, es valorada como un espacio de acompañamiento técnico y de contención emocional que posibilita aprendizaje. En términos de la inserción en redes profesionales, los cursos de perfeccionamiento son valorados como instancias que pueden contribuir a una mayor apertura en cuanto a la perspectiva teórica y aportan a una mayor flexibilidad en la práctica clínica. Las estrategias de manejo profesional pueden entenderse como estrategias de autocuidado profesional. En cuanto a las estrategias de autocuidado personal, estas tienen relación con actitudes de cuidado en relación a sí mismo, en cuidar de ciertas condiciones en el mundo social y familiar que permitan equilibrar el desgaste profesional y darse el espacio para intereses y actividades personales. La importancia que se le otorga al autocuidado tanto profesional como personal aumenta con los años, buscando mantener un bienestar y salud en lo laboral.

El bienestar y malestar subjetivo del terapeuta se puede entender como dos procesos interconectados, que están relacionados con el cambio y no cambio del paciente

Este resultado emana del estudio 2, el cual acota las experiencias de los terapeutas a un proceso terapéutico específico y de reciente data. Los datos del estudio 2, por sus características de ser recientes al momento de realizar la entrevista y acotadas a un proceso terapéutico en particular, permiten un análisis de la experiencia subjetiva con un foco más acotado y con mayor profundidad, en términos de poder identificar, a partir de los efectos vivenciados por el terapeuta en ciertos momentos de la terapia, aquellos episodios del proceso terapéutico a los que los entrevistados hacen referencia cuando señalan ciertos efectos. Este resultado da cuenta con mayor detalle del objetivo 4 “Identificar la relación entre las experiencias de éxito y/o fracaso y de malestar y/o bienestar subjetivo de terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional”. A objeto de poder realizar un análisis con mayor énfasis en el proceso se agruparon los efectos vividos en terapia en dos grandes categorías, bienestar y malestar, a fin de englobar los estados emocionales de tono placentero por un lado y aquellas de tonalidad más desagradables por otro lado. Tomando como punto de partida estas dos grandes categorías se volvió a revisar las citas y el texto para un segundo análisis. Es allí donde emergen dos subcategorías relacionadas con el ámbito o foco de la experiencia, en términos de si el foco de la experiencia dice relación con el trabajo terapéutico propiamente tal, enfatizando aspectos técnicos, o más bien si los aspectos relacionales con el paciente eran la característica principal de la experiencia. Se incluyó además la categoría de atribución causal desde el punto de vista del terapeuta, distinguiendo entre una atribución de los efectos al paciente, a sí mismo o a ambos (ver tabla 4). A continuación se presentan dos grandes resultados en términos de las experiencias de bienestar y malestar y su vinculación con las diversas experiencias propias del ejercicio profesional.

Tabla 4 Relación bienestar/malestar y experiencias de éxito y fracaso

	EVENTO	FOCO	ATRIBUCIÓN DE LOGRO	EMOCIONES
BIENESTAR	Alivia trabajar en términos claros (12:26) Sentirse contento al reconocer un orden de la experiencia del paciente (15:14) Tranquilidad al sentir que la modalidad de intervención calza con uno (24:7)	En relación al trabajo terapéutico	A sí mismo	Comodidad
	Gratificación por cambios en paciente y la validación como terapeuta (28:6) Respeto, orgullo y algo de escepticismo frente a decisión sorpresiva del paciente (19:6)		Al paciente	Gratitud, gratificación
	Cuando algo cambia, se siente que sí se está haciendo algo (15:12)		A sí mismo	Autoafirmación/sentido de competencia
	Ante cambios del paciente sentir que algo le está sirviendo (15:16) Paciente le devuelve confianza y fe en el quehacer terapéutico al terapeuta (15:20)		Al paciente	Confianza/sentido
	Alivio al ver llegar a paciente distinta (15:15) Sentimiento de alivio con paciente difícil por no tener que tenerla más en la mente (término consensuado) (24:17) Sentirse tranquilo con despedida (15:21) Actitud razonable del paciente permite aceptar su idea de término de terapia (12:19)	En la relación con el paciente	A paciente	Tranquilidad y alivio
	Sentirse más relajado en un contexto de intimidad, sin espejo (12:9) paciente transmite cercanía con la vida diaria (12:25) Posibilidad de ser espontáneo en la relación con paciente y la expresión emocional es vivida como importante (12:23) entregar control de la sesión a paciente es vivido con comodidad (12:4)		A sí mismo A paciente	Comodidad

	<p>Terapeuta se sorprende con logros de paciente (12:13) Terapeuta se emociona con acciones/expresiones de paciente (6:2, 12:22, 12:27) El poder sorprenderse con pacientes entusiasma a seguir con la terapia (12:24)</p>		A paciente	Sorpresa/entusiasmo
	<p>Alegría al conectarse con la vitalidad de paciente (3:13) Bienestar, cuando paciente entra en resonancia con su propia fuerza (15:6) Alegría al ver que paciente logra avanzar con un pequeño impulso (24:18)</p>		A paciente	Alegría/bienestar
	<p>Actitud cándida de paciente genera ternura (12:1) Uno se encariña con los pacientes (4:3)(15:24) El cariño y el acoplamiento son progresivos (4:6)</p>		A paciente	cariño/ ternura
MALESTAR	<p>Por conducta/inconsistencia de uno mismo (4:7) Por conductas de terceros, interrupciones (7:4)</p>		A si mismo A terceros	incomodidad
	<p>Sentir que no pasa nada hace cuestionarse (15:8) Es difícil tener que bajar expectativas (24:18) Sentimientos de duda si paciente lo desprecia o estima, cuando no escucha (15:13) Término unilateral por parte de paciente genera cuestionamiento en términos de la relación (4:11; 24:2; 24:5)</p>		A si mismo	Autocuestionamiento/ Malestar
	<p>Sensación de logros intermedios, ganas de que paciente vuelva para seguir trabajando (25:12) Ganas de haber hecho más por el paciente (15:26) Cuesta soltar a pacientes (20:10)</p>		A sí mismo	Aprehensión
	<p>Sentir impotencia/enojo frente a cómo ayudar más/sentir el límite de la intervención (12:20) (24:7)</p>		A sí mismo	Impotencia/ enojo
	<p>Pena frente a relatos y temas que impactan (12:16) (12:17) (12:8)</p>		A paciente	Asombro/impacto/pena

<p>Preocuparse por efectos terapéuticos a modo de crisis de vida del paciente o decisiones inesperadas (12:21; 19:4) No atreverse a preguntar más allá por temor a desestabilizar a paciente, ver a paciente frágil (7:6) angustia frente a percepción de mayor angustia e ideación suicida de paciente (15:17) Ganas de haberla acompañado más (12:3)</p>		A sí mismo	Preocupación/ temor/ inseguridad
<p>Sentimientos de agotamiento por sensación de estancamiento (24:9) Llegar al límite de la paciencia frente al no cambio del paciente (15:22) Sentirse agotada con pacientes difíciles, terapias no exitosas, en espejo (25:11)</p>		A sí mismo	Agotamiento/ impaciencia
<p>Decepción por decisión de paciente (17:10) Cambio no pleno del paciente desencanta (4:2)</p>	En la relación con el paciente	A paciente	decepción
<p>Rabia y frustración al darse cuenta del ocultamiento de información/por revelación de temáticas ocultas (20:5) No sentirse escuchada genera rabia, impotencia, confusión (24:4) Queja permanente genera rabia (15:11) Rabia aumenta durante terapia por actitudes de paciente (24:8)</p>		A paciente	Impotencia/rabia/ Frustración
<p>Sentirse agotada y presionada por actitud demandante de paciente (20:7; 28:1; 28:4) Sentir que se hace un tremendo esfuerzo para mantener la terapia (15:9) Somnolencia y aburrimiento (15:6)</p>		A paciente	agotamiento
<p>Sentimientos de pena por no sentirse escuchada (24:6) Tono emotivo melancólico de paciente queda en uno (15:25)</p>		A paciente	Pena, tristeza
<p>Hacerse cargo de paciente por verlo frágil (20:9)</p>		A si mismo	Responsabilidad/ carga

	Actitud no receptiva a intervención por parte de paciente genera distancia en el terapeuta (4:5) Frente a paciente difícil verlo como caso interesante para ser usado como material docente (4:4)		A paciente	Tomar distancia afectiva con paciente
	Incomodidad por conducta de paciente (25:7) Impaciencia por ritmo lento de paciente (28:2)		Al paciente	Incomodidad

Las experiencias de bienestar del terapeuta están vinculadas al cambio del paciente y a una relación genuina con éste.

En términos del bienestar subjetivo del terapeuta es posible diferenciar las experiencias del terapeuta en terapia en términos del ámbito de éstas, es decir si estas tienen su énfasis en el trabajo terapéutico que se realiza con el paciente, o si estas se caracterizan por ser primordialmente relacionales, es decir donde el encuentro intersubjetivo es lo que prima (ver figura 6). A partir de allí es que surgen dos elementos principales ligados a la experiencia de bienestar, que vienen a ser la percepción de un cambio en el paciente por parte del terapeuta, y una relación genuina con el paciente.

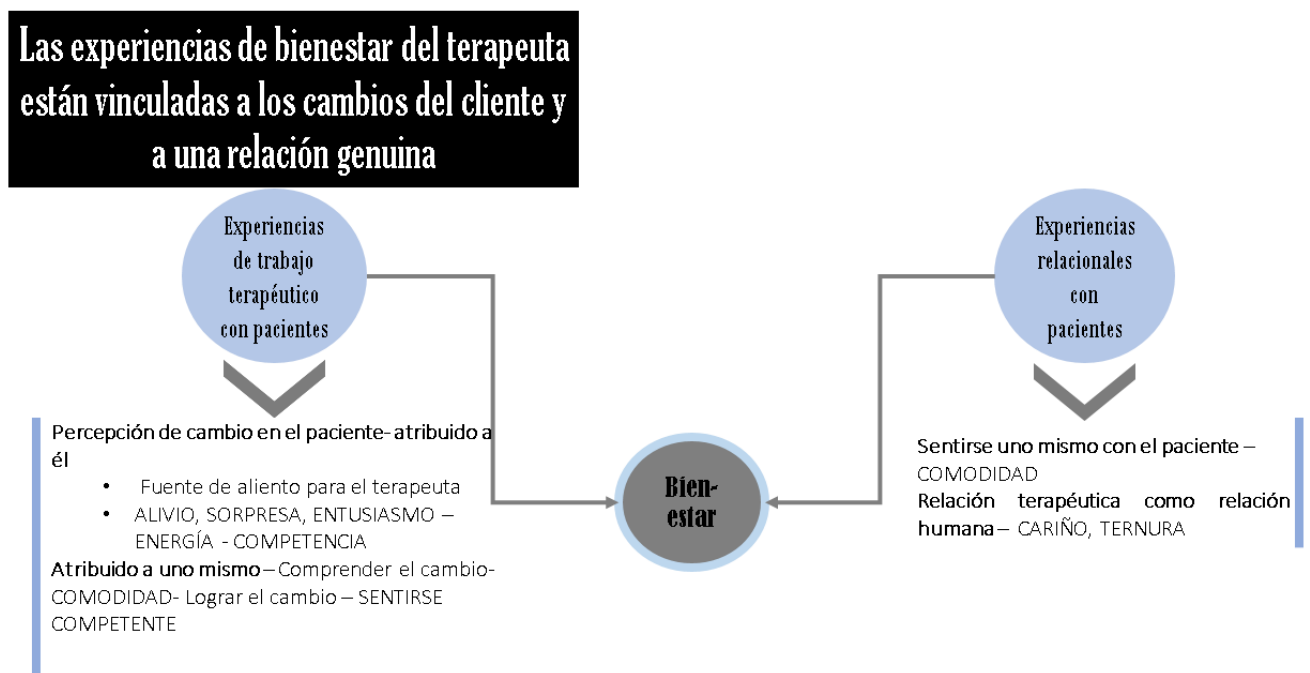


Figura 6 El bienestar del terapeuta y su vinculación con sus experiencias en terapia

En relación a las experiencias relacionadas con el trabajo con el paciente, ver un cambio en el paciente es una fuente de gratitud y aliento para el terapeuta, y se vincula a estados emocionales tales como alegría, sorpresa, entusiasmo y gratificación.

“...y a mí me sorprendía de repente y me alegraba de momentos en que decía ‘pero ahora me doy cuenta que en realidad sufrí las mismas cosas, pero como me doy cuenta, como que no tiene la misma intensidad, y sé que soy yo’, ah, una cosa así me decía, entonces era bien emocionante verla como, de una manera bien como concreta a ella, podía como darse cuenta de su propio cambio.” Estudio 2: CL, 12:13

Además, la percepción de un cambio en el paciente y atribuirlo a uno mismo como terapeuta está vinculado a una sensación de comodidad, y un sentido de competencia.

"[¿Y cómo te sentiste al escuchar que eso había funcionado así?] Estaba muy feliz, realmente me entusiasmó y también tuve la impresión, está bien, acabo de dar un pequeño impulso y ella trabajó con eso maravillosamente... ". Estudio 2, GER, 24:18

En cuanto a aquellas experiencias de bienestar que están vinculadas a una experiencia primordialmente relacional con un paciente, el sentirse uno mismo en esta relación está vinculado a sensaciones de comodidad, de sentirse confortable, así como percibir la terapia como una relación humana, está vinculado a emociones tales como cariño y ternura.

“...o sea, yo a ella la recuerdo con cariño, yo igual le tomé cariño, quería que le fuera bien, a ratos me desesperaba, a ratos me enrabiaba, me agobiaba..., pero le tenía cariño,..., me la imaginaba como, como ella era en su adolescencia, los sueños y esperanzas que tuvo alguna vez como estudiante universitaria me imagino, y ahora verla cómo estaba y me la imaginaba en esa oficina como funcionaria pública, eh... Me la imaginaba y decía ‘uy, pobre’.” Estudio 2, CL, 15:24

Las experiencias de malestar están relacionadas al no cambio de los pacientes, a sus relatos y a sus actitudes.

En relación al malestar subjetivo de los terapeutas, al igual que con las experiencias de bienestar, es posible distinguir las experiencias relacionadas al trabajo terapéutico de aquellas que tienen su énfasis en la relación con el paciente (ver figura 7). Las experiencias de malestar relacionadas al trabajo terapéutico con los pacientes se vinculan a ciertos relatos de los pacientes, y que se viven con emociones tales como tristeza y asombro.

Experiencias de malestar están vinculadas al no cambio y al relato y actitudes del paciente

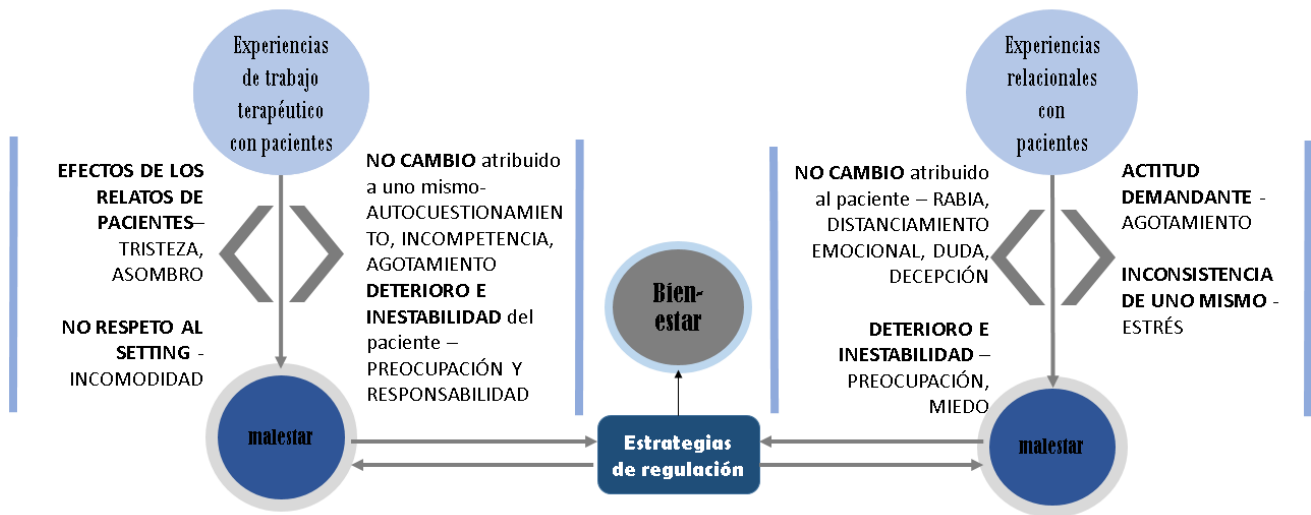


Figura 7 El malestar del terapeuta y su vinculación con las experiencias en terapia

“Entonces con sus hijos todo el tema de las reglas, me acuerdo que... fue una sesión que fue bien impactante como, como, como lo fue contando, eh fue impactante pa'l equipo también,... pero partió contándolo muy disociadamente, así como, no estaba incluido dentro del maltrato.” Estudio 2, CL, 12:16

Las experiencias de malestar también se vinculan a no percibir un cambio en el paciente, es decir no ver avances en el proceso terapéutico. El atribuir este no cambio a sí mismo como terapeuta está asociado a estados emocionales tales como de duda y autocuestionamiento, y un sentido de incompetencia.

“una cosa que noté..., donde a veces pensaba 'Oh, no sé si esto ahora está funcionando de manera tan óptima', que ya a fines del proceso terapéutico ella a veces simplemente me empezaba a conversar. ... Y eso no fue así en absoluto al inicio de la terapia, o muy poco, y se volvió cada vez habitual más hacia el final, y allí me preguntaba, '¿Algo no está andando bien?'” Estudio 2, GER, 24:32

Estas experiencias de malestar vinculadas al trabajo con pacientes, en cuanto a no percibir cambios en ellos, y atribuirse esta situación a sí mismo, en términos de no poder generar cambios, además se asocia a una sensación de agotamiento a nivel físico y emocional.

“Quizás fueron muchos momentos, esa es mi sensación como de haber estado en un casi estancamiento constante, por decirlo, porque por ejemplo si llegaba atrasada yo le mostraba que, bueno puede que llegue atrasada porque sea como lata venir... entonces ‘¡NO!’ Decía ella, ¿Me entiendes? Ya después trataba de meterme por otro lado porque yo si [entendía] que no era tan fácil, que habíamos hablado del papá por ejemplo la semana pasada, entonces obvio que no era fácil, era difícil hablar de eso. Entonces me metí por otro lado y de nuevo ‘¡NO!’ Entonces todo el rato, era como agotador.” Estudio 2, CL, 24:9

Estas experiencias de malestar subjetivo no sólo están vinculadas a no percibir un cambio en el paciente, sino también están relacionadas a percibir cambios negativos, es decir ver a un paciente con un deterioro o inestabilidad; al atribuirse estos cambios negativos a sí mismo estas experiencias quedan asociadas a emociones de preocupación y responsabilidad. En este mismo sentido, enfrentarse a decisiones sorpresivas e inesperadas del paciente está asociado a una experiencia de malestar con la manifestación de emociones tales como preocupación e inseguridad.

“Ese día me sentí extremadamente sorprendida, no había esperado eso, no se pudo notar durante la sesión anterior... el punto de inflexión [giro], probablemente ya estaba allí antes... pero yo no lo registré. Me tomó totalmente de sorpresa, fue bueno que él pudiera asegurarme que se sentía bien, eso me estabilizó” Estudio 2, GER, 19:6

Por el otro lado, en las experiencias vinculadas al malestar subjetivo del terapeuta que tienen un carácter primordialmente relacional, es decir, donde el foco de atención está puesto en la relación con el paciente, el no cambio del paciente se atribuye a éste. Es decir, cuando el terapeuta atribuye su percepción de estancamiento o no cambio del paciente a los comportamientos y actitudes del mismo frente al terapeuta, quedan enfatizados los aspectos relacionales de esta experiencia de malestar, asociados a estados emocionales tales como decepción, rabia y distancia emocional.

“[al sentirse decepcionado de paciente por no cumplir expectativas] ...sentía el desafío de mantenerme relajado y decirle ‘todo lo que hagas de alguna manera tendrá un sentido’. ... y seguramente en algún momento yo mismo me había fijado criterios tan clásicos como...una mayor independencia económica y emocional de los padres. Y puede ser que luego ella se haya dado cuenta de que yo favorecía eso, y tal vez estaba preocupada de decepcionarme también.” Estudio 2, GER, 17:10

“...así como te importo o no te importo – esa suspicacia la tenía así como en qué medida estoy segura en el vínculo y que esta es una relación auténtica... a mí me gustaba de ella que era un caso complicado - era... entretenido eso que en el fondo implica que es desafiante así como cómo se entiende esto... Entonces y también es como cómo intervengo acá... entonces en ese sentido ella era un caso atractivo... me interesa revisarlo y me interesa para terapia también - para terapia para docencia. Eso para mí era muy atractivo” Estudio 2, CL 4:4

La percepción de no cambio en el paciente atribuida a éste también puede estar relacionada a características y actitudes del paciente. Ver al paciente como frágil está asociado a emociones de angustia y sentimientos de responsabilidad frente a éste.

“... yo me frustré harto, así como “qué onda esta cuestión”, no veía salida, yo trataba, entonces lo mandaba al psiquiatra, el psiquiatra le ajustaba la medicación porque estaba...francamente deprimido, entonces, como la angustia de no poder sacarlo, porque era un hombre como muy necesitado, como lo veía tan frágil, a veces daban ganas de hacerme un poco más cargo de lo que debiera, de lo que le resultaba útil a él. Probablemente ahí hubo una relación media, ...más, más maternal quizás, exceso, ... sobre protegido” CL 20:9

El malestar subjetivo en términos de la experiencia relacional también se vincula a una actitud demandante por parte del paciente y de transgresión de límites, lo cual está asociado a sensaciones de agotamiento y de incomodidad.

“me sentía agotada de repente con la paciente [nombre] ... tengo muchos pacientes, ... hay que hacer acomodados de horarios y todo, entonces yo a veces llegaba y la paciente

[nombre] que llegaba temprano, y ella es invasiva también, porque ella si estamos ahí en la oficina ella entra, y se pone a hablarte, si tú le dices ‘¿cómo estás?’, entonces ella no dice ‘después te cuento’, no, ella es capaz de empezar ahí mismo a contarte las cosas, entonces también en ese sentido me sentí un poco agotada” Estudio 2, 28:4

“[me sentí incómoda] cuando ella se para y ocupa mi asiento, y me hace cambiarme de asiento... y había algo que ella hacía siempre o casi siempre. La persona encargada de los instrumentos le dejaba el instrumento [registro] afuera, los que tenía que responder y entonces, y yo estaba en el box, y creo que la persona le decía: “espere aquí pa’ que venga la [terapeuta] a buscarla”, y ella nunca hacía eso. Ella llegaba y de repente yo estaba así y miraba la puerta y ella estaba parada en la puerta. Ella siempre hizo eso. Era súper incómodo y...yo siempre le volvía a decir: ‘¿ah, bah, pero no se supone que me estabas esperando allá?’, [y ella] ‘sí, pero terminé’.” Estudio 2, CL 25:7

El bienestar y malestar se pueden comprender como dos procesos interconectados, vinculados por las estrategias regulatorias en terapia.

Comprender las experiencias de malestar y bienestar como procesos dinámicos más que estados estáticos permite ampliar la comprensión en cuanto a las vivencias y su impacto del quehacer profesional en el terapeuta.

En un abordaje procesal y dinámico del desarrollo profesional y particularmente de las experiencias ligadas al quehacer terapéutico, las experiencias vividas en un primer momento como malestar se pueden convertir en experiencias de bienestar, dependiendo de las estrategias regulatorias que se empleen para hacer frente a esta experiencia (figura 8). Es decir, una experiencia vinculada al quehacer profesional vivida en un primer momento como malestar, dependiendo de los mecanismos regulatorios internos y las estrategias de manejo profesional con que se cuenten, pueden convertirse con el transcurrir del tiempo en una experiencia de bienestar, vinculada principalmente a un aprendizaje.

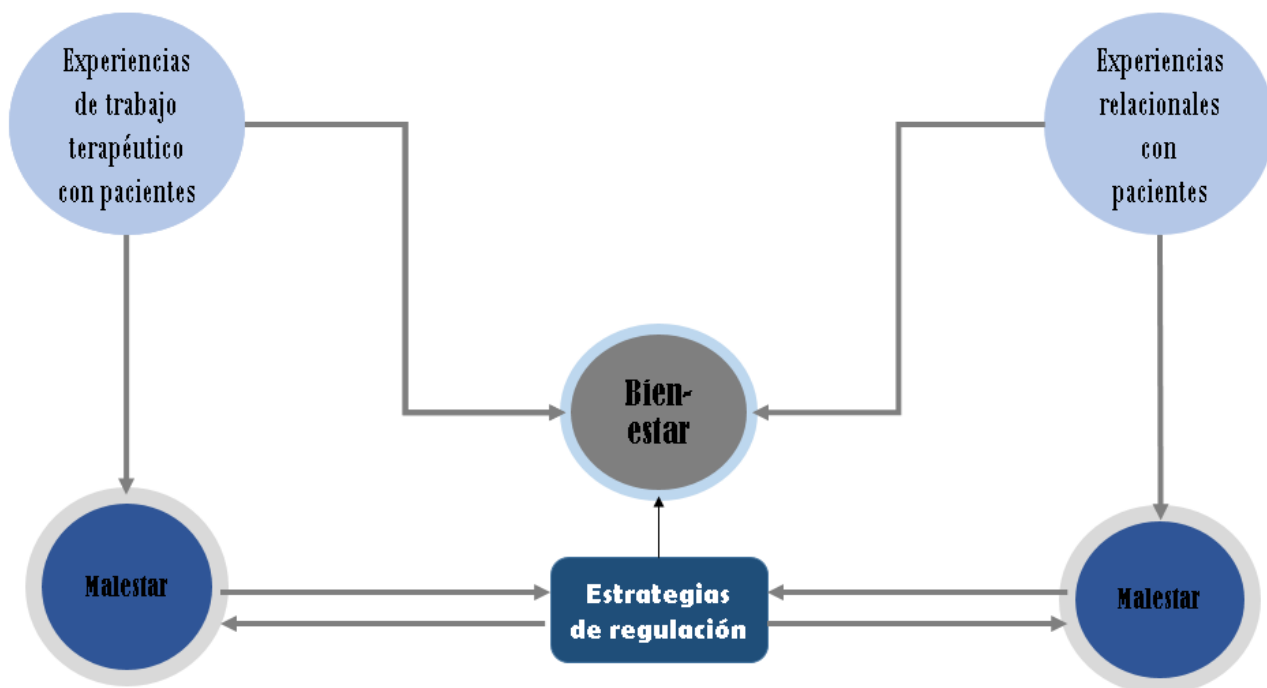


Figura 8 El proceso regulatorio en sesión

“[llegué a] los límites de mi paciencia, una paciencia, ehh... pensaba, como me cuestionaba tanto si yo la estaba ayudando o no la estaba ayudando, emm, pensaba qué hacer a veces con ella, ehh..., yo con ella, eh, aprendí este tema como de poder eh, superar momentos de profunda... desesperanza y profundo como agobio. ... De repente me daba cuenta que no estaba pasando nada. Ahí pensaba... podía nuevamente hacer algo, como que me lo proponía, entonces veía la oportunidad, un tema, qué sé yo,... Lo hacía enganchar y funcionaba. Yo creo que aprendí eso fundamentalmente... y lo otro que aprendí... durante, una parte importante de la terapia yo tenía una desmotivación así de qué estoy haciendo. ... Pero en esa misma época yo creo [ahora] que la paciente tenía mejores opiniones del proceso y creo que si ella venía a terapia era por algo. Que por último esto de que alguien la escuchara, eh, le servía. Eso”. Estudio 2, CL, 15:22

Resumiendo, es posible afirmar que las experiencias de bienestar y malestar del terapeuta en el contexto de su quehacer profesional están vinculadas tanto a aspectos del quehacer técnico, es decir, a ciertas intervenciones y procedimientos, como también a

elementos de la relación que se establece con el paciente. Como elemento central vinculado al bienestar subjetivo emerge la percepción de cambio en torno al paciente, mientras que la percepción de no cambio del paciente se vincula con el malestar del terapeuta. La percepción de cambio puede sustentarse en señales incluso muy sutiles, pero que reafirman al terapeuta en su quehacer y la valoración del mismo. La relación que se establece con el paciente es otro elemento central en términos de las experiencias de bienestar y malestar del terapeuta, siendo una relación vivida como genuina por parte del terapeuta la que genera bienestar, mientras que el malestar se corresponde con actitudes del paciente que son vividas como negativas por el terapeuta y que dificultan la relación terapéutica. Finalmente, el bienestar y malestar del terapeuta se pueden comprender como procesos dinámicos e interdependientes, que están vinculados por las estrategias regulatorias de las que se vale el terapeuta para cambiar un estado emocional adverso a uno más positivo.

El desarrollo profesional está vinculado a los significados asignados a las experiencias y a las estrategias de manejo de éstas, así como a los contextos en que ocurren

El desarrollo profesional vinculado a las experiencias vividas en terapia por el terapeuta y a su manejo se ve influido por el sistema de creencias y valores del terapeuta y por los diversos contextos en que estas experiencias ocurren. Este resultado obedece al estudio 1, caracterizado por su abordaje biográfico y que considera entrevistas a terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional.

Las experiencias vividas en terapia por el terapeuta, así como el manejo de las mismas, ocurren en contextos específicos que pueden ser de diversos tipos, teniendo éstos una influencia en el desarrollo profesional. Por el otro lado, el significado que adquieren estas experiencias se ve influido por el sistema de creencias y valores del terapeuta, particularmente los relativos a la terapia y al quehacer terapéutico. Por tanto, los aspectos culturales de la experiencia subjetiva pueden ser abordados desde los significados, en base a la categoría de “referencias al orden moral“ (Duarte et al, 2017; Piña, 1989) y las subcategorías emergentes, y desde el aspecto contextual en que ocurren dichas experiencias, tanto sociohistórico como societal.

El presente resultado está en correspondencia con el objetivo 5 “Establecer similitudes y diferencias en las experiencias de éxito o fracaso y su relación con el bienestar/malestar

subjetivo de terapeutas en diferentes etapas de su desarrollo profesional”, y con el objetivo 6 “Establecer similitudes y diferencias en las experiencias de éxito o fracaso y su relación con el bienestar/malestar subjetivo de terapeutas chilenos y alemanes”

A continuación se presentan en primera instancia los resultados relativos a los sistemas de creencias, y luego se enfatizan los contextos. Finalmente se buscará una integración entre ambos elementos dando cuenta del carácter cultural del desarrollo profesional.

La relación entre las vivencias de bienestar/malestar subjetivo y las experiencias de éxito y fracaso en terapia por parte del terapeuta se ve influida por sus referencias culturales.

Este resultado da cuenta del carácter cultural del desarrollo profesional, ya que el significado que el terapeuta otorga a las experiencias en terapia está vinculado a su sistema de creencias y valores, es decir a sus referencias al orden moral (ver figura 9).

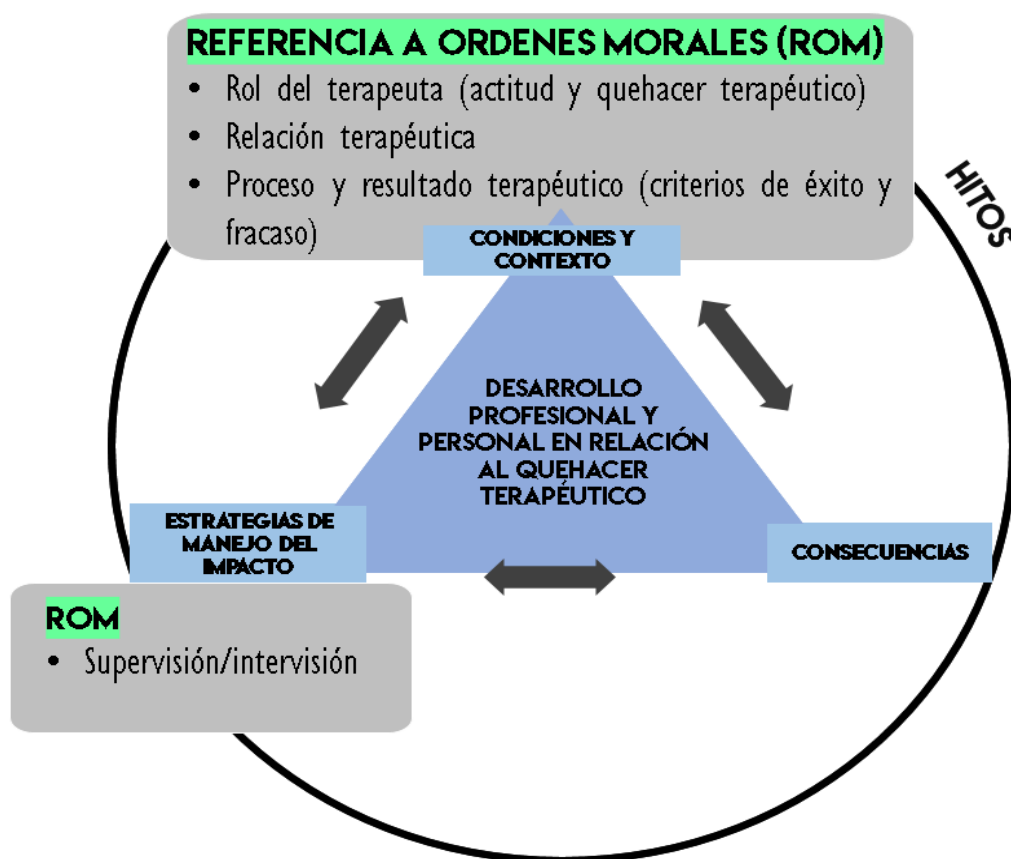


Figura 9 Las referencias culturales y su vinculación con el desarrollo profesional

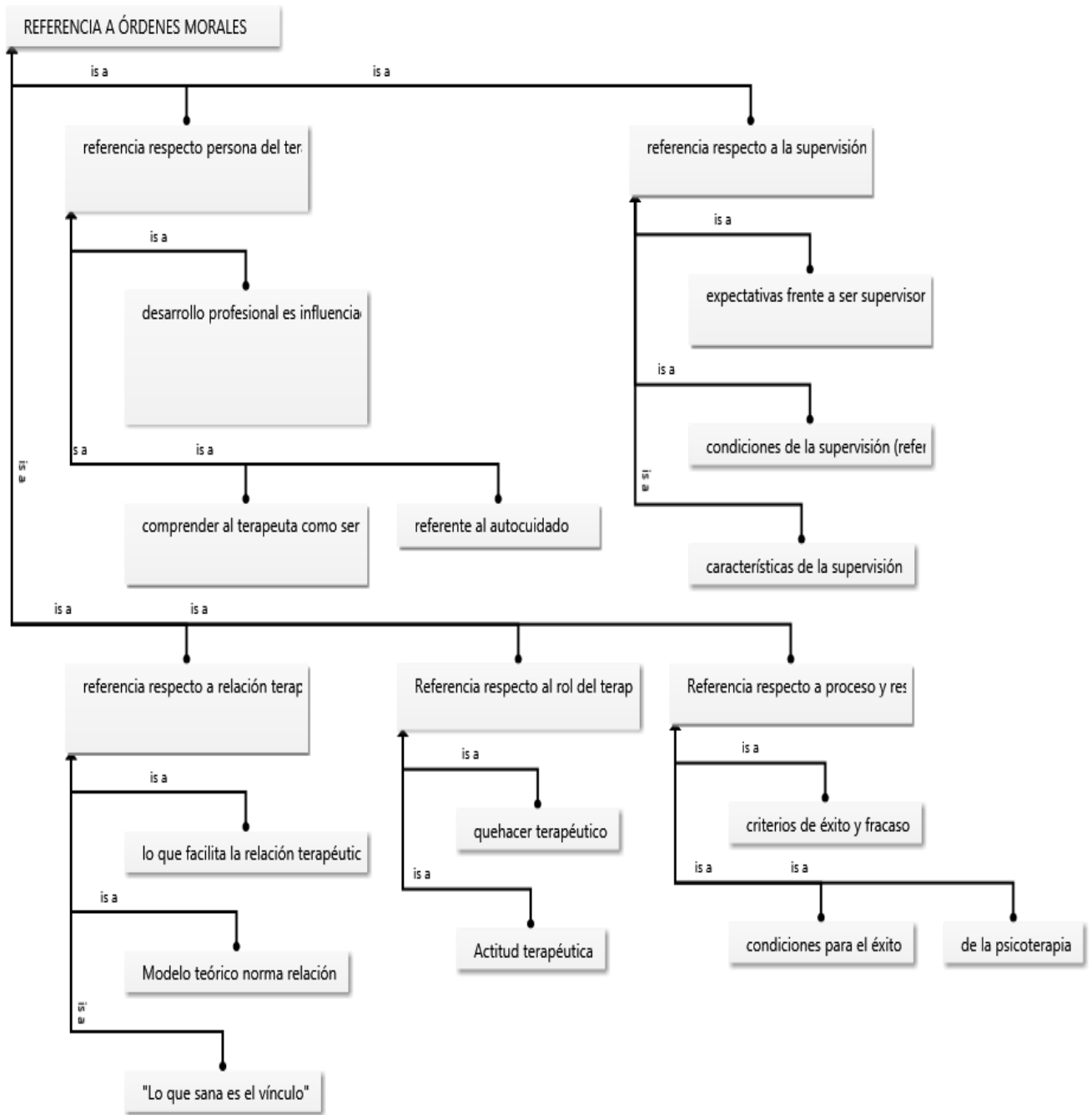
Las creencias que tiene el terapeuta tanto de su rol profesional, como de la relación, el proceso y el resultado terapéutico influirán en la asignación de significado y a su vez en su vivencia de éxito y fracaso en términos de su bienestar (ver tabla 5). En este sentido, las expectativas presentes en torno al rol del terapeuta dan cuenta de la actitud que el mismo cree que debe tener como psicólogo frente al paciente, y además de cómo comprende su trabajo o cómo debe realizarlo. La manera cómo se comprende en su rol y quehacer se ve influida por el modelo teórico a que adscribe, pudiendo generar una tensión entre el deber ser y la experiencia misma. Esta tensión, dependiendo cómo se aborde y enfrente, puede generar un cambio o una flexibilización de estas creencias en el tiempo, guiado por la búsqueda de una coherencia interna.

“En base a la terapia conductual [hay que] estructurar [la terapia] y (es necesario) encontrar los objetivos del tratamiento e intervenciones (...) pero a partir de lo que he experimentado en mi vida puedo entonces entender las cosas... así que no puedo solo trabajar a través de estas técnicas puras. Y a menudo entro en conflicto, y pienso "Oh, pero ahora debería enfocarme más consecuentemente en el trastorno de ansiedad” GER 14:3

En relación a la actitud terapéutica, aparece como elemento central la manera cómo es concebida la responsabilidad del terapeuta frente al proceso terapéutico y al paciente. El rol del terapeuta se concibe de manera diferente si este cree que la responsabilidad es solo suya a cuando se cree que la responsabilidad es de ambos. Frente a situaciones de impasse o rupturas o estancamientos, dependiendo de cuál sea esta creencia, es decir si el terapeuta cree que la responsabilidad es de él o de ambos, ello va a tener un efecto en el bienestar del terapeuta.

“Creo que no me cuestioné tanto, pensé más bien, el cliente es difícil. Y a su vez pienso, -lo cual tiene que ver con una actitud terapéutica o un aspecto que para mí es muy importante,- ‘bueno, pero nadie es difícil porque sí’. Uno tiene que ver si puede encontrar una forma apropiada de respuesta o una forma adecuada de encuentro, y eso puede o no tener éxito. Y ese para mí es un aspecto importante de actitud, que no solo aprendí a través de ese caso, pero que lo apoyó, para decir: ‘nadie es estúpido ni nadie es difícil’. Entonces ese fue un aspecto muy importante.” GER, 18:31

Tabla 5 Referencias culturales en el marco del quehacer terapéutico



El rol que se le adscriba al paciente va a depender también de la creencia en términos de pasividad/actividad. Por ejemplo, verlo como un sujeto pasivo que depende del terapeuta para su proceso, o bien, asumirlo como alguien activo que sabe lo que necesita, va a tener un impacto tanto en la relación terapéutica como en el bienestar del terapeuta.

“Es interesante porque a lo mejor todo lo que yo sepa por el otro lado, es necesario que él lo pueda abrir, hablar. Pero, también comprendí, y este paciente me hizo comprender, que en realidad todas las teorías y cosas que uno sabe son conocimiento, y que no dejan de ser conocimiento, y que es mucho más, que la realidad y lo que vive una persona, y lo que le hace bien a esa persona verdaderamente es nuestra guía, no una teoría, no algo que supuestamente hay que hacer. Este paciente me mostró eso, me mostró que lo que era sano para él, que él no quería seguir contando esto que le pasaba a personas que reaccionaran así, que le hacía peor.” CL 10:14

Las creencias respecto a la relación terapéutica hacen referencia a la valoración que se haga del vínculo y a las expectativas en cuanto a cómo debe ser esta relación. Estas expectativas están relacionadas con el modelo teórico al que adscriba el terapeuta y pueden producir tensión cuando la experiencia no se condice con el mismo.

“como que la gente lo considera a uno más de algo, no sé si de lo que debiera, de lo que uno se imagina, ... eso es como raro, como esto de desdoblarse es como que uno lleva dos mundos, dos vidas... yo creo que hay una valorización de lo que uno pudo haber aportado a la vida de ellos, que va más allá de la prestación de un servicio por el cual se paga..., eh y que [es] la forma de como yo quiero ganarme la vida, entonces para mí es como un trabajo y un trabajo es eso, yo doy un servicio y la persona me paga por ese servicio y como que ahí estamos, estamos a mano, eh, pero hay un algo más allá de eso que tiene que ver con... un cierto vinculo invisible e inevitable que uno forma con las personas quiéralo o no o que las personas lo consideran a uno quiéralo o no.” CL 6:27

En términos de la relación terapéutica, también se identifican creencias en torno a lo que facilita y permite un encuentro entre terapeuta y paciente. A veces estas creencias entran en tensión con lo que se está experimentando, lo cual va teniendo un efecto en el bienestar subjetivo.

“Sí, estos son como los dos aspectos, primero que uno aprende en sí mismo y por supuesto eso lo transfiere a los demás, y pensar "Bueno, lo que ahora es más importante es que el otro se sienta comprendido", lo que por supuesto a veces es difícil cuando no te puedes poner tanto en su lugar o simplemente no has experimentado algo similar, de manera que a veces es difícil empatizar y te preguntas '¿Por qué se siente así ahora?'" GER 14:11

Un segundo grupo de representaciones o referencias culturales tienen relación con la esencia de la psicoterapia y sus procesos, y con los resultados terapéuticos, en particular con los criterios de éxito y fracaso con los que el terapeuta se maneja. El modo de concebir la psicoterapia está presente en la manera de entender el rol del terapeuta. Estas creencias pueden ser sentidas como propias, pero también pueden ser asumidas como algo externo, ajeno a uno mismo, lo cual puede generar un cuestionamiento y con el tiempo impulsar un cambio de dicha creencia.

“Pero creo que desde que hago esto del tallado en piedra, tengo una imagen diferente de mí misma como terapeuta o -no sé si realmente llamarme terapeuta o más como consejera de vida o algo así... Porque a mi entender, la psicoterapia siempre está vinculada a un cierto procedimiento concreto...- En cualquier caso, desde que hago esta de la escultura, y he encontrado esto propio, también puedo sentir [este trabajo terapéutico] como algo más mío. Entonces, esto de llegar a casa de alguna manera, lo alienta a uno como persona y le da autoestima.” GER 17:53

En términos de las expectativas de logro y resultado es distinto creer que el éxito se basa en las cualidades del terapeuta, que el éxito obedece al manejo adecuado de un modelo teórico determinado, o creer que el vínculo es lo central para una terapia exitosa. Según sea la creencia que se tenga respecto a lo que lleva al éxito terapéutico, la vivencia de bienestar y malestar del terapeuta se va a ver afectada al momento de evaluar los resultados.

“... comprendí, y este paciente me hizo comprender, que en realidad todas las teorías y cosas que uno sabe son conocimiento, y que no dejan de ser conocimiento, y que es mucho más, que la realidad y lo que vive una persona, y lo que le hace bien a esa persona verdaderamente es nuestra guía, no una teoría, no algo que supuestamente hay que hacer. Este paciente me mostró eso, me mostró que lo que era sano para él, que él no quería

seguir contando esto que le pasaba a personas que reaccionaran así, que le hacía peor.”

CL 10:14

Los criterios de éxito con que se maneja el terapeuta pueden estar centrados en la disminución de síntomas, en el logro del motivo de consulta o en una retroalimentación positiva. Los criterios de fracaso pueden estar centrados en el abandono del proceso por parte del paciente, haciendo una diferencia si esa responsabilidad es adscrita al propio terapeuta o como libertad de decisión del paciente, teniendo un efecto en el bienestar/malestar del terapeuta.

“por ejemplo, recién se retiró un paciente, y me siento super relajado. No lo veo como un fracaso de mi parte, porque le ofrecí todas las posibilidades. Él acaba de decidir que no quiere trabajar su recaída, sino que irse. Lo dejo ir. No me afecta en este momento ni me siento como un fracasado, solamente veo: lo di todo, le tendí todos los puentes Él no quiere pasar por la elaboración de recaída y entonces se va y tal vez se comunique nuevamente”

GER 15:37

Un tercer grupo de representaciones o referencias culturales tiene relación con las estrategias de manejo del impacto del quehacer terapéutico, en particular con aquellas de manejo profesional como la supervisión. Estas están vinculadas a las prácticas de autocuidado profesional, incidiendo en ellas. La concepción que se tenga de las instancias de supervisión influirá en la expectativa en torno a su aporte al bienestar y desarrollo profesional y a su incorporación en las prácticas de autocuidado profesional.

“... si bien yo nunca he sido muy riguroso ni me he ido a supervisar, con estos supervisores, mmm... yo tengo la convicción de que al estar ahí directamente interviniendo con una persona hay muchas cosas que no te permite ver, eso es como la esencia de la supervisión desde mi punto de vista ...me gusta mucho trabajar en dupla porque siempre que trabajo en dupla el otro ve algo que yo no vi, y ahí complementamos, ...entonces siempre relativiza cualquier certeza que uno tenga, y creo que relativizar la certeza siempre es provechoso en función de cómo uno finalmente fija los propósitos, los objetivos y los tipos de intervención ... O sea, por eso te digo puede sonar paradójico que yo no

tenga un hábito más riguroso de supervisión, pero siento que es súper interesante” CL 21:35

Se identifican creencias en términos de condiciones necesarias para una supervisión de calidad, en términos del rol del supervisor y sus cualidades, y también en cuanto al rol del supervisando y su actitud en relación a la supervisión. En términos del rol del supervisor o de los colegas por ejemplo, que el/la supervisora deba ser alguien valorado profesional y humanamente, o que el equipo deba ser maduro para poder realizar una supervisión entre pares, va a influir en el momento de generar prácticas de autocuidado profesional en el contexto actual del ejercicio profesional.

“Ahora, con el equipo mismo, no..., porque el equipo todavía yo creo que no alcanza una madurez para poder, hay mucho, yo considero que [hay]...mucha superficialidad, no sé, cuesta en el equipo mismo poder compartir lo que a uno le pasa.” CL 9:29

En términos de la valoración de la supervisión y el rol del supervisando, estas creencias se van a hacer presentes en el momento de gestionar o hacer uso de espacio de una oferta de supervisión.

“[es importante] que también se usen estas ofertas [de supervisión], que no se piense "oh, es poco profesional o es un signo de debilidad. [Asumir que] es normal sentirse pésimo... con algunas situaciones. O cuando te quedas allí, después de una sesión de terapia donde el paciente venía echando puteadas, y te sientes completamente desorientado e indefenso, y eso. Y... eso me gusta de esta institución, que lentamente estamos logrando instalar una cultura [de supervisión], donde incluso los terapeutas más experimentados la usan, sin sentirse incómodos. Eso para mí es... una prueba de calidad.” GER 24:29

Hay un cuarto grupo de referencias al orden moral que hacen alusión al desarrollo profesional, y que tienen una vinculación directa con el desarrollo de una identidad profesional. Estas creencias están relacionadas con la elección de la profesión y con el proceso de hacerse terapeuta.

La manera como comprenda la elección de la profesión va a influir en el modo de enfrentar adversidades u obstáculos relacionados con el ejercicio profesional. Así por ejemplo,

comprender la elección de la profesión como un tema de vocación impulsa a una actitud de perseverancia frente a las adversidades.

“un poco de la nada fui trabajando en clínica...tiene que ver con justamente con esa experiencia de definirme desde muy al comienzo como psicólogo clínico...muchas veces uno se encuentra con ex alumnos y le dicen ‘mira la cosa de las consultas es tan variable, como que no entra la plata que uno quisiera así que me fui al área organizacional’, eso yo en la generación de ahora lo escucho mucho y yo les digo “bueno, si es una cosa de vocación finalmente” pa’ mi esa es la parte más importante, de que uno ahí tiene que eh, persistir en el tiempo.” CL 6:8

En el proceso de desarrollo profesional, las referencias al orden moral en cuanto al propio quehacer profesional van cambiando en la medida que se va haciendo un camino personal, en coherencia consigo mismo, dando una creciente importancia al aprendizaje que aportan los pacientes.

“creo que quienes han sido mis mayores profesores han sido mis propios pacientes, y valoro la confianza que han tenido conmigo de contarme sus cosas. Yo creo que lo teórico lo valoro también, un montón, y me ha servido mucho, o sea creo que sin eso no podría funcionar, pero creo que el maestro ha sido el propio paciente. En definitiva creo que es eso con lo que me quedo.” CL 10:34

"En retrospectiva, creo que todo el desarrollo, todo el proceso está también muy relacionado con reconocer y permitirse una parte de la propia necesidad y trabajar en darle respuesta. Entonces, permitirse eso y no hacer lo que uno cree que otros esperan, sino que seguir aquello que uno necesita. Y a partir de eso se desarrollan habilidades y profesionalismo. Esa es la síntesis de mi experiencia, y con lo que pienso: ‘qué bueno que pude permitirme que esto suceda, y eso se ha convertido en algo bueno, y estoy en un buen camino.” GER 17:62

Resumiendo entonces, es posible afirmar que las referencias culturales en términos del quehacer profesional tienen relación con modelos teóricos en torno a la psicoterapia en los cuales se ha formado y adscribe el terapeuta. Esto influye en el modo de conceptualizar la

psicoterapia, de comprender el rol profesional y la relación terapéutica, así como al momento de evaluar un proceso terapéutico a través de los criterios de éxito y fracaso. Cuando las experiencias en el contexto del ejercicio terapéutico entran en disonancia con estas concepciones teóricas, esto es vivido como tensión y malestar por el terapeuta. Si esto lo impulsa a ampliar o flexibilizar dichas creencias y significando este proceso como aprendizaje, aquello se convierte en una experiencia de crecimiento profesional y bienestar. En caso contrario es posible pensar que la experiencia de malestar se mantendrá en torno a creencias rígidas y estáticas.

Los contextos presentan desafíos y oportunidades e impulsan al terapeuta a tomar decisiones en torno a su desarrollo profesional, forjando una identidad particular

Las experiencias relacionadas con el quehacer terapéutico ocurren en ciertos contextos, que en el capítulo 5.1.3 fueron descritas y analizadas como ‘condiciones’. Para ampliar la comprensión de los aspectos contextuales de dichas experiencias y poder iluminar desde allí los aspectos culturales de la relación entre las experiencias de éxito y/o fracaso y su relación con el bienestar/malestar subjetivo del terapeuta, así como identificar su relación con el desarrollo profesional como fenómeno global (ver figura 10), se analizaron las categorías preestablecidas del modelo de análisis (Duarte et al., 2017; Piña, 1998) de *contexto* y *causalidades*, particularmente la subcategoría de causalidades ligadas al contexto.

Se pudieron identificar diversos contextos que pueden ser comprendidos como niveles de un sistema complejo, y que se corresponden con lo sociopolítico e histórico, es decir el contexto societal global, con lo institucional, referido al entorno más inmediato en lo laboral, y con lo familiar y personal (ver tabla 6). Además se buscó analizar las convergencias y divergencias entre terapeutas chilenos y alemanes en diferentes etapas de su desarrollo profesional. El análisis arrojó como resultado general que los diversos contextos, en los que ocurren estas experiencias, presentan desafíos y oportunidades e impulsan al terapeuta a tomar decisiones en torno a su desarrollo profesional, forjando una identidad particular.

A continuación se presentará en detalle este resultado, partiendo por describir el contexto sociopolítico de la formación y del ejercicio profesional y su influencia en el desarrollo profesional, para luego analizar los contextos institucionales del quehacer psicoterapéutico y su vinculación con las experiencias de bienestar/malestar y finalmente señalar los contextos familiares y personales. Se contrastan los contextos de Chile y Alemania,

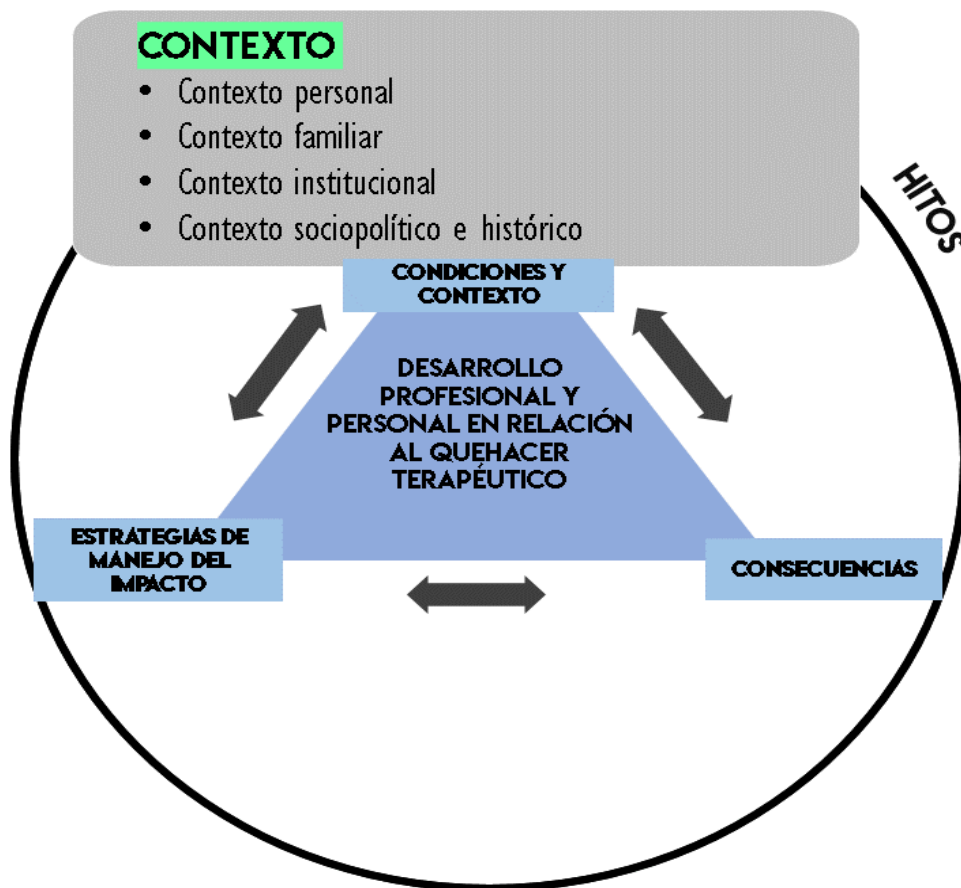


Figura 10 Los contextos y su influencia en el desarrollo profesional

considerando además los años de ejercicio profesional, es decir identificando convergencias y divergencias entre el grupo de terapeutas novatos y el grupo de los terapeutas experimentados. Para realizar el contraste de los contextos de ambas realidades culturales, se priorizó en un primer momento el grupo de los terapeutas experimentados, con más de 20 años de ejercicio profesional, por tanto formados hace más de 25 años. Es allí donde emerge con fuerza el contexto sociohistórico de la formación de pregrado en términos de su influencia en el desarrollo de una identidad profesional de una generación determinada, como similitud o convergencia entre Chile y las Alemanias de ese entonces en cuanto a profundas transformaciones políticas y sociales que caracterizaron ese período histórico y la influencia

que tuvo en el desarrollo de una identidad profesional particular con ciertas características compartidas.

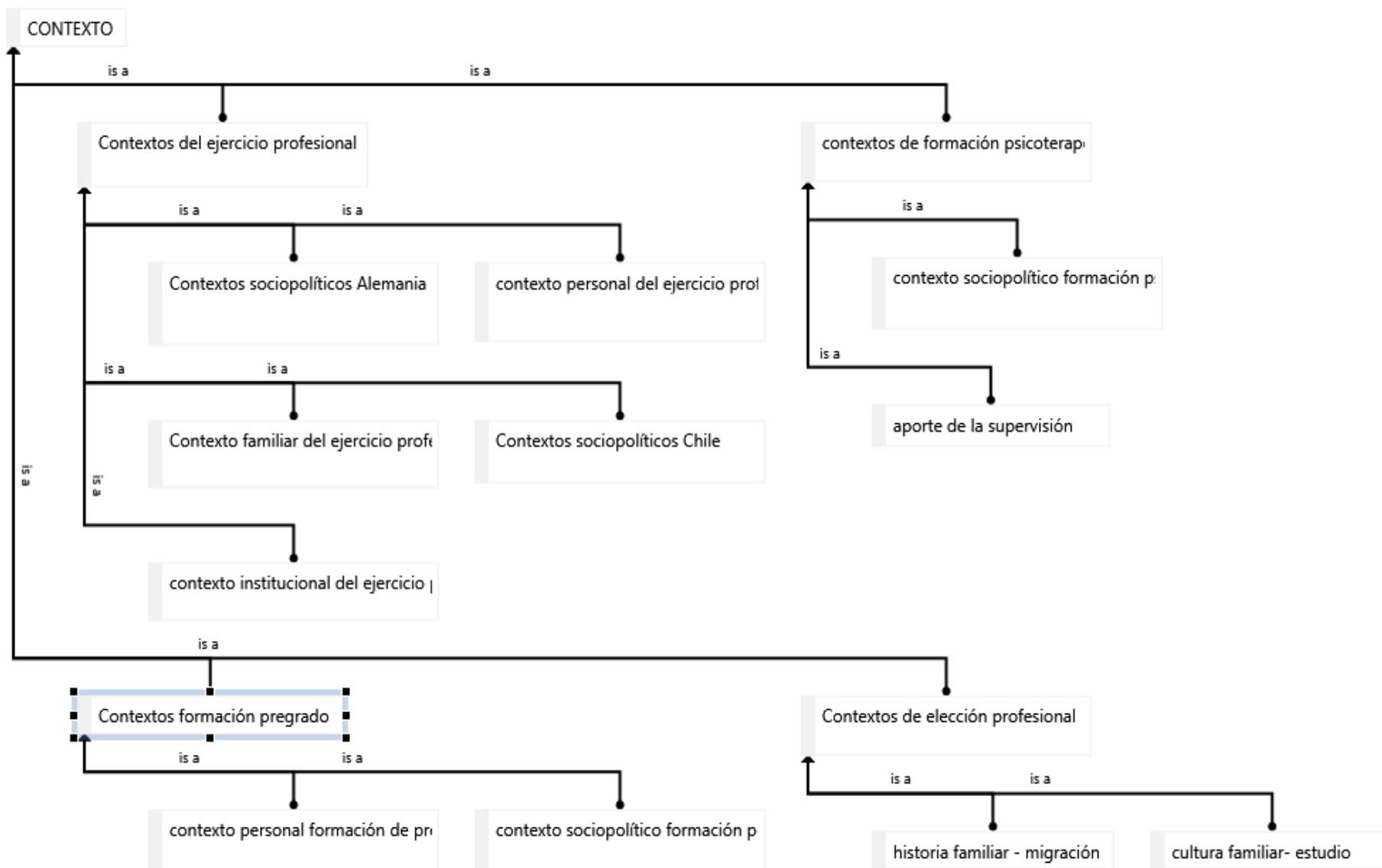
“Eran épocas difíciles, todos en ese momento coincidíamos en eso... donde estudiar, donde la escuela de psicología tenía también una postura ideológica muy clara, muy fuerte dentro de la universidad además. ... no solamente era un tema ideológico, que se quedaba en el discurso, sino que era un tema ideológico que pasaba a la acción, y no solamente a una acción que tuviera que ver con protestar o ... derrocar la dictadura, ... sino que ... nosotros hacíamos un montón de trabajo comunitario” CL 10:39 (terapeuta experimentado)

“y sobre todo quería hacer algo útil ... en ese entonces yo era muy sociocrítica ... y por supuesto quería ayudar a la gente ... y transformar la sociedad para que el mundo fuera un poco más humano, todos esos eran motivos que probablemente todos tienen de alguna manera, que uno tenía en ese tiempo” GER 14:31 (terapeuta experimentado)

“Entonces era un mundo nuevo para mí. Llegar desde el deporte de alto rendimiento a esta rama, que de alguna manera es de alto rendimiento mental y que en tiempos de la Alemania Oriental [la carrera de psicología] era un receptáculo de gente un tanto alternativa, muchos de la iglesia, y así gente especial que se juntaban allí y yo me sentía un poco diferente... porque nunca me había ocupado de esas cosas, por ejemplo, de la situación política, es decir, de una visión crítica al sistema en que vivíamos.” GER 17:15 (terapeuta experimentado)

La relevancia del contexto sociohistórico en la formación de pregrado identificada para los terapeutas experimentados tanto en Chile como en Alemania no aparece en los relatos de los terapeutas novatos de ambos países, por lo que es posible pensar que las divergencias estarían dadas más por el contexto sociohistórico particular de una generación y otra, más que por las diferencias entre países.

Tabla 6 Contextos del desarrollo profesional



El contexto sociohistórico también emerge como relevante en cuanto a la formación de especialización en psicoterapia, dando luces en torno a las oportunidades de formación profesional y el bienestar/malestar asociado a ello. Al igual que con la formación de pregrado es posible identificar convergencias entre terapeutas experimentados de ambos países, con un contexto marcado por una escasa regulación de la formación y ejercicio psicoterapéutico, y un entorno pobre en oportunidades.

“Ahí viene otra, una segunda parte de la historia, porque tal vez la formación que le dan a uno en la universidad en esa época era muy precaria, ...el título era de psicólogo, no había especialidad, no había nada, tampoco habían magister, posgrados, postítulos, nada, nada de eso y, eh, un poco uno tenía que arreglárselas solo” CL 6:5 (terapeuta experimentado)

“ en ese tiempo no había un camino claro para que los psicólogos se hicieran terapeutas a menos que uno se convirtiera en psicoanalista porque tenían un concepto claro de formación, pero los otros no, y no existía una ley psicoterapéutica ni una regulación legal.” GER 16:5 (terapeuta experimentado)

En cuanto al grupo de terapeutas novatos de ambos países se puede identificar como elemento de divergencia aquello relacionado con un marco regulatorio de la formación y ejercicio profesional, y su influencia en el bienestar y malestar ligado al quehacer terapéutico. En Alemania, la regulación del ejercicio psicoterapéutico y de los procesos de formación de especialización a partir del año 1999 por parte del Estado (PsychThG, 1998), se manifiesta a nivel de contexto institucional de formación psicoterapéutica con una oferta de formación por parte de privados y regulada legalmente. En este contexto institucional, aquellas instancias que ofrecen un acompañamiento altamente personalizado son valoradas como oportunidades significativas de aprendizaje y desarrollo profesional, contribuyendo al autocuidado profesional y aportando al bienestar subjetivo.

“... Y eso, crea una distancia maravillosa, que en el fondo los videos los revisas de a dos y te puedes ver a ti misma desde otra perspectiva y escuchar al otro cómo te ve. Entonces creo que esa mirada de afuera y también eso de reflejar..., y por supuesto, lo anclan con algunas teorías...y uno aprende... Así que... eso es muy bonito.” GER 20:10 (terapeuta novata)

“en el contexto de mi formación, ... donde tuve un ... muy buen ... psicólogo como mentor ... que me enseñó mucho y me entregó mucho respecto al trabajo integrativo, ... que me animó a explorar cosas y así también a encontrar mi propio camino terapéutico...mi forma personal, individual de hacer terapia, y ... sí, como confiar también en que puedo encontrarlo y ... que lo tendré ... Eso ... de alguna manera me alivió mucho ... y así poder dedicarme ahora a la terapia.” GER 19:4 (terapeuta novata)

Por el otro lado, un marco regulatorio, al obligar a estandarizar los objetivos, los procedimientos terapéuticos y los resultados esperados genera una exigencia de éxito, que no siempre es fácil de sostener.

“[en el contexto] del sistema de seguro, tengo que solicitar y, por supuesto, debo detallar los objetivos terapéuticos y cómo alcanzarlos y siempre se evalúa si una terapia tiene posibilidades de éxito, cómo es el pronóstico y si la sección realizada muestra que la terapia está siendo efectiva y de lo contrario no habría razón para aprobarla y eso encuentro que genera mucha presión de tener que tener éxito” GER 14:27

A diferencia del contexto alemán, en Chile la regulación de la formación y del ejercicio profesional de los psicoterapeutas aún está en vías de regulación por parte del Estado, con un proyecto de ley para la modificación del Código Sanitario, artículo 112 (Congreso Nacional de Chile, 2017), por lo que la especialización no es necesaria para el ejercicio profesional clínico, con las implicancias que esto pueda tener para el terapeuta. A eso se suma que las oportunidades para especializarse en un país centralista como Chile no se distribuyen equitativamente a través del territorio.

“Un desafío hoy en día es como todo el tema de la formación, porque creo que acá en provincia hay súper pocas instancias de formación y por los niños me cuesta mucho viajar a Santiago, ... y como que no veo que hay avances en ese sentido de descentralización entonces en este momento de mi vida en que los niños están chicos, no he tenido la instancia de hacer diplomados o cosas que tengan que ver con mi gusto ...es una frustración actual ... es un tema que acá en Chile ... todavía hay mucha centralización” CL 13:15 (terapeuta novata)

Entonces, a partir del contraste de los relatos de los terapeutas experimentados con los de los terapeutas novatos, en cuanto al contexto de la formación de especialidad en psicoterapia, es posible identificar divergencias que permiten visualizar el fenómeno global del desarrollo de la psicoterapia que esta ha tenido como profesión en los últimos 20 años.

En un nivel ya más inmediato al quehacer psicoterapéutico, es decir en relación al contexto institucional del ejercicio profesional, este hace referencia a aspectos vinculados tanto al perfil de pacientes con que se trabaja como al modo de intervenir, así como también a las condiciones laborales en que se desarrolla dicha labor. Los contextos institucionales pueden influir en el bienestar o malestar del terapeuta, implicando una toma de decisiones respecto a los mismos. Así, la precariedad contractual y de desprotección en el ámbito laboral incide en un dinamismo elevado en términos de movilidad laboral.

“Me fui, dejé de trabajar ahí, sí, a la semana, duré una semana, dos semanas más y me fui, no seguí, y no tenía para qué, me fui, dejé ese trabajo, ...era muy vulnerable también la gente que estábamos ahí, estábamos todos los trabajadores muy vulnerables, para trabajar con esa población ahí, así que yo me podía ir y me fui, dejé de trabajar.” CL 9:22

El perfil de pacientes y las características de la demanda son otro elemento del contexto institucional, y que está vinculado a experiencias de bienestar o malestar y su manejo.

“estuve también pensando en irme, que fue cuando... estuve... trabajando con pacientes suicidas... Nosotros veíamos inicialmente pacientes nuevos con intentos suicidas con suerte 3 a la semana, y estábamos viendo en el último tiempo 6 al día, entonces era mucho, no dábamos abasto... y era una sensación de estar siempre sobre exigidos.” CL 10:25

El desafío de adaptarse a un contexto institucional y sus reglas de funcionamiento no siempre resulta grato. A veces el terapeuta entra en conflicto con sus expectativas y su comprensión de las necesidades del paciente.

“y luego vino el problema del financiamiento, que no teníamos más sesiones, y en estos momentos no sé cómo se encuentra, pero sé que hubo un intento de suicidio... Eso es ... difícil ... de soportar ... eso me enoja y molesta ... que tuvimos que parar porque no había

financiamiento ... y a menudo me pregunto si eso no ...habrá empeorado la situación, estas intervenciones breves ... que ofrecemos... Pero sobre todo, me enfurece... este sistema y la rigidez de sus estructuras y la falta de flexibilidad... y también mi falta de oportunidad para cambiar algo en ello... Y... me resulta extremadamente difícil integrarme a ello” GER 19:15

Los contextos institucionales inciden en las experiencias de bienestar y/o malestar. Cuando el contexto en el cual uno se desempeña es vivido como un factor limitante para el desarrollo profesional, esto se asocia a experiencias de malestar.

“De repente uno siente que le falta... no sé, estudios, que le falta como afinar algunos conceptos, que le falta como darle vuelta a algunas ideas como de absorberlas mejor... y me queda esa sensación de que me queda un camino por recorrer todavía... este intercambio... más con pares que yo siento que es algo de lo que estuve huérfano muchos años” CL 6:41

“Y eso no me agradó, que los clientes fueran atendidos en un marco que yo percibía como barato y desvalorizante...y siempre vi un poco en el trasfondo la idea ‘para un alcoholico esto es suficiente’, y entonces me rebelé internamente y lo quería diferente” GER 18:26

Al contrario, cuando el contexto es visto como una fuente de enriquecimiento profesional, esto se asocia a experiencias de bienestar.

“ cuando partieron estos dispositivos, ... no había ninguna experiencia de la temática en Chile, ...fue muy bonito el proceso de aprendizaje nos comprometimos, aprendimos mucho, generamos mucho conocimiento y lo generamos colectivamente, que es una cosa que a mí me apasiona mucho, me apasiona mucho los procesos de creación colectiva” CL 21:19

Los contextos institucionales del ejercicio profesional también inciden en el manejo profesional que se pueda hacer de las experiencias vividas en terapia y por tanto influyen en las experiencias de bienestar o malestar del terapeuta.

“el tema de los espacios interdisciplinarios compartidos entre colegas, creo que yo no tengo... así en la consulta privada...no tenemos esos espacios para poder compartir los

pacientes, porque... cada cual tiene su propio paciente digamos... Pero en cambio, en el hospital... nosotros compartimos mucho, y hablamos mucho de nuestros pacientes... porque tenemos que también resolver. Es necesario hablar, y es necesario apoyarse porque a veces las dinámicas son, o las realidades son tan complejas, tan tremendamente complejas, que es necesario poder conversarlo. Te va aportando miradas, te va completando visiones, te va haciendo entender al paciente de un modo de diferente.” CL 10:8

Finalmente es posible identificar contextos personales y/o familiares, aludiendo ya sea a cualidades o características personales que influyen en la elección de la profesión y el quehacer terapéutico, o a eventos críticos familiares, que marcan las decisiones y que pueden llevar a un cambio de etapa o pueden influir en el desarrollo profesional.

“Bueno, el tener hijos y haber tenido hijos durante mi estudio creo que es una cosa que me ha hecho crecer y me ha dado confianza en mí misma. ... Ciertamente, con eso quedó programado que no iba a tener una gran carrera profesional, porque la familia siempre demanda su tiempo. Pero como soy una persona más bien reservada y un ser de familia, eso igual ha sido y es satisfactorio para mí.” GER 17:13

Este contexto se relaciona con el desarrollo de la identidad del terapeuta, puesto que la cultura familiar de origen influye en la elección profesional y también en el sello que uno va dando a su quehacer, así como las decisiones respecto al tipo de trabajo que se quiera desarrollar.

“No había una cultura familiar para terminar el liceo y realizar estudios universitarios. Y entonces la sensación fue tal vez de un acto de equilibrio entre, por un lado una opción académica y, por el otro de contar de alguna manera también con una profesión sólida.” GER 18:4

Los contextos sociopolíticos, cuando corresponden a momentos históricos caracterizados por transformaciones significativas, implican desafíos y oportunidades y marcan el desarrollo de una identidad profesional particular.

“Y luego vinieron las transformaciones sociales, la reunificación, que luego llevó a que sucediera, lo que siempre había pensado en secreto, ‘¿y si termino con esto [el ejercicio psicoterapéutico] y me dedico a otra cosa?’. Ambas cosas se conjugaron. Y dejé de trabajar porque disolvieron los servicios de salud, y tuve otro hijo, mi tercer hijo. Y luego empecé a buscar: ¿Dónde puedo generar un cambio en mí? ¿Qué es lo que quiero realmente?” GER 17:32

“De algún modo, todos en ese encuentro reconocíamos que nos hicimos psicólogos en la necesidad de los tiempos (...) no podíamos estar como alejados un poco de esa realidad, ajenos (...) yo me pregunto, por qué tengo este compromiso con el trabajo en un hospital público, y yo creo que yo no concibo mi trabajo en algo que no tenga que ver con sectores más vulnerables. Tiene que ver con que yo me formé ahí, por eso que me formé en la trinchera” CL 10:40

En resumen es posible afirmar que los diversos contextos implican desafíos y oportunidades para el desarrollo profesional y median o influyen en el quehacer profesional. El contexto sociopolítico, cuando está caracterizado por transformaciones profundas, tiene un impacto en el desarrollo de una identidad profesional, particularmente si la etapa de formación profesional, especialmente la formación de pregrado, se sitúa en ese contexto particular. El contexto institucional, inserto en el contexto sociopolítico, pero más palpable al momento del ejercicio profesional, se vincula a las experiencias de bienestar y malestar a través de la forma de percibirlo, si es percibido como limitante al desarrollo profesional se asocia al malestar, mientras que, si este es percibido como posibilidad de crecimiento se vincula al bienestar.

El contexto familiar o personal se hace presente en el desarrollo profesional por un lado ligado a las etapas del ciclo vital, por ejemplo armar familia. Pero también está vinculado a lo que es propio, como parte de la identidad personal que entra en articulación con el desarrollo de una identidad profesional.

Es en estos contextos, donde se desarrollan las trayectorias de los terapeutas y serán estos mismos contextos que limitan o amplían las posibilidades de acción en coherencia con uno mismo, impulsando a tomar decisiones de acuerdo a sus prioridades.

Las características culturales del desarrollo profesional.

Tanto las referencias al orden moral como los aspectos contextuales dan cuenta de las características culturales del desarrollo profesional, y en particular de una identidad como terapeuta. Por un lado, las referencias al orden moral permiten identificar un sistema de creencias y valores que se construye, articula y amplía a través de un proceso dinámico y recursivo, en la tensión entre creencia y experiencia. Estas referencias entran en juego en diferentes etapas del desarrollo profesional, vale decir respecto a la elección de la carrera, durante la formación de pregrado, y durante el ejercicio profesional. Por otro lado, los contextos, tanto sociopolíticos, como institucionales y familiares/personales, evidencian las circunstancias en las que ocurren las experiencias y las que a su vez influyen en aquellas.

Al buscar integrar ambos elementos, es posible concluir que las referencias al orden moral y los contextos se encuentran en una relación dinámica e interdependiente, la que va teniendo características particulares según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el terapeuta. Así, la elección profesional se ve influida por referencias al orden moral consolidadas en el contexto familiar, en torno a las capacidades de uno, y en torno a lo que es valorado como importante, las que además pueden entrar en tensión con las oportunidades de estudio presentes en el contexto institucional.

“Yo desde muy joven tuve la inquietud por este oficio... curiosidad por el fenómeno de lo humano, de las vidas, de mi vida, en relación con la vida de otros... Yo creo que desde muy joven me conmovieron muchas cosas que tenían que ver con las personas mm... y me tocó vivir en realidades muy dispares, desde el punto de vista socioeconómico, cultural, contexto dictadura, y las diferencias de las personas, las experiencias de goce y sufrimiento de las personas me conmovían mucho desde distintos registros emocionales”
CL 21:1

“Antes de mis estudios, hice varias formaciones técnicas... Tenía muchas ideas, varias de ellas implantadas por mi padre y finalmente él se impuso ‘hijo, haz algo seguro’ Posteriormente, en paralelo cursé el liceo vespertino, porque pensaba que tenía que haber algo más que me refrescase y me satisficiera,... eso me incentivó enormemente y me hizo sentir que tenía muchas más competencias de lo que jamás había pensado” GER 15:15

En cambio, la formación de pregrado es una etapa caracterizada por la consolidación de una profesión, lo que implica una consolidación de un sistema de creencias y valores en torno a la misma y su rol en la sociedad. La consolidación de estas referencias al orden moral en términos de la profesión y el quehacer profesional se ven influidas por los contextos sociopolíticos e institucionales en un momento histórico dado.

“y cuando entré a estudiar psicología me encanto y seguí y terminé, ... y estaba muy claro respecto de lo que quería hacer con este oficio... y lo que quería hacer con este oficio era... predominantemente trabajar con personas en situación de exclusión, que es lo que he hecho la mayor parte de mi vida profesional.” CL 21:4

“Después de completar mi licenciatura me permití una pausa durante un año e hice varias pasantías y allí tuve por primera vez un contacto profesional directo con el trabajo en trauma... Y eso me marcó mucho... y me di cuenta que de alguna manera me acomoda trabajar en ese ámbito” GER 19:2

Mientras que durante el ejercicio profesional, la tensión entre las referencias al orden moral y las experiencias propias del ejercicio profesional en relación con los pacientes, se da en un contexto institucional particular, que facilita o dificulta el manejo o resolución de esta tensión. Resulta importante destacar que este proceso se da en torno a experiencias que resultan novedosas, durante todas las etapas del ejercicio profesional, siendo más evidente durante los primeros años de ejercicio, cuando muchas de las experiencias tienen ese carácter novel.

“hay algo que con los años se me ha ido volviendo como plácido, siento menos lo imperioso de intervenir, de decir y mucho más el valor de estar, de escuchar, de la apuesta también a los recursos del paciente, como que a veces es algo que al comienzo uno teóricamente lo tiene pero emocionalmente no” CL 4: 46

“y luego ya con edad avanzada llegué a darme cuenta que también hay formas intermedias [entre las escuelas clínicas clásicas],... de joven pensaba, ‘debo elegir entre diferentes alternativas’ y cuanto más viejo estoy, más noto que uno también puede combinar cosas alternativas” GER 24:2

A modo de conclusión, es posible sostener que las características culturales del desarrollo profesional se evidencian en el desarrollo de una identidad profesional, cuyas características estarán marcadas por los diversos contextos en un momento histórico particular.

Hacia un modelo de desarrollo profesional con sensibilidad cultural

A partir de los resultados expuestos términos de los efectos y el impacto que generan las experiencias vividas en terapia en el terapeuta, las condiciones tanto inmediatas como más contextuales en que se realizan dichas experiencias, las estrategias de manejo que utilizan los terapeutas para manejarse con dichos efectos y el impacto, y las creencias y valores que se hacen presentes en dichas experiencias a modo de referencia a órdenes morales, se propone el esbozo de un modelo de desarrollo profesional con sensibilidad cultural.

El análisis de los hitos, es decir de las experiencias salientes en los relatos (ver resultados: hitos), puede dar luces sobre el modo en que éstas se hacen presentes en una trayectoria profesional y el desarrollo de una identidad profesional, ya que pueden tener como consecuencia la consolidación de una trayectoria profesional y/o implicar un crecimiento, representando una inflexión en la trayectoria ya sea hacia un mayor sentido de coherencia personal/profesional y ampliando la comprensión que hace el terapeuta de su quehacer terapéutico, pero también pueden dar lugar a un estancamiento o decrecimiento profesional. Por el otro lado, estas experiencias salientes también pueden indicar un punto de giro (turning point), ligado a la toma de decisiones que cambian el rumbo de una trayectoria profesional.

La articulación de una trayectoria profesional en torno a las experiencias vividas en terapia y el manejo de las mismas permite entender el proceso dinámico y recursivo del desarrollo profesional. Las experiencias vividas en terapia por parte del terapeuta (y probablemente del paciente) pueden ser de índole más relacional, es decir son aquellas experiencias que tienen características de un encuentro humano entre dos personas. También están aquellas experiencias que tienen relación con el trabajo terapéutico propiamente tal en relación al paciente. Estas experiencias pueden ser vividas como bienestar pero también con malestar. El malestar, en la medida que se pueda elaborar lo vivido, esta experiencia contribuye a un aprendizaje que en el tiempo es vivido como bienestar. De lo contrario queda anclada como malestar, contribuyendo al desgaste y estancamiento profesional. Las

experiencias de malestar se ven mediadas por las estrategias de regulación o manejo que pudiera utilizar el terapeuta para convertirse en bienestar.

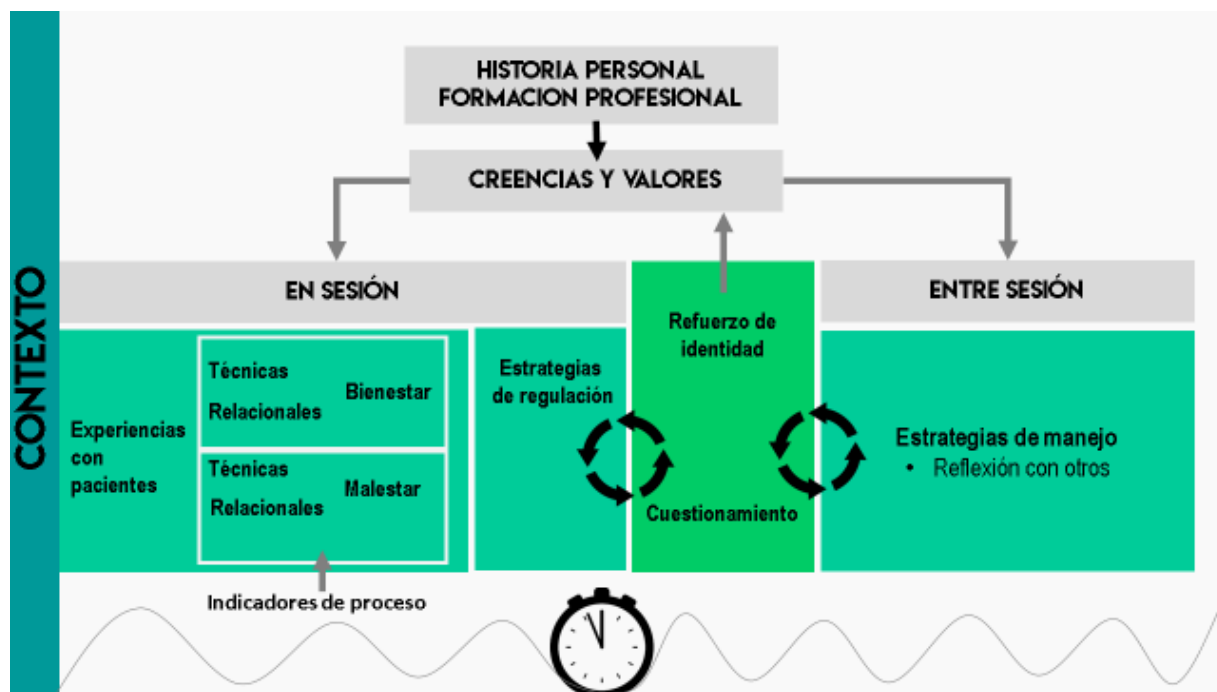


Figura 11 El desarrollo de una identidad profesional

Las experiencias vinculadas al quehacer terapéutico ocurren en contextos específicos que pueden estar en diferentes niveles de especificidad y concreción, así, los contextos institucionales por ejemplo presentan un mayor nivel de concretud que los sociopolíticos. Los diferentes contextos se hacen presentes en las experiencias propiamente tales, como también en las estrategias de manejo, pudiendo contribuir tanto al malestar como al bienestar del terapeuta. Si los aspectos contextuales son vividos como limitantes para el quehacer terapéutico, por tanto como un estancamiento del desarrollo profesional, esto aporta al malestar, mientras que si estas condiciones contextuales son vividas como un aporte al crecimiento profesional, esto se vincula con el bienestar. Los contextos se hacen presentes en las estrategias de manejo, en términos de las facilidades u oferta que pudiese existir para su práctica. Cuando esta oferta es insuficiente y las estrategias resultan inadecuadas o insuficientes, el malestar asociado a la experiencia se mantiene más tiempo. A su vez ello puede impulsar al terapeuta a buscar generar cambios en el contexto, de tal manera que pueda contar con los recursos que necesita para manejarse con las experiencias que generan malestar.

También los aspectos culturales ligados al sistema de creencias y valores, connotado en esta investigación como referencia a los órdenes morales, se hacen presentes en las experiencias del quehacer terapéutico y con los pacientes. Cuando la referencia a los órdenes morales entra en tensión con la experiencia, esto genera malestar, y dependiendo de las estrategias de manejo que se utilicen, la tensión se resuelve flexibilizando la creencia en juego, y con ello generando aprendizaje y bienestar. Si la creencia se mantiene rígidamente, el malestar también se mantiene. Por el otro lado, las creencias y valores también se hacen presentes en las estrategias de manejo. La manera cómo conciba que deba ser una estrategia y la actitud que tenga respecto a las mismas influirá en su valoración, y de ello dependerá su puesta en práctica. Finalmente, la referencia a los órdenes morales, el sistema de creencias y valores se encuentra en una relación dinámica con los contextos, específicamente con los contextos sociopolíticos de un momento histórico dado, contribuyendo así al desarrollo de una identidad profesional particular (figura11), más allá del desarrollo profesional en términos de aprendizaje y experticia acumulativa. Por lo que un modelo de desarrollo profesional con sensibilidad cultural aporta a la comprensión de la conformación de diversas identidades profesionales, que en un momento dado puede estar basado en valores compartidos a modo de generación.

Discusión

Investigar el desarrollo profesional de los psicoterapeutas desde su experiencia en terapia abre nuevas perspectivas en torno al proceso de cambio del terapeuta. En esta sección se busca iluminar este campo a la luz de los resultados, y en consideración de los objetivos de la presente investigación. La discusión está articulada en torno a cuatro ejes: las vivencias de bienestar y malestar del terapeuta, las experiencias de éxito y fracaso en terapia; la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y las vivencias de bienestar y malestar, y el desarrollo profesional. Tanto las estrategias de manejo así como los aspectos culturales fueron incorporados transversalmente en la discusión de estos cuatro ejes, y no como otros ejes adicionales, con el objeto de dar cuenta de las características dinámicas y contextuales de las experiencias propias del quehacer terapéutico.

Vivencias de bienestar y malestar

Hacer terapia puede ser concebido como una experiencia de vida, no solo para el paciente sino también para el terapeuta. Pero si para el paciente es una experiencia extraordinaria, para el terapeuta es una experiencia recurrente. Es una experiencia de vida en el marco de un encuentro con un otro, caracterizada principalmente por experiencias emocionales de toda índole, las que se pueden asociar a vivencias tanto de bienestar como de malestar. Este resultado da cuenta de la calidad del encuentro terapéutico como un encuentro entre dos subjetividades, en concordancia a lo planteado por Orlinisky (2007) en su modelo genérico de investigación en psicoterapia, en el que concibe que la terapia es un encuentro entre dos subjetividades. El relato en primera persona y la connotación emocional de las experiencias en el contexto del quehacer terapéutico da cuenta de ello. Sin embargo, a partir de los resultados también es posible afirmar que el encuentro terapéutico es un encuentro intersubjetivo, donde ambos se influyen mutuamente, ya que el bienestar y malestar del terapeuta están vinculados a lo que éste observa en el otro, es decir en el paciente. Que la percepción de cambio en torno al paciente sea central para la vivencia de bienestar o malestar del terapeuta indica el carácter intersubjetivo del encuentro terapéutico, incluyendo una perspectiva en segunda persona, en términos de una relación entre un sujeto epistémico y los estados mentales de un otro ser sintiente (Gallese, 2014; Pauen, 2012), a diferencia de una perspectiva en tercera persona donde el otro es visto como objeto, por tanto uno no se relaciona emocionalmente.

Poder dar cuenta de la experiencia terapéutica como una experiencia intersubjetiva también es concordante con lo planteado por Safran y Muran (2005), en términos de la mutualidad del encuentro y la tensión dialéctica tanto de relacionarse con el otro como objeto como también como sujeto, la postura observacional y el trabajo interno del terapeuta.

Dar cuenta del encuentro terapéutico como un encuentro intersubjetivo sitúa al cuerpo sintiente en primera plana, es decir, tal como indica Gallese (2014), el cuerpo vivido, como expresión de un self corpóreo, tiene un rol preponderante en la constitución del modo de comprender el mundo del otro. En esta relación mutua, en que ambos se influyen, los intercambios relacionales ocurren a un nivel implícito y también explícito (Sassenfeld, 2008), así como los procesos regulatorios también pueden ocurrir a un nivel implícito y explícito (Martínez, 2011). Los resultados de la presente investigación indican que las estrategias de regulación en sesión están dirigidas a recuperar o mantener la atención del terapeuta en el paciente así como reestablecer la relación con éste. Respecto a esto último, las estrategias regulatorias en sesión estarían orientadas a resolver, en términos de Safran y Muran (2005) las rupturas y los impasses en la alianza terapéutica. Esto sucede muchas veces de manera implícita, no siempre intencionado explícitamente por parte del terapeuta (o del paciente), lo cual releva la presencia de procesos implícitos y procedurales durante la sesión terapéutica.

Las experiencias emocionales del terapeuta en terapia, tal como emergen con fuerza en la presente investigación, también pueden ser discutidas a la luz de los efectos del terapeuta. Tal como indican Wolf, Goldfried y Muran (2017), pareciera que los terapeutas se vuelven más efectivos cuando adoptan una postura de observador participante respecto de sus pacientes, de sí mismos y de la relación terapéutica, lo que implica monitorear y manejar sus procesos internos y sus interacciones, siendo clave la habilidad del terapeuta de comprenderse como persona, con estados emocionales intensos tanto positivos como negativos.

Las experiencias en terapia pueden ser pasajeras o fugaces, como también pueden dejar un impacto en el terapeuta y su desarrollo profesional. Este impacto está dado por el aprendizaje que implicó una experiencia intersubjetiva determinada en su momento en términos del quehacer o de la propia identidad. Por el otro lado, las experiencias terapéuticas tienen un impacto acumulativo en el tiempo. Identificar el impacto del quehacer terapéutico en términos de que éste puede corresponder a un proceso de aprendizaje a partir de las experiencias vividas, pero también está relacionado con un desgaste acumulativo en el

terapeuta, permite un acercamiento a los procesos de cambio del terapeuta y a las diversas trayectorias profesionales. Este resultado contribuye con nuevos antecedentes a la evidencia en torno a los conceptos de desgaste profesional (McCann et al., 1990; Figley et al., 2002; Maslach et al., 2001) y crecimiento profesional (Stamm, 2010). Distinguir el modo cómo las experiencias con pacientes van generando cambios en el terapeuta, tanto en un sentido de desgaste y estancamiento, como también de crecimiento y desarrollo profesional, abre la perspectiva en torno a los constructos de fatiga por compasión (Figley et al., 2002) y satisfacción por compasión (Stamm, 2010). Si bien es cierto que Stamm (2010) ha buscado integrar ambas dimensiones en un solo modelo a modo de dimensiones ortogonales, ambas dimensiones no son distinguibles y no dan cuenta de la fluctuación dinámica entre bienestar y malestar. Los resultados de la presente investigación en relación a la vivencia de bienestar y malestar del terapeuta como dos procesos interdependientes, implican que el bienestar y malestar pueden tanto alternarse como también estar presentes a la vez. Este resultado va en línea con el giro que se puede observar en las investigaciones recientes sobre el bienestar y malestar del terapeuta, desde una conceptualización dicotómica de desgaste/crecimiento a una comprensión de ambas experiencias como dos procesos interdependientes y coexistentes (Fischersworing et al., manuscrito en preparación).

Los resultados indican que el malestar puede cambiar a bienestar, si la experiencia se transforma en aprendizaje: en este proceso las estrategias de manejo tienen un rol central, y en particular lo que concierne a la estrategia de reflexionar con otros.

Esto es concordante con lo que señala Hunter (2012) que el “caminar en espacios sagrados” con el paciente es visto como enriquecedor y desafiante a la vez, ya que el vínculo terapéutico genera una satisfacción intensa y a la vez expone a riesgo, especialmente cuando se trabaja con experiencias traumáticas de los pacientes. Es la otorgación de sentido la que permite transitar de la traumatización al crecimiento post-traumático (Ling, Hunter & Maple, 2014).

El rol central de la reflexión en torno a las experiencias en terapia aparece también en el modelo de desarrollo profesional de Rønnestad y Skovholt (2013), para explicar las trayectorias diversas en términos de crecimiento, estancamiento o deterioro de los terapeutas. Cabe destacar que la otorgación de sentido es la que indica el carácter cultural de las estrategias de manejo, lo cual en la presente investigación está vinculado con representaciones

en torno a la supervisión o intervisión, al rol del supervisor o del equipo y actitudes y creencias personales; estas creencias se ven influidas por -e influyen en- los contextos en los que se desenvuelve el terapeuta. Es decir, creer que la supervisión es importante para elaborar experiencias con pacientes va a posicionar al terapeuta de una manera particular frente a aprovechar o generar ese tipo de instancias. A su vez, un contexto que propicia las instancias de reflexión con otros, influirá en la creencia en torno al rol de la supervisión como instancia de aprendizaje.

Experiencias de éxito y fracaso en terapia

Resulta importante señalar que en la presente investigación las experiencias de éxito y fracaso emergieron al alero de las vivencias de bienestar y malestar, y no como categoría en sí misma. Si se considera que el éxito y fracaso obedece a procesos cognitivos evaluativos, ello difícilmente va a ser recordado como experiencia en sí misma, a diferencia de las vivencias emocionales de bienestar y malestar. Es decir, el material evocado a través del formato de entrevista narrativa y biográfica, obedece a las características de la memoria episódica o biográfica, la cual está anclada afectivamente (Allen, Kaut, & Lord, 2008). Bajo esta consideración se discuten a continuación los resultados en torno a las experiencias de éxito y fracaso.

Los resultados indican que las experiencias de éxito están asociadas a bienestar mientras que las de fracaso a vivencias de malestar del terapeuta. Mientras que estas últimas están vinculadas a experiencias de limitación del trabajo terapéutico, tanto por condiciones extraterapéuticas como por condiciones del paciente y de la relación con éste, lo cual es vivido como carga y cuestionamiento del rol profesional, las primeras están asociadas a experiencias de eficiencia técnica y terapéutica, generando un sentido de competencia y bienestar en el terapeuta; éstas a su vez motivan a seguir innovando técnicamente. Este resultado puede estar dando cuenta de la necesidad de autoeficacia y agencia (Bandura, 1982). Benight & Bandura (2004), en una revisión de estudios sobre la recuperación de eventos traumáticos, identifican el rol mediador de un sentido de autoeficacia en este proceso, y lo señalan como factor protector. Por tanto, las estrategias para manejar las experiencias de malestar, descritas en la presente investigación, pueden estar orientadas a la necesidad de recuperar un sentido de autoeficacia.

Otro resultado ligado al éxito y fracaso hace referencia al aspecto cultural de dichas experiencias. Se encontró que, para que algo sea evaluado como éxito o fracaso, ello dependerá de los criterios de éxito y fracaso que se manejen y de las expectativas culturales que se tenga, es decir entran en juego las creencias, las representaciones del terapeuta en torno a su rol y quehacer, a la relación con el paciente y al cambio propiamente tal. Esta característica evaluativa de las experiencias de éxito y fracaso da cuenta de los aspectos culturales de dichas experiencias, las que se constituyen por un lado en torno a las referencias a modelos teóricos con un cuerpo articulado de premisas, pero también obedecen a creencias de índole más personal. Un sentido de competencia ligado a percibir un cambio en el paciente así como un sentido de incompetencia ligado a una percepción de no cambio en el paciente dependerá de la atribución que el terapeuta haga en torno a sí mismo.

En la presente investigación las experiencias de éxito y fracaso, más que asociadas al resultado, son experiencias vividas en algún momento del proceso terapéutico, en relación al quehacer mismo o la relación con el paciente. Estas experiencias, y las de malestar en particular, pueden implicar un aprendizaje, siempre y cuando se cuente con instancias, con un otro para reflexionar sobre lo vivido. Este resultado se puede analizar a la luz de lo planteado por Bräutigam y Herberhold (2012), cuando señalan que la posibilidad de error es parte de lo que experimentan los terapeutas en terapia, y que el manejo de la posibilidad de error a nivel cognitivo y emocional como aprendizaje dependerá de las características culturales. Es decir, las experiencias de éxito y fracaso y las estrategias para manejarlas no pueden ser concebidas fuera de un contexto cultural determinado.

Por el otro lado, en relación a la importancia que reviste el sistema de creencias y valores, señalado como referencia a los órdenes morales en la presente investigación, al momento de experimentar una situación como éxito o fracaso, parece interesante poder analizarlo a la luz de las teorías subjetivas del terapeuta (Moncada, 2007), quien investigó las creencias de los terapeutas en torno a su propio rol, su quehacer y al cambio terapéutico. Cabe señalar que Moncada realizó su investigación con terapeutas de diferentes enfoques, buscando convergencias y divergencias entre ellos. Concluyó que, si bien es cierto que en términos teóricos cada enfoque señalaba una concepción propia en términos del rol del terapeuta, su quehacer y el cambio terapéutico, con claras diferencias entre estos modelos, en la práctica misma los terapeutas manejaban ideas similares respecto a su rol, su quehacer y el cambio. Es

decir, se puede suponer que hay una distancia entre lo que los terapeutas creen que deben hacer y lo que hacen. La presente investigación señala que cuando esta distancia es vivida como tensión, y está asociada a una vivencia de malestar, generando un cuestionamiento, esto puede o no impulsar una flexibilización de la creencia en cuestión.

Cuando las experiencias son discrepantes con estas referencias, es decir, cuando se produce una tensión entre teoría y práctica, éstas creencias pueden flexibilizarse y ser modificadas, en términos de una mayor coherencia con la experiencia personal. Este resultado amplía lo planteado por Rønnestad y Skovholt (2013) respecto al desarrollo profesional y el rol de la reflexión para explicar la diversidad de trayectorias, ya que permite incorporar el aspecto cultural en el proceso de reflexión como aspecto central para explicarse dicha diversidad.

Relación entre las experiencias de éxito y fracaso y el malestar o bienestar subjetivo

Los resultados indican que las experiencias de bienestar/malestar están vinculadas a la calidad de la relación con el paciente. Así, una relación real y genuina es una fuente de bienestar para el terapeuta, mientras que las experiencias de dificultades en la relación con el paciente son vividas como malestar. Las experiencias de dificultades en la relación con el paciente por parte del terapeuta hacen pensar en el abordaje intersubjetivo de Safran y Muran (2005) y la identificación de momentos de ruptura de la alianza y de impases terapéuticos. El modelo de dichos autores se construye en base a una perspectiva en tercera persona, es decir estos momentos se identifican a partir de la observación de un tercero externo a la interacción. El presente resultado podría dar indicios de una perspectiva en segunda persona de estos momentos, donde el observador es parte de lo observado, por tanto es posible pensar que los impases o rupturas de la alianza sean vividos subjetivamente por el terapeuta como malestar.

En términos de las experiencias de bienestar en cuanto a la relación terapéutica, éstas están asociadas a una cercanía afectiva con el paciente, es decir, a momentos en que se vive una intensidad afectiva en la relación terapéutica. Esto hace pensar en lo que Stern (2017) llama *los momentos de encuentro*, definiéndolos como *un momento presente en el cual ambos participantes logran un encuentro intersubjetivo...se percatan de lo que el otro está experimentando* (Stern, 2017, p.133). Por tanto, las experiencias subjetivas de bienestar del

terapeuta vinculado a la relación con el paciente podrían estar dando cuenta de momentos como esos.

Otra fuente de bienestar está vinculada a la percepción de cambio del terapeuta en relación al paciente, es decir, percibir un cambio en el paciente genera una vivencia de bienestar en el terapeuta. La percepción de cambio por tanto puede vincularse con aspectos del cambio terapéutico, y podría dar cuenta de lo que señala Krause et al. (2006) como momentos de cambio. Los momentos de cambio refieren a un cambio observado en el paciente, desde una perspectiva en tercera persona, es decir por un observador externo, con el fin de poder estudiar y evaluar el proceso de cambio en base a un sistema de indicadores de cambio, los que tienen un énfasis en lo narrativo (Valdés, Krause, & Álamo, 2011). A diferencia de los momentos de cambio, que obedecen a una observación en tercera persona, la percepción de cambio a la que se refieren los presentes resultados obedece a la perspectiva de segunda persona, a una observación participante, es decir intersubjetiva, del terapeuta en torno al paciente en sesión. Sería interesante investigar en qué medida esta percepción del terapeuta en torno al cambio se condice con la observación en tercera persona, es decir, si la percepción de cambio del terapeuta, que en sesión ocurre a un nivel mucho más implícito, se condice o tiene puntos de encuentro con el modelo de indicadores de cambio (Krause et al. 2006), que se caracteriza por la observación en tercera persona y un énfasis en lo narrativo, por tanto en lo explícito. Poder contrastar la percepción de cambio en segunda persona con la observación en tercera persona en base a los indicadores de cambio podría aportar a la comprensión de los procesos de cambio, y contribuir a la aplicabilidad clínica de estos indicadores de cambio.

Por tanto, la vivencia de bienestar y malestar del terapeuta en relación a la percepción de cambio y no cambio del paciente, así como a la calidad de la relación con el paciente, puede estar dando cuenta del proceso psicoterapéutico desde una perspectiva en segunda persona, y con ello enriquecer la observación en tercera persona a través de ciertos dispositivos, aportando así a la comprensión de los mecanismos de cambio.

Por otro lado, la relación entre las experiencias de éxito y fracaso y las vivencias de bienestar y malestar está vinculada a un sentido de competencia o incompetencia. La percepción de cambio en el paciente, y la atribución causal que se haga de dicho cambio está asociada a un sentido de competencia. Atribuirse ese cambio percibido a sí mismo, a la calidad de las intervenciones, a la capacidad de conceptualizar bien el caso, a sentirse con destrezas

adecuadas para manejar el caso, está asociado a vivencias de bienestar. Por el otro lado, el sentirse incompetente en una situación determinada genera una vivencia de malestar, y el desgaste físico está vinculado a aspectos de la relación y a un sentido de incompetencia. Por tanto, pareciera que lo que las experiencias de fracaso dificultan es el sentido de autoeficacia en el terapeuta (Bandura, 1982), así como las experiencias de logro o éxito lo reafirman. Esta relación no es estática, sino que muy dinámica, y en la medida que la experiencia de incompetencia sea elaborada como una oportunidad de aprendizaje, se recupera el sentido de competencia y también de bienestar. Esto es concordante con un estudio de Moltu, Binder y Nielsen (2010) sobre la resolución de impasses terapéuticos en terapeutas experimentados, en el que identifican el trabajo interno del terapeuta como clave para una resolución exitosa de un impasse.

El desarrollo profesional

El desarrollo profesional está ligado a un proceso dinámico entre las experiencias de bienestar y malestar del terapeuta y su manejo. Este resultado da cuenta del rol central que tienen las experiencias con los pacientes para un desarrollo profesional, es decir el desarrollo profesional ocurre mediante el quehacer terapéutico en un proceso dinámico y recursivo. Esto es concordante con los resultados de Rønnestad y Skovholt (2013) que indican, que las experiencias de trabajo con los pacientes son las que generan un mayor impacto en el desarrollo profesional.

Adicionalmente, el presente resultado da cuenta del rol de las estrategias de manejo de las experiencias con los pacientes, en sesión, a modo de estrategias de regulación emocional, y fuera de sesión, identificadas como estrategias de autocuidado personal, como en lo profesional, haciendo referencia a la reflexión conjunta sobre el quehacer terapéutico en un contexto de equipo de trabajo o de supervisión e intervisión. Estas estrategias permiten o no transitar del malestar al bienestar, siendo parte de un proceso regulatorio y recursivo entre las experiencias, las estrategias de manejo y las condiciones o contextos, que posibilitan un desarrollo profesional. Esta comprensión del desarrollo profesional tiene ciertas similitudes y diferencias con el modelo de Rønnestad y Skovholt (2013), que proponen un modelo de desarrollo profesional centrado en las experiencias con pacientes y además las experiencias en otros ámbitos, como la supervisión o el equipo de trabajo, lo que ellos denominan espacio de

vida. La manera cómo se maneja estos desafíos y dificultades en estos contextos determinarían un crecimiento o un estancamiento profesional. Ese modelo coloca entonces las experiencias con pacientes y las experiencias en los espacios extra-terapéuticos en un mismo nivel, pero no establece una relación entre ambos tipos de experiencia. A diferencia de dicho modelo, en el contexto de la presente investigación las instancias de supervisión, el equipo de trabajo, la terapia personal, entre otros, fueron conceptualizados como estrategias de manejo profesionales, en términos de una inserción en redes profesionales que posibilita la elaboración y el aprendizaje a partir de las experiencias; es decir, las estrategias señaladas están en función del manejo de las experiencias vividas en terapia. Establecer las experiencias con pacientes y las estrategias para su manejo como dos categorías distintas y en una relación recursiva permite dar cuenta de las fluctuaciones de las trayectorias profesionales, y con ello especifica el modelo de Rønnestad y Skovholt (2013). Resulta importante señalar la convergencia entre el modelo de Rønnestad y Skovholt (2013) y los resultados de la presente investigación en términos que ambos destacan la importancia de la reflexión para el desarrollo profesional, con la especificidad que a partir de la presente investigación es posible afirmar que es una reflexión con otros la que impulsa un desarrollo.

Otro aspecto que resulta novedoso en el ámbito de los modelos de desarrollo profesional tiene relación con el carácter cultural. Los resultados de la presente investigación indican que el desarrollo profesional está vinculado a los significados asignados a las experiencias de los terapeutas en relación a su quehacer terapéutico con los pacientes, y a las estrategias de manejo de que dispongan, así como a los contextos en que ocurren. Es decir, las experiencias vividas por el terapeuta en el proceso terapéutico son influidas por -e influyen en- los modelos teóricos y clínicos desde los que se sitúa el terapeuta.

Por tanto, los resultados de la presente investigación aportan a identificar la relevancia de las experiencias en el contexto del quehacer terapéutico, y de la reflexión en torno a dichas experiencias con otras personas, con pares, lo cual facilitaría un aprendizaje también a partir de experiencias vividas con malestar, dando cuenta con ello del proceso de desarrollo profesional. En este proceso de desarrollo profesional los aspectos culturales de dicha experiencia se evidencian a través de la tensión entre el deber ser -es decir los modelos teóricos y clínicos, las representaciones en torno a la psicoterapia- y la praxis, la vivencia con los pacientes.

A partir de los resultados se puede establecer que el desarrollo profesional ocurre no solo en la formación previa o durante el ejercicio profesional, sino en parte importante *mediante* el quehacer terapéutico. Este desarrollo ocurre en un proceso dinámico y recursivo, en que las experiencias vividas con los pacientes tienen un efecto en el terapeuta, y el impacto de ello depende de las estrategias de manejo que haga de esas experiencias. Este hallazgo es concordante con la literatura en torno al desarrollo de competencias profesionales o laborales en términos generales. Así Levi-Leboyer (1996, en Villa y Poblete 2004) indica que hay tres formas de desarrollar competencias, por medio de la formación previa antes de la vida profesional activa, durante la vida activa a través de cursos de perfeccionamiento, y mediante la vida profesional por el ejercicio mismo de la actividad. Esto da sustento a la idea que el desarrollo profesional ocurre durante toda la vida, lo cual también aparece en los temas centrales respecto al desarrollo profesional identificados por Rønnestad y Skovholt (2013), indicando que el desarrollo profesional es un proceso a lo largo de toda la vida.

A partir de los resultados que evidencian el carácter cultural del desarrollo profesional, si bien es cierto que en la literatura académica los conceptos de desarrollo profesional e identidad profesional son usados indistintamente, se propone una distinción, a objeto de dar cuenta de diversas trayectorias y además de diversas rutas identitarias. Así, el concepto de desarrollo profesional es usado para referirse al modo de desarrollar una mayor experticia, con la idea de etapas que se van cumpliendo acorde a los años de ejercicio, y pudiendo manifestarse en diferentes trayectorias, tales como de crecimiento, de estancamiento o de deterioro, así como ha sido descrito por Orlinsky y Rønnestad (2005) y por Rønnestad y Skovholt (2013). Mientras que la idea del desarrollo de una identidad profesional, que surge a partir de los resultados de la presente investigación, coloca en su foco de atención la manera cómo se desarrolla un sentido de sí mismo como terapeuta, pudiendo tener las más diversas manifestaciones, y que se ve influido por los contextos en los que la formación y la experiencia terapéutica ocurre. Es decir, el sentido de sí mismo como terapeuta que va construyendo el mismo se ve influido por un lado por los contextos sociohistóricos, tomando especial relevancia el contexto de formación en general y los énfasis formativos propios de un cierto momento histórico en particular, dando cuenta con ello de una identidad generacional. Y por el otro lado, por los contextos institucionales donde se desempeña el terapeuta, indicando que la identidad profesional también se va construyendo en torno al tipo de trabajo que se

desarrolla. La elección del tipo de trabajo que se quiere desarrollar a su vez se va a ver influido por los contextos personales y familiares. Por ejemplo, un terapeuta que trabaja con enfermos terminales probablemente va a tener otra idea en torno a sí mismo, a su trabajo y a los pacientes que alguien que trabaja con problemas de salud mental en un consultorio de atención primaria. Este resultado da cuenta de lo planteado por Geertz (2003), que la subjetividad se da en un contexto cultural. La mayoría de los estudios sobre desarrollo de identidad profesional se han focalizado en identificar aspectos propios de un país en términos del desarrollo profesional como por ejemplo el desarrollo profesional en Grecia (Fragkiadaki, Triliva, Balamoutsou & Prokopiou, 2013). Recientemente se está empezando a investigar el tema identitario en relación a un ámbito de trabajo en particular, como por ejemplo la intervención con refugiados (Apostolidou, 2015). Este tipo de investigaciones contribuye a conceptualizar el fenómeno de la identidad profesional y su desarrollo.

Por otro lado, a partir de los resultados, es posible afirmar que la identidad profesional se va construyendo en el interjuego de las experiencias vividas en terapia por el terapeuta, y sus estrategias de manejo por un lado, que se ven influidas por -e influyen en- el modelo teórico y/o clínico del terapeuta, y que pueden entrar en tensión con las experiencias que va teniendo el terapeuta con sus pacientes. A partir de allí puede que ocurra una flexibilización de dichas creencias, en términos de generar una mayor coherencia personal y profesional. Este resultado va en la misma línea que los resultados de Rihacek, Danelova y Cermak (2012) que señalan que la adopción de una perspectiva integrativa es una consecuencia no intencionada del desarrollo hacia un abordaje terapéutico autónomo.

Los resultados indican que los contextos se hacen presentes en estas experiencias y su manejo, que se ven influidas por los valores y normas, generando oportunidades y desafíos para el desarrollo de una identidad profesional. Los contextos, ya sean estos macrosociales, un marco regulatorio de la formación y del ejercicio profesional, o ciertas características de un contexto laboral, por ejemplo un tipo de pacientes determinado, o un modelo de intervención específico, representan desafíos y oportunidades e influyen y se ven influidos por las creencias y valores propios de un momento histórico dado. Estos contextos y su relación influirán en el autoconcepto del terapeuta, en cómo concibe su ser terapeuta, es decir es allí y a través de ellos que conforma su identidad profesional.

Finalmente, en relación a los aspectos del terapeuta y a su responsabilidad en términos de su bienestar y malestar, la importancia del autoconocimiento o de una supervisión como apoyo en lo personal y no solo lo profesional aparece como un aspecto relevante. Esto va en la misma línea de lo que señalan Rønnestad y Skovholt (2013), cuando enfatizan en su modelo de desarrollo profesional la importancia de una praxis reflexiva, lo cual permitiría tener un desarrollo profesional con bienestar. Al considerar la influencia del bienestar del terapeuta en la relación terapéutica y en la alianza, y por tanto en el trabajo terapéutico, se hace urgente ampliar el conocimiento en esta área, en términos de estrategias de cuidado y autocuidado, elementos a considerar para la supervisión y en los estudios de proceso-resultados.

Conclusiones

La experiencia del quehacer terapéutico presenta una riqueza enorme, es decir, las experiencias que surgen a partir de trabajar con pacientes tienen una amplia gama de tonalidades, dando cuenta de la calidad del encuentro intersubjetivo que implica la psicoterapia. El presente estudio ilumina esa caja negra en la que estaba confinado el terapeuta e invita a transitar por su mundo interno. Identificar el bienestar y el malestar de los terapeutas en las experiencias cotidianas del hacer terapia, en sus múltiples manifestaciones, permite entrar en el encuentro terapéutico propiamente tal, en el mundo intersubjetivo y los procesos relacionales que se juegan en sesión. Por el otro lado, esta mirada puesta en la experiencia abre la posibilidad de comprender el bienestar y el malestar ya no como dos estados estáticos sino como procesos dinámicos e interdependientes, en el sentido que pueden coexistir en algún momento, así como alternar. Por ejemplo, el desgaste físico por las muchas horas de trabajo puede ser vivenciado a la par con gratitud o ternura por la actitud del paciente, así como la preocupación por una actitud del paciente puede transformarse en alivio, cuando el paciente entrega señales de un cambio positivo. Esta es una manera de entender la vivencia de bienestar y malestar, que difiere epistemológicamente de cómo ha sido abordado en la tradición investigativa cuantitativa, en la que el bienestar subjetivo es la operacionalización de la felicidad y, tal como indica Diener (1984), se conceptualiza como un estado subjetivo asociado a una percepción cognitiva de satisfacción, como la evaluación afectiva de emociones y del estado anímico de las personas acerca de su vida; es decir, como un estado anímico más permanente y asociado a una evaluación del contexto, anclado en la subjetividad de la persona. Entonces, en contraposición con aquello, entender el bienestar y malestar como procesos experienciales en un mundo intersubjetivo, abre una ventana para estudiar lo que ocurre en el encuentro terapéutico.

La estrecha relación entre las experiencias de éxito y fracaso y el bienestar y malestar evidencia la necesidad de comprender estas experiencias desde una mirada intersubjetiva. En este fluir entre terapeuta y paciente, que se regulan mutuamente y a la vez se autorregulan en función de mantener la relación con el otro, la percepción de cambio que pueda tener el terapeuta en relación al paciente emerge como central. Esta percepción de cambio puede ser algo muy sutil, por ejemplo observar un cambio en la mirada del otro. Las experiencias de éxito y/o fracaso pueden corresponder a momentos muy específicos y ser fugaces. Esta manera

de abordar el éxito y fracaso en terapia coloca el foco en el proceso terapéutico, pero desde una perspectiva en segunda persona, lo cual da cuenta de los procesos de cambio dentro de la matriz intersubjetiva. Las experiencias de logro o de error entonces estarían ancladas en mi percepción del otro en términos de un cambio, ya sea favorable o de desestabilización, o de ningún cambio, lo cual se vive con emociones vinculadas al bienestar o malestar. Abordar el proceso terapéutico desde una perspectiva en primera persona, es decir, desde las vivencias de bienestar o malestar del terapeuta, permite entrar a observar el proceso de cambio del paciente desde una perspectiva en segunda persona, dando cuenta del carácter intersubjetivo de dicha experiencia, lo cual puede enriquecer la comprensión del fenómeno en cuestión. El estudio del proceso de cambio ha sido abordado preferentemente con modelos observacionales y desde una perspectiva en tercera persona en torno a la subjetividad del paciente, por ejemplo el modelo de indicadores de cambio de Krause et al. (2006; 2012) o el sistema observacional de rupturas y resoluciones de Safran & Muran, (2005; Eubanks, Muran & Safran, 2015). Entonces, abordar el fenómeno en estudio, es decir los procesos de cambio del paciente, desde ambas perspectivas, incluyendo la perspectiva del terapeuta, podría aportar a la comprensión de los procesos de cambio en esta matriz intersubjetiva.

La percepción de cambio como fenómeno central y su estudio en profundidad también podría aportar a una comprensión de los efectos del terapeuta y contribuir con ello a un desarrollo profesional, en particular a los programas de formación profesional. Esto va en la línea de lo que señalan Hill y Castonguay (2017), cuando se refieren a la necesidad de incluir diferentes paradigmas de investigación para abordar los efectos del terapeuta, y la implicancia clínica en términos de selección y formación que pueda tener el conocimiento en torno a lo que lleva a que algunos terapeutas sean mejores que otros.

Se releva la característica cultural del desarrollo profesional, mucho más allá de las diferencias en los programas formativos entre los países. Poder distinguir entre los contextos y la referencia a órdenes morales, entendidas estas como representaciones o creencias, y la relación entre ambas, así como su influencia en las experiencias en el trabajo con los pacientes y en las estrategias de las que se vale el terapeuta para manejarse con los efectos, abre la posibilidad de estudiar el desarrollo de una identidad profesional, o mejor dicho de identidades profesionales, incorporando los aspectos culturales en la construcción identitaria. A partir de la muestra enriquecida culturalmente, en términos de edad del terapeuta, más allá de la etapa de

desarrollo profesional, y país de formación y ejercicio profesional, se pudo identificar la relevancia de un momento sociohistórico dado para el desarrollo de una identidad profesional particular. Haber sido formados en momentos sociohistóricos distintos, es decir pertenecer a generaciones distintas aparece como más relevante que haber sido formados en países distintos al momento de identificar divergencias y convergencias. Poder distinguir entre el desarrollo profesional en términos de una creciente experticia y de una identidad profesional particular abre la posibilidad a reconocerse en su particularidad como terapeuta, más allá de un modelo de terapeuta establecido. Esto genera nuevos desafíos para los programas de formación, ya que exige que el formador esté consciente que su modo particular de ser terapeuta obedece a un camino personal y conlleva a pensar que es relevante incentivar a los formandos a encontrar su propio modo de ser terapeutas.

La metodología usada para la presente investigación, y en particular el método de análisis de Duarte et al (2017) ha demostrado ser sensible culturalmente, generando resultados que dan cuenta del criterio de transferibilidad, señalado por Stiles (2015), es decir ha mostrado que pueden ser transferidos a los contextos de vida propios de cada terapeuta. Realizar el análisis con un modelo biográfico ha permitido integrar un análisis en torno a trayectorias, con la riqueza que ello implica para estudiar el desarrollo profesional, y ha permitido distinguir entre el desarrollo en términos de un creciente nivel de competencias, que se van dando en etapas progresivas, y la conformación de una identidad profesional particular, que es construida en relación al contexto. La metodología de investigación propuesta, probada y mejorada en el transcurso de la realización del presente estudio ha mostrado su utilidad para estudiar el fenómeno del desarrollo profesional y de una identidad profesional, incorporando la dimensión cultural en dichos procesos. Se propone que esta metodología podría ser útil para investigar el desarrollo profesional también en otras profesiones, cuyo foco esté puesto en el trabajo con otro.

La presente investigación tuvo un carácter exploratorio, lo cual arroja muchas preguntas en términos de cualidades del desarrollo profesional de terapeutas y contextos específicos que determinan o influyen en el desarrollo de una identidad profesional particular. Este carácter exploratorio llevó a tomar la decisión de diversificar al máximo la muestra, tanto en relación a tipos de enfoques teóricos y clínicos como también a tipos de contextos de trabajo, es decir, tipo de pacientes, modalidades de intervención entre otros. Adicionalmente

se contó con una muestra enriquecida culturalmente, en términos de contar con entrevistas a terapeutas chilenos y alemanes. La diversidad de la muestra permite establecer una suerte de modelo de desarrollo profesional con sensibilidad cultural, haciendo énfasis en la diversidad de identidades profesionales posibles.

Como los resultados indican más convergencias que divergencias entre terapeutas chilenos y alemanes, esto pudiese obedecer a una cierta cercanía cultural entre ambos países, lo cual puede ser una limitación del presente estudio en términos de la validez del modelo propuesto en otros contextos culturales. Sería interesante generar estudios ampliando la muestra a terapeutas de contextos culturales más diversos, lo cual podría enriquecer un modelo de desarrollo de una identidad profesional.

Por el otro lado, para poder especificar el desarrollo de una identidad profesional en particular, se sugiere realizar en un futuro investigaciones que consideren muestras específicas de contextos laborales con características similares, por tanto más homogéneas en cuanto al tipo de trabajo que se desarrolla, pudiendo identificar de esta manera aquellas referencias culturales específicas que están articulados en una identidad profesional y que a su vez pueden entrar en tensión con las experiencias vividas en terapia. Finalmente, tener conocimiento de las referencias culturales propias de un ámbito terapéutico específico podrá aportar información valiosa al momento de desarrollar espacios de supervisión con grupos de terapeutas que se desempeñan en contextos específicos.

Se concluye que el estudio del desarrollo profesional del terapeuta abre la posibilidad de mirar los procesos formativos, los procesos subyacentes en el llegar a ser terapeuta (Rønnestad y Skovholt, 2013), pero también permite comprender cómo el quehacer profesional, el encuentro terapéutico va dejando su huella en el terapeuta y a su vez en un nuevo encuentro terapéutico en un proceso recursivo.

Finalmente, haciendo eco de lo señalado por Wampold, que “la esencia de la terapia está encarnada en el terapeuta” (Wampold & Imel, 2015, p. 176), estudiar la experiencia de los terapeutas en el contexto de su quehacer profesional aporta una perspectiva diferente a la investigación del efecto terapeuta, contribuyendo a la comprensión de lo que hace la diferencia entre un terapeuta y otro en términos de su efectividad. En ese sentido, estudiar la percepción de cambio del terapeuta desde una perspectiva fenomenológica y procedural podría aportar a la comprensión de los procesos de cambio del paciente.

Referencias bibliográficas

- Adrian, M. (2012). Can failure carefully observed become a springboard to success? *Substance Use & Misuse*, 47, 1384–1397
- Allen, P., Kaut, K. Lord, R. (2008). Emotion and Episodic Memory. In: *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 115-132
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Pérez, J.C., Echávarri, O. & Vilches, O. (2010). Clients´, therapists´ and observers´ agreement on the amount, temporal location and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 4, 472-487.
- Apostolidou, Z. (2015). *British Journal of guidance and counselling*. 43(4), 492-503
<http://dx.doi.org/10.1080/03069885.2014.987727>
- Baldwin, S.A.& Imel, Z.E. (2013). Therapist effects. Findings and methods. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield´s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp258-297). Somerset, NJ: Wiley.
- Bamber, M. & McMahan, R. (2008). Danger—Early maladaptive schemas at work: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. **15**, 96–112
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147
- Benight, Ch. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129–1148
- Blatt, S.J. (2013). The patient’s contribution to the therapeutic process: A Rogerian-psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Psychology*. Vol. 30, No. 2, 139–166 DOI: 10.1037/a0032034
- Bräutigam, B. & Herberhold, M. (2012). Tragisch, komisch, lehrreich – Fehler in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61 (4), 223-234. DOI: 10.13109/prkk.2012.61.4.223
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. SAGE Publications Ltd.
- Cieslak, R., Luszczynska, A., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E. & Benight, Ch.C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress

- among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11, 1*, 75–86 DOI: 10.1037/a0033798
- Congreso Nacional de Chile (2017). Proyecto de ley que modifica el código sanitario art.112. extraído de www.senado.cl
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C. & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21:5*, 525-540, DOI: 10.1080/10503307.2011.587469
- Creswell, J. & Poth, Ch. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design*. SAGE
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychological Assessment, 19*, 12–23. doi:10.1027//1015-5759.19.1.12
- Devilly, Wright & Varker (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 373-385.
- D'Souza, F., Egan, S.E. & and Rees, C.S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change 28 (1)*, 17–28
- Duarte, J., Fischersworing, M., Martínez, C. & Tomicic, A. (2017). “I couldn’t change the past; the answer wasn’t there”: A case study on the subjective construction of psychotherapeutic change of a patient with a Borderline Personality Disorder diagnosis and her therapist, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2017.1359426
- Eubanks, C., Muran, Ch. & Safran, J. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, NY
- Farber, B.A., Manevich, I., Metzger, J. & Saypol, E. (2005). Choosing Psychotherapy as a Career: Why Did We Cross That Road? *J Clin Psychol/In Session 61*: 1009–1031
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychologists’ chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1433–1441. DOI: 10.1002/jclp.10090
- Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim”: Secondary traumatic stress. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 75–98). New York, NY: Plenum Press. DOI: 10.1007/978-1-4757-9421-2_5

- Fischersworing, M., García, J. & Krause, M. (manuscrito en preparación). Transitando entre el desgaste y el crecimiento profesional: una revisión sistemática sobre el bienestar y malestar subjetivo de los psicoterapeutas.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Fragkiadaki, E., Triliva, S., Balamoutsou, S. & Prokopiou, A. (2013). Counselling and Psychotherapy Research Vol. 13, No. 4, 290_299, <http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2013.768287>
- Fuchs, Th. (2010). Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 43, 268-274.
- Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 5; 369(1644): 20130177.doi: 10.1098/rstb.2013.0177
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona (Spain).Original: 1973, Basic Books, The interpretation of cultures.
- Grafanaki, S. (2012). ‘Learning from research’: Therapist perspectives on the benefits and challenges of participating in a longitudinal, systematic case-study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3): 194_203
- Guy, J.D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta*. Ed.Paidós, Barcelona. Wiley and Sons: 1987.
- Heinonen, E. & Orlinsky, D.E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2013.814926
- Henry, W.E., Sims, J.H., & Spray, S.L. (1971). *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hill, C. & Castonguay, L. (2017). Therapist Effects: Integration and Conclusions. In: *How and why are some therapists better than others?* APA, Washington
- Hill, C.E., Lystrup, A., Kline, K., Gebru, N.M., Birchler, J., Palmer, G., Robinson, J., Um, M., Griffin, Sh., Lipsky, E., Knox, S. & Pinto-Coelho, K. (2013). Aspiring to become a therapist: Personal strengths and challenges, influences, motivations, and expectations of future psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 3–4, 267–293. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2013.825763>

- Hunter, S.V. (2012). Walking in sacred spaces in the therapeutic bond: Therapists' experiences of compassion satisfaction coupled with the potential for vicarious traumatization. *Family Process*, 51 (2), 179-192
- Kleining, G. (1982). Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224-253.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio*. Santiago de Chile: Ed.Universidad Católica (2da edición).
- Krause, M., et al. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299–325.
- Krause et al. (2012). Manual for the Observation, Recording and Coding of Change and Stuck Episodes. Unpublished manuscript, Chilean Psychotherapy and Change Research Program Version 2.0. MIDAP, Chile.
- Lambert, M.J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 413-420.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 169-219). Somerset, NJ: Wiley.
- Lambert, S.F. & Lawson, G. (2013). Resilience of professional counselors following hurricanes Katrina and Rita. *Journal of Counseling & Development*, 91, 261-268.
- Lampropoulos, G. K. (2011). Failure in psychotherapy: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1093–1095
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A metaanalysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 252–258. doi: 10.1037/a0023319
- Levitt, H. M. (2014). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037076>
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 3, 314–324.
- Lippmann, E. (2009). *Intervision - Kollegiales Coaching professionell gestalten*. Springer Verlag, 2^{te} Auflage

- Malinowski, A.J. (2013). Characteristics of job burnout and humor among psychotherapists. *Humor* 26(1), 117 – 133. DOI 10.1515/humor-2013-0007
- Marshall, R. D., & Suh, E. J. (2003). Contextualizing trauma: Using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11. *Psychiatric Quarterly*, 74, 401–420. Doi: 10.1023/A:1026043728263
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, 29:1, 97-105. doi: 10.4067/S0718-48082011000100010.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual* (Vol. 5, pp. 133_153). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1 .397
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149. Doi: 10.1007/ BF00975140
- McLeod, J. (2010). *Case study research in counselling and psychotherapy*. SAGE Publications Ltd.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. SAGE Publications Ltd.
- McNulty, N., Ogden, J. & Warren, F. (2013). ‘Neutralizing the patient’: therapists’ accounts of sexual boundary violations. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20, 189–198
- Moltu, Ch., Binder, P-E. & Nielsen, G.H. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists’ inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20(3), 309-320.
- Moncada, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. En: *Tesis Doctorales en Psicología*. Héctor Cavieres Higuera (Compilador) Compendio 2006-2007. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad de Chile. pp. 9-49.
- Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C. & Monsen, J.T. (2015). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/cpp.1977

- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-36.
- Orlinsky D.E. (1994). Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In P.F.Talley, H.H.Strupp & S.F.Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice* (pp.99f). New York: Basic Books.
- Orlinsky, D.E. (2007). *¿Qué me gustaría leer durante los próximos diez años de investigación en psicoterapia?* Conferencia dictada en el marco de las actividades pre-congreso del VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia, organizados por la Federación Uruguaya de Psicoterapia. Montevideo (Uruguay).
- Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. APA.
- Orlinsky, D.E., Willutzki, U., Ambühl, H., Meyer-Berg, J., Cierpka, M. & Buchheim, P. (1996). Qualities of the psychotherapeutic relationship: do common factors in psychotherapy reflect common characteristics of psychotherapists? Published as “Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen?” *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46, 102-110.
- Owen, J., Drinane, J.M., Idigo, K.Ch. & Valentine, J.C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52, 321-328.
- Patton, M. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Service Research* 34:5 (part II), 1189-1208
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE
- Pauen, M. (2012). The second-person perspective. *Inquiry* 55,33-49. doi:10.1080/0020174X.2012.643623
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23 (pp. 150–177). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Piña, C. (1998). La construcción del “sí mismo” en el relato autobiográfico. *Documento de Trabajo* 383. Santiago: Programa FLACSO-Chile.

- Piña, C. (1999). Tiempo y memoria. Sobre los artificios del relato autobiográfico. *Proposiciones*, 29, 1-5.
- Piselli, A., Halgin, R.P. & Macewan, G.H. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4): 400_415
- Prigogine, I. (1976). Order through fluctuations. Self-organization and social systems. In: E.Jantsch & C.H. Waddington (comp). *Evolution and consciousness: Human systems in transition*. Reading, M.A.: Addison-Wesley
- PsychThG (1998). <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>
- Râbu, M., Moltu, Ch., Binder, P-E. & McLeod, J. (2015): How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences, *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2015.1065354
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, Th. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, Vol. 30, 1, 5-44.
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, Th. (2013). *The developing practitioner. Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge: New York.
- Safran, J.D. & Muran, Ch. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao (España). Negotiating the therapeutic alliance, 2000 Guilford Press, N.Y.
- Sassenfeld, A. (2008). Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 4(1), 83-92.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd Ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá. Colombia. (2a. Ed.): CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
- Stern, D. (2017). *El momento presente en psicoterapia y la vida cotidiana*. Ed. Cuatro Vientos, Chile.
- Stiles, W.B. (2015). Theory building, enriching, and fact gathering: Alternative purposes of psychotherapy research. In: O.Gelo, A. Pritz & B.Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research*. Vienna: Springer Vienna.

- Thériault, A., Gazzola, N. & Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping, and correctives. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 43 (2), 105-119
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17: 3, 305 — 314
DOI: 10.1080/10503300600608116
- Topolinski, S. & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research*, 17(3): 378_390
- Valdés, N., Krause, M. & Álamo, N. (2011). ¿Qué dicen y cómo o dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio psicoterapéutico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20(1), 15-28
- Villa, A. & Poblete, M. (2004). Practicum y evaluación de competencias. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 8 (2)
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. 2nd Edition. Routledge, NY
- Weingardt, M. (2004). *Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Werbart, A., von Below, C., Brun, J. & Gunnarsdottir, H. (2015). “Spinning one's wheels”: Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25:5, 546-564, DOI:10.1080/10503307.2014.989291
- Wolf, A., Goldfried, M. & Muran, Ch. (2017). Therapist Negative reactions: How to transform Toxic Experiences. In: Ed. Castonguay, L. Hill, C. *How and why are some therapists better than others? Understanding Therapist Effects*. APA

Anexos

Anexo A: Consentimiento informado

Carta de Consentimiento Informado

Patrocinante: FONDECYT 1141179

Nombre del Investigador principal: Mariane Krause Jacob; R.U.T.: 7034615-K

Institución: Pontificia Universidad Católica, Escuela de Psicología. Teléfonos: 223547176

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación “Impacto subjetivo del éxito y fracaso terapéutico sobre las vivencias de bienestar/malestar del terapeuta”, que busca indagar en la manera en que los terapeutas se ven afectados por su quehacer profesional. Esta investigación forma parte del estudio “Experiencias en Psicoterapia”, FONDECYT 1141179, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Considerando la evidencia que refiere a la importancia que tiene el terapeuta en el resultado en terapia, su experiencia de bienestar/malestar también toma un rol central en este mismo sentido. Para abordar este fenómeno se realizará un estudio en base a entrevistas en profundidad con terapeutas de diferentes características, las que posteriormente serán analizadas a través de metodologías cualitativas.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar de esta investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia como psicoterapeuta respecto al tratamiento psicológico que ha realizado con sus pacientes.

¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

Se le solicitará participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente.

¿Qué riesgos corre al participar?

Ninguno.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aun cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, ni compensación económica por su participación en el mismo, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para su transcripción. El análisis se realizará en base a las entrevistas transcritas. La información sobre su experiencia como psicoterapeuta será tratada confidencialmente, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Asimismo, toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de investigación, quedando

encriptados los datos digitales en disco duro, en la Facultad de Medicina Oriente, Dpto. de Psiquiatría, Universidad de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para Usted.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Martina Fischersworing. Su teléfono es el 322919675 y su e-mail es m.fischersworing@med.uchile.cl. También puede contactar a la entidad patrocinante, contactando a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es mkrause@uc.cl.

Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO “Impacto subjetivo del éxito y fracaso terapéutico sobre las vivencias de bienestar/malestar del terapeuta”.

Nombre de participante
Rut.

Firma

Fecha

Nombre de la investigadora
Rut.

Firma

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

Anexo B: Consentimiento informado en alemán

Projektförderung und Projektnummer: FONDECYT 1141179

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Mariane Krause Jacob

Institution: *Pontificia Universidad Católica de Chile*, Psychologisches Institut

Telefon: 056-2-23547176

Einverständniserklärung

Zur Teilnahme an der Studie „Subjektiv empfundener Einfluss der therapeutischen Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen auf die Befindlichkeit des/der Therapeuten/in“.

Diese wissenschaftliche Studie untersucht die Auswirkungen der eigenen beruflichen Tätigkeit auf die Befindlichkeit des/der Therapeuten/in. Die Studie ist Teil des Forschungsprojekts „Erfahrungen in der Psychotherapie“ (Projektnummer: FONDECYT 1141179) unter Anleitung von Frau Prof. Dr. Mariane Krause, Professorin für Psychologie an der *Pontificia Universidad Católica de Chile*.

Die Bedeutung des/der Therapeuten/in für den Therapieerfolg konnte bereits in vielen wissenschaftlichen Studien belegt werden, weshalb auch der Befindlichkeit des/der Therapeuten/in eine zentrale Rolle zuzuschreiben ist. Um das zu prüfen, werden in dieser Studie narrative Interviews mit Therapeuten/innen (unterschiedlicher Therapieverfahren und Berufserfahrung) geführt, welche anschließend mit qualitativen Methoden ausgewertet werden.

Diese Schreiben soll Ihnen helfen, eine Entscheidung bezüglich Ihrer Teilnahme an der Studie zu treffen.

Welches Ziel hat diese Studie?

Die Studie hat zum Ziel, Ihre Erfahrungen als PsychotherapeutIn in der Behandlung ihrer PatientInnen besser in den Blick zu nehmen.

Wie funktioniert die Teilnahme und wie lange dauert sie?

Ihre Teilnahme wird in Form eines Interviews bestehen, welches ca. eine Stunde dauern wird. Im Interview werden Sie gebeten, über Ihre Erfahrung im Psychotherapieprozess zu sprechen.

Welchen Nutzen hat Ihre Teilnahme?

Leider können wir keine finanzielle Vergütung für die Teilnahme bieten. Die Teilnahme an diesem Interview stellt eine Möglichkeit für Sie dar, Ihre eigene Erfahrung als Psychotherapeut/in in einem geschützten Rahmen zu reflektieren. Außerdem dienen die Ergebnisse der Studie sowohl der Entwicklung der Wissenschaft als auch der Ausarbeitung von Strategien zur Verbesserung der Psychotherapie.

Wie werden Ihre Daten und Informationen verwendet und gespeichert?

Das Interview wird als Sprachdatei aufgezeichnet, welche nur für die Transkription verwendet wird. Die Datenanalyse erfolgt dann anhand des schriftlichen Materials. Die von Ihnen erteilten Informationen über Ihre Tätigkeit als Psychotherapeut/in werden vertraulich behandelt, so dass aus eventuellen Publikationen keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Ergebnisse werden nur für Forschungs- und Fortbildungszwecke im Rahmen dieser und anderer verwandter Studien verwendet. Des Weiteren werden die von Ihnen gegebenen Informationen streng vertraulich und anonymisiert gespeichert und verwaltet, dieses gilt auch für andere Wissenschaftler/innen sowie für die zuständige Forschungsbehörde. Die digitalisierten Daten werden auf einer Festplatte gespeichert, die sich in der psychiatrischen Abteilung der medizinischen Fakultät der *Universidad Católica de Chile* befindet. Die Verantwortung liegt bei der zuständigen Wissenschaftlerin, die auch die Dauer der Speicherung nach ihrem Ermessen hinsichtlich der Entwicklung dieser und weiterer Studien festlegt.

Ist es möglich, zurückzutreten?

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme ohne Begründung abzubrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Wen können Sie für Nachfragen kontaktieren?

Sie erhalten eine unterschriebene Kopie dieses Dokuments. Im Falle von Nachfragen bezüglich dieser Studie können Sie die zuständige Wissenschaftlerin Martina Fischersworing kontaktieren unter der Telefonnummer 056-32-2919675 oder der Email-Adresse mfischersworing@med.uchile.cl. Außerdem können Sie die für das Forschungsprojekt „Erfahrungen in der Psychotherapie“ verantwortliche Wissenschaftlerin Frau Prof. Dr. Mariane Krause kontaktieren unter der Telefonnummer 056-2-3547176 oder der Email-Adresse mkrause@uc.cl.

Falls Sie Nachfragen hinsichtlich Ihrer Rechte als TeilnehmerIn dieser Studie haben, können Sie den Vorsitzenden der Ethikkommission für die Erforschung des Menschen, der Medizinischen Fakultät der *Universidad de Chile* Herrn Dr. Manuel Oyarzún G. kontaktieren unter der Telefonnummer 056- 2-9789536 oder der Email-Adresse comiteceish@med.uchile.cl

ICH HABE DIESE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG GELESEN UND ZUR KENNTNIS GENOMMEN, UND HATTE DIE MÖGLICHKEIT FRAGEN BEZÜGLICH DIESER STUDIE ZU STELLEN. ICH ERKLÄRE MICH HIERMIT BEREIT, AN DER STUDIE „Subjektiv empfundener Einfluss der therapeutischen Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen auf die Befindlichkeit des/der Therapeuten/in“ TEILZUNEHMEN.

Name des Teilnehmenden

Unterschrift

Datum

Name der zuständigen
Wissenschaftlerin

Unterschrift

Datum

(In doppelter Ausführung unterschrieben, für den Teilnehmenden und für die Wissenschaftlerin)

Anexo C: Compromiso de confidencialidad

Compromiso de Confidencialidad

Yo _____, he sido invitado/a a participar en el estudio denominado “Impacto subjetivo del éxito y fracaso terapéutico sobre las vivencias de bienestar del terapeuta”. Este es un proyecto de investigación científica acerca de las experiencias en psicoterapia de los terapeutas y su relación con la vivencia de bienestar.

Entiendo que en este estudio se grabarán en audio entrevistas individuales, y mi participación será exclusivamente en el trabajo de edición y/o transcripción de dichas entrevistas. Entiendo que la información deberá ser manejada **confidencialmente**, eliminando cualquier información que permita la identificación de alguno de los participantes. Además, me comprometo a borrar de mi computador toda la información sobre la cual he estado trabajando, una vez que se la entregue al equipo de investigación, y a no comentar con nadie los contenidos de las entrevistas.

He acordado también con el Investigador Responsable mis honorarios por el trabajo que realizaré, el cual recibiré una vez que entregue la boleta de honorario correspondiente.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO. HE RECIBIDO COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO.

Firma

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Martina Fischersworrying, Investigadora Responsable del proyecto, al teléfono 322919675, e-mail m.fischersworrying@med.uchile.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Anexo D: Guión estudio 1

Guión Estudio 1 (Entrevista narrativa)

Introducción:

Este estudio es sobre el desarrollo de los terapeutas, su bienestar o malestar, y el rol que juegan las experiencias de éxito y fracaso terapéutico.

Quisiera partir preguntándote:

Trayectoria:

¿Cómo llegaste a ser la terapeuta que eres hoy? ¿Cómo aprendiste a ser lo que eres hoy?

Momentos/Experiencias difíciles, experiencias “positivas”

¿Recuerdas alguna terapia o algún episodio en particular que te haya quedado marcado, para bien o para mal? A ver si me lo puedes contar con el mayor detalle posible, y también como tratando de recordar lo que tú fuiste sintiendo, pensando, qué te fue pasando a ti con esto.

Estrategias de autocuidado:

¿Cómo te cuidas?

¿Qué importancia le das a la supervisión? (rol de la supervisión)

Anexo E: Guión estudio 2

GUIÓN DE ENTREVISTA A TERAPEUTA

Instrucciones para el Entrevistador

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los terapeutas acerca de la experiencia de la terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Además, busca favorecer la reflexión del entrevistado sobre su quehacer en terapia y el modo en cómo se relaciona con la percepción de éxito o fracaso terapéutico, y con su vivencia de bienestar/malestar. Se busca recoger la experiencia subjetiva del terapeuta en torno a sí mismo. Por este motivo, se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

- 1. Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo el terapeuta evalúa retrospectivamente la experiencia de una terapia en particular. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para el proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del terapeuta. Se busca profundizar en la vivencia de bienestar/malestar del terapeuta asociada a estas experiencias de éxito y/o fracaso.
- 2. Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el terapeuta considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. Es importante profundizar en la experiencia subjetiva asociada a estas atribuciones, en términos de bienestar/malestar del terapeuta. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el terapeuta, el paciente o ambos que influyeron en dicha percepción del éxito y/o de fracaso de la terapia. Esto incluye las intervenciones “típicas” así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esta temática es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
- 3. Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto es la teoría o explicación que el terapeuta tiene de la enfermedad o del problema del paciente (cómo entiende el padecer del paciente, a qué lo atribuye y asocia), cómo entiende el proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría subjetiva de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta

transformación, en qué consistió y en relación a qué aspectos. Nuevamente se hace énfasis en la relación con la vivencia de bienestar/malestar que pudiesen tener estas explicaciones que se da el terapeuta.

4. La experiencia de la relación terapéutica. Es importante explorar cómo el terapeuta percibe su relación con el paciente a lo largo del proceso, es decir, los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el paciente, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de éstos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente. También se busca profundizar en la vivencia del terapeuta, de cómo esa experiencia de la relación terapéutica está relacionada con su vivencia de bienestar/malestar.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida y, en base a lo que el terapeuta va narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

Si el terapeuta lo considera necesario (por ejemplo, si no recuerda detalles importantes del proceso), puede consultar sus notas personales o la ficha clínica del paciente. Es importante que el entrevistador indague en el significado que el terapeuta da a esta acción, y a la vivencia emocional asociada.

Entrevista

Consigna:

Mi nombre es _____ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto _____ (Fondecyt, Milenio).

La conversación que tendremos es parte de un estudio que mirará retrospectivamente la experiencia de estar en psicoterapia, desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y familiares, y en particular de una investigación que busca profundizar en su experiencia en este contexto de proceso terapéutico en relación a Ud. mismo.

Por esta razón, nos interesa conversar sobre la psicoterapia que llevó a cabo con el paciente _____ y conocer cómo fue esta experiencia, cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de este proceso y su propia experiencia en ese contexto.

Confidencialidad:

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su paciente no se comentarán con él o ella, ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en la ficha del paciente.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

Pregunta de apertura de la entrevista
--

Me gustaría preguntarle sobre la terapia que desarrolló con el paciente _____. ¿Cómo fue esa experiencia de terapia para ti/usted?

QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE: Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el terapeuta dice.

Profundización

Una vez que el terapeuta haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas, a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.

<p>Diagnóstico y noción de enfermedad</p>	<p>¿Por qué motivo llegó este paciente a terapia? (indagar motivo de consulta explícito y latente)</p> <p>¿Qué cree que ocasionó lo que llevó al paciente a consultar? (Factores personales, familiares, sociales, biológicos).</p> <p>¿Por qué cree que el paciente decidió pedir ayuda a un(a) psicólogo/a?</p> <p>¿Qué le dijo el paciente sobre su problema? ¿Qué le devolvió usted al paciente? (Devolución o reformulación del motivo de consulta/Diagnóstico) ¿En qué momento lo hizo? ¿Cómo lo tomó él/ella? <i>¿Cómo se sintió con esa reacción?</i></p> <p>Si el terapeuta comunicó un diagnóstico: ¿Otro(s) profesional(es) le habían comunicado algún diagnóstico previo al paciente? ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo abordó usted esto? <i>¿Cómo se sintió con eso?</i></p>
<p>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</p>	
<p>Expectativas (Proceso)</p>	<p>¿Cómo pensaba que la psicoterapia podía ayudar a este paciente?</p> <p>¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron?</p> <p>¿En qué aspectos no se cumplieron?</p> <p><i>¿Qué significó esto para usted?</i></p> <p>¿Su paciente tenía experiencias previas con psicólogos/psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo influyeron en esta terapia?</p> <p>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención? <i>¿Cómo se sintió con ello? ¿Cómo lo afectó?</i></p>
<p>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</p>	
<p>Relación Terapéutica (Proceso)</p>	<p>¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (el paciente)? (especificar calidad de la relación).</p> <p>¿Cómo describiría a su paciente? ¿Qué le gustaba de su paciente?</p> <p>¿Qué no le gustaba?</p> <p><i>¿Cómo se sentía con su paciente?</i></p> <p><i>¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su paciente? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia?</i></p> <p>¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su paciente hacia usted?</p> <p>¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia?</p> <p>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su paciente?</p> <p>¿Cómo fueron?</p> <p>¿De qué manera manejaron estas situaciones? <i>¿Cómo se sintió? ¿Cómo lo afectó?</i></p>

	<p><i>¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y cómo se sentía en la relación influyó en el proceso terapéutico de su paciente?</i></p> <p>¿Cómo se describiría usted como terapeuta en esta terapia?</p> <p>¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en su proceso terapéutico?</p>
<p>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</p>	
<p>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</p>	<p>¿Cómo describiría la evolución de este proceso de terapia? ¿Hubo algún elemento que usted calificaría como “clave” en esta terapia?</p> <p>¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el paciente? (indagar por algún momento especialmente saliente del proceso)</p> <p><i>¿Cómo se sintió con ello? ¿De qué manera eso le afectó?</i></p> <p>¿Hubo interacciones entre Ud. y su paciente que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Qué intervenciones/acciones/técnicas realizó que recuerda como importantes? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?</p> <p>¿Hubo acciones que hizo su paciente que hayan sido importantes para esta terapia? ¿Qué cosas? ¿Recuerda algún evento particular?</p> <p>¿Hubo actitudes suyas que hayan influido en cómo se dio esta terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Hubo actitudes del paciente que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que influyeron más en este proceso? ¿Los que más lo facilitaron? ¿Los que más lo dificultaron?</p> <p>Elementos del contexto que hayan influido en el proceso y experiencia de la terapia:</p> <p>¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico?</p> <p>¿Elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios).</p> <p>¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en cómo usted experimentó la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles?</p>

	¿Cómo?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Resultados	<p>¿Cómo evalúa esta psicoterapia? <i>¿Cómo le hace sentir esa evaluación?</i></p> <p>¿Cree que fue exitosa? ¿Por qué?</p> <p>¿Cambió algo en el paciente con la terapia? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió? (IMPORTANTE distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios)</p> <p>¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo el paciente (problema/diagnóstico) durante/después de la terapia?</p> <p>¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio?</p> <p>¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en los resultados de esta terapia?</p> <p>¿Cree que se solucionó el (los) problema(s) que llevaron al paciente a consultar? ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo? <i>¿Cómo le hace sentir?</i></p> <p>¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron? <i>¿Cómo le hace sentir?</i></p> <p>¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué? ¿Cómo cree que se dio eso? <i>¿Cómo le hace sentir, cómo se afecta con ello?</i></p> <p>¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso? <i>¿Cómo le hace sentir? ¿Cómo se afecta con ello?</i></p> <p>¿Qué cosas podrían haber sido mejores?</p> <p><i>¿Qué aprendió usted con esta terapia? ¿Percibió cambios en usted con esta terapia? ¿Cuáles?</i></p> <p>Elementos del contexto que hayan influido en los resultados de la terapia:</p> <p>¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en los resultados terapéuticos?</p> <p>¿Elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios).</p> <p>¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en los resultados de la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles?</p>

	¿Cómo?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	

Término del proceso	<p>¿De qué manera se dio término a la psicoterapia? ¿Quién propuso el término? <i>¿Cómo se sintió con ello? ¿Cómo se vio afectado por ello?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: ¿Qué elementos tomó en consideración para planificar el término de la psicoterapia? ¿Qué cree que llevó al paciente a continuar hasta el final? ¿Cómo fue el manejo del cierre? ¿Qué temas se abordaron? - Si fue propuesto por el paciente: ¿Qué razones dio el paciente? ¿Cómo acogió usted esta iniciativa? - Si el paciente abandona de manera abrupta: ¿Qué cree que llevó al paciente a abandonar la psicoterapia? <i>¿Cómo se siente con ello? ¿Cómo le afectó?</i> <p>¿Cree que terminó en el momento adecuado? ¿Cree que para el paciente hubiera sido necesario más/menos tiempo?</p> <p>En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar?</p> <p>¿Qué implicancias para la vida del paciente cree que este tratamiento pueda tener a futuro?</p> <p>¿Cree que el paciente volvería a consultar a un psicólogo? ¿Por qué?</p> <p><i>¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?</i></p>
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia. Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar...