



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA ESTIMULAR EL RECONOCIMIENTO Y
LA REGULACIÓN EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
DURANTE SU PRÁCTICA CLÍNICA**

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

KAREN ILIANA SARA VIA SERRANO

**Profesor Guía:
Javiera Duarte**

**Informantes:
Paula Vergara
Juan Yáñez**

Santiago de Chile, año 2019

**DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA ESTIMULAR EL RECONOCIMIENTO Y
LA REGULACIÓN EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
DURANTE SU PRÁCTICA CLÍNICA**

RESUMEN

La capacidad del terapeuta para reconocer y regular sus propias emociones en el contexto interpersonal de la terapia es considerada como un factor que contribuye al éxito psicoterapéutico. Diversos estudios chilenos reportan un vacío en la formación académica relacionada con aspectos personales del terapeuta, por lo que la presente investigación pretende apoyar el desarrollo de nuevos paradigmas teóricos que estimulen procesos emocionales en el estudiante, a fin de perfeccionar su práctica clínica. Se realizó un estudio cualitativo de alcance descriptivo relacional, donde se entrevistó a diez supervisores a nivel de pre y posgrado pertenecientes a diversas corrientes teóricas en relación al mejoramiento de estas capacidades en los estudiantes. Dicha información se analizó mediante un diseño de teoría fundamentada, encontrándose que ambos procesos emocionales pueden ser integrados dentro de un fenómeno más amplio al que se denominó *intervención con significado consciente*. Asimismo, se establecieron tres áreas de desafío emocional que enfrentan los estudiantes durante su formación académica: el espacio terapéutico, la supervisión y su vida privada. Por último, se propone un programa de estimulación que utiliza una combinación de estrategias experienciales y reflexivas, a fin de estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes durante su práctica clínica.

PALABRAS CLAVE

Reconocimiento emocional, regulación emocional, espacio intersubjetivo, formación en psicoterapia.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes con su sacrificio y esfuerzo construyeron cada una de las oportunidades que me dieron las alas para seguir este camino.

A Oscar, quien me ha acompañado con paciencia y cariño en cada paso de mi crecimiento personal y profesional, convirtiéndose en mi apoyo incondicional y mi inspiración para llegar a ser la mejor versión de mí misma.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo agradecer a mi profesora guía y colega Javiera Duarte, por creer en mí y acompañarme a lo largo de esta investigación, ayudándome a encontrar mi propia voz. Le estaré por siempre agradecida por su confianza, su paciencia, sus consejos, y por compartir conmigo su sabiduría y experiencia.

Agradezco a los supervisores y supervisoras que participaron de esta investigación, quienes desde su mirada experta me ayudaron a comprender que no importa la corriente teórica, lo que nos une y nos mueve a todos es la emoción.

Les doy gracias también a todas aquellas personas, que ya fuere de cerca o de lejos, estuvieron allí para brindarme palabras de aliento y recordarme de qué soy capaz.

Por último, no me alcanzan las palabras para agradecerle a mi amor y eterno compañero en cada hora de aventura, Oscar Ayala, por estar allí en las buenas y en las no tan buenas, siempre apoyándome y guiándome desde tu experiencia, volviendo mis días más brillantes y (literalmente) más dulces. Juntos hemos conquistado los más grandes obstáculos. Gracias por estar a mi lado en este vuelo y por aceptar acompañarme en todavía más destinos por descubrir.

No olvidemos que las pequeñas emociones
son las grandes capitanas de nuestras vidas,
y que a ellas obedecemos sin saberlo.
(Van Gogh, 1889, citado en Jansen, Luijten & Bakker, 2014)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
Pregunta de Investigación	5
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Preguntas directrices	6
III. MARCO TEÓRICO	7
1. TEORÍA DE LAS EMOCIONES	7
1.1 Modelos explicativos de la emoción	7
1.1.1 Modelo de las emociones básicas	7
1.1.2 Modelo valorativo	9
1.1.3 Modelo de la construcción psicológica	10
1.1.4 Modelo de la construcción social	12
1.1.5 Abordaje de las emociones desde el modelo constructivista cognitivo	13
1.1.5.1 Tipología de las emociones	16
1.2 Procesos emocionales: El reconocimiento y la regulación emocional	17
1.2.1 Inteligencia emocional: Proceso lineal del reconocimiento y la regulación emocional	18
1.2.2 Modelo unificado de evaluación y regulación emocional	20
1.2.3 Concepto relacionado: La consciencia emocional	21
2. EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA PSICOTERAPIA	22
2.1 Las emociones en el espacio intersubjetivo de la psicoterapia	22
2.2 Las emociones del terapeuta: Aplicaciones y riesgos dentro de la psicoterapia	26
2.2.1 Facilita las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo de la psicoterapia ...	27
2.2.1.1 Congruencia o integración en la relación terapéutica	28
2.2.1.2 Consideración positiva e incondicional hacia el cliente	28
2.2.1.3 Comprensión empática del marco de referencia del cliente	29

2.2.2	<i>Monitorea los estados afectivos admisibles e inadmisibles para el terapeuta.....</i>	30
2.2.3	<i>Contribuye al manejo de los estados afectivos internos del terapeuta</i>	33
2.2.4	<i>Beneficia el establecimiento de rapport y la mantención de la alianza terapéutica....</i>	37
2.2.5	<i>Previene el burnout y contribuye a la salud mental general del terapeuta</i>	39
3.	FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA	42
3.1	Necesidad de abordar las emociones del terapeuta dentro de los programas de formación y entrenamiento	42
3.1.1	<i>Dificultades emocionales comunes en relación al ejercicio de la psicoterapia.....</i>	43
3.1.2	<i>Dificultades emocionales comunes en relación al formato de entrenamiento</i>	44
3.2	Retos para abordar cuestiones relacionadas con las emociones del estudiante durante su etapa formativa.....	45
3.3	Algunas estrategias utilizadas durante la formación terapéutica para la estimulación de aspectos emocionales en los estudiantes	48
3.3.1	<i>Focusing</i>	48
3.3.2	<i>Auto observación basada en material audiovisual</i>	48
3.3.3	<i>Diario auto-reflexivo.....</i>	50
3.3.4	<i>Artes creativas.....</i>	50
3.4	La formación de aspectos relacionados con las emociones del terapeuta: Estado del arte en Chile	51
IV.	MARCO METODOLÓGICO	56
	Diseño de Investigación	56
	Diseño Muestral y Estrategia de Muestreo	56
	<i>Criterios de inclusión de los participantes.....</i>	56
	<i>Procedimiento de muestreo</i>	56
	<i>Consideraciones éticas.....</i>	57
	<i>Caracterización de los participantes</i>	57
	Técnica de Recolección de Información	58
	Plan de Análisis de la Información	59
	<i>Codificación abierta.....</i>	59
	<i>Codificación axial</i>	59

V. RESULTADOS	60
1. CARACTERIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL.....	60
1.1 Definición de reconocimiento emocional al servicio de la psicoterapia	60
1.1.1 Atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso	61
1.1.2 Identificación consciente de la emoción experimentada	62
1.1.3 Análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato	62
1.1.4 Comprensión de la emoción sentida	63
1.2 Funciones del reconocimiento emocional al servicio de la psicoterapia.....	64
1.2.1 Orienta el levantamiento de hipótesis emocionales en cuanto al otro.....	64
1.2.2 Diferencia la experiencia emocional personal del terapeuta y el paciente	65
1.2.3 Insumo para develar el Ciclo Cognitivo Interpersonal entre el paciente y el terapeuta	65
1.2.4 Evalúa los recursos emocionales disponibles frente a un caso específico.....	66
2. CARACTERIZACIÓN DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL.....	66
2.1 Definición de regulación emocional al servicio de la psicoterapia	67
2.2 Dimensiones de la regulación emocional dentro del espacio intersubjetivo terapéutico	68
2.2.1 Autorregulación emocional.....	68
2.2.2 Exploración del espacio intersubjetivo en terapia.....	69
2.2.3 Modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico	69
2.3 Funciones de la regulación emocional al servicio de la psicoterapia.....	70
2.3.1 Amortigua la reacción emocional del terapeuta	70
2.3.2 Resalta un aspecto intersubjetivo que pueda servir como insumo para el avance terapéutico.....	71
3. ÁREAS DE DESAFÍO EMOCIONAL QUE ENFRENTAN LOS ESTUDIANTES DURANTE SU PRÁCTICA CLÍNICA.....	71
3.1 El espacio terapéutico: Emociones durante el encuentro con el paciente	72
3.2 El espacio de supervisión/evaluación: Emociones frente al supervisor y los colegas.....	79
3.3 El espacio privado del estudiante: Emociones relacionadas con su historia de vida	82
4. CONDICIONES FACILITADORAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL RECONOCIMIENTO Y LA REGULACIÓN EMOCIONAL.....	83

4.1 Apertura hacia un proceso terapéutico personal por parte de los estudiantes	83
4.2 Creación de espacios reflexivos sobre diversas temáticas emocionales relativas al ejercicio psicoterapéutico.....	84
4.3 Respeto a la diversidad de estilos de aprendizaje de los estudiantes.....	87
4.4 Características efectivas del supervisor para la exploración de la emocionalidad de los estudiantes	87
5. ESTRATEGIAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL RECONOCIMIENTO Y LA REGULACIÓN EMOCIONAL	89
5.1 Estrategias experienciales	89
5.1.1 <i>Estrategias circunscritas al contexto de psicoterapia.....</i>	91
5.1.1.1 <i>Role Playing</i>	91
5.1.1.2 <i>Supervisión en Cámara Gesell.....</i>	92
5.1.1.3 <i>Experimento Conductual en Sesión.....</i>	93
5.1.2 <i>Estrategias de autoobservación sin contexto predeterminado.....</i>	95
5.1.2.1 <i>Autoconsciencia Corporal.....</i>	95
5.1.2.2 <i>Exposición consciente ante estímulos provocadores de cambios emocionales</i>	97
5.1.3 <i>Estrategias en acción evocadoras de emocionalidad</i>	98
5.2 Estrategias reflexivas.....	99
5.2.1 <i>Estrategias de Retroalimentación Guiada</i>	99
5.2.1.1 <i>Supervisión individual o grupal</i>	100
5.2.1.2 <i>Grupos de apoyo emocional estudiantil.....</i>	104
5.2.1.3 <i>Opinión de un experto</i>	105
5.2.1.4 <i>Análisis de un registro audiovisual del caso clínico</i>	105
5.2.2 <i>Estrategias Autobiográficas</i>	106
5.2.2.1 <i>Bitácora personal.....</i>	106
5.2.2.2 <i>Técnicas biográficas</i>	107
6. MODALIDADES DE FORMACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES DEL ESTUDIANTE.....	107
6.1 Modalidad de formación grupal	108
6.2 Modalidad de formación individual	109
6.3 Modalidad de formación guiada.....	110

INTERVENCIÓN CON SIGNIFICADO CONSCIENTE: UN MODELO COMPRENSIVO PARA EL RECONOCIMIENTO Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA	111
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	118
VII. REFLEXIONES FINALES.....	137
VIII.BIBLIOGRAFÍA.....	139
IX. ANEXOS.....	151
Anexo 1. Entrevista Semiestructurada sobre el Reconocimiento y la Regulación Emocional ...	151
Anexo 2. Contenidos del taller.....	154

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de personas que buscan ayuda psicoterapéutica experimentan angustia o dolor desde un punto de vista emocional, lo cual generalmente involucra sus relaciones con otros (Lane & Schwartz, 1987). Para estos pacientes, el ser capaces de clarificar lo que están sintiendo y entender el origen de estos sentimientos se vuelve uno de los ejes fundamentales en su proceso psicoterapéutico (Lane & Schwartz, 1987), ya que las emociones regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción (Greenberg & Paivio, 2000). Es por ello que el reconocer los propios estados emocionales es una capacidad que ha sido considerada como un factor imprescindible para alcanzar el éxito en psicoterapia (Chhatwal & Lane, 2016).

Cabe destacar que a lo largo del proceso terapéutico se crea un contexto interpersonal de encuentro entre el terapeuta y el paciente (Yañez, 2005), donde cada participante en la relación debe ser entendido como parte del sistema interpersonal en el que se encuentra inmerso, es decir, no se puede entender al paciente en terapia independientemente del terapeuta (Safran & Segal, 1996). Esto quiere decir que *“Los terapeutas no solamente traen teoría, conocimientos y técnicas al proceso psicoterapéutico; también traen su propia forma de ser, su presencia, y sus corazones. Es así como no debe sorprendernos que la persona del terapeuta es la segunda, solamente después de la variable del paciente, en predecir los resultados de la psicoterapia”* (Mahoney, 2003, p. 201). Se puede señalar entonces que una terapia efectiva no depende únicamente de la aplicación de técnicas sistemáticas, sino que además depende de la *experiencia interior* del terapeuta, la cual es descrita por los autores Gelso y Pérez-Rojas (2017) como aquella experiencia que se encuentra relacionada con lo que el terapeuta está sintiendo y pensando en cuanto al paciente, y en cuanto a sí mismo en el momento de la interacción, o incluso en los momentos fuera de la hora de consulta, en los que se piensa en el trabajo con el paciente. De aquí se deriva que, de acuerdo con Greenberg y Paivio (2000), una meta importante durante la formación de futuros terapeutas es el ayudar a los estudiantes a que sean capaces de lograr conocer su propia experiencia emocional y estar cómodos con ella, pues constituye un primer paso esencial para posteriormente poder identificar y estar cómodos con la experiencia emocional del otro. Estos mismos autores señalan que los aprendices deben lograr explorar e identificar sus puntos fuertes y débiles,

así como sus estilos interpersonales y la forma en que éstos afectan su trabajo en psicoterapia. De hecho Greenberg señala que probablemente la mejor forma para estimular dicha capacidad es experimentándola: *“Solamente al trabajar las propias emociones se puede ayudar a otros a que ellos también lo hagan”* (Greenberg, 2015, pp. 112). Los terapeutas deben entrenarse a sí mismos, o recibir capacitación, para identificar y quedarse con sus propias emociones. Necesitan aprender a simbolizar sus sentimientos en palabras y evaluar su naturaleza, identificar sus emociones desadaptativas, y por encima de todo, aprender cómo acceder a sus recursos emocionales positivos para transformar y calmar las emociones desadaptativas en ellos mismos (Greenberg, 2015). De acuerdo con esta última observación, se podría suponer que no solamente el reconocimiento emocional es importante para alcanzar el éxito en terapia, sino que además brinda las herramientas emocionales que el terapeuta necesita para realizar un mejor ejercicio terapéutico con su paciente. Safran y Segal (1996), manifiestan que las tareas que afronta el terapeuta en relación con sus propias emociones durante el proceso psicoterapéutico pueden dividirse en dos: Primero, para generar hipótesis terapéuticas, uno debe poder atender a los propios sentimientos y tendencias de acción mientras participa en la interacción con su paciente; Y segundo, uno debe encontrar la manera de desengancharse de esta interacción, con el objetivo de evitar perpetuar el Ciclo Disfuncional Interpersonal característico del paciente, y convertirse en otra persona que confirme su esquema interpersonal disfuncional. Es así como desde la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, Yañez (2005) propone un marco conceptual que encuadra la experiencia en curso entre las subjetividades del paciente y el terapeuta, donde el rol de éste último es el de transformarse en un perturbador estratégicamente orientado de los procesos de construcción y deconstrucción de su paciente. De acuerdo con este autor, *“Estratégicamente orientado, implica que ocupa un lugar en su propia organización, técnicamente ajustado al interjuego entre centramiento y descentramiento respecto de su paciente, y enganche y desenganche respecto de las propias perturbaciones, interjuego que podría expresarse en la condición de ser un “observador participante”, y que también define el lugar que ocupa en la creación de un contexto interpersonal entre él y su paciente”* (Yañez, 2005, p. 160). Sin embargo, es importante tener en cuenta que no existe un terapeuta totalmente objetivo y neutral, si no que por el contrario, el terapeuta también es un ser

humano con sus propios problemas y particulares áreas de sensibilidad, por lo que no se puede asumir que ha aprendido y sabe lidiar con sus propias emociones y reacciones de manera terapéutica en todas las situaciones, siendo dicha concepción poco fiable (Safran & Segal, 1996). Lo anteriormente expuesto evidencia la importancia de que debe colocarse una mayor atención a la investigación en cuanto a los procesos de auto exploración constante por parte del terapeuta en relación a sus propias emociones durante el ejercicio de la psicoterapia.

En Chile existen algunas investigaciones que apoyan dicha necesidad, como la realizada por Araya-Véliz y Herrera (2007) quienes subrayan la importancia del trabajo de la persona del terapeuta en estudiantes novatos como un pre-requisito esencial para avanzar a otras etapas de la enseñanza en psicoterapia. Dichos autores realizaron un estudio en el que se entrevistó a estudiantes y supervisores de la práctica clínica encontrando que, entre otros factores, ambos coinciden en la necesidad de que el terapeuta novato desarrolle un mayor autoconocimiento personal. Esto también concuerda con una investigación realizada en estudiantes de psicología que se iniciaban en la práctica clínica de una universidad chilena, donde Foladori (2009) encontró que entre sus ansiedades iniciales frente a este proceso se encontraba el *“temor a ponerse a llorar y al descontrol emocional”*. Dicho autor expone que aun cuando los estudiantes cuentan con clases teóricas y espacios de supervisión de casos, *“la universidad no dispone curricularmente de un espacio apropiado para abordar lo que ocurre en el propio mundo interno de los estudiantes”* (Foladori, 2009, pp.163). En su opinión, es posible que esta necesidad no sea percibida, o que no se considere como responsabilidad por parte de la institución académica, esperándose generalmente que el alumno lidie con estas temáticas de manera personal o en su propio proceso psicoterapéutico (Foladori, 2009). Lo anterior podría suponer una carencia fundamental al momento en que el estudiante deba afrontar su rol como terapeuta. Este vacío relacionado con la variable de la formación en cuanto al reconocimiento y regulación emocional de la persona del terapeuta se pone de manifiesto no solamente durante el periodo de aprendizaje universitario de pregrado, sino que además puede mantenerse durante el ejercicio de la carrera, como lo muestra un estudio realizado por Yáñez-Galecio (2005) en un grupo de psicólogos entrevistados de ambos sexos acreditados con más de cinco años de experiencia y ejercicio continuo de la profesión, quienes tuvieron mayor dificultad para expresar qué tipo de

capacidades personales necesita el terapeuta desarrollar para un mejor desempeño profesional en el área clínica. Este autor interpreta dicha falencia como la representación de *“una tarea más exigente, significando además que se sabe mejor qué es lo que hacen en su puesto de trabajo, pero no qué necesitan, en términos de atributos y procesos personales, para realizarlo”* (Yáñez-Galecio, 2005, pp. 92). Esto pareciera reflejar que el foco formativo y profesional en salud mental se ha centrado principalmente en los aspectos técnicos de la práctica psicoterapéutica, y poco en los factores personales necesarios para su desempeño. Yáñez-Galecio (2005) también recalca la importancia de evaluar nuevas necesidades que satisfacer en relación no solamente a conocimientos, sino que también a las habilidades y actitudes requeridas por los terapeutas para un mejor desempeño en el trabajo psicoterapéutico con sus pacientes. Esta reflexión conlleva a la necesidad de examinar los procesos de enseñanza actuales y el diseño de experiencias de aprendizaje adecuadas, que sean capaces de determinar el modo en que estas competencias deberían ser desarrolladas durante el proceso de formación profesional (Yáñez-Galecio, 2005). Además, es preciso subrayar que en relación a artículos de investigación empírica referidos a la persona y variable del terapeuta, autores como Moncada, Guerra, Concha y Carvajal (2014) expresan que la producción es escasa, alcanzando en Chile apenas un 1,9%, por lo que estos autores se preguntan *“¿Qué pasa en Latinoamérica que se estudia tan poco la variable del terapeuta?, sobre todo considerando la probada importancia que tiene esta variable en el proceso de psicoterapia”* (Moncada, et. al., 2014, pp.75). Es a causa de esta falta de conocimiento sobre el desarrollo del reconocimiento y regulación emocional en profesionales de la salud mental, que la presente investigación resalta la importancia de diseñar una propuesta de programa de estimulación como herramienta para movilizar dicha capacidad en estudiantes de psicología durante su práctica clínica, a fin de brindarles las competencias necesarias para su futuro desempeño como terapeutas eficaces en el tratamiento de sus pacientes. La relevancia de la presente investigación se enfoca en contribuir al desarrollo de nuevos paradigmas teóricos en cuanto a la formación de factores personales del terapeuta chileno frente a la práctica clínica.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los componentes críticos que deben formar parte de un programa para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Diseñar una propuesta de programa integrando los componentes críticos para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica

Objetivos Específicos

- Indagar la perspectiva de supervisores clínicos expertos en distintas corrientes teóricas, en cuanto a qué es y cómo opera el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su etapa de formación académica
- Comparar los aspectos teóricos encontrados durante la revisión bibliográfica con las contribuciones empíricas de los supervisores expertos, a fin de detectar las necesidades formativas en cuanto a la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional
- Adaptar e integrar dentro de una propuesta de programa las estrategias consideradas como los más eficaces para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica

Preguntas directrices

- *¿Qué entienden los supervisores por reconocimiento emocional? ¿Qué entienden los supervisores por regulación emocional? ¿Qué importancia tienen el reconocimiento y la regulación emocional del terapeuta dentro del ámbito psicoterapéutico? ¿Cómo opera el reconocimiento y la regulación emocional dentro de la psicoterapia?*
- *¿Qué necesidades formativas aparecen en la revisión bibliográfica concernientes al reconocimiento y regulación emocional? ¿Qué necesidades formativas detectan los supervisores en sus estudiantes concernientes al reconocimiento y la regulación emocional? ¿Qué instancias dentro de la formación académica de los estudiantes plantean un mayor reto en cuanto al reconocimiento y regulación emocional? ¿Cómo podrían integrarse dichas necesidades dentro de un programa para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes durante sus prácticas clínicas?*
- *¿Qué técnicas o procedimientos son descritos como los más efectivos para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de acuerdo a la revisión bibliográfica? ¿Cómo consideran los supervisores que se estimula el reconocimiento y la regulación emocional del estudiante durante su formación académica? ¿Qué estrategias les han servido a los supervisores para contribuir a la estimulación de dichas capacidades en sus estudiantes? ¿Qué estrategias necesitarían ser adaptadas para que puedan desarrollarse en el ámbito de la práctica clínica de los estudiantes? ¿Un programa para estimular el reconocimiento y regulación emocional debería realizarse idealmente de manera individual o grupal? ¿Por qué? ¿Un programa para estimular un mejor reconocimiento y regulación emocional debería realizarse idealmente de manera supervisada o autónoma? ¿Por qué?*

III. MARCO TEÓRICO

1. TEORÍA DE LAS EMOCIONES

La emoción constituye una parte fundamental de la experiencia de todo ser vivo. Su relevancia es tan trascendental para la vida humana que a lo largo de la historia diversas ciencias tales como la filosofía (Konstan, 2006), la biología (Mlot, 1998), la sociología (Turner, 2009) y la psicología (Gross y Feldman Barrett, 2011) han intentado comprender y proporcionar modelos teóricos que sean capaces de explicar las distintas emociones que experimentamos.

1.1 Modelos explicativos de la emoción

Desde el ámbito de la psicología, el estudio de las emociones apunta a un fenómeno que involucra tanto estados físicos como conductas y sentimientos, los cuales implican la experiencia personal y la relación con un otro (Frijda, 2008). El énfasis que se realice sobre uno u otro aspecto ha conllevado al desarrollo de diversas perspectivas teóricas de la emoción. De acuerdo con Gross y Feldman Barrett (2011), entre los enfoques explicativos principales se encuentran: El modelo de las emociones básicas, el modelo valorativo, el modelo de la construcción psicológica y el modelo de la construcción social.

1.1.1 Modelo de las emociones básicas

Este modelo sostiene la existencia de un número limitado de estados biológicos básicos altamente definidos por su causa, forma y función. La mayoría de perspectivas que apoyan a este modelo aseveran que las emociones básicas son discretas, con un claro componente motivacional adaptativo, causadas por un mecanismo (un circuito neuronal o un programa afectivo) dedicado a producir un bloque coordinado de experiencias, tendencias incipientes de respuesta, conductas expresivas y respuestas autónomas y neuroendocrinas (Gross & Feldman Barrett, 2011; Tracy & Randles, 2011). Por ejemplo, Damasio (1999, 2005) describe la emoción como un proceso determinado biológicamente que se deriva de la historia evolutiva y la experiencia aprendida del sujeto. Este proceso comprende una complicada colección de respuestas químicas y neuronales, formando un patrón cerebral innato y altamente distintivo, como respuesta automática a un estímulo emocionalmente competente (EEC), es decir, un objeto o acontecimiento cuya presencia real o recordada,

desencadena la emoción (Damasio, 1999, 2005). A este respecto, cabe señalar que para que una emoción tengan lugar no existe la necesidad de analizar conscientemente el objeto causativo, ya que es el mismo organismo el que reacciona automáticamente ante el EEC sin que la persona se percate de cómo ocurre este proceso (Damasio, 2005). De acuerdo con Damasio (1999, 2005), estas respuestas ocupan un conjunto bastante restringido de regiones subcorticales, comenzando en el nivel del tallo cerebral y moviéndose hacia el cerebro superior, siendo parte de un entramado de estructuras que regulan y representan estados del cuerpo y el pensamiento, cuyo objetivo último es situar al organismo de manera directa o indirecta en circunstancias propias para la supervivencia y el bienestar, a través de repertorios específicos de acción. Por ejemplo, la reacción innata que provoca un sonido fuerte desencadena diversos cambios fisiológicos que preparan al organismo para pelear o huir, siendo esta la representación clásica de la emoción de temor.

Ideas similares que apoyan el modelo de las emociones básicas también pueden ser encontradas en las investigaciones realizadas por Ekman (1992, 2016), las cuales proveen evidencia consistente en cuanto a que existen al menos cinco emociones consideradas de carácter universal: Ira, miedo, alegría, tristeza y asco. Dichas emociones se encuentran altamente diferenciadas entre sí en cuanto a características tales como su expresión (principalmente facial), fisiología y eventos antecedentes, cumpliendo cada una con una función específica destinada a movilizar al organismo para lidiar rápidamente y de forma adaptativa con tareas fundamentales de vida (Ekman, 1992). Asimismo, Ekman (1992) describe que cada emoción básica, fuera de entenderse como un estado único afectivo, se corresponde más bien con una “familia” de estados relacionados que constituyen un “tema” específico o elemento principal, producto de la evolución y traspasado genéticamente. Por ejemplo, Ekman ilustra de manera interactiva en su página web titulada “Atlas de las emociones” (<http://atlasofemotions.org/#states/anger>) que dentro de la familia “Ira” se pueden encontrar otros estados con diferentes intensidades, tales como “molestia”, “exasperación” o “furia”, las cuales comparten ciertas características configuracionales o patrones musculares faciales bien definidos (Ekman, 1992). Sin embargo, Ekman (1992) también propone que existen ciertas características que son comunes a todas las emociones, las cuales

corresponden a un inicio rápido, corta duración, ocurrencia inesperada, evaluación automática y coherencia entre las respuestas autónomas y expresivas de la emoción.

Por último, en cuanto a la regulación emocional desde el modelo de las emociones básicas, existe una clara diferenciación entre los procesos neuronales que generan la emoción, en contraposición de aquellos que modulan la emoción, ya que de acuerdo con Gross y Feldman Barrett (2011), éstos últimos se referirían a un conjunto de mecanismos que evitarían que la emoción se active o prevendrían que la misma sea expresada una vez que ha sido gatillada, a través de la modulación vía cortical de los circuitos subcorticales relacionados con dicha emoción.

1.1.2 Modelo valorativo

Autores como Moors, Ellsworth, Scherer y Frijda, (2013) exponen que la premisa básica del modelo valorativo sostiene que las emociones son respuestas adaptativas que reflejan una evaluación de la persona en relación a las características del ambiente y las interacciones con éste, las cuales son significativas para el bienestar del organismo. Los episodios emocionales delimitan procesos (en contraposición de estados) continuos y recursivos, que involucran cambios en numerosos subsistemas orgánicos, siendo el más importante el componente evaluativo, ya que éste es el que desencadena y diferencia los diversos episodios emocionales, a través de cambios sincrónicos en los demás componentes: el componente motivacional con tendencias o preparación para la acción; el componente somático con respuestas fisiológicas periféricas; el componente motor con comportamientos expresivos e instrumentales; y el componente sentimental, con la experiencia subjetiva o sentimientos. Los cambios en un componente retroalimentan a los otros componentes, que a su vez pueden llevar a cambios en la valoración del sujeto (Moors, et.al, 2013).

Lazarus (1993) explica que cada emoción surge de una trama o historia diferente como respuesta a un “significado relacional”. Este significado relacional de un encuentro corresponde al sentido de una persona en cuanto a los costos o beneficios dentro de una relación persona-ambiente particular, comprendiendo procesos de carácter cognitivo,

motivacional y relacional. Esto último quiere decir que la emoción se elicitada no solamente por una demanda del ambiente, sino que también por su yuxtaposición con los motivos y creencias de una persona (Lazarus, 1993), dotando a la misma de metas, certeza, potencial de agencia y afrontamiento o control (Moors, et.al, 2013). Por ejemplo, la emoción del enojo tiene como tema relacional central una ofensa degradante contra mí o los míos, que motiva a su vez un deseo de reparar la autoestima herida. Así, cada emoción involucra distintos temas emocionales centrales (Lazarus, 1993).

En cuanto a la regulación emocional desde este modelo, a diferencia de las emociones básicas, éste propone que existen ciertas combinaciones de circuitos cerebrales que se traslapan durante la generación y modulación de la emoción, tanto de carácter cortical como subcortical, que se traducen en cinco claves específicas de regulación emocional (Gross & Feldman Barrett, 2011): 1) *Selección de la situación*: se refiere a la búsqueda o evitación activa de situaciones que puedan causar emociones placenteras o displacenteras; 2) *Modificación de la situación*: se relaciona con la acción directa de cambiar una situación a fin de modificar las reacciones emocionales hacia la misma; 3) *Despliegue emocional*: se refiere al reenfoque atencional dentro de una situación con motivo de cambiar la reacción emocional frente a la misma; 4) *Cambio cognitivo*: se relaciona con cambiar una o más evaluaciones acerca de la situación con el fin de alterar el significado emocional de la misma, al cambiar cómo se piensa con respecto a la situación o con respecto a la propia capacidad para lidiar con una demanda específica; y 5) *Modulación de la respuesta*: se refiere a influenciar las respuestas experienciales, conductuales o fisiológicas luego de que las tendencias de acción emocionales se han iniciado.

1.1.3 Modelo de la construcción psicológica

El modelo de la construcción psicológica postula que las emociones no son estados mentales especiales, con forma, función o causa única, sino que más bien se refieren a una combinación de ingredientes psicológicos básicos que siempre se encuentran en juego en un proceso constructivo de significado continuo, y que no son exclusivos de la emoción, tales como la cognición o la percepción. Sin embargo, esta combinación de elementos es

denominada “emoción” en base al conocimiento adquirido por medio del aprendizaje y el lenguaje (Feldman Barrett, 2011; Gross & Feldman Barrett, 2011). Uno de los ingredientes psicológicos o elementos centrales de este modelo es el “afecto central”, el cual se define como un estado neurobiológico conscientemente accesible para el ser humano, que está compuesto por una mezcla de dos dimensiones polares: la primera que se mueve en rangos que van desde el placer hacia el displacer; y la segunda que se refiere al nivel de arousal del organismo, moviéndose entre los extremos del sueño, y avanzando sucesivamente hacia niveles de mayor alerta o excitación (Russell, 2003). La función general de este sistema de afecto central consiste en integrar la información sensorial que llega desde afuera a través de información homeostática e interoceptiva proveniente del cuerpo, a fin de producir un estado mental que se pueda utilizar para navegar de forma segura el mundo, prediciendo recompensas y amenazas, amigos y enemigos (Feldman Barrett, 2011). Asimismo, se enfatiza que la secuencia de eventos que conforman cualquier episodio emocional no ha sido fijada ni por herencia biológica del pasado evolutivo del ser humano (como postula el modelo de las emociones básicas), ni tampoco por reglas o categorías sociales (como se verá en el modelo de la construcción social), sino que más bien se construye de nuevo cada vez con el objetivo de ajustarse a sus circunstancias específicas (Russell, 2003). Por ejemplo, cuando una persona se siente enojada, el afecto central ha sido categorizado utilizando el conocimiento conceptual que se posee acerca del enojo. Como resultado, la persona experimentará un alto nivel de alerta y sensación de displacer como evidencia de que el otro ha sido ofensivo, y comportándose acorde a ello (Feldman Barrett, 2011).

Acorde con la forma en que se conceptualiza la emoción desde este modelo, la regulación emocional entonces supondría modificar los ingredientes y/o productos emergentes. Por ejemplo, respuestas corporales o cambios en el afecto central (el primer ingrediente asociado con la emoción) podrían ser regulados mediante intervenciones de carácter psicológico, químico o físico (hacer ejercicio, dormir, contacto físico, etc.). Asimismo, la información que se utiliza para que las señales corporales adquieran significado (el segundo ingrediente asociado con la emoción) también puede ser regulada, presumiblemente mediante cambios en los factores de accesibilidad a dicho conocimiento (recuperación deliberada, inhibición

del conocimiento, etc.) o cambios en su contenido (aprender nuevos contenidos conceptuales o reglas que se apliquen a la emoción) (Gross & Feldman Barrett, 2011).

1.1.4 Modelo de la construcción social

Para este modelo, las emociones son concebidas como artefactos sociales o representaciones culturalmente prescritas constituidas por factores socioculturales, y restringidas tanto por los roles de los participantes como por el contexto social (Gross & Feldman Barrett, 2011). De hecho, Boiger y Mesquita (2012) defienden este modelo en base al análisis de tres contextos específicos: Las interacciones momento a momento, las relaciones continuas y en desarrollo, y los contextos socioculturales. En un primer nivel, el despliegue de sentimientos y conductas dependen de la trayectoria momento a momento de una interacción específica. Por ejemplo, en el contexto de un conflicto marital el desarrollo de la ira dependerá de si la otra persona corresponde con la emoción de ira, tristeza o indiferencia. Al mismo tiempo, en un segundo nivel, las emociones en un punto particular en el tiempo son permitidas o limitadas por la historia de la relación, así como de las proyecciones futuras de dónde puede ir la misma. Retomando el ejemplo anterior, el despliegue de la ira en un conflicto marital será diferente dependiendo de la calidad y del futuro esperado de la relación. Por último, existen diferencias en las formas en que las emociones son construidas a través de los contextos socioculturales. Estas diferencias pueden ser entendidas desde diversas normativas y formas habituales de ser e interactuar entre las distintas culturas. Por ejemplo, existen culturas que enfatizan la autonomía del individuo en contraposición de aquellas otras que subrayan la importancia de las relaciones entre las personas. En resumen, la construcción social de la emoción de acuerdo con Boiger y Mesquita (2012) constituye un proceso reiterado y continuo, que se desarrolla dentro de las interacciones y relaciones, derivando su forma y significado de las ideas y prácticas prevalecientes dentro de un contexto sociocultural más amplio. En diferentes momentos, y en diferentes contextos, las emociones resultantes serán diferentes.

Es por ello que para este modelo, la regulación emocional puede ser mejor descrita como una secuencia de episodios transaccionales de emoción dentro de un evento o escena

social, donde la unidad de análisis no se refiere únicamente a la persona, sino que la introduce al interior de un contexto con otros participantes que se influyen mutuamente dentro de los límites sociales (Gross & Feldman Barrett, 2011).

1.1.5 Abordaje de las emociones desde el modelo constructivista cognitivo

Desde la escuela constructivista cognitiva se han ido desarrollado diversos aportes teóricos que posicionan a la emoción como un mecanismo evolutivo importante para la experiencia humana al entrelazarse con los procesos cognitivos. Por ejemplo, Guidano (1987) considera que las emociones constituyen el primer sistema organizado de conocimiento construido a través de las regularidades ambientales, dotando a los seres humanos de una forma de responsividad y comunicación universal. Este autor plantea que para que las emociones puedan volverse más específicas y formen parte de la subjetividad personal, éstas deben establecer conexiones estructurales con las percepciones y las acciones, convirtiéndose en experiencias organizadas complejas que se desarrollan hacia niveles más integrados de coherencia sistémica (Guidano, 1987). A este respecto, autores como Safran y Segal (1996) apoyan esta noción al exponer que es posible integrar lo que se conoce acerca del procesamiento cognitivo de la información, con un enfoque biológico y evolutivo sobre la emoción como una forma de información biológicamente conectada acerca del sí mismo y la interacción con el ambiente. Asimismo, Mahoney (2000) expresa que los procesos emocionales parecen encontrarse a la base del ordenamiento de la experiencia y de la autorregulación corporal, lo cual se evidencia desde las fases más tempranas de la infancia, donde el ser humano desarrolla de manera progresiva una creciente diferenciación de sus propias emociones, así como también se vuelve capaz de manifestarlas a través de patrones expresivos emotivos específicos (Guidano, 1987). En esta misma línea, Greenberg (2012) expone que las emociones son un recurso fundamentalmente adaptativo, donde las respuestas emocionales primarias proporcionan una evaluación del grado en que los objetivos o necesidades personales se han alcanzado en la interacción con el medio ambiente, siendo capaces de reajustar al organismo de manera física, conductual y cognitiva, de acuerdo a los

cambios que se presenten en su entorno, mediante el involucramiento de señales interoceptivas, una tendencia a la acción y un sistema de significado (Greenberg, 2012).

El Modelo Dialéctico Constructivista (Angus & Greenberg, 2011; Greenberg & Pascual-Leone, 2001), define a la emoción como una fuente de información afectiva importante, que al entrelazarse con el proceso narrativo es capaz de dotar a la experiencia de significado. Esto quiere decir que tanto la emoción como la cognición convergen dentro de la historia personal (Angus & Greenberg, 2011), ya que la emoción posee un rol organizador de la experiencia humana y es crucial para la creación de significado personal (Greenberg & Pascual-Leone, 2001), el cual *“representa un procesamiento proactivo: un ordenamiento activo de redes de acontecimientos significativos relacionados, que genera una percepción del mundo capaz de desencadenar patrones recursivos de modulación emocional (“yo”), específicamente reconocibles como el propio sí-mismo (“mi”), unificado y continuo en el tiempo”* (Guidano, 1994, pp.53). En otras palabras, se considera que la emoción forma parte de una dialéctica continua entre dos corrientes principales de consciencia: Por un lado, la conceptualización mediada por la consciencia que provee explicación de la experiencia, y por otro, la experiencia emocional inmediata que proporciona sensaciones sensoriomotrices (Greenberg y Pascual-Leone, 2001). Esta concepción basada en un sistema de doble vía ya había sido descrita por otros autores, como Yañez (2005) quien señala que *“La experiencia humana está siendo vivenciada constantemente a través de dos niveles distintos, simultáneos e interactuantes de procesamiento de la información. Un nivel emocional, inmediato y principalmente inconsciente, y un nivel semántico y analítico principalmente consciente que refiere a la experiencia inmediata, que la reordena en función de mantener la coherencia del sí mismo”* (Yañez, 2005, pp. 61). De igual forma, Guidano (1994) subraya que *“El sentido experimentado del sí-mismo, una vez focalizado y apreciado, está en condiciones de originar un segundo orden de experiencias autorreferidas: las autoexplicaciones, es decir, un reordenamiento de la experiencia inmediata que la hace reconocible y comprensible”* (Guidano, 1994, pp.39), donde la percepción del mundo inmediato se corresponde en buena medida con el propio sistema afectivo-emocional. La emoción se constituiría entonces como un sistema de significado que informa a las personas con respecto a los eventos que le rodean

y su propio bienestar. Asimismo, el significado personal resultaría de la auto organización y explicación de la propia experiencia emocional, en relación a las representaciones que se configuran continuamente en cuanto a sí mismo y al otro, a través de imágenes, acciones y narrativas personales conscientes (Greenberg & Pascual-Leone, 2001).

Con respecto a lo anterior, es importante destacar que mientras el desarrollo ontogénico dota al ser humano de un conjunto universal de emociones básicas, es la experiencia personal de cada individuo la que determina cómo se configurarán estas emociones en estructuras más complejas o esquemas emocionales altamente definidos (Guidano, 1987). Se denominan *esquemas emocionales* a aquellas respuestas emocionales que se constituyen en base a procesos automáticos, atencionales y evaluativos, los cuales funcionan de manera tácita obedeciendo a nuestra memoria de aprendizaje emocional, e interactuando con el pensamiento a fin de crear distintos significados narrativos (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Greenberg, 2012). Los esquemas emocionales pueden ser vistos como una red de información que incluye estímulos emocionales, respuestas somáticas o viscerales y conocimiento interpretativo semántico, los cuales se activan de manera asociativa con elementos representativos que se corresponden con gatilladores emocionales aprendidos durante experiencias pasadas con personas significativas para el individuo, generando un sentido del yo complejo, sintetizado y encarnado, que posteriormente se simboliza de manera consciente, formando una explicación narrativa del sí mismo, del otro y del mundo (Greenberg, 2012). Autores como Guidano (1987) apoyan la noción de los esquemas emocionales al expresar que *“La característica esencial del modelo de esquema emocional es la relevancia dada al mecanismo de memoria analógica que se cree estaría activa durante el procesamiento emocional y compuesto de imágenes construidas por las claves características perceptuales de las situaciones gatilladoras de la emoción y de los patrones viscerales, motores y expresivos que acompañan estas situaciones. Así, los esquemas emocionales son configuraciones estructurales en la representación de la memoria que actúan como un patrón contra el cual se va comparando y haciendo significativo el continuo flujo sensorial en curso”* (Guidano, 1987, pp. 32-33). Un ejemplo de esquema emocional podría presentarse cuando se experimenta una punzada desagradable

en el estómago ante el encuentro inesperado con una persona que nos ha hecho daño en el pasado. El gatillante es novedoso, pero el proceso que lo sigue es totalmente tácito, automático, ocurriendo casi siempre fuera de la propia consciencia, independientemente de que luego pueda ser totalmente articulado, elaborado y narrado conscientemente mediante un proceso reflexivo (Greenberg, 2012). A este respecto, queda claro que las experiencias emocionales “*se van constituyendo como un filtro selectivo tanto de lo que se percibe como de la forma en que se va interpretando y construyendo las teorías sobre uno mismo, el mundo y los otros*” (Vergara, 2011, pp. 31). Esta idea es apoyada por autores como Mahoney (2000) quien considera que la emoción (el sentirse bien, mal o de otra manera) es inseparable del propio sentido del mundo (realidad) y de la posición personal (el sí mismo y la identidad) que uno adopta dentro del mismo. De igual forma, Arciero y Guidano (2000) expresan que el sentirse de una cierta manera dentro de una situación específica equivale a una forma de ser y, al mismo tiempo, una forma en la que el mundo ocurre.

Cabe destacar que estos esquemas se caracterizan por ser modelos extraídos de nuestra propia experiencia, así como nuestra manera de ver, ser y actuar en el mundo, con lo que no se corresponden de manera idéntica con la realidad externa, sino que más bien son una “*grabación de la experiencia subjetivamente vivida*” (Greenberg & Paivio, 2000, p.16). De acuerdo con Greenberg (2012), la mayoría de las experiencias emocionales adultas transitan por este sistema de esquemas emocionales, a fin de anticipar futuros resultados de sus interacciones interpersonales y de esta manera guiar más rápidamente la toma de decisiones, influyendo a menudo en los significados conscientes acerca de lo que sucede en nuestro entorno (Greenberg & Paivio, 2000).

1.1.5.1 Tipología de las emociones

Entre los tipos de emociones que forman parte de dichas configuraciones emocionales, se encuentran las siguientes (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Pascual-Leone, 2001): a) *Emociones adaptativas primarias*: Constituyen las reacciones emocionales fundamentales de carácter más inicial, rápido y directo, ya que generalmente se corresponden con respuestas puras e innatas frente a una situación específica que se presenta en el entorno. Por ejemplo, sentir tristeza ante una pérdida significativa; b) *Emociones primarias desadaptativas*:

También son reacciones directas a las situaciones, con la diferencia de que ya no sirven para afrontar una situación específica de manera constructiva, sino que interfieren con el funcionamiento efectivo del individuo. Estas respuestas han sido generalmente aprendidas en base a experiencias traumáticas pasadas, funcionando como estrategias de supervivencia ante diversas situaciones. Por ejemplo, sentir una emoción de temor excesivo ante un estímulo fóbico aprendido; c) *Emociones secundarias*: Estas emociones generalmente funcionan como reacciones que intentan proteger a la persona de las emociones primarias, siendo secundarias en el tiempo y en la secuencia de procesos emocionales internos. Por ejemplo, sentir enojo secundario ante una emoción de tristeza primaria. Asimismo, es posible sentir emociones secundarias tales como vergüenza ante una emoción de enojo o tristeza; d) *Emociones instrumentales*: Son patrones conductuales de emoción que la persona ha aprendido y que utiliza con el objetivo de alcanzar una meta relacional específica, ya que generan un efecto emocional sobre los demás. Por ejemplo, expresar tristeza al llorar a fin de provocar un sentido de compasión en el otro.

Es importante mencionar que la experimentación constante o reiterada de las emociones anteriores (sobre todo durante el período de la infancia y el desarrollo del apego con los padres) puede conllevar a la formación de un tipo de esquema emocional al cual Guidano (1987) denominó como “tono afectivo”, el cual tiende a volverse prototípico, es decir, ciertas emociones se vuelven tendientes a ser mucho más frecuentes que otras en la experiencia del individuo (Vergara, 2011). Como se mencionó anteriormente, estos esquemas emocionales se entrelazan con la explicación o narrativa que se confiere a la experiencia en curso, dando como resultado la creación y mantención del significado personal.

1.2 Procesos emocionales: El reconocimiento y la regulación emocional

Los modelos explicativos anteriormente expuestos dan cuenta de manera general de dos procesos emocionales relacionados: el reconocimiento (frecuentemente llamado evaluación) y la regulación emocional. Estos procesos han sido investigados por diversos autores, quienes han intentado generar distintos modelos teóricos de cómo ambos mecanismos se engranan mutuamente en la experiencia emocional humana. En este apartado se revisará el modelo de

Salovey y Mayer (1989) desde su conceptualización de *Inteligencia emocional*, y el *Modelo unificado de evaluación y regulación emocional* propuesto por Yih, Uusberg, Taxer y Gross (2018). Por último, se realizará una breve revisión del concepto de *consciencia emocional*, por considerarse un sinónimo de lo que esta investigación entiende por reconocimiento emocional.

1.2.1 Inteligencia emocional: Proceso lineal del reconocimiento y la regulación emocional

Salovey y Mayer (1989) proponen que la inteligencia emocional involucra la habilidad para monitorear las emociones propias y del otro, discriminar entre ellas y utilizar esta información a fin de guiar los propios pensamientos y acciones:

Evaluar y expresar emociones

Este proceso se lleva a cabo dentro de uno mismo y en relación con un otro (Salovey & Mayer, 1989):

Evaluar y expresar emociones en uno mismo: El mecanismo se inicia cuando información cargada de afecto entra al sistema perceptivo. La inteligencia emocional permite una evaluación y expresión adecuada del sentimiento, a través de diversos medios: Por un lado se encuentra el lenguaje o la vía verbal, ya que el hablar claramente acerca de las emociones promueve el aprender acerca de ellas. La otra vía es la no verbal, debido a que mucha de la comunicación emocional ocurre a través de canales no verbales, como por ejemplo las expresiones faciales. Salovey y Mayer (1989) sugieren que la evaluación y expresión de las propias emociones forma parte de la inteligencia emocional debido a que para estos autores, las personas más precisas en percibir y responder a sus propias emociones pueden expresarlas a otros más adecuadamente. A este respecto, Greenberg (2015) señala que la emoción no sólo informa y mueve a la persona, sino que además le ayuda a darle sentido a la experiencia y posteriormente decidir cuál es la mejor forma de expresar dicha emoción, y de comportarse dentro de una situación específica. El saber cómo expresar una emoción que sea coherente con el contexto es una habilidad de la inteligencia emocional altamente compleja que involucra la integración de señales biológicas y culturales. Es por ello que se considera a la expresión emocional como un proceso socialmente mediado, por

lo que la consciencia de la emoción no es sinónimo de una expresión determinada de la misma (Greenberg, 2015).

Evaluar emociones en un otro: Desde un punto de vista evolutivo, es importante que las personas sean capaces de percibir emociones, no solamente en sí mismos sino que también en otros, a fin de asegurar cooperación entre ellos. La evaluación de la expresión emocional de un otro se encuentra fuertemente ligado a la empatía, es decir, la habilidad de comprender los sentimientos del otro y la reexperimentación en uno mismo. De hecho, las perspectivas evolutivas sugieren que la evaluación de las propias emociones y las de los otros se encuentran fuertemente ligadas, a tal punto que una no puede existir sin la otra (Salovey & Mayer, 1989).

Regulación emocional

Para Mayer y Salovey (1995) la regulación emocional involucra modificar la emoción después de que ha sido sentida. Esto quiere decir que desde su comprensión, las emociones se construyen, posteriormente son experimentadas y por último reguladas. Es importante considerar la dimensión de consciencia, debido a que diferencias cualitativas emergen en las respuestas emocionales de acuerdo a la cantidad de atención consciente disponible para cada una de esas reacciones. Respuestas emocionales con mayor creatividad y complejidad surgen cuando existe una atención más prolongada. Estos autores proponen un marco de tres niveles relacionados con la consciencia y la regulación emocional (Mayer & Salovey, 1995): 1) *La regulación inconsciente:* Ocurre fuera de la consciencia por distintas razones: un funcionamiento a nivel neurológico inaccesible a la consciencia, un funcionamiento automatizado y que ya no es atendido por la consciencia, una represión de la emoción que orienta la acción, entre otros; 2) *La regulación a un bajo nivel de consciencia:* Involucra una fugaz consciencia que sólo se atiende periféricamente, la cual no ha sido ensayada y es poco probable que pueda ser recordada; y 3) *La regulación a un alto nivel de consciencia:* Opera a un meta-nivel que involucra una autoobservación extendida, requiere atención, implica pensamientos relacionados con el yo, y a menudo puede ser recordada. En su nivel más sostenido y complejo, tal experiencia consciente tiende a reflejarse sobre sí misma.

Para Greenberg (2015) la regulación emocional se encarga tanto de la regulación de la experiencia emocional como de su expresión hacia los demás. Las personas son capaces de regular sus propios sentimientos a través de diversas acciones, entre las que se encuentran el gestionar las situaciones a las que se exponen, transformar sus respuestas revisando la situación o suprimiendo/intensificando sus emociones. La primera acción se refiere, por ejemplo, a evitar situaciones que puedan provocar cierto tipo de emocionalidades. Por otra parte, las personas también pueden revisar la situación en que se encuentran inmersos, enfatizar diversos aspectos de lo que ocurre, atribuir diferentes motivos para explicar lo sucedido, proyectar diversas consecuencias y de esta manera cambiar el significado de sus sentimientos, a fin de transformar o regular sus propias acciones. Por último, también se puede suprimir una emoción de forma defensiva, como por ejemplo al negar que se está molesto por algo. Esta última acción regulatoria muchas veces puede ser problemática, debido a que el intentar negar algo que verdaderamente está ocurriendo podría privar a la persona de cierta información relevante para la resolución de problemas.

1.2.2 Modelo unificado de evaluación y regulación emocional

Yih y colaboradores (2018) proponen que la generación emocional y la regulación emocional pueden ser vistas como procesos de control cibernético que, basados en el input perceptivo, generan acciones de salida a fin de aproximarse a un estado objetivo. Tales procesos se interconectan con el mundo (M) al percibir algunos aspectos del mismo (P), evaluando dichos aspectos en relación con objetivos valorados (V) e iniciando acciones (A) a fin de traer al mundo más cerca de dichos objetivos. Este bucle MPVA opera de manera reiterada, a fin de habilitar a un individuo a responder de manera adaptativa a los objetivos y entornos cambiantes. Es por ello que la generación emocional puede ser vista como un bucle MPVA que monitorea la situación (M), se centra en estímulos potencialmente significativos (P), los valora (V) e inicia cambios en los sistemas comportamentales, fisiológicos y experienciales (A) a fin de facilitar una respuesta adaptativa ante la situación. Como este mecanismo de generación de emoción se repite, se convierte en parte del proceso que está siendo evaluado.

Mientras tanto, la regulación emocional también puede ser vista como un bucle MPVA que optimiza la respuesta, realizando las mismas funciones con respecto a la emoción misma (M), atendiéndola (P) y evaluando cómo podría ser regulada (V), siendo necesario iniciar finalmente estrategias de regulación (A) que modulan las respuestas emocionales.

Para ambos bucles existen aspectos esenciales relacionados, como por ejemplo la motivación de acción para alcanzar una meta determinada. De hecho, cambios en la evaluación emocional también pueden ser vistos como mecanismos de modulación, por lo que estos autores sostienen una propuesta de sistema paralelo e interactuante, a diferencia del modelo lineal de Salovey y Mayer (1989).

1.2.3 Concepto relacionado: La consciencia emocional

Por último, se revisará brevemente otro concepto relacionado, por considerarse un sinónimo de lo que esta investigación entiende como reconocimiento emocional. La *consciencia emocional* es descrita por Chhatwal y Lane (2016) como la habilidad de un individuo para reconocer y describir emociones en sí mismo y en otros, lo cual conlleva un proceso de desarrollo que refleja variaciones en los estados de diferenciación e integración en el esquema usado para procesar la información emocional, ya sea que ésta venga del mundo exterior, o del mundo interior a través de la introspección.

Este modelo plantea cinco niveles de consciencia emocional que se desarrollan de manera ascendente (Chhatwal & Lane, 2016): 1) *Sensaciones físicas*: La experiencia emocional a este nivel consiste en un arousal físico mediado por sensaciones somáticas y actividad visceromotriz, las cuales son el fundamento de la respuesta emocional; 2) *Tendencias a la acción*: A este respecto, las tendencias de acción se refieren a propensiones como por ejemplo el acercamiento o evitación, las cuales se encuentran asociadas a una valencia emocional de placer o displacer, bueno o malo, agradable o desagradable, etc.; 3) *Emociones individuales*: En este nivel, la persona experimenta la emoción de forma discreta y específica. La descripción de la emoción es frecuentemente unidimensional y estereotipada. Un ejemplo podría ser sentirse enojado, sin mayor diferenciación dentro de esta familia emocional; 4) *Mezclas de emociones*: Este nivel se caracteriza por la capacidad de

experimentar dos emociones que son opuestas o que se diferencian mucho entre sí, como por ejemplo sentirse triste pero al mismo tiempo esperanzado; y 5) *Mezclas de mezclas de la experiencia emocional*: En este nivel el individuo es capaz de apreciar la complejidad de las mezclas de emociones, en cuanto a sus intensidades y cualidades, en patrones potencialmente novedosos.

2. EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA PSICOTERAPIA

En la actualidad existe un creciente reconocimiento del importante papel que desempeñan las emociones en la experiencia humana, como también de la necesidad de abordar dichos procesos emocionales durante las intervenciones clínicas en psicoterapia (Ehrenreich, Fairholme, Buzzella, Ellard & Barlow, 2007). En esta línea, Mahoney (1995) considera que la reevaluación de los procesos emocionales y experienciales de la persona juegan un papel importante para la psicoterapia. De hecho, las terapias cognitivas contemporáneas se caracterizan por ser menos introspectivas e individualistas, tomando en cuenta la historia y atendiendo a la relación emocional entre el terapeuta y su cliente (Mahoney, 1995). Asimismo, autores como Greenberg y Safran (1989) exponen que los procesos emocionales juegan un rol central a fin de comprender y promover ciertos tipos de cambio terapéutico, por lo que se vuelve indispensable para este campo el desarrollo de una perspectiva integradora y empíricamente informada con respecto a la relación entre las emociones y la terapia.

2.1 Las emociones en el espacio intersubjetivo de la psicoterapia

Como se exponía anteriormente, las distintas teorías cognitivas han ido cada vez más integrando aspectos en cuanto a las emociones y a las perspectivas interpersonales dentro del encuentro terapéutico. A este respecto, la Teoría Interpersonal se centra en las negociaciones relacionales subyacentes que ocurren entre dos o más individuos durante una interacción social, las raíces de estas negociaciones en las experiencias cognitivas y emocionales

encubiertas de las personas involucradas, y los efectos posteriores de dichas negociaciones en el modelaje y la intensidad de estas experiencias encubiertas (Wagner, Kiesler & Schmidt, 1995). Asimismo, el Ciclo de Transacción Interpersonal es un modelo que representa la relación funcional entre el comportamiento interpersonal manifiesto de dos o más interactuantes y sus experiencias intrapsíquicas encubiertas. Este modelo establece la noción de causalidad circular en las transacciones sociales, sosteniendo que dentro de cualquier interacción entre dos o más individuos, el comportamiento interpersonal de cada uno se constituye, a su vez y de manera simultánea, tanto en la causa como el efecto del comportamiento del otro (Wagner, et. al., 1995).

Siguiendo con lo anterior, un principio central de la integración entre los enfoques cognitivos e interpersonales establece que “*Las actividades cognitivas, las conductas interpersonales, y los patrones yo-tú interaccionales repetitivos están vinculados y se mantienen uno al otro en un bucle causal ininterrumpido, al cual se hará referencia como el Ciclo Cognitivo Interpersonal*” (Safran, 1984, pp. 342). Este Ciclo Cognitivo Interpersonal se refiere, de acuerdo con Safran (1990), a los *esquemas interpersonales* que se caracterizan por ser representaciones generalizadas de las relaciones yo-otro, las cuales se forman tempranamente en base a las interacciones con figuras representativas de apego, y permiten al individuo predecir escenarios y actuar con el objetivo de mantener sus relaciones con los demás. Dicha estructura esquemática se compone además de metas, planes, estrategias y contingencias de autovalía, las cuales podrían describirse como un guion de reglas de acción interaccional no necesariamente consciente, que mantiene el esquema personal del individuo (nociones sobre lo que es, en lo que se puede convertir, en lo que le gustaría convertirse y en lo que le da miedo convertirse) y sus relaciones con sus otros significativos (Safran, 1990). Estos esquemas interpersonales no son únicamente una fuente de información para la persona, sino que además se conforman de un componente afectivo, el cual activa a su vez una disposición de acción al momento en que ciertas condiciones se presentan para el individuo. Es por ello que los esquemas interpersonales son conceptualizados como esquemas cognitivo-afectivos (Safran, 1990). Lo anterior quiere decir que los seres humanos se sintonizan naturalmente con otras personas a fin de percibir cualquier pista aprendida

dentro de la interacción que demuestre la mantención o la desintegración de la relación interpersonal. Para Safran (1990) la posibilidad de la desintegración de la relación provoca ansiedad en el individuo, por lo cual éste desarrolla varios tipos de operaciones de seguridad, que van desde ignorar la información interpersonal que le provoca esta ansiedad, hasta controlar la situación ansiógena o presentarse a sí mismo de una cierta manera a fin de mantener su autoestima y la relación con el otro. Por último, es importante destacar que esta teoría también reconoce que los intercambios interpersonales se rigen por un principio de complementariedad, donde ciertos comportamientos interpersonales (tanto a niveles verbales como no verbales) tienden, de manera predecible, a provocar otros que lo complementan en una díada comunicativa que define el papel que cada participante juega dentro de la relación, ya que cada uno es definido en relación con el otro. Por ejemplo, una persona extremadamente dominante apuesta por definir la relación de cierta manera, es decir, posicionándose él como dominante y la otra persona como sumisa. Muchas veces, si este comportamiento interpersonal demanda de manera demasiado fuerte un comportamiento complementario, cabe la posibilidad de que se vuelva demasiado difícil para el otro no actuar de acuerdo a ello, y siendo que una buena parte de esta comunicación interpersonal se realiza de manera sutil o no verbal, puede que ambas partes ni siquiera estén conscientes de que una está provocando en la otra el actuar de una manera complementaria (Safran & Segal, 1996). Lo anterior lleva a pensar entonces que este Ciclo Cognitivo Interpersonal se encuentra presente en nuestras interacciones diarias, en las cuales dos individuos con sus propios esquemas interpersonales se engranan mutuamente y de manera simultánea, influyendo y dejándose influir por el otro.

En esta misma línea de pensamiento, Fogel (2001) establece dos premisas importantes: Primero, que la experiencia psicológica siempre implica una conexión o relación con el entorno natural o con un otro, con quien se comparten herramientas culturales o lingüísticas. Segundo, que la experiencia psicológica es siempre dinámica y cambiante, ya que tanto pensamientos como sentimientos fluctúan en un patrón continuo de cambio, siendo este patrón también cambiante a medida que la persona se desarrolla. En base a dichas premisas, Fogel (2001) propone que las personas experimentan cambios en sus relaciones de acuerdo

a los diferentes tipos de emociones que experimentan. Asimismo, estas emociones proporcionan información acerca de sí mismo. Desde dicha perspectiva, la emoción es una forma de descubrir el significado de una relación para el yo y, por lo tanto, la posición del yo en la relación (Fogel, 2001). Pareciera entonces que se está agregando un elemento importante al fenómeno intersubjetivo, siendo la emoción de ambos participantes el eje fundamental que moviliza su interacción.

Si se traslada este enfoque al ámbito terapéutico, es sumamente evidente que la antigua tradición psicológica subestimó por un tiempo la influencia del paciente sobre el terapeuta, ya que de una manera un tanto idealizada se creía que el terapeuta poseía el control total de la situación, colocándose en una posición de experto en cuanto a la relación con su paciente, y manteniéndose absolutamente neutral a lo que sucedía durante el desarrollo de la interacción entre ambas partes (Guimón, 2007). Hoy en día, esta visión ha probado ser totalmente errónea y obsoleta, con lo que se describe a la relación en terapia como aquella que se compone de todos los procesos interpersonales que ocurren entre paciente y terapeuta, tanto en el contexto de la relación real que sucede momento a momento en el aquí y ahora (incluyendo sentimientos de simpatía mutua, sentido de elementos en común, intereses compartidos, entre otros), como en el contexto de las relaciones de transferencia y contratransferencia, donde el paciente y el terapeuta experimentan modelos relacionales que no se corresponden directamente con el momento presente, sino que más bien se conectan con las respectivas historias de vida de cada uno (Dimaggio, Montano, Popolo & Salvatore, 2015). De esta manera, diversos autores han contribuido cada vez más a establecer que *“tanto terapeuta como paciente dan mutuamente forma a la experiencia del y con el otro, con lo cual la idea del psicoterapeuta como observador neutral y desapegado es reemplazada por la concepción de que se está siempre involucrado en el interjuego de comunicaciones afectivas y simbólicas”* (Duarte, 2012, pp. 67). Por ejemplo, un paciente que muestre una expresión facial de confusión o distracción durante la terapia, envía una comunicación de “canal posterior” al terapeuta que habla, a fin de modificar o interrumpir su discurso en atención a la actividad del paciente, con lo que ambos son continuamente afectados por el intercambio de información con el otro (Neimeyer, 2002). Se establece entonces la

importancia como psicoterapeutas de comprender esta dinámica interpersonal que se establece dentro del espacio de la terapia y la influencia que ambas partes ejercen como parte de dicho sistema interactivo.

2.2 Las emociones del terapeuta: Aplicaciones y riesgos dentro de la psicoterapia

Las terapias cognitivas indudablemente han enfatizado cada vez más la importancia de los factores afectivo-relacionales en el desarrollo de la psicoterapia. Sin embargo, poca atención se ha brindado al papel de las emociones, los pensamientos y las reacciones del terapeuta, asumiendo que éste aplicará de manera óptima cualquier intervención que parezca apropiada para su paciente, sin que sus sentimientos personales interfieran de alguna manera (Safran & Segal, 1996). Para Safran y Segal (1996) este vacío teórico da cuenta de la necesidad de tener una perspectiva teórica integrada que por un lado, explique el papel que juegan los sentimientos y reacciones del terapeuta dentro del sistema interpersonal creado con su paciente, y por otro, sea capaz de articular claramente las prescripciones técnicas para usar las reacciones y sentimientos del terapeuta al servicio de la psicoterapia.

De acuerdo con Mahoney (2003) un terapeuta constructivista está consciente de que no puede ser neutral, objetivo, pasivo e inafectado. Asimismo, Gelso & Pérez-Rojas (2017) opinan que la experiencia interior del terapeuta, es decir, lo que éste está sintiendo y pensando en cuanto al paciente y en cuanto a sí mismo en el momento de la interacción, debería ser considerada como un elemento fundamental para el desarrollo de la psicoterapia, ya que no solamente impacta de forma directa en la elección de las técnicas terapéuticas y la forma en que éstas serán empleadas con el paciente, sino que además se relaciona esencialmente con tres importantes áreas dentro del proceso psicoterapéutico: Facilita las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo de una psicoterapia efectiva, monitorea los diferentes estados afectivos admisibles e inadmisibles para el terapeuta y contribuye al manejo de los estados afectivos internos del terapeuta. Otras investigaciones también destacan la relación que tiene la experiencia subjetiva del terapeuta con el establecimiento del rapport (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990) y a la mantención de una adecuada alianza terapéutica con su paciente (Muran, 2002). Por último, autores como Jennings y Skovholt (1999) han estudiado las

emociones del terapeuta y su aplicación a la psicoterapia, encontrando en una de sus investigaciones que existe una tendencia de los terapeutas a velar por el propio bienestar emocional, ya que se considera que ésta área de la persona del terapeuta afecta directamente en la calidad de su trabajo. En base a los argumentos presentados, se revisarán a continuación cada una de las aplicaciones anteriormente señaladas en relación a las emociones del terapeuta en la psicoterapia:

2.2.1 Facilita las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo de la psicoterapia

A este respecto se propone que *“El lugar del terapeuta en la dinámica de la relación con el paciente, es de ser el sujeto responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente”* (Yañez, 2005, pp. 159). Esto parece indicar que el terapeuta proporciona estas condiciones en base a dos referentes: uno de carácter emocional y otro de carácter cognitivo. Centrándonos en el referente emocional se supondría, entre otras cosas, el establecimiento por parte del terapeuta de una sincronía emocional con su paciente, además de una adecuación contextual ambiental e interpersonal para el desarrollo de una psicoterapia efectiva (Yañez, 2005).

En esta misma línea, desde la mirada de Safran y Segal (1996) el terapeuta debería ser genuinamente cálido, empático, abierto y preocupado, dejando de lado el papel de experto absoluto, y esforzándose por buscar una manera segura y profesional de inspirar confianza y de trabajar conjuntamente con su paciente a fin de establecer metas terapéuticas, prioridades y objetivos para cada sesión. Es de esta manera que para Rogers (2007) el terapeuta parece ser responsable de establecer al menos tres condiciones imprescindibles para la psicoterapia: congruencia o integración en la relación terapéutica, consideración positiva e incondicional hacia el cliente y, por último, comprensión empática de su marco de referencia. En base a lo anterior, Gelso y Pérez-Rojas (2017) exponen que estas tres condiciones ofrecidas por el terapeuta corresponden en gran medida con su experiencia interior, por lo cual a continuación se revisará cada una de ellas.

2.2.1.1 Congruencia o integración en la relación terapéutica

Rogers (2007) expresa que esta condición se presenta cuando el terapeuta es, dentro de la relación terapéutica, una persona integrada, congruente y genuina. La congruencia significaría entonces que dentro de la relación terapéutica el terapeuta se encuentra consciente de sus sentimientos, dándose la oportunidad de ser genuino, sin esconderse detrás de una fachada profesional (Gelso & Pérez-Rojas, 2017). Para Lietaer (1993) la congruencia consta de dos lados correspondientes a un lado interno y un lado externo: El lado interno se refiere al grado en que el terapeuta se encuentra consciente o es receptivo a todos los aspectos de su propio flujo de experiencia. Este lado es llamado congruencia, ya que se refiere a la consistencia entre la experiencia total y la consciencia. Por otra parte, el lado exterior se relaciona con la comunicación explícita por parte del terapeuta de sus percepciones conscientes, actitudes y sentimientos, a cuyo aspecto se le denominará transparencia (Lietaer, 1993). Es importante señalar que para Rogers (2007) la congruencia no implica necesariamente que el terapeuta declare estos sentimientos al paciente, sino que se orienta a no engañar al cliente ni a sí mismo dentro de la interacción. Sin embargo, para Safran y Segal (1996) la metacomunicación del terapeuta acerca de la relación terapéutica juega un papel central en la facilitación de los procesos de desconfirmación experiencial y descentramiento por parte del paciente. Esta práctica terapéutica se desarrollará a profundidad más adelante en este estudio.

2.2.1.2 Consideración positiva e incondicional hacia el cliente

La consideración positiva e incondicional hacia el cliente para Rogers (2007) significa que el terapeuta experimenta una cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente. Sin embargo, esto no quiere decir que el terapeuta apruebe absolutamente todo lo que el paciente realiza, sino que se refiere a la aceptación del paciente como persona en toda su complejidad (Gelso & Pérez-Rojas, 2017). Safran y Segal (1996) opinan que si los pacientes se sienten aceptados por el terapeuta, éstos pueden comenzar a reconocer disposiciones de acción y a explorar experiencias internas que pueden no haber sido procesadas previamente. Estos autores señalan que siempre que un paciente entra en contacto con este tipo de sentimientos, la reacción percibida del terapeuta será crítica para determinar si la experiencia será terapéutica. Es por ello que para Gelso y Pérez-Rojas (2017) esta condición es

considerada como un principio que los terapeutas deben esforzarse por lograr, en cuanto a cuidar al otro y aceptar quién es.

2.2.1.3 Comprensión empática del marco de referencia del cliente

Rogers (2007) se refiere a esta condición cuando un terapeuta experimenta una comprensión empática y precisa de la consciencia del cliente en relación a su propia experiencia. Desde la perspectiva cognitiva, se entiende que la relación empática es necesaria para establecer el tipo de relación colaborativa a fin de que las distintas intervenciones funcionen de manera adecuada (Safran & Segal, 1996). De hecho, esta escuela subraya que *“La verdadera empatía hace más que proporcionar la condición previa necesaria para una intervención cognitivo afectiva. En y desde sí misma, puede ser uno de los medios más poderosos para desafiar los esquemas interpersonales disfuncionales del paciente”* (Safran & Segal, 1996, pp. 189). Autores como Bohart, Elliott, Greenberg y Watson (2002) han estudiado la estrecha relación que sostiene la empatía con los resultados positivos en psicoterapia, encontrando durante el desarrollo de su meta-análisis que los terapeutas verdaderamente empáticos no se limitan a repetir las palabras de sus clientes o a reflejarles el contenido de lo que han expresado. En su lugar, entienden sus objetivos generales, así como sus experiencias momento a momento, tanto explícitas como implícitas. Asimismo, para Gelso y Pérez-Rojas (2017) la comprensión empática implica la participación del terapeuta, sintiendo lo que el paciente siente hasta cierto punto y buscando captar su experiencia, pero sin dejar de mantener un sentido de sí mismo. Safran y Segal (1996) manifiestan que la empatía involucra un proceso de inmersión del terapeuta en el mundo interno del paciente, a fin de articular la experiencia tácita. Debido a que la cognición y el afecto son inseparables, la empatía es simultáneamente un proceso cognitivo y afectivo, en el cual el terapeuta no sólo debe entender la experiencia interna de su paciente, sino que además debe sentir los sutiles matices de dicha experiencia, aun cuando el paciente no sea capaz de articularlas por sí mismo. La empatía, entonces, implica un proceso de sintonización afectiva (Safran & Segal, 1996) o sincronía emocional (Yañez, 2005).

Queda claro entonces que las emociones del terapeuta participan y se encuentran íntimamente relacionadas con las distintas condiciones mínimas necesarias para el desarrollo

de la psicoterapia: *“La congruencia es un correlativo de la aceptación: No puede haber apertura a la experiencia del cliente si no existe una apertura a la propia experiencia. Y sin apertura tampoco puede haber empatía”* (Lietaer, 1993, pp. 23). Es por ello que autores como Barrett-Lennard (1962) posicionan a la congruencia del terapeuta como la condición con mayor grado de importancia, ya que la misma parece conllevar implicaciones directas para el establecimiento y la mantención de las otras dos condiciones ya mencionadas anteriormente.

2.2.2 Monitorea los estados afectivos admisibles e inadmisibles para el terapeuta

Los terapeutas experimentan una amalgama de sentimientos cientos de veces al día, lo que puede llegar a ser un proceso caótico y complejo para su trabajo diario (Najavits, 2000). Gelso y Pérez-Rojas (2017) definen a los estados inadmisibles como aquellas experiencias interiores del terapeuta que tienden a ser negadas, reprimidas o repudiadas, por considerarse indeseables, incómodas, vergonzosas o incongruentes con lo que típicamente es considerado como útil dentro del espacio y la relación terapéutica con su paciente. Desde el psicoanálisis, estas respuestas personales del terapeuta hacia su paciente se denominan con el término de contratransferencia (Wolf, Goldfried & Muran, 2013). Sin embargo, aun cuando en el pasado la contratransferencia era percibida como un aspecto negativo dentro de la terapia, en la actualidad esta connotación ha cambiado, reconociéndose su naturaleza de doble filo, tanto dañino para el tratamiento cuando las emociones que se presentan son demasiado intensas, como útil para el mismo cuando se utilizan como una guía para develar y comprender mejor el mundo interno del paciente (Najavits, 2000). De hecho, Kiesler (2001) sistematiza varios consensos a los que se ha llegado a través de las diversas escuelas terapéuticas en relación con este tema: 1) La imagen analítica del terapeuta como una “pantalla en blanco”, el cual mantiene neutralidad y anonimidad no es un concepto viable; 2) El cliente inevitablemente intentará transformar al terapeuta en un objeto de transferencia; 3) La contratransferencia es transaccional, es decir, involucra contribuciones de ambas partes (paciente y terapeuta); 4) Durante la contratransferencia, los comportamientos del paciente a lo largo de la sesión (muchos no verbales) evocan experiencias recíprocas por parte del terapeuta; 5) El verdadero

debate no es si el terapeuta experimenta o demuestra emociones hacia su paciente, sino más bien, si estas emociones son dañinas o útiles; 6) La revelación de las emociones del terapeuta a su paciente puede ser altamente útil en ayudar al cliente a confrontar y cambiar sus comportamientos problemáticos; 7) Existen dos tipos de contratransferencia importantes de diferenciar: La contratransferencia subjetiva (reacciones defensivas e irracionales, así como emociones que el terapeuta experimenta que representan efectos residuales de sus propios conflictos y ansiedades no resueltos) y la contratransferencia objetiva (sentimientos, actitudes y reacciones comprimidas por parte del terapeuta que son evocadas primariamente por el comportamiento inadaptado del paciente, y que son generalizables a otros terapeutas y otros significativos de la vida del paciente).

En apoyo a lo expuesto anteriormente, Holmqvist y Armelius (1996) sugieren que existen tres fuentes que contribuyen a los sentimientos que el terapeuta experimenta hacia sus pacientes: Una fuente corresponde al estilo personal de sentir del terapeuta, es decir, sus patrones estructurados de reacción emocional hacia los demás. A esta primera fuente se le denomina estilo personal del terapeuta (contratransferencia personal). Una segunda fuente se relaciona con los esfuerzos del paciente de evocar ciertos sentimientos en el terapeuta, de acuerdo a un patrón interpersonal previamente establecido por éste en base a sus relaciones anteriores, el cual será repetido en la relación terapéutica. Los autores llaman a esta fuente los sentimientos recíprocos (contratransferencia recíproca). Y una tercera fuente donde se presentan sentimientos recurrentes por parte del terapeuta que no se corresponden ni con el patrón típico del terapeuta y tampoco con el patrón evocador característico del paciente. A esta última fuente se le denomina como la interacción emocional única entre terapeuta y paciente (Holmqvist & Armelius, 1996), haciendo referencia a la infinitud de distintas interacciones en las que nos involucramos a lo largo de nuestra vida y a cómo respondemos de manera diferente y única a cada una de ellas. Estas tres fuentes fueron puestas a prueba durante una investigación empírica longitudinal en la cual se estudiaron las reacciones contratransferenciales de equipos terapéuticos hacia sus pacientes mayormente diagnosticados con esquizofrenia, encontrándose que efectivamente todas las fuentes influyen de manera significativa en la varianza de la contratransferencia de los terapeutas. Dicho estudio encontró además que los sentimientos de ayuda por parte del terapeuta se

encuentran fuertemente influenciados por la contratransferencia recíproca con su paciente, o lo que éste último evoca generalmente en las personas de su entorno. Sin embargo, sentimientos relacionados con cercanía, se encuentran más ligados al estilo personal de sentir del terapeuta (Holmqvist & Armelius, 1996). Asimismo, estudios posteriores realizados por Holmqvist (2001) sugieren que los estilos de sentir individuales del terapeuta son bastante estables y consistentes, con lo que independientemente del paciente al que se atendiera, en gran medida era posible predecir correctamente cómo reaccionaría emocionalmente un terapeuta específico.

En esta misma línea, autores como Najavits et. al. (1995) realizaron un estudio relacionado con las emociones a las que eran propensos los terapeutas que trabajan con pacientes adictos a sustancias, encontrando los siguientes cuatro factores distintivos: Reacciones emocionales de conflicto con uno mismo sobre el grado en que uno está realizando la terapia adecuadamente (Por ejemplo, sintiendo confusión y estrés, y dudando de la propia competencia); Reacciones emocionales de conflicto con el paciente (Por ejemplo, sentirse manipulado o experimentar una lucha de poder) y Reacciones emocionales con enfoque en satisfacer las propias necesidades personales (Por ejemplo, en relación a la propia gratificación financiera, sexual o intelectual). Estos tres factores parecen representar luchas emocionales negativas por parte del terapeuta. No obstante, es interesante recalcar que el último factor contenía sólo elementos positivos, como por ejemplo sentimientos de empatía, tolerancia y afecto hacia el paciente (Najavits, et al., 1995).

Los terapeutas constructivistas cognitivos tampoco son inmunes a reaccionar emocionalmente de manera negativa frente a sus pacientes. Es a este punto que se vuelve nuevamente relevante lo que se exponía anteriormente en relación al Ciclo Cognitivo Interpersonal, en donde tanto terapeuta como paciente se influyen mutua y simultáneamente. De hecho, es altamente común que dentro del espacio de la psicoterapia el terapeuta se encuentre con Ciclos Cognitivos Interpersonales Disfuncionales, como por ejemplo, un individuo que consistentemente responde de una manera mal adaptada, debido a sus expectativas negativas acerca del comportamiento interpersonal de los otros, sin lograr darse cuenta de su participación dentro de dicho proceso relacional y cómo influye negativamente

en la evocación de respuestas complementarias por parte de los demás (Safran & Segal, 1996). De acuerdo con Safran y Segal (1996) estas personas poseen un esquema interpersonal extremadamente estrecho, rígido y estereotipado, tendiendo a rechazar gran parte de su experiencia interna (emociones y disposiciones de acción), y manteniendo un sentido restrictivo de cómo deben ser para mantener sus relaciones con los otros. Si el terapeuta no es capaz de desengancharse adecuadamente de este Ciclo Cognitivo Interpersonal Disfuncional, corre el riesgo de que su paciente evoque en él un comportamiento complementario sin darse cuenta, perpetuando y convirtiéndose de esta manera en otra persona que confirma el esquema interpersonal disfuncional de este individuo (Safran & Segal, 1996). Un terapeuta enganchado entonces podría experimentar estados afectivos inadmisibles, tales como ira, frustración, necesidad de cuidar excesivamente del otro o de ser totalmente responsable de él, entre otros que han sido descritos anteriormente, debiendo estar completamente atento a este tipo de reacciones a fin de buscar la manera más adecuada de poder desengancharse de dicha interacción, y así ser capaz de volver a actuar de manera terapéutica con su paciente. A fin de lograr lo anterior, Safran y Segal (1996) señalan que el terapeuta debe funcionar como un observador participante en psicoterapia, es decir, permitirse a sí mismo sentir la demanda interpersonal por parte del paciente y observar la interacción en la que uno mismo está participando con él. Se profundizará un poco más acerca de este papel del terapeuta en la siguiente sección.

2.2.3 Contribuye al manejo de los estados afectivos internos del terapeuta

Las reacciones emocionales del terapeuta son un aspecto interpersonal que no puede ser evitado durante la psicoterapia. Algunos terapeutas consideran a las reacciones emocionales como un estorbo, otros lo ven como un problema personal, y otros eligen utilizarlos para reflexionar acerca del paciente y la situación terapéutica (Holmqvist, 2001). Safran y Segal (1996) señalan que no se debe asumir que los terapeutas aprenden a lidiar con los aspectos afectivo-relacionales, más específicamente los Ciclos Cognitivos Interpersonales Disfuncionales, durante sus respectivas supervisiones clínicas. Es por ello que no solamente es necesario especificar las sutilezas dentro de una relación interpersonal, sino que además

se debe desarrollar un modelo teórico integrativo que clarifique la interacción entre los distintos factores específicos e inespecíficos dentro de la psicoterapia, facilitando el proceso de intervención para el terapeuta. De acuerdo con Safran (1984) los terapeutas cognitivos eficaces son sensibles a las conductas no verbales de sus clientes. Este autor argumenta que es importante para el terapeuta adquirir habilidades para monitorear sus propios sentimientos y reacciones, ya que éstas proporcionan pistas importantes sobre la naturaleza de la relación con el cliente en cualquier momento dado, ayudando al terapeuta a generar hipótesis sobre lo que está experimentando el cliente (Safran, 1984). Cuando existe un comportamiento problemático por parte del paciente dentro de la sesión terapéutica, los terapeutas pueden utilizar sus propios sentimientos y reacciones hacia el paciente como una manera de identificar, evaluar y señalarle al mismo sus aportes en la interacción y cómo éstos afectan sus relaciones interpersonales (Safran & Segal, 1996).

Lo anterior quiere decir que, por ejemplo, en caso de que el terapeuta experimente enojo hacia su paciente, no se trata de simplemente “suprimir” la emoción que le es inadmisibles, sino que por el contrario éste debe ser lo suficientemente hábil como para poder interpretar dicho estado interpersonal, y utilizarlo de manera terapéutica a fin de ayudar a su paciente. De hecho, en un estudio realizado por Dalenberg (2004) en el cual se entrevistó a 132 pacientes que habían finalizado su terapia de trauma, encontró que durante situaciones en las que el paciente había mostrado enojo hacia un terapeuta que suprimía exitosamente cualquier atisbo de expresión complementaria de ira, el cliente se sentía menos satisfecho, ya que interpretaba esta falta de reacción por parte del terapeuta como una falta de interés, puesto que *“la ira de un otro valorado debe importar”* (Dalenberg, 2004, pp. 442), por lo que la autora consideró esta inexpresividad por parte del terapeuta como la más dañina para el tratamiento. Asimismo, este estudio encontró un patrón en que los terapeutas que generalmente no mostraban ningún tipo de reacción emocional frente a sus pacientes eran, al mismo tiempo, los que tenían mayor probabilidad de demostrar una revelación hostil en el futuro, como forma de detener cualquier otro arranque de enojo por parte del paciente (Dalenberg, 2004). Por último, para Dalenberg (2004) un terapeuta exitoso es aquel que es capaz de reconocer que la ira y la relación pueden co-ocurrir, tolerando el enojo dentro de

una relación sin ninguna terminación amenazadora o sintiendo intolerable ansiedad, sino que aceptando el enojo por parte del otro y apropiándose al mismo tiempo de la propia reacción de ira contratransferencial. Esta autora definió este concepto como “enojo en conexión” (Dalenberg, 2004). En base a lo anterior, se deduce nuevamente que el terapeuta no es ni debe mostrarse siempre frente a su paciente como una “pantalla en blanco o neutra”, sino que por el contrario, debe utilizar la emoción que el paciente le elicitó como herramienta para contribuir al proceso terapéutico.

Desde la perspectiva constructivista cognitiva, Yañez (2005) aborda los aspectos anteriormente planteados mediante el uso de la metacomunicación, como una técnica procedural que hace referencia a las transacciones interpersonales que ocurren en el aquí y ahora de la relación terapéutica, así como sus efectos en sus distintos participantes. Este autor enumera una serie de operaciones que el terapeuta debe llevar a cabo a fin de lograr una metacomunicación exitosa: “(a) reconocer las evidencias de la circulación, entre terapeuta y paciente, de un marcador interpersonal que revele los procesos internos del paciente; (b) abstenerse de participar de la interacción disfuncional que demanda el paciente, puesto que de esta manera, se podría confirmar su ciclo cognitivo disfuncional; (c) contener, a través de la neutralidad, la recepción de contenidos que fluyen del paciente, en términos de ideologías provocadoras o emociones negativas; (d) enganchar para reconocer la magnitud del impacto emocional y cognitivo, y la tendencia a la acción concordante con éste; (e) desenganchar, que implica la abstención de la respuesta natural, haciendo una opción por una propuesta terapéutica que se señalará en las distintas fases que se describen más adelante; y finalmente, (f) intervenir especialmente a nivel de las intervenciones de disociación e interpretación para facilitar la integración de contenidos reelaborados en la metacomunicación” (Yañez, 2005, pp.126). Como se logra apreciar, el terapeuta conlleva la responsabilidad de realizar las acciones anteriormente descritas, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas con los estados emocionales que se encuentre experimentando en ese momento dado. Lo anterior parece un proceso ordenado y sencillo, pero en la realidad demanda una desarrollada capacidad por parte del terapeuta para atender al Ciclo Cognitivo Interpersonal Disfuncional del paciente sin quedarse enganchado en el mismo: “*Incluso el*

intento más genuino de hacer sentido de nuestra experiencia, de ver cómo se relaciona aún de manera tangencial a la dinámica específica de un cliente específico, puede ser desafiante” (Wolf, et. al., 2013, pp. 276).

A partir de lo señalado anteriormente, es posible relevar la importancia de las emociones del terapeuta y lo demandante en cuanto a su regulación para que puedan utilizarse de manera terapéutica en el proceso con su paciente. Siguiendo con la idea anterior, autores como Wolf, et. al. (2013) establecen lineamientos clínicos específicos para lidiar con las reacciones negativas o respuestas inadmisibles que pueda experimentar el terapeuta hacia su paciente, los cuales se pueden sintetizar en los siguientes tres puntos principales: *“Primero, necesitamos permanecer autoconscientes de nuestras reacciones momento-a-momento hacia nuestros clientes. Segundo, necesitamos regular y contener la expresión de las emociones frecuentemente poderosas que podemos experimentar cuando trabajamos con clientes difíciles. En tercer y último lugar, la transformación de ira y frustración en empatía y compasión requiere que replanteemos la forma en la que pensamos acerca de nuestros clientes”* (Wolf, et. al., 2013, pp. 275). Estos lineamientos coinciden estrechamente con lo expuesto por Safran y Segal (1996) en relación a que el terapeuta debe de ser capaz de funcionar como un participante-observador dentro de la psicoterapia: *“Primero, para generar hipótesis terapéuticas, uno debe ser capaz de atender los propios sentimientos y tendencias de acción mientras se participa en la interacción con el paciente. Segundo, uno debe encontrar alguna manera de desengancharse de esta interacción para evitar perpetuar el ciclo interpersonal disfuncional”* (Safran & Segal, 1996, pp. 80). Este proceso de enganche y desenganche por parte del terapeuta estipula que, durante el enganche, el terapeuta es demandado a responder de manera complementaria al ciclo cognitivo interpersonal del paciente al experimentar un reducido número de tendencias de acción con las cuales podría reaccionar hacia él, manteniéndose en una posición de apoyo y poco amenazante para el otro. Posteriormente, en la etapa de desenganche, el trabajo terapéutico se enfoca primariamente en notar, atender, e intentar etiquetar lo que sea que está siendo demandado por parte del paciente. A este punto, una pista importante son aquellas demandas interpersonales repetitivas que el terapeuta experimenta como tendencias de acción hacia el cliente, donde la

desconexión se lleva a cabo mediante la interrupción de las respuestas complementarias y hablando directamente con el paciente acerca de la interacción, haciendo referencia específica al marcador interpersonal que éste emplea y la respuesta que la misma evoca por parte del terapeuta, y posiblemente, sus otros significativos dentro de sus demás relaciones interpersonales (Safran & Segal, 1996).

A este respecto, se observa entonces que tanto para Yañez (2005) como para Wolf, et. al. (2013) y Safran y Segal (1996), el punto de partida consiste en establecer que el terapeuta debe ser capaz de darse cuenta o de reconocer las emociones que está experimentando hacia su paciente momento a momento en la terapia, a fin de regularse a sí mismo y utilizar dicha herramienta a favor de las intervenciones terapéuticas con el cliente.

2.2.4 Beneficia el establecimiento de rapport y la mantención de la alianza terapéutica

El rapport es definido por Tickle-Degnen y Rosenthal (1992) como un fenómeno complejo, en el que el terapeuta y el cliente experimentan un involucramiento intenso, mutuo respeto y calidez, además de sentir que ambos se responden de manera eficiente y precisa entre sí, a partir de una comprensión implícita de los sentimientos y expectativas que ocurren entre ambos. Esta experiencia se expresa claramente cuando se dice que ambos han hecho “click” entre sí, o sintieron una buena interacción debido a la “química” común (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990). Sin embargo, una experiencia de alto rapport más bien tiene que ver con tres componentes específicos que se presentan durante la interacción y son percibidos mediante comunicaciones tanto verbales como no verbales: atención mutua, positividad y coordinación entre los participantes (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990, 1992). Al inicio de una interacción con alguien desconocido, generalmente el trato se muestra prudente y cortés, delineado principalmente por las reglas y expectativas sociales. Si las interacciones se extienden con esa misma persona a más de un solo encuentro, se esperarían un progresivo cambio a un sentimiento de mayor comodidad con el otro, volviéndose ambos más predecibles para su interlocutor, y adaptándose mutuamente (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990). Nuevamente, las emociones, reacciones y tendencias de acción del terapeuta, no solamente desde lo que experimenta, sino que además desde cómo lo expresa y lo regula, se

encuentran íntimamente ligadas con un aspecto importante de la terapia que es el lograr establecer ese importante sentimiento de conexión con el paciente. Para Tickle-Degnen y Rosenthal (1992), el rapport se verá facilitado por una comunicación clara de sentimientos de compenetración hacia el otro por parte del terapeuta. Esto quiere decir que el terapeuta debe estar atento a cómo se siente y lo que experimenta durante las interacciones con su paciente. Si luego de un tiempo le es imposible lograr conectarse y establecer un buen rapport con su cliente, lo más probable es que exista la necesidad de tener que metacomunicarlo durante la terapia, trabajarlo, explorarlo durante la supervisión y, como último recurso si continúa siendo difícil, realizar una derivación con otro colega.

En estrecha relación con el rapport se encuentra asociada la alianza terapéutica, la cual es definida por Bordin (1983) como una colaboración entre el terapeuta y el paciente que busca el cambio. Más tarde, este concepto se refinará, asumiendo que la alianza terapéutica *“producirá una negociación continua entre el terapeuta y el paciente tanto en el ámbito consciente como inconsciente sobre las tareas y objetivos de la terapia y que este proceso de negociación establecerá las condiciones necesarias para que se produzca el cambio y será, al mismo tiempo, una parte intrínseca del proceso de cambio”* (Bordin, 1979, citado en Safran & Muran, 2005, pp. 42). De acuerdo con Muran (2002), cada vez más un creciente número de investigaciones ha comenzado a dar cuenta de las contribuciones del terapeuta en cuanto a la naturaleza y la calidad de la relación terapéutica con el paciente. Sin embargo, poco se ha estudiado con respecto a la experiencia subjetiva a nivel emocional del terapeuta dentro de la sesión, por lo que existe escasa información práctica y empíricamente comprobada a este respecto sobre lo que ocurre, por ejemplo, durante una ruptura de la alianza terapéutica, exponiéndose generalmente lo que se prescribe como recomendable a hacer por parte del terapeuta, pero sin ningún estudio a profundidad que logre dar cuenta de lo que en realidad le ocurre internamente y cómo reacciona hacia su paciente frente a este tipo de impasse (Muran, 2002). Se sabe que para reparar una ruptura de la alianza o para metacomunicarse adecuadamente con el paciente, se realiza un cambio interno que va desde un estado personal cerrado o fijado, a uno más fluido y abierto, o que de estar totalmente inmerso en una posición defensiva frente al otro, el terapeuta cambia a una posición

significativamente menos reactiva. No obstante, poco esfuerzo se ha realizado para entender mejor este cambio interno crítico en el terapeuta y la manera en que se lleva a cabo, por lo que estudios que conlleven a una mejor comprensión de la subjetividad del terapeuta durante una ruptura de la alianza terapéutica son necesarios, y deberían contribuir a facilitar el proceso de intervención (Muran, 2002). A este respecto, un estudio piloto realizado por De Stefano, D'iuso, Blake, Fitzpatrick, Drapeau y Chamodraka (2007) encontró que uno de los temas importantes que experimentan los estudiantes de psicología durante un impasse terapéutico se relacionaba con el “*no saber qué hacer y/o no hacer lo que ellos saben*” (De Stefano, et. al., 2007, pp. 45), donde el terapeuta se enfrentaba ante la incertidumbre del caso, lo que a su vez le producía dudas y confusión, inmovilizándolo para actuar. Este sentimiento de no saber desencadenaba en el estudiante diferentes emociones negativas y dudas con respecto a su experiencia terapéutica, que complicaban aún más la experiencia de impasse, llevando a una percepción mayor de deterioro de la sesión. Estas rupturas típicamente se asocian además con sentimientos de fracaso por parte del estudiante, experimentando además un sentido de desconexión con el cliente (De Stefano, et. al., 2007). Resultados como los anteriormente descritos enfatizan la importancia de conocer la experiencia emocional del terapeuta durante una ruptura con su paciente, a fin de identificar las dificultades ante las que se enfrenta y ayudarlo a que las confronte más adecuadamente.

2.2.5 Previene el burnout y contribuye a la salud mental general del terapeuta

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) definen el burnout como una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos relacionados con el trabajo, la cual se caracteriza por sentimientos de agotamiento, cinismo e ineficacia. Estos autores exponen que dentro de trabajos relacionados con las ciencias sociales y humanas (tales como medicina, psicología, trabajo social, educación, etc.) las demandas emocionales implicadas pueden agotar la capacidad del trabajador de mantenerse involucrado y responsivo a las necesidades de las personas que acceden a dichos servicios. Esto conlleva a la despersonalización, que es un intento por distanciarse a uno mismo de los demás, ignorando activamente las cualidades que los vuelven únicos y que captan el interés de quien los atiende, ya que sus demandas se

consideran más manejables cuando corresponden a objetos impersonales del trabajo. Asimismo, en trabajos relacionados con otras áreas, esto se expresa mediante un distanciamiento cognitivo, paralelo a un desarrollo de indiferencia o actitud cínica, cuando el trabajador se siente exhausto o desalentado. Por último, un excesivo agotamiento y/o despersonalización interfiere con el sentido propio de eficacia, lo cual se traduce a un sentimiento de reducido logro personal (Maslach, et. al, 2001). En base a lo anterior, Maslach, et. al. (2001) advierten que las consecuencias de este fenómeno se relacionan con el desempeño laboral, ya que se asocia con el ausentismo e incluso retiro del trabajo. Para las personas que continúan en sus labores, el agotamiento conduce a una menor productividad, a la vez de una baja satisfacción laboral y compromiso reducido con el puesto de trabajo y la organización. Una persona que experimenta burnout puede llegar a afectar negativamente el ambiente laboral, al mismo tiempo que no se restringe únicamente a esta esfera de la vivencia del individuo, sino que además puede llegar a afectar hasta su vida personal. Por otra parte, otro efecto importante del burnout se aprecia en la salud del trabajador, ya que el estrés crónico y el agotamiento se asocian con varias formas de abuso de sustancias, ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros problemas relacionados con la salud física y mental de la persona (Maslach, et. al, 2001).

Dentro del ámbito psicoterapéutico, el mantenerse enfocado durante largos períodos de tiempo, experimentar experiencias negativas con clientes difíciles, entre otros aspectos que ocurren frecuentemente en el trato con el paciente, son factores de riesgo que pueden provocar burnout, por lo que el autocuidado es un prerequisite indispensable para practicar la psicoterapia (Wolf, et. al., 2013). Para Lum (2002) si los terapeutas esperan promover el bienestar de sus pacientes, entonces ellos mismos deben mantenerse activamente en la búsqueda de una buena salud y calidad de vida propia. Sin embargo, cuando el terapeuta se encuentra demasiado acostumbrado a cuidar de los demás, muchas veces puede descuidar la atención en cuanto a sus propias necesidades personales (Lum, 2002). De hecho, un aspecto relevante a destacar son las actitudes, creencias y suposiciones del terapeuta con respecto a sí mismo, al cliente o a la terapia, las cuales podrían impactar directamente su desempeño. Por ejemplo, la percepción de total responsabilidad del terapeuta sobre los progresos del

paciente, muchas veces puede llevar a sentimientos de irritación, sentido de fracaso y burnout (Bennett-Levy & Thwaites, 2007). Algunos problemas actitudinales del terapeuta pueden presentarse más fácilmente frente a ciertos grupos de clientes, como por ejemplo dificultad para trabajar con pacientes hostiles, perpetradores de abuso sexual (Bennett-Levy & Thwaites, 2007) o diagnosticados con patologías complejas tales como trastornos de personalidad (Alves de Oliveira & Vandenberghe, 2009), pacientes adictos a sustancias (Najavits, et al., 1995) entre otros. De igual manera, elementos particulares del proceso de psicoterapia, tales como la creencia de que se debe estar todo el tiempo disponible (Bennett-Levy & Thwaites, 2007) o que se debe siempre complacer a los pacientes (Lum, 2002) son otros aspectos que podrían provocar problemas al terapeuta. Para afrontar estas dificultades, Swales y Heard (2007) manifiestan que los terapeutas deben ser capaces de observar y monitorear sus propios límites personales, en relación tanto a la estructura del trabajo (número de clientes, frecuencia de sesiones, etc.) como en términos del contenido del mismo (por ejemplo, identificar comportamientos que traspasen sus límites y puedan llevar al burnout). Por último, Jennings y Skovholt (1999) realizaron una investigación en relación a las características que poseen en común los terapeutas expertos, encontrando que éstos poseen una tendencia a cuidar y estar alertas de su propio bienestar emocional a través de diversas prácticas, tales como asistir a su propio proceso terapéutico o fomentar el autocuidado personal en su vida diaria mediante la realización de ejercicio físico o la práctica de la propia espiritualidad. Para estos autores, es importante que los terapeutas tengan consciencia que el mantener su propio bienestar emocional es un proceso permanente, el cual implica la realización de acciones que puedan adaptarse sin problemas a sus intereses y rutina particular, con el fin no sólo de cuidar de sí mismos, sino que al mismo tiempo de servir como un ejemplo de bienestar para los demás (Jennings & Skovholt, 1999).

3. FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA

Se han expuesto múltiples áreas en las que las emociones del terapeuta juegan un papel fundamental para el alcance del éxito en la psicoterapia. A continuación se revisará la necesidad de una formación relacionada con los aspectos emocionales del terapeuta, cómo es que se aborda dicha necesidad formativa desde los programas académicos y de entrenamiento disponibles actualmente en Chile, así como los retos a los que se enfrenta dicha perspectiva educativa.

3.1 Necesidad de abordar las emociones del terapeuta dentro de los programas de formación y entrenamiento

Para los autores Rønnestad, Orlinsky, Schröder, Skovholt y Willutzky (2018) el desarrollo profesional de los psicoterapeutas puede ser conceptualizado como cambios en las habilidades, actitudes, capacidades cognitivas, funcionamiento emocional e interpersonal e identidad vocacional del terapeuta. Sin embargo, la mayoría de investigaciones desarrolladas en cuanto a la formación de estudiantes de psicología se han centrado en el estudio de la relación entre un entrenamiento, caracterizado primordialmente por el logro académico, el aprendizaje de ciertas habilidades o modelos específicos de psicoterapia, y su impacto en los resultados del tratamiento, ignorando en su mayoría la perspectiva personal del estudiante en cuanto a la experiencia subjetiva de dicho proceso formativo (Folkes-Skinner, Elliott & Wheeler, 2010). De acuerdo con Folkes-Skinner, et. al. (2010) existe escasez de estudios que investiguen la experiencia de los estudiantes de psicología y la forma en que los programas de entrenamiento les ayudan a cambiar y a desarrollarse como practicantes. Asimismo, Pascual-Leone, Wolfe y O'Connor (2012) consideran que los pocos estudios que se han llevado a cabo se centran principalmente en población de estudiantes graduados o de prácticas profesionales, sin tomar en cuenta las experiencias personales y encubiertas de terapeutas en entrenamiento a nivel de pregrado, donde generalmente se establece el primer contacto con los pacientes.

3.1.1 Dificultades emocionales comunes en relación al ejercicio de la psicoterapia

Rønnestad y colaboradores (2018) identifican una primera fase de desarrollo del terapeuta a la que se le denomina “fase del estudiante principiante”, la cual se caracteriza por un estudiante que ingresa a la formación profesional con aspiraciones de actuar de acuerdo a lo que culturalmente se conoce como el rol del terapeuta. Estas concepciones ideales configurarían una buena parte de las metas futuras del estudiante, pero para muchos, estos altos estándares también aumentarían el miedo al fracaso y contribuyen a una experiencia subjetiva de ansiedad. De hecho, Bischoff, Barton, Thober y Hawley (2002) encontraron durante su estudio sobre los eventos y experiencias que impactan la confianza de estudiantes durante el primer año de contacto con sus pacientes, que al ser una vivencia única que no es posible de ser comparada con experiencias anteriores de trabajo o ejercicio terapéutico, resulta en una especial sensibilidad por parte del practicante ante cualquier problemática que se elicitase en la relación con su paciente, generando dudas acerca de sus propias habilidades para manejar la terapia, comúnmente atribuyéndolo a faltas personales. En esta misma línea, autoras como Nutt, Judge, Hill y Hoffman (1997) realizaron una investigación a fin de constatar los tipos de reacciones con que los estudiantes se enfrentaban durante sus prácticas clínicas y qué tan conscientes eran de dichas reacciones. Los resultados de su estudio indicaron que los estudiantes experimentan un rango de emociones, tanto positivas como negativas durante sus prácticas, entre las que pueden mencionarse sentirse cómodos, satisfechos, empáticos y atentos, pero al mismo tiempo experimentar ansiedad ante los silencios del paciente, nerviosismo frente a ciertas temáticas que se elicitaban (por ejemplo, temáticas relacionadas con la sexualidad), incomodidad debido a diferencias culturales, además de sentirse abrumados por las problemáticas del paciente, y preocupados acerca de su propio desempeño durante la sesión terapéutica (Bischoff, et. al., 2002; Nutt, et. al., 1997; Pascual-Leone, et. al., 2012). Algunos estudiantes manifestaron sentirse enojados con el cliente debido a que éste se mostraba resistente ante las intervenciones que se realizaban, o sentirse apartados por clientes demasiado distantes, provocando una preocupación en cuanto al estado de la relación terapéutica y vacilación para poner a prueba las emociones del paciente, además de una creciente frustración por no saber qué hacer. Asimismo, también se reportaron sentimientos de aburrimiento, poco compromiso hacia el trabajo con el paciente

(debido a problemáticas personales), distracción relacionada con las propias emociones, el sentir que existía una agenda que se debía seguir, o incluso por dudar de lo que el paciente estaba diciendo. La mayoría de los estudiantes encontraban difícil el entender o definir su rol como terapeutas y los límites que esto conlleva, experimentando necesidad de rescatar al otro debido a una sensación de responsabilidad en cuanto a su frustración, desear aliarse con el cliente, o tener dificultades para contenerse al momento de brindar consejos (Nutt, et. al., 1997). De acuerdo con Nutt, et. al. (1997) estos sentimientos y reacciones de los estudiantes interfieren con su habilidad de proveer una terapia efectiva, manifestándose en la forma de conductas negativas o incongruentes (como por ejemplo mostrar molestia o enojo, empujar la propia agenda sobre las necesidades del paciente, volverse demasiado directivo, hablando demasiado o callando al otro), o también mediante estrategias de evitación o sobreinvolucramiento con los pacientes. Cabe destacar que este tipo de reacciones no solamente se restringen a la población de estudiantes con poca o nula experiencia terapéutica. Como lo demuestra un estudio cualitativo realizado por Thériault y Gazzola (2008), el experimentar sentimientos de duda sobre sí mismo e incompetencia (definida como una creencia de que la propia habilidad, juicio y/o efectividad como terapeuta se encuentra ausente, reducida o desafiada internamente) se presenta muchas veces como parte de la experiencia privada de terapeutas con más de diez años de experiencia, aunque con distintas variaciones en cuanto a intensidad, naturaleza y tipo.

3.1.2 Dificultades emocionales comunes en relación al formato de entrenamiento

Rønnestad y colaboradores (2018) señalan que los estudiantes principiantes necesitan aprender a manejar las intensas reacciones emocionales que se presentan no sólo frente a su paciente durante la práctica terapéutica, sino que además frente a la evaluación de su supervisor y sus demás compañeros. Aun cuando la supervisión generalmente se concibe como un espacio de ayuda, muchas veces existe también el temor de que no se conforme como un lugar seguro en el que se pueda mostrar vulnerabilidad o debilidad personal (De Stefano, et. al., 2007). Por ejemplo, Andersson (2008) manifiesta que presentar un caso ante un grupo es parecido a hablar en público, lo cual para muchas personas provoca más ansiedad

que una conversación diádica, por lo que puede minar la apertura, claridad de la mente y la capacidad de aprendizaje. Asimismo, Safran y Muran (2005) expresan que los formatos de supervisión grupal suelen ser susceptibles de generar esfuerzos competitivos para alcanzar las formulaciones más inteligentes de los casos. De esta manera, De Stefano, et. al. (2007) manifiesta que a veces los estudiantes buscan el apoyo de su supervisor y sus pares, encontrando muchas veces en su lugar criticismo por parte del grupo, lo cual aumentaba aún más sus sentimientos de incompetencia. De hecho, Andersson (2008) opina que las dinámicas de grupo afectan a cada uno de sus miembros: El grupo puede activar viejas expectativas y patrones de comportamiento que se originan de experiencias tempranas de las dinámicas familiares, tales como relaciones entre hermanos, y relaciones entre padre/autoridad. Asimismo, Rock (1997) aconseja a los supervisores el intentar mantenerse en la medida de lo posible conscientes de su impacto, particularmente al producir efectos negativos en el estudiante durante la relación de supervisión. Sin embargo, este mismo autor reconoce el reto que plantea el monitorear todas las posibles causas que pudiesen dar lugar a dificultades entre el supervisor y su estudiante, debido a diferencias de carácter, diferencias del estilo analítico, estilos cognitivos, usos del lenguaje, forma de ver el mundo, forma de ver al paciente, entre otros (Rock, 1997).

3.2 Retos para abordar cuestiones relacionadas con las emociones del estudiante durante su etapa formativa

En base a las dificultades anteriores y las necesidades que esto conlleva para el proceso formativo, Rønnestad, et. al. (2018) sugieren que se debe dar prioridad a crear entornos de apoyo para los estudiantes, donde se les comunique que las experiencias de desilusión y duda acerca de sus propias habilidades son comunes durante esta etapa. Bischoff, et. al. (2002) también apoyan esta iniciativa de normalizar la ansiedad y otros aspectos durante el desarrollo formativo, siendo el establecimiento de la autoconfianza clínica uno de los retos fundamentales a los que debe enfrentarse el proceso de formación y entrenamiento de los estudiantes.

Además, Rønnestad y colaboradores (2018) manifiestan que los estudiantes deben mantenerse conscientes y tolerar las dificultades que experimentan, reconociendo sus fortalezas y debilidades a fin de alcanzar sus objetivos, por lo que se establece un paralelismo entre el desarrollo profesional y personal de la persona del terapeuta. Esta visión es compartida por Pascual-Leone, et. al. (2012), quienes consideran que los estudiantes desarrollan algo más que la mera aplicación de técnicas e intervenciones durante su entrenamiento. Idealmente, durante su etapa formativa el estudiante debería cultivar cualidades personales y relacionales, tales como madurez emocional, sintonía empática, consideración positiva y la capacidad de ser congruente o manejar internamente las dificultades propias durante un encuentro interpersonal. De hecho, un descubrimiento interesante de su estudio realizado con 24 estudiantes mediante narrativas personales de sus experiencias durante un semestre de entrenamiento, encontró que existía una percepción general de cambios tanto a nivel profesional como personal, siendo uno de éstos últimos el volverse más conscientes emocionalmente, el alcanzar una nueva visión con respecto a las propias necesidades y dificultades, hasta el punto de poder expresar todo lo anterior de una mejor manera a los demás. También se reportaron cambios asociados a la interacción y relación con otras personas, tanto en el contexto terapéutico como personal, conectándose, aceptando y escuchando a otros de manera distinta (Pascual-Leone, et. al., 2012).

En concordancia con lo anterior, Mahoney (1998) establece que, entre las temáticas esenciales que debería abordar el entrenamiento de psicoterapeutas, el autoconocimiento debería prevalecer sobre cualquier otro aspecto, debido a que *“Para ser óptimamente útiles para sus clientes, los terapeutas deben ser al menos mínimamente conscientes de sus propias vidas internas. Ellos deben saber lo que están pensando, sintiendo y haciendo. Deben saber cuáles pueden ser sus sesgos, “problemas” y puntos ciegos. Y deben saber cómo sus propios deseos y necesidades afectan sus percepciones e intercambios con otras personas, particularmente sus clientes”* (Mahoney, 1998, pp. 44). Este autor propone múltiples instancias para el entrenamiento en autoconocimiento, entre las que destacan cursos donde dicha temática pueda abordarse de manera abstracta, modelamiento por parte de mentores, actividades reflexivas por parte de los estudiantes en cuanto a sus experiencias de

aprendizaje, grupos de apoyo de colegas, retiros con el objetivo de alcanzar mayor autoconocimiento, e incluso se puede alentar a los estudiantes a que inicien su propio proceso terapéutico personal (Mahoney, 1998).

De acuerdo con Bischoff, et. al. (2002) parece ser que el contexto de supervisión es percibido como el que tiene el mayor rol en cuanto a constituirse como un espacio que brinda apoyo emocional y refuerza la capacidad de los estudiantes. Sin embargo, si los estudiantes perciben que sus supervisores enfatizan aspectos en que se han desempeñado pobremente, esto podría resultar en el aumento de los sentimientos de incompetencia y bajas a la autoconfianza mencionadas anteriormente. Para Hawkins y Shohet (2006), uno de los objetivos al que debería orientarse la supervisión radica en desarrollar en el estudiante un supervisor interno saludable, al que se pueda tener acceso mientras se trabaja. Estos autores consideran que el aprender a monitorearse a sí mismo mientras se está con otros es una habilidad importante, pero toma mucho tiempo y práctica para desarrollarse, por lo que proponen que este proceso de reflexión puede ser profundizado por el estudiante si desarrolla su propio sistema para escribir sesiones de terapia, registrando no solamente los hechos necesarios para la práctica profesional, si no que más bien reflexionando en el proceso de trabajo, monitoreando sus propias sensaciones corporales, respiración, sentimientos, pensamientos y acciones mientras se está con el cliente (Hawkins & Shohet, 2006). Cabe destacar que los espacios de supervisión no solamente tienen que ver con la interacción supervisor-supervisado, sino que también se refiere a las relaciones que se establecen con los demás compañeros, donde el estudiante puede ver reflejadas sus mismas preocupaciones, sentirse comprendido y desarrollar más tranquilamente su proceso formativo (Bischoff, et. al., 2002). Es por ello que un reto importante se enmarcaría en la revisión y adecuación de espacios de supervisión para los estudiantes, sobre todo aquellos que se enfrentan por primera vez a la experiencia de atender y brindar terapia a sus pacientes. Por último, Pascual-Leone, et. al. (2012) exponen la necesidad de más investigaciones exploratorias a fin de conocer los tipos de cambios personales, interpersonales y reflexivos que los aprendices experimentan de manera crítica (aunque en gran parte no declarada) como producto de su formación clínica.

3.3 Algunas estrategias utilizadas durante la formación terapéutica para la estimulación de aspectos emocionales en los estudiantes

3.3.1 Focusing

Gendlin (1981) describe el focusing como un proceso en que la persona hace contacto con un tipo especial de consciencia interna corporal, a la cual este autor acuña como sensación sentida. Ésta sensación es una experiencia física, difícil de describir en palabras, que usualmente no sólo se encuentra sino que debe ser formada. Quien practica el focusing debe saber cómo dejar que la sensación sentida se forme por medio de atender al interior del cuerpo. Cuando llega, la sensación sentida es primariamente poco clara y difusa, pero siguiendo una serie de pasos puede entrar en foco. La sensación sentida es la sensación del cuerpo con respecto a un problema o situación particular. Posee componentes emocionales en ella, junto con componentes factuales, pero es más grande que cualquier emoción por sí sola, más compleja (Gendlin, 1981).

Autores como Geller y Greenberg (2012) expresan que mientras que el focusing consiste en una modalidad experiencial que es primariamente utilizada con clientes para ayudarles a conectarse con la sensación corporal de sus sentimientos subyacentes, experiencias y necesidades, también puede ser usado para ayudar a los terapeutas a lograr consciencia de sus propias experiencias emocionales en-el-momento, así como también las capas de dichas experiencias. De hecho, los terapeutas que facilitan el focusing deben estar familiarizados con el lenguaje y la habilidad de enfocarse, que es en su núcleo, una manera centrada en el presente de escuchar a la propia experiencia emocional. Para estos autores, practicar el focusing permite una mayor habilidad y lenguaje para conectarnos y dialogar con nuestro mundo emocional interno y las capas de esa experiencia (Geller & Greenberg, 2012).

3.3.2 Auto observación basada en material audiovisual

El uso de la auto observación a través de material audiovisual ha ido creciendo y haciéndose cada vez más común en los ámbitos terapéutico y educativo (Hosford, 1980). Dentro del espacio psicoterapéutico, Safran y Muran (2005) describen que entre los beneficios de la utilización de este tipo de prácticas se encuentran el alcanzar una visión más

completa del tratamiento que no esté sesgada por las reconstrucciones del terapeuta, así como también una oportunidad de funcionar como un observador participante de la sesión terapéutica. Asimismo, Suess (1970) opina que el video feedback permite volverse más consciente del propio comportamiento en su totalidad y de la expresión de sentimientos en la manera en que son presentados a otros. La videocinta se transforma, entonces, en la mejor evidencia de lo que realmente sucede y permite percibirse a sí mismo en formas de las que no se había percatado antes, siendo un proceso de autodescubrimiento que se vuelve más aceptable cuando es el resultado de la propia experiencia y observación. Además expone que es esperable que, como resultado de la auto confrontación en video, la persona pueda reconocer sus comunicaciones claras y distorsionadas con su paciente, lo cual ahora podrá rastrear con mayor autoconsciencia en su funcionar subsecuente como terapeuta en el “aquí y ahora” de la terapia (Suess, 1970).

En esta misma línea, métodos como el *Interpersonal Process Recall IPR* (Kagan, 1972), se basa en el supuesto que debido a lo difícil que es para una persona el interactuar y al mismo tiempo mantenerse introspectivo en relación con alguien más, es necesario que durante su entrenamiento el individuo pueda acceder a material (capturas del estímulo relevante que pudiesen ser reproducidas posteriormente) que sirva para revivir la experiencia, a fin de explorar a profundidad varios puntos de la interacción relacionados con pensamientos, sentimientos y el significado de varios gestos y expresiones (Kagan & Krathwohl, 1967). Por último, Hawkins y Shohet (2006) indican que el uso de video feedback en el entrenamiento cuenta con numerosos beneficios, entre los que se encuentran: Ayudar a observar el fenómeno de la sesión de manera no juiciosa, incrementar la sensibilidad al lenguaje no verbal, comprender los patrones más amplios o toda la relación que se refleja en el microcosmos de unos pocos minutos, estar más al tanto del proceso paralelo, notar la propia reactividad inconsciente al mismo tiempo que se logra la desensibilización de ciertos activadores personales, y advertir lo que interrumpe el mantenimiento de la presencia plena en la sesión terapéutica.

3.3.3 Diario auto-reflexivo

Este método, conocido bajo diferentes denominaciones inglesas tales como *journal*, *account* o *log*, requiere que el participante mantenga un registro escrito de sus propias experiencias, ya sea de una manera estructurada o abierta, a fin de ser utilizado para el auto monitoreo personal (Rodgers & Elliot, 2015). De acuerdo con Bruno y Dell'Aversana (2016) los diarios han emergido como medios efectivos para el desarrollo de la práctica reflexiva, ya que permiten capturar la reflexión-en-acción, proveyendo a través de este proceso una herramienta para examinar conscientemente la práctica tácita. Estos autores utilizaron diarios reflexivos con estudiantes encontrando que ello facilitaba la experiencia de aprendizaje, contribuyendo al desarrollo de diferentes prácticas reflexivas, tanto cognitivas como emocionales (Bruno & Dell'Aversana, 2016).

3.3.4 Artes creativas

Autores como Nadeau (2008) manifiestan que *“La maravillosa belleza de las artes, en todas sus formas, es que la emoción humana está involucrada de una manera cruda y sin censura. Los sentimientos que fluyen son esenciales para la experiencia artística”* (Nadeau, 2008, pp. 43). Es por ello que diferentes tipos de artes creativas tales como la música, el movimiento o la danza, el uso de imágenes, las artes visuales, la literatura, el drama, el juego y el humor, han sido utilizados por una variada gama de profesionales con el objetivo de brindar a la población con la que se trabaja una nueva forma de experimentar el mundo (Gladding, 1992), así como también facilitar la expresión creativa, reconocer las propias emociones, sentirse comprendido, descubrir significados más profundos y buscar soluciones creativas a través de la curiosidad, la imaginación y el pensamiento flexible (Bucciarelli, 2016).

De acuerdo con Geller y Greenberg (2012), la expresión creativa no se trata de la creación de algo en particular o se apega a un resultado concreto. Se trata puramente del proceso de expresar lo que está profundamente dentro, sin palabras. De hecho, la práctica del arte ha demostrado alcanzar múltiples beneficios, entre los que se pueden destacar que actúa como una metáfora de los conflictos, emociones y situaciones experimentadas por la persona; ayuda a traer a la consciencia pensamientos y sentimientos que anteriormente se habían

mantenido ocultos; asiste a imaginarse a sí mismo o a las propias situaciones de una manera concreta y objetivada; inspira y ayuda a conectarse mejor con el crecimiento y la trascendencia de la propia personalidad; además de proporcionar un proceso que potencia la energía, ya que logra que los individuos “hagan” cosas en lugar de solamente pensarlas, lo cual podría conllevar a mayores niveles de activación por parte de las personas involucradas (Gladding & Newsome, 2003). Por último, Bucciarelli (2016) expresa que otra de sus ventajas radica en que las artes pueden ser utilizadas de manera preventiva, no invasiva, rentable y accesible, con pocos o ningún efecto secundario, además de ser generalmente divertida para sus usuarios.

3.4 La formación de aspectos relacionados con las emociones del terapeuta: Estado del arte en Chile

La revisión anterior pretende dar cuenta de la necesidad que se tiene dentro de la comunidad de psicología de comenzar a posicionar las emociones del terapeuta como parte importante, tanto para el ejercicio psicoterapéutico con los pacientes, como también para la formación y diseño de programas destinados al entrenamiento de futuros terapeutas. La Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos CONAPC (2017) establece dentro de su Reglamento Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia que *“Para desempeñarse como psicoterapeuta es necesario haber realizado un trabajo de autoexploración, cuyo propósito es que el profesional desarrolle conocimiento y familiaridad con su subjetividad, dinámicas internas, funcionamiento y características psicológicas dado que estos elementos se relacionan con el buen desempeño como psicoterapeuta. Este trabajo de autoexploración puede realizarse a través de las siguientes modalidades: a) Actividad de desarrollo personal del terapeuta: Orientado a vincular los aspectos personales de sí mismo con el desarrollo y potenciación de sus habilidades como psicoterapeuta. Se focaliza en identificar aspectos que obstaculizan su desempeño o pueden ser usados como recursos en el proceso terapéutico. Esto, a partir del análisis y reflexión sobre la historia personal, familiar y resonancias. b) Psicoterapia: Orientada en términos generales al desarrollo personal y/o a la resolución de dificultades y cambio en diversos ámbitos de la vida”* (CONAPC, 2017, pp. 23). Sin embargo, de acuerdo

con Maida, Molina y Del Río (2003), los programas formativos en psicología de Chile continúan centrándose más en la enseñanza de aspectos técnicos de los terapeutas. De hecho, esta problemática se ve reflejada no sólo en los programas formativos, sino además en la producción nacional de investigaciones empíricas, ya que de acuerdo con una revisión realizada por Moncada y colaboradores (2014), sólo el 1,9% de estudios abarca temáticas relacionadas con la persona del terapeuta. De los 16 artículos encontrados por estos autores, apenas tres (es decir, el 18,7% de la totalidad de artículos nacionales relacionados con la persona del terapeuta) se referían específicamente al entrenamiento de psicoterapeutas o a su inserción en el campo laboral (Moncada, et. al., 2014). Lo anterior podría evidenciar la escasa importancia que se le brinda a dicha temática en Chile.

Esta carencia de estudios no significa que exista una falta de necesidad por mayor investigación y entrenamiento en cuanto a la persona del terapeuta, sobre todo durante su etapa formativa inicial. A este respecto, Araya-Véliz y Herrera (2007) se interesaron por la formación del terapeuta novato, realizando una investigación en que se evaluaban los errores comunes que los estudiantes cometían y sus principales dificultades, con el objetivo de identificar cuáles eran los aspectos y áreas que el novato debía mejorar, así como los temas que necesita fortalecer, a fin de diseñar estrategias específicas y concretas para el abordaje de dichos obstáculos, y así poder incluirlas en los planes de formación futuros. Estos autores encontraron durante su investigación, entre otros aspectos, que existe una necesidad de colocar mayor énfasis en el trabajo de la persona del terapeuta, *“En el sentido de trabajar los puntos ciegos, conflictos e historia personal, para evitar errores de resonancia y “enganches terapéuticos”*. *Entendemos que este tema estaría relacionado con diversos errores, desde los ya mencionados puntos ciegos y enganches, pasando por la omnipotencia, la falta de recursos corporales y comunicacionales, las dificultades en empatizar, la rigidez y falta de creatividad, etc. Por último, y tal vez más relevante que todo lo anterior, el trabajo de la persona es el único que permite visibilizar aspectos que están en el punto ciego del psicólogo, lo que sería pre-requisito para otras etapas de la enseñanza, ya que, como dice el refrán “no hay peor ciego que el que no quiere ver”*” (Araya-Véliz y Herrera, 2007, pp. 260). Asimismo, estos autores proponen desarrollar una supervisión facilitadora del aprendizaje de

la persona del terapeuta, en la cual se pueda generar un ambiente de trabajo que promueva el abordaje de los aspectos anteriormente expuestos, sin convertirse en un espacio donde se haga “terapia al supervisado” (Araya-Véliz y Herrera, 2007). Esta última reflexión es importante, ya que abre las puertas para el diálogo en cuanto a una revisión de los actuales programas de supervisión, quizá uno de los entornos más significativos durante la etapa formativa de los estudiantes de psicología.

Otro estudio interesante realizado Foladori en el 2009, desarrolló grupos de reflexión con estudiantes de psicología que iniciaban sus prácticas clínicas. Entre los temores que acompañaban a dichos estudiantes, este autor encontró que, desde la primera entrevista, existen altas expectativas y ansiedad por desempeñarse bien. Para Foladori *“Aparecen innumerables recuerdos alusivos, dudas y sobre todo miedos por el daño posible que puede producirse en la situación de encuentro. Daño a uno mismo y daño al otro. El temor a dañar al paciente está siempre presente de uno u otro modo. Pero también figura allí la ingenuidad perdida, la identidad perdida (ya no se es estudiante sino que profesional), la seguridad perdida (estar solo ante un otro), la teoría perdida (que no sirvió para garantizar la experiencia), etc.”* (Foladori, 2009, pp. 164). Desde este momento se puede observar lo que ya se había descrito anteriormente, en cuanto a que el estudiante que no posee un marco de referencia experiencial en cuanto a lo que ocurre durante las sesiones de terapia se encuentra particularmente vulnerable en esta etapa, puesto que tanto expectativas ideales como inseguridades a nivel personal comienzan a aflorar. Foladori (2009) también describe que otra preocupación por parte de los estudiantes corresponde a su corta edad, lo cual éstos traducen como “experiencia de vida”, temiendo que si el paciente que les es asignado es mayor que ellos, esta condición propia les sea desventajosa para posicionarse en el rol profesional del terapeuta. Asimismo, conlleva dificultades si el paciente es de su misma edad o similar, puesto que temen tener demasiadas cosas en común, “fundirse” con el otro, y que ello pueda llegar a nublar su juicio terapéutico. La siguiente situación ansiógena de acuerdo con Foladori (2009) se refería a la aplicación de lo aprendido teóricamente dentro de un caso clínico real, ya que aun cuando el estudiante sea capaz de memorizar la teoría al pie de la letra, de igual forma muchas veces no se siente preparado para enfrentar al otro, con toda la

incertidumbre de lo que pueda aparecer durante dicho proceso. Es a este punto donde Foladori (2009) aclara que los estudiantes se ven forzados a dejar de lado la ilusión del “saber”, de controlarse a sí mismo y a la situación, al mismo tiempo que se experimenta una mayor vulnerabilidad a quedar expuesto ante lo que es vivido como amenazador. Asimismo, otra preocupación importante que encontró este autor, es el temor a ponerse a llorar o al descontrol emocional por parte del estudiante: *“Se hace presente una cierta idea de que el sufrimiento del otro pudiera interrogar al propio, pudiera desencadenar - a pesar de no quererlo - un llanto que no sería capaz de contener y menos evadir. Ponerse a llorar con el paciente haciéndose cargo de sus problemas que pudieran ser mis problemas. En todo caso, está allí la dificultad de recortar los espacios, de mantener cierta distancia, de poder pensar acerca de lo que allí ocurre”* (Foladori, 2009, pp. 166). Al estudiante también le preocupa el cómo presentarse frente al paciente, ya que el rol de terapeuta le continúa hasta cierto punto siendo ajeno, le es difícil posicionarse a sí mismo dentro de tal posición de poder. Por último, Foladori (2009) expone que muchos estudiantes le temen al contagio de la locura, lo que más específicamente describe como un miedo a que el sufrimiento del paciente despierte en sí mismo la exploración del sufrimiento propio. Al finalizar los grupos de reflexión, se evaluó de manera grupal su impacto en los estudiantes, encontrándose que contribuye al aprendizaje colectivo, fomenta la escucha del otro y de sí mismo, mejora las habilidades interpersonales, crea un espacio de análisis de los temores comunes y ayuda a enfrentarlos, y reconoce la necesidad de este tipo de espacios que facilitan el aprendizaje y el cuidado de la salud mental del estudiante (Foladori, 2009).

Asimismo, se deben resaltar otras iniciativas que han intentado atender a esta necesidad de replantearse el papel de la persona del terapeuta en la formación de los profesionales de psicología. A este respecto, Maida y colaboradores (2003) diseñaron e implementaron el taller “La persona del terapeuta”, el cual busca revisar aspectos personales y del rol del terapeuta mediante una metodología interactiva y experiencial. Estas autoras reportaron que los participantes de dicho taller expresan un alto grado de satisfacción, ya que no sólo adquirieron destrezas en el ámbito terapéutico, sino que además experimentaron transformaciones en su vida personal, aspecto que rara vez recibe la suficiente atención en

los programas tradicionales de formación terapéutica (Maida, et. al., 2003). Asimismo, Cruz (2009) describe una asignatura diseñada con enfoque estratégico para la formación de terapeutas, que pretende estimular la formación integral de los estudiantes, siendo éste último el actor principal de dicho proceso. Se consideran tres niveles de formación: 1) Formación teórica: Comprende conocimientos y distinciones del modelo terapéutico al cual se adscribe cada estudiante; 2) Aprendizaje práctico: Incluye experiencias significativas del quehacer terapéutico; y 3) Formación de la persona del terapeuta: Asume aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del estudiante. En esta última parte, se realiza un trabajo de carácter personal que busca abordar los procesos internos de la persona del terapeuta en formación, realizando una reflexión que por un lado abarca las creencias y atribuciones al propio desempeño, y por otro lado evalúa las resonancias que evoca el caso clínico atendido (Cruz, 2009). Estos esfuerzos parecen intentar ir abriendo poco a poco el camino para que los futuros programas de formación terapéutica comiencen a valorar la importancia de trabajar la persona del terapeuta de manera más integral y en concordancia con una práctica que se realiza de manera intersubjetiva, entre dos personas que se influyen mutuamente.

Por último también es de suma importancia recalcar que, hasta este punto, se ha hablado de iniciativas de programas que abordan la persona del terapeuta en Chile. Sin embargo, no se encontró algún proyecto o iniciativa que se enmarcara en la propuesta que se pretende realizar en esta tesis, en cuanto a que dentro de la vasta materia relacionada con la persona del terapeuta, se espera colocar un mayor enfoque en el elemento emocional, en cuanto a su reconocimiento y regulación para un mejor ejercicio terapéutico con el paciente.

IV. MARCO METODOLÓGICO

Diseño de Investigación

La presente investigación se realizó bajo un diseño metodológico cualitativo de alcance descriptivo relacional. Se llevó a cabo un análisis a través de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), a fin de desarrollar teoría basada en datos empíricos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) con aplicación en las áreas de psicoterapia y formación académica.

Diseño Muestral y Estrategia de Muestreo

Criterios de inclusión de los participantes

La muestra se compuso por psicólogas y psicólogos que desempeñaban funciones de supervisión clínica para la carrera de Psicología, tanto a nivel de pregrado como de posgrado, en diversas universidades metropolitanas. En relación a los criterios de inclusión, a fin de ser considerados para este estudio, los participantes debían contar con: a) Experiencia de por lo menos *dos años* como supervisores de casos clínicos de estudiantes, y b) Encontrarse *activos* como terapeutas al momento de la investigación.

Procedimiento de muestreo

La presente investigación utilizó un procedimiento de muestreo intencionado, no probabilístico, aplicando en un primer momento la estrategia de criterio homogéneo, con variación únicamente en cuanto a la corriente teórica con la que el participante se sintiese más identificado, y posteriormente se utilizó también la estrategia de bola de nieve (Creswell, 2007), ya que se buscaba abarcar a todos aquellos supervisores activos que estuviesen trabajando con estudiantes a nivel de pregrado y posgrado actualmente. En base a los criterios de inclusión anteriormente contemplados, se realizó una búsqueda en línea a través de los distintos portales web universitarios en relación a los supervisores que actualmente se desempeñaban en sus instituciones educativas, y se procedió a elaborar una lista de posibles candidatos que cumplieran con el perfil requerido. De esta lista, se propuso un arranque muestral de *diez* participantes, los cuales se fueron invitando en pequeños grupos de aproximadamente cinco personas por vez, debido a que al tratarse de un análisis mediante la

Teoría Fundamentada, era importante mantener una revisión constante y paralela de la información nueva que se iba recolectando cada cierto número de personas, a fin de constatar si aparecían nuevas unidades de análisis que debían ser integradas al protocolo de entrevista por considerarse que brindaban mayor información acerca del objeto de estudio. Los candidatos de la lista fueron invitados vía correo electrónico, explicándoles de manera clara y concreta los objetivos de la investigación, y el carácter de su participación voluntaria en caso de aceptar ser entrevistados. Posterior a su participación, se les consultaba a los supervisores si conocían a algún otro colega que pudiese estar interesado en participar de esta investigación y que cumpliera con los criterios de inclusión establecidos, con lo que en base a sus respuestas, el número de prospectos aumentó hasta alcanzar los 38 posibles participantes. De estos 38, se invitó a un total de 24 candidatos de los cuales ocho no contestaron el correo electrónico, dos contestaron pero nunca concretaron un horario para la realización de la entrevista, cuatro se negaron a participar, y diez concluyeron sus entrevistas exitosamente, con lo que se alcanzó el criterio de saturación teórica dentro de la información recolectada hasta ese momento.

Consideraciones éticas

Este estudio se conformó de aquellos supervisores que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria a través de la firma de una carta de consentimiento informado, cuyo formato había sido previamente aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Caracterización de los participantes

La muestra se compuso por diez supervisores, cinco hombres y cinco mujeres, con un rango de edad entre los 36 a los 76 años. Todos los supervisores atienden principalmente a población adulta, y su rango de experiencia como terapeutas varía entre los diez a los 46 años de ejercer terapia. En cuanto a su experiencia como supervisores, la mitad posee diez años de experiencia o menos, y la otra mitad posee más de diez años de experiencia, donde dos supervisan a nivel de pregrado, uno a nivel de posgrado y siete supervisan tanto a nivel de pregrado como posgrado. Por último, en cuanto a su escuela teórica, dos se definen como Constructivistas Cognitivos, dos como Posracionalistas, uno como Constructivista Cognitivo

Posracionalista, uno como Humanista Experiencial, dos como Sistémicos, y dos como Psicoanalistas Relacionales.

Técnica de Recolección de Información

La información se recolectó mediante una entrevista semiestructurada, la cual fue desarrollada a partir de los aportes teóricos y empíricos encontrados con respecto a la importancia del reconocimiento y la regulación emocional del terapeuta durante la psicoterapia. Dicho formato contó con diversas preguntas abiertas que se correspondían con las preguntas directrices que establece la presente investigación, cuyo objetivo consistía en indagar la perspectiva personal de los supervisores con respecto al rol de las emociones del terapeuta en el contexto psicoterapéutico, cómo entendían el reconocimiento y la regulación emocional del terapeuta, qué instancias consideraban como las más adecuadas para abordar este aspecto con los estudiantes, qué retos enfrentan los estudiantes en cuanto a su propio reconocimiento y regulación emocional, y qué estrategias consideraban como las más adecuadas para estimular dichas capacidades en el estudiante. Luego de realizadas las primeras dos entrevistas piloto con los supervisores, se les consultó a los mismos acerca del instrumento en relación al nivel de claridad de las preguntas y a su comprensión general de lo que se buscaba indagar con dicha entrevista. En base a su retroalimentación se reformularon algunas preguntas originales o se agregaron algunas notas aclaratorias a fin de que fuesen más comprensibles para los participantes. Asimismo, se eliminaron ítems que durante el desarrollo de las entrevistas habían demostrado ser generalmente repetitivos. Por último, se añadió una pregunta final para que el entrevistado tuviese la oportunidad de agregar cualquier comentario que no hubiese sido explorado durante la entrevista, y que pudiese ser de utilidad para el diseño del manual de estimulación del reconocimiento y regulación emocional. El formato final de la entrevista semiestructurada se encuentra enmarcado en el Anexo 1, al final de este documento. Dichas entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora por participante, realizándose posteriormente una transcripción detallada de su contenido, con motivo de efectuar la organización y análisis preliminar de dicha información. Este procedimiento se repitió cada dos entrevistas, hasta que se alcanzó un punto de saturación teórica, es decir, que posterior al análisis de los datos

no emergieron unidades de análisis nuevas que ayudaran a desarrollar con mayor profundidad el objeto de estudio.

Plan de Análisis de la Información

El análisis de las entrevistas semiestructuradas se realizó de la siguiente manera:

Codificación abierta

Se realizó en primer lugar una *codificación inicial* mediante códigos simples, activos y analíticos con respecto al reconocimiento y regulación emocional. Esta codificación fue de carácter provisional, comparativa y fundamentada en la información que brindaban los participantes, ya que podía conllevar al descubrimiento de otras áreas que debiesen ser exploradas. Posteriormente se realizó un *análisis comparativo*, a fin de encontrar similitudes y diferencias dentro de la misma entrevista y entre entrevistas diferentes. Por último se desarrolló una *codificación enfocada*, lo cual implicó usar los códigos más significativos y/o frecuentes que se encontraron en la codificación inicial para filtrar grandes cantidades de información, con el objetivo de categorizarla de forma completa y profunda (Charmaz, 2006). A este punto, se optó por “fusionar” aquellos códigos que fuesen repetidos o demasiado específicos, buscando crear un nuevo código que los integrara de una manera más general. Para ello, se elegía el código que de acuerdo con las palabras del entrevistado, esbozara un panorama más amplio, pudiendo dar cuenta de manera fiel a aspectos similares (como por ejemplo, crear un nuevo código donde se integraran todos aquellos sinónimos de dicho fenómeno). Al finalizar este proceso, se obtuvieron seis categorías centrales que serán desarrolladas en el siguiente apartado.

Codificación axial

Se relacionaron las categorías y sus subcategorías a fin de formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos, reagrupando los datos que se fracturaron durante la codificación abierta (Strauss & Corbin, 2002). A este respecto, se evaluaron las posibles conexiones entre cuatro de las categorías obtenidas durante la codificación anterior, a fin de identificar los componentes críticos necesarios para la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica.

V. RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a lo largo de la investigación. Durante el primer análisis de categorías abiertas se obtuvieron las siguientes seis categorías centrales que se desarrollan a lo largo de este apartado: Caracterización del reconocimiento emocional, caracterización de la regulación emocional, áreas de desafío emocional que enfrentan los estudiantes durante su práctica clínica, condiciones facilitadoras para la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional, estrategias para la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional, y por último, modalidades de formación para la estimulación de aspectos emocionales del estudiante.

Posteriormente, durante el análisis axial se relacionaron los componentes del reconocimiento con las dimensiones de la regulación emocional, a fin de comprender mejor cómo es que se integran ambos procesos en un fenómeno más amplio, al que se denominó como *intervención con significado consciente*. Asimismo en base a dicha integración, se relacionaron aquellas estrategias y modalidades de formación consideradas como las más eficaces para la estimulación del fenómeno de intervención con significado consciente, por parte de los estudiantes de psicología durante sus prácticas clínicas.

1. CARACTERIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL

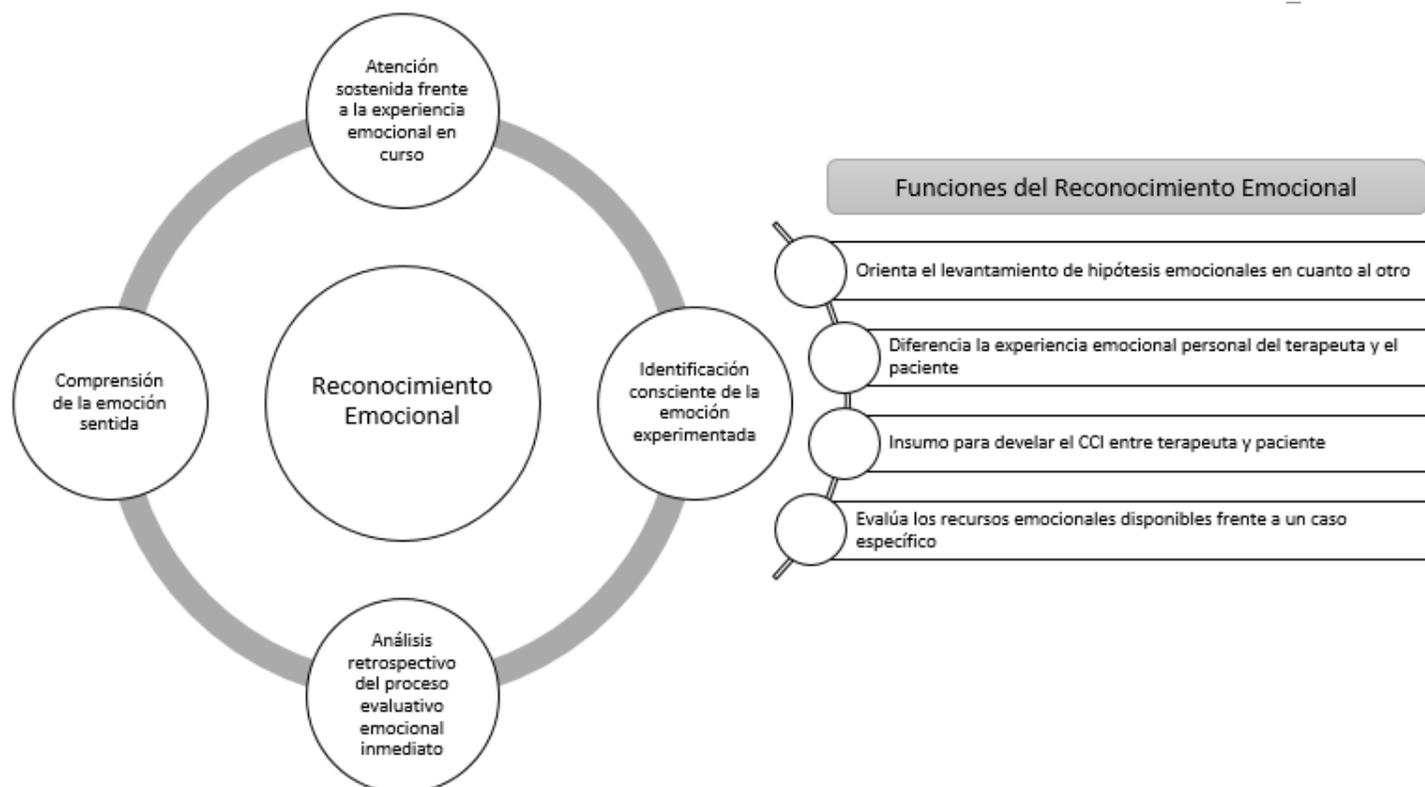
Dentro de la presente caracterización se contempla en primer lugar la definición de reconocimiento emocional, la cual ha sido construida en base a las diversas perspectivas de los supervisores. Asimismo, se abordan las funciones que cumple el reconocimiento emocional dentro del ámbito terapéutico, como insumo y al mismo tiempo herramienta de trabajo con el paciente (Figura 1).

1.1 Definición de reconocimiento emocional al servicio de la psicoterapia

Esta categoría se relaciona con cómo definen los supervisores de acuerdo a su experiencia personal el reconocimiento emocional. A partir del análisis de sus distintas interpretaciones, es posible entender el reconocimiento emocional como el proceso de atender, identificar, analizar y comprender las emociones propias que se desarrollan durante la experiencia en curso. Dentro de dicha definición se encontraron cuatro subcategorías o componentes: 1) Atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso, 2)

Identificación consciente de la emoción experimentada, 3) Análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato, y 4) Comprensión de la emoción sentida.

Figura 1. Definición y funciones del reconocimiento emocional



1.1.1 Atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso

La mayoría de los supervisores coinciden en que el reconocimiento emocional es un proceso vivo, constante, cambiante, en el cual la persona experimenta sus emociones momento a momento, en el presente del aquí y ahora, tal cual están ocurriendo. Los supervisores 01 y 02 mencionan que el poder “leer” desde las propias emociones es una capacidad que se practica diariamente, con apertura a los cambios que se experimentan en el acontecer vital.

A mí me siguen pasando cosas, experiencias día a día, y a las personas también y yo me encuentro con algo que seguramente si no me pasó hace diez años me pasa ahora y, y puedo tener una aproximación emocional, lo cual no había visto y tengo que ser consciente de esa emoción, cachai, esto no es un... no es una cosa que “yo sé”, “estoy consciente emocionalmente y se acabó, de aquí pa tras no lo era y ahora lo soy”, no, ese es un ir... es la vida, a fin de cuentas. La vida es emoción. Y mientras yo esté viviendo y compartiendo con más personas, vai a tener una emoción. (E01)

Probablemente es eso, lo que dice Heidegger no, o sea, “Yo me doy cuenta que ya estoy aquí permanentemente”, pero que estoy aquí, no sólo en cuerpo y alma sino que también estoy aquí, leyendo desde las emociones, que es bueno leer racionalmente, pero cuando lees desde las emociones tiene un impacto, no sólo para los otros, para ti mismo. (E02)

Esto podría significar que durante el reconocimiento emocional la persona permanece activamente atenta a la experiencia emocional en curso, ya que las emociones no se mantienen estáticas, sino que por el contrario alertan al individuo de cualquier cambio en su entorno.

1.1.2 Identificación consciente de la emoción experimentada

En relación con el componente anterior, el reconocimiento emocional es descrito de manera general por los supervisores como un proceso que se relaciona con identificar o tomar consciencia de las propias emociones que la persona experimenta en un momento específico.

Esta autoobservación te fijas y este como, como conocimiento emocional, como darse cuenta, “¡Ay! ¿Qué me está ocurriendo?” Así como rápido, te fijas, uno como que igual va entrenando un ojo, te fijas, así como de repente a los pacientes uno va entrenando un ojo de lo que está pasándoles, también uno puede entrenar eso como con uno mismo, te fijas. Entonces yo creo que eso es una parte que es bien central. (E08)

Se podría decir que el reconocimiento emocional involucra la capacidad de monitorear y detectar, dentro de la amplia gama de emocionalidades posibles, cuál es aquella que representa más precisamente lo que me está ocurriendo ante una situación determinada.

1.1.3 Análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato

En concordancia con el componente anterior, de acuerdo con los supervisores pareciera que durante el reconocimiento emocional se valoran diversos aspectos que la persona procesa de manera casi automática. Estos aspectos tienen que ver con el carácter familiar o novedoso de la experiencia emocional, su valencia positiva o negativa, agradable o desagradable, aceptable o inaceptable para la persona que la experimenta, su nivel de intensidad bajo o alto, su disposición de acción y su congruencia con el contexto en que el individuo se encuentra inmerso. Esto se observa en lo señalado a continuación por los supervisores 04 y 05.

El reconocimiento tiene que ver en el fondo como con poder identificar ese foco emocional que se gatilla ehh que claro, hay algunos foc..., hay algun tip... hay algunas emocionalidades que digamos ehh llaman particularmente la atención en el contexto de una terapia ya, por ejemplo si en una situación terapéutica ehh el paciente nos está contando digamos una situación que aparece como divertida etc. Y que digamos nos alegremos por una buena noticia que nos da o

que en algún minuto podamos detectar como situaciones de avance terapéutico y eso se converse, eso naturalmente se traduce como en un tono más “alegre” sí, por así decirlo, y eso no llamaría tanto la atención, es congruente digamos con lo que se espera de la situación. Pero son las emociones digamos, hay otro tipo de emociones que a veces pueden ser más llamativas, por ejemplo, que se nos activen estados angustiosos, o por ejemplo que se nos activen sentimientos de rabia con los pacientes, esos inmediatamente como que tienden a alertarnos. (E04)

Conocerse uno como terapeuta, su propia emocionalidad, es decir, habemos algunos que somos más buenos para irritarnos, otros para asustarnos, otros para entristecernos, yo creo que también es información importante de tener a mano. Es decir, eh, alguien que se irrita por todo, bueno, no dice mucho que se irrite jajaja obviamente no es mucha información que alguien que no, y que de repente se irrita, sí, es súper distinto. Ehh (pausa), entonces, claro, yo creo que conocerse uno su propia emocionalidad y sus reacciones más esperables y menos esperables, también es información útil. Porque te aclara qué es más o menos novedad también, eh, por ejemplo alguien que (pausa), o sea, si yo no soy de las que me, me da mucha pena la otra persona “Pobrecito”, y ese no es mi estilo, y de repente alguien que te gatilla eso, “Chuta, a ver, aquí hay algo que hay que mirar”, ¿Sí?, eh, si yo soy impaciente, que yo esté impaciente no dice mucho, no cuenta mucho jajaja. (E05)

El reconocimiento emocional conllevaría entonces a la capacidad de retroceder sobre este proceso automático y evaluarlo más detenidamente. El análisis de los aspectos anteriormente mencionados (valencia de la emoción, nivel de intensidad, congruencia con el contexto, etc.), es el que determinaría qué emociones son consideradas como más o menos llamativas para la persona en relación con su entorno y su forma común de estar y de sentir.

Otro aspecto que de acuerdo a las observaciones de un supervisor se valora dentro de este análisis hace referencia al contexto intersubjetivo, en cuanto a que las emociones pueden experimentarse en relación con un otro, o en relación con uno mismo.

El reconocimiento emocional significaría ehh por un lado que yo reconozco cómo me está afectando la situación del paciente (...) también significaría el reconocer lo que me pasa en ese momento en la relación conmigo mismo, porque yo tengo una relación con el paciente y una relación conmigo. (E03)

Pareciera que durante el reconocimiento emocional, el individuo mantiene una constante evaluación y verificación de cómo se experimenta a sí mismo, al otro y al mundo.

1.1.4 Comprensión de la emoción sentida

De manera paralela con los elementos anteriores, para los supervisores el proceso de reconocimiento emocional no se restringe únicamente a la identificación de la emoción por sí sola, sino que además incluye un componente explicativo, de carácter más reflexivo.

Partiendo por la base de que somos todos los seres emocionales, ¿sí?, como dice Maturana (...) “un hombre va caminando por una calle oscura y piensa esta cuestión –no voy a ir por allí porque allí hay una sombra, porque vi esto, porque está roto el foco y me pueden asaltar-“ y pareciera como el hombre racional, pero finalmente lo que controla todo eso es el miedo que le genera, entonces la racionalización vendría a ser una operacionalización de la emoción, en cuanto a que a partir de esa emoción yo le pongo un raciocinio pero es como para explicar la emoción. (E01)

Me parece que el juego de emoción e hipótesis es súper interesante. Así como cómo lo que yo siento es fuente también de lo que yo pienso, por lo tanto mis hipótesis son emocionales, y no son una idea concebida de lo que aquí está pasando ta ta tá, ¿Sí? El mismo Bertrando en una declaración hace un tiempo lo ponía en palabras esto que me suena mejor que cómo lo decimos nosotros, que él dice que “la emoción es una hipótesis hecha con el cuerpo”. (E06)

Esta percepción establece que las emociones se encuentran estrechamente ligadas al proceso simbólico narrativo, siendo esta dialéctica entre ambos elementos tácitos y explícitos la que finalmente dota a la experiencia de significado.

1.2 Funciones del reconocimiento emocional al servicio de la psicoterapia

En base a las opiniones expresadas por los supervisores, se identificaron diversas funciones que cumple el reconocimiento emocional del terapeuta durante la psicoterapia: 1) Orienta el levantamiento de hipótesis emocionales en cuanto al otro, 2) Diferencia la experiencia emocional personal del terapeuta y el paciente, 3) Insumo para develar el Ciclo Cognitivo Interpersonal entre el paciente y el terapeuta, y 4) Evalúa los recursos emocionales disponibles frente a un caso específico:

1.2.1 Orienta el levantamiento de hipótesis emocionales en cuanto al otro

De acuerdo con los supervisores, el reconocimiento de las propias emociones o repertorio emocional sirve para orientar el levantamiento de hipótesis emocionales con respecto al otro, es decir, para comprender la experiencia emocional del paciente.

Me tiene que llegar la emoción del paciente ehh pero yo también tengo que tener un repertorio de emociones no, o sea, esto, esto, esto que debe provocar en el resto así como me provoca a mí, cansancio, que agotador debe de ser este paciente, o sea, yo debo sentir entre comillas el cansancio sin conectarme... es como conectarme emocionalmente pero con distancia, y eso es necesario que yo tenga un buen repertorio de emociones. (E02)

La capacidad de reconocer emociones en el otro, la capacidad de hacer hipótesis a partir de lecturas emocionales, y cuando digo lecturas emocionales no me refiero a lecturas verbales, sino que percepciones emocionales que se transforman luego en hipótesis que se ponen en juego en la, en la conversación terapéutica. (E06)

Lo anterior podría significar que ambos procesos (reconocimiento emocional y proceso empático) se encuentran íntimamente relacionados y se retroalimentan mutuamente.

1.2.2 Diferencia la experiencia emocional personal del terapeuta y el paciente

En relación a la función anterior, un supervisor recalca que aun cuando el reconocimiento emocional contribuye a la comprensión de la experiencia emocional del otro, no se debe asumir que las emociones del paciente significan lo mismo que las emociones del terapeuta.

Salir un poco de mi experiencia y apropiarme de la experiencia de un otro, haciendo las diferenciaciones específicas, sin pensar que “todo lo pienso porque, lo pienso así” cachai, es como el típico ejemplo que incluso pone el profe así como “ya, si queremos nombrar algo tenemos que definir del diccionario”, porque si un paciente te dice “pena”, el estudiante se va a quedar allí... sin saber qué es “pena” para esa persona, sino que va a poner la pena de él. Entonces allí yo creo que esa, esa diferenciación de emociones entre “lo que yo soy” y “lo que trae el paciente”, sin buscar similitudes... y necesita buscar las similitudes y diferencias... “¿Qué dices tú cuando dices felicidad?”. (E01)

Del ejemplo expuesto por el supervisor se deduce que aun cuando dentro del espacio intersubjetivo se pueda utilizar la misma palabra para designar una emoción común entre paciente y terapeuta, no se debería presuponer que ambos experimentan dicha emoción de la misma manera, por lo que el reconocimiento emocional serviría para establecer una diferenciación más clara entre ambas emocionalidades.

1.2.3 Insumo para develar el Ciclo Cognitivo Interpersonal entre el paciente y el terapeuta

Los supervisores refieren que las emociones del terapeuta informan y ayudan a comprender aspectos situacionales y relacionales dentro de la terapia con su paciente.

En mi experiencia, el centrarse en los sentimientos de los terapeutas, te lleva de todas maneras a la relación y al paciente. (E04)

Yo creo que es información útil. Yo creo que, desde mi experiencia y también como supervisora yo creo que lo que uno va sintiendo, frente a un caso, frente a un paciente, te va dando información. (E05)

A este respecto, el que el terapeuta reconozca su posición dentro de la relación y la demanda emocional por parte del paciente le sirve como herramienta para comprender el Ciclo Cognitivo Interpersonal, donde un marcador interpersonal con el otro funciona como

una referencia importante con respecto a su estilo intersubjetivo, y a cómo se relaciona con sus demás significativos.

1.2.4 Evalúa los recursos emocionales disponibles frente a un caso específico

En relación con la función anterior, un supervisor mencionó que las propias emociones del terapeuta también pueden informarle sobre qué casos clínicos se encuentra actualmente preparado para afrontar emocionalmente, versus aquellos otros casos que posiblemente en este momento de su historia vital le son más complejos de trabajar y necesite solicitar supervisión o finalmente referirlos con un colega para que sean tratados adecuadamente.

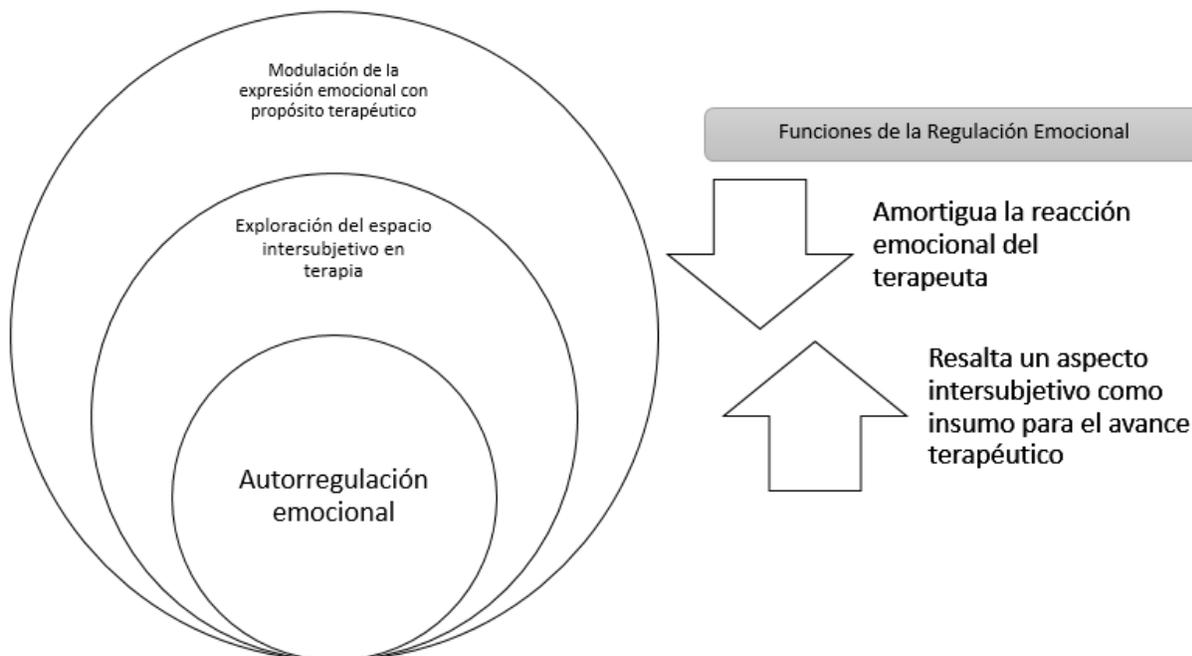
En 2009 o 2010 murió un amigo mío, murió, que tenía mi edad y que murió de un accidente murió y que era amigo mío desde chico... tocábamos en bandas cuando chicos, y era muy amigo, bien buena onda, lo quería mucho... y se murió, y quedé mal en ese momento... y claro llegó un paciente a los días que, tenía la misma historia... se le había muerto un amigo. Y allí sentí que me emocioné mucho, porque lo estaba tratando de bloquear, en esas cosas que tenemos los seres humanos de “No, podés seguir adelante, ¡Vamos!”, ehhh y allí me di cuenta que no, no puedo estar haciendo esto, en ese momento... (E01)

Esta función parece estar relacionada con el autocuidado de la propia salud emocional del terapeuta, así como también el ser capaz de detectar situaciones que puedan imponer demasiada presión sobre su persona. Es importante que el terapeuta sea capaz de reconocer sus propias fortalezas y limitantes emocionales en un momento dado, lo que no quiere decir que no sea capaz de desarrollar recursos personales para afrontar situaciones similares en el futuro, pero que le alertan con respecto a circunstancias específicas en las que debe ser más cuidadoso durante su ejercicio terapéutico profesional.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

En esta categoría central se aborda primariamente una definición general de lo que los supervisores entienden como regulación emocional. Posteriormente, se exponen las dimensiones que forman parte de la regulación emocional, y por último se plantean las funciones que cumple la regulación emocional dentro del ámbito terapéutico (Figura 2):

Figura 2. Dimensiones y funciones de la regulación emocional



2.1 Definición de regulación emocional al servicio de la psicoterapia

Esta categoría se refiere a cómo definen los supervisores de acuerdo a su experiencia la regulación emocional. De manera general, ésta es descrita como la modulación consciente de las emociones, a fin de que quien las experimenta pueda expresarlas de una manera no impulsiva, sino que sea capaz de reorientarlas en base a la obtención de un objetivo específico, tales como trabajo terapéutico, exploración de las emociones del paciente, etc.

Es como el manejo, el encauce, el buen encausamiento de una emoción específica, de cómo yo puedo sacar esa emoción, verla, observarla, analizarla y utilizarla en favor de la psicoterapia a fin de cuentas. (E01)

Un terapeuta además necesita, no sólo tener emociones con un paciente sino que necesita tener un marco teórico como para no dejarse llevar por las emociones. (E09)

Otro objetivo específico pareciera relacionarse frecuentemente dentro del espacio intersubjetivo con lograr mantener el vínculo afectivo con la otra persona. Por ejemplo, en el contexto terapéutico, el terapeuta puede sentir mucha ira si el paciente realiza alguna acción que pueda interpretarse como una ofensa personal relevante. A este respecto, el terapeuta podría desbordarse y responder al paciente de manera ofensiva expresando su ira impulsivamente lo cual podría perjudicar el vínculo terapéutico, con lo que el terapeuta opta

por modular su expresión emocional, a fin de no dañar irreparablemente dicha alianza. Lo anterior no significa que no existan momentos de tensión entre el paciente y su terapeuta: Muchas veces se produce tensión entre ambos cuando el terapeuta desea ayudar al paciente a develar un aspecto relacional importante, pero la manera en que el terapeuta lleva a cabo sus intervenciones debería ser intencionada, regulada y no impulsiva.

2.2 Dimensiones de la regulación emocional dentro del espacio intersubjetivo terapéutico

Es posible subdividir el proceso de regulación emocional de acuerdo a lo reportado por los supervisores en tres dimensiones que se integran al servicio del ejercicio terapéutico con el paciente: La autorregulación emocional, la exploración del espacio intersubjetivo en terapia y la modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico:

2.2.1 Autorregulación emocional

La mayoría de los supervisores expresan que la autorregulación emocional es un primer elemento de la regulación en general, donde el terapeuta toma consciencia de una emoción que se experimenta como intensa dentro del contexto terapéutico, logrando sostenerla sin expresarla impulsivamente.

Yo me acuerdo que allí tuve que hacer eh, bastante regulación emocional, porque era pa patearla, la verdad, era pa darle una patada de vuelta, claramente, si uno hubiera reaccionado espontáneamente. Pero yo no puedo reaccionar espontáneamente, soy su terapeuta, tengo que primero pensar en el paciente, primero, y cómo lo que le voy a decir le va a ayudar o no le va a ayudar, eso es lo primero, y desde allí me regulo. Lo que no significa reprimirse lo que a uno le pasa, significa usarlo a favor del otro. (E05)

Lo anterior podría significar que la autorregulación emocional conlleva el ser capaz de sostener una emoción sin actuar inmediatamente la disposición de acción que se elicitó en dicho momento. Esto quiere decir que frente a una situación, por ejemplo de malestar emocional, el terapeuta logra contenerse emocionalmente ya que si actúa de manera impulsiva podría expresar algún aspecto emocional que podría dañar la relación terapéutica.

2.2.2 Exploración del espacio intersubjetivo en terapia

De acuerdo con los supervisores, casi de manera simultánea e incluso como insumo para la autorregulación emocional, es importante saber monitorear el papel que el terapeuta y el paciente están desarrollando dentro del espacio intersubjetivo, y cómo en esta interacción ambas partes se engranan y se influyen mutuamente.

Poder reflexionar, por ejemplo a mí me puede dar mucha rabia un paciente puede decirme una pesadez y a mí darme mucha rabia, y si yo no reflexiono al respecto y yo no entiendo que el paciente tal vez más que estar enojado, se sintió muy herido él por algo que yo le dije, eh, o puede estar él muy angustiado, o muy dudoso, o muy desconfiado, yo podría irreflexivamente y disreguladamente decirle “Bueno, si no le gusta esto, se va ¿No? No tiene por qué estar acá”. Pero si yo puedo entender, eh, pensar que la rabia que a mí me da este paciente y entender más profundamente por qué a mí me da rabia, por qué yo engancho, por qué puede estar pasando eso, voy a poder actuar mejor con el paciente. ¿No? (E09)

Lo anterior introduce una función reflexiva en el proceso de regulación emocional, con el objetivo de mediar la reacción emocional inmediata y reorientarla en base al análisis y comprensión que se logre desarrollar con respecto a la interacción con el otro. Por ejemplo, ante una situación conflictiva en la que posiblemente el primer impulso pudiese ser “culpar” al paciente de lo que ocurre, una mayor reflexión y consciencia en cuanto a la propia influencia dentro de la relación y de lo que está pasando en el momento presente podría brindar pistas sobre interpretaciones y posibilidades de acción alternativas.

2.2.3 Modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico

Como ya se mencionó, los supervisores refieren que un elemento fundamental de la regulación emocional se relaciona con el manejo del aspecto expresivo o manifiesto de la emoción, donde el terapeuta deberá tener cuidado en cómo modula su lenguaje corporal frente a su paciente.

Principalmente desde algo gestual... de gestualización facial por ejemplo, que me cuenta algo con lo cual yo estoy en desacuerdo totalmente o en acuerdo totalmente, cuál es la señal que le estoy dando al paciente, que puede ser sin querer queriendo... porque de la gestualidad facial somos conscientes solo como del 30% solamente... darle alguna señal, de reforzar alguna idea que tiene, de reforzar algún tipo de pensamiento con respecto a alguna aproximación emocional en su vida... entonces, también la identificación, el control. (E01)

Desde la cita anterior se logra apreciar la importancia de la expresión emocional del terapeuta durante la sesión con su paciente. El terapeuta no solamente debe estar consciente de lo que está expresando a su paciente, sino además del efecto que ello pueda generar en el

otro. Es por esto que la modulación de la expresión emocional juega un papel fundamental en la psicoterapia, ya que se traduce en mensajes tácitos que se envían al paciente y que afectan tanto la relación intersubjetiva como el proceso terapéutico.

2.3 Funciones de la regulación emocional al servicio de la psicoterapia

De acuerdo a las opiniones de los supervisores revisadas hasta este momento, pareciera que la regulación emocional sirve a dos objetivos o funciones específicas: Por un lado, amortigua la reacción emocional inmediata del terapeuta, y por otro resalta un aspecto intersubjetivo que pueda servir como insumo para el avance terapéutico:

2.3.1 Amortigua la reacción emocional del terapeuta

A este respecto, los supervisores manifiestan que existen momentos en los que la emoción debe ser “manejada” en función del bienestar del paciente.

Es decir, a mí me puede molestar lo que me dijo un paciente pero si le voy a tirar una pachotada de vuelta para defenderme, eso no es terapéutico. Pero si lo tomo terapéuticamente y digo “A ver ya, ¿Cómo manejo esto terapéuticamente?”, soy yo la que estoy manejando la emoción en función de mi paciente. (E05)

De acuerdo con lo anterior, parece ser común tener que suavizar la reacción emocional inmediata y la disposición de acción frente al paciente cuando ésta ha impactado fuertemente al terapeuta, con el objetivo de no introducir cierta información relacional que pueda considerarse como perjudicial para el vínculo terapéutico y/o para el avance efectivo de la psicoterapia.

Asimismo, un supervisor refiere que si la reacción emocional se presenta como demasiado desbordante, es necesario hacer un esfuerzo por “dejarla ir”, con el objetivo de reenfocarse en el paciente y el desarrollo de la terapia.

Ehh, tener la apertura a visualizarlo digamos, eso es lo primero. Lo segundo, ehh, perdón, lo primero es no rechazarlo, lo segundo es tener apertura a, a tratarlo y lo tercero dejarlo pasar como pa volver a enfocarte en el paciente. (E07)

A este respecto, “dejar ir la emoción” puede ser un ejercicio complejo, con lo que la regulación emocional a fin de que el terapeuta no se desborde deberá mantenerse de manera continuada frente al paciente hasta que pueda lograrse este otro objetivo. Por último, se debe señalar que de acuerdo con este supervisor “dejar ir la emoción” aplica únicamente al espacio terapéutico, a fin de no distraer al terapeuta de lo que ocurre en la terapia.

2.3.2 Resalta un aspecto intersubjetivo que pueda servir como insumo para el avance terapéutico

Para algunos supervisores, el objetivo de utilizar la emoción del terapeuta en psicoterapia consistiría en mostrarle al paciente cierto material afectivo-relacional que le serviría para comprender mejor su propia experiencia personal y tomar acción en cuanto a cómo se desenvuelve dentro de sus demás dinámicas interpersonales.

La utilizo a mi favor en cuanto a que le quiero mostrar algo al paciente o que el paciente pueda tener una, una deconstrucción de su experiencia y una reconstrucción a partir de un contenido que se le pueda incorporar en psicoterapia. (E01)

Como puede observarse, en contraste con el objetivo anterior, cuando el terapeuta identifica que es necesario mostrarle al paciente la influencia que éste ejerce sobre las personas con quienes interactúa, es posible incluso que resalte de manera ilocutiva la emoción que experimenta, a fin de causar todavía un impacto mayor a través de dicha intervención terapéutica a su paciente.

3. ÁREAS DE DESAFÍO EMOCIONAL QUE ENFRENTAN LOS ESTUDIANTES DURANTE SU PRÁCTICA CLÍNICA

En relación a aquellos aspectos emocionales más difíciles de afrontar durante la práctica clínica (Figura 3), se encontró en base a los reportes de los supervisores que existen tres grandes áreas dentro de las cuales los estudiantes podrían experimentar ciertas dificultades emocionales importantes: El espacio terapéutico, el espacio de supervisión/evaluación y por último el espacio privado del estudiante. Estas áreas de desafío emocional se encuentran íntimamente ligadas entre sí, con lo que en algunas ocasiones incluso se observará que tienden a traslaparse unas con otras.

Figura 3. Áreas de desafío emocional que enfrentan los estudiantes



3.1 El espacio terapéutico: Emociones durante el encuentro con el paciente

De acuerdo con los supervisores, los estudiantes experimentan frecuentemente una amplia gama de emociones durante la interacción cara a cara con sus pacientes. Sin embargo, existen ciertas experiencias emocionales, como por ejemplo sentir ansiedad, angustia, frustración o decepción, que aun cuando pueden ser esperables para este contexto, deben ser atendidas a fin de que éstas sean elaboradas por el estudiante y posteriormente no se conviertan en un obstáculo para el ejercicio terapéutico.

En primer lugar, la mayoría de los supervisores reconoce que los estudiantes comúnmente experimentan cierto grado de ansiedad durante sus prácticas clínicas. De acuerdo a sus opiniones, esta sensación parece estar asociada muchas veces con el tener que afrontar una situación que a los estudiantes les parece totalmente desconocida, donde no se sabe muchas veces qué va a pasar o qué se debe hacer, y sobre la que no se tiene ningún tipo de control.

En la vida hay movimiento. Entonces llevar a las personas a entender que es un movimiento esto de hacer terapia, y que además es un movimiento que aunque te sientas cubierto con la seguridad que te da la teoría, igual siempre estás trabajando en el fondo sin red. Estás con el paciente y tú sientes, tú y todas las personas sentimos que estamos frente a un precipicio. Lo pongo bien dramático porque así es, la verdad es que tú nunca sabes qué es lo que va a pasar, cómo va a transcurrir... Y la teoría te tranquiliza, pero cuando empiezas a aplicarla y no te funciona, deja

de tranquilizarte. Te empiezas a confundir, a alterarte, a ponerte en cuestión. O pones en cuestión al paciente. O... O usar métodos mágicos. O que son más bien relaciones sociales, más que relación terapéutica. (E03)

A este respecto, los supervisores refieren que cuando los estudiantes colocan toda su confianza en sus conocimientos teóricos, esto provoca que deseen seguir una agenda predeterminada de lo que creen o esperan que va a ocurrir en la terapia. Sin embargo, cuando esto no ocurre, puede producir que los estudiantes se confundan, se pongan ansiosos e inseguros por no saber qué hacer, se cuestionen a sí mismos y a sus capacidades o cuestionen al paciente, lo que incluso puede influir negativamente en el encuadre terapéutico. Lo anterior representa una necesidad importante en cuanto a que el estudiante debe aprender a atender a la experiencia en curso con su paciente en lugar de depender únicamente de la teoría, a fin de ser capaz de colocar mayor atención a la interacción y a las demandas o necesidades emocionales que se presentan durante la relación terapéutica, las cuales representan un mejor insumo para comprender qué intervenciones son más adecuadas para llevarse a cabo en dicho contexto. Es por ello que los estudiantes deben aprender a elaborar esta sensación de ansiedad hacia la incertidumbre que representa el espacio terapéutico, ya que es un aspecto al que deberán enfrentarse a lo largo de su vida profesional.

Para algunos supervisores, la problemática anterior pareciera relacionarse también con una especie de temor por parte de los estudiantes, quienes no son capaces de “ponerse en juego” o invertirse relacional y emocionalmente dentro de la terapia.

Emm, por ejemplo en los estudiantes de pregrado, el principal desafío es como el desarrollo personal, sí, es como que ellos se sientan como alcanzar una seguridad y una confianza para estar presentes en la relación terapéutica, que son habilidades muy elementales, eh, de poder como confiar, abrirse a la otra persona, eh, poder como tal vez dejar de lado un poco como la, el aferramiento a la teoría, que en el fondo es como por el paradigma educativo que tienen, la teoría no te ayuda mucho en la práctica clínica. O sea, de hecho si tú te aferras mucho a la teoría, incluso es contraproducente para el desarrollo de la relación terapéutica. Entonces que ellos como que aprendan a balancear digamos sus conocimientos teóricos con eh, como con lo personal de ellos que se pone en juego en la psicoterapia es un desafío mayor, yo siento. (E04)

Lo anterior obstaculiza el proceso terapéutico, minando el establecimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo de una terapia efectiva, así como el fortalecimiento de la alianza terapéutica con el paciente.

Asimismo, cabe señalar que de acuerdo con uno de los supervisores las dificultades expuestas anteriormente no sólo se presentan a nivel de pregrado. En las prácticas terapéuticas a nivel de posgrado, es común encontrarse con estudiantes que tienden a cosificar a la persona, clasificándola bajo un diagnóstico específico, con lo que el despojar al estudiante de esta “certeza teórica” puede provocarle mucha ansiedad.

Los colegas que ya vienen formados tienen una tendencia mayor a, diagnosticar, explicar, categorizar, y cosificar a la persona, entonces cuando tú los sacas de allí, y tú les quitas esa certeza, la ansiedad se vuelve muy potente, muy potente. Y Allí nos hemos encontrado sí, con varias dificultades respecto de colegas que no, no, no... no se abren a mirar sin una categoría digamos. (E07)

Esta observación con respecto a los estudiantes de posgrado es muy interesante, ya que podría significar que posiblemente las dificultades emocionales encontradas en los estudiantes de pregrado se continúen reproduciendo a lo largo de la vida profesional si no son abordadas de manera oportuna y pertinente en etapas más tempranas de la formación académica. A este respecto, el problema se relaciona con que, si bien es cierto que la teoría proporciona una cierta guía relevante para el tratamiento, no es adecuado que los estudiantes intenten ajustar o encasillar a todos los pacientes dentro de parámetros teóricos tan estrechos. Si se continúa trabajando de esta manera, se corre el riesgo de que el estudiante no sea capaz de atender a las necesidades emocionales reales de su paciente al encontrarse sesgado por la teoría, atendiendo a todos sus pacientes de la misma manera, negando su naturaleza individual y única, y practicando la psicoterapia como si fuera un procedimiento preestablecido y homogéneo.

Otro aspecto en cuanto a las emociones de ansiedad o angustia que experimenta el estudiante se relaciona con una concepción excesivamente idealizada de lo que significa ser “un buen terapeuta” y de cómo se desarrolla una terapia efectiva. En la siguiente cita, los supervisores observan percepciones erróneas en cuanto al rol del terapeuta, las capacidades emocionales que debe demostrar en terapia y el nivel de responsabilidad que tiene el estudiante con su paciente.

Puede ser una buena instancia para poder compartir, identificar las angustias que, que se producen con el inicio de la atención de pacientes, uno llega con muchas fantasías de que “uno va a ser el salvador”, de que “uno va a ser súper bueno, y se da cuenta de que uno no es tan bueno”, uno igual se enoja, o uno siente o tiene ciertos ideales de que “uno no debería enojarse

nunca” o que “debería estar siempre disponible” o “¿Cómo voy a terminar la hora y voy a ser malo?”, entre... también hay, hay muchas vivencias que se generan específicamente con el contraste entre lo que uno se imaginaba que iba a ser la práctica clínica y con la realidad de empezar a ver pacientes ¿No? El contraste que uno ¿Cómo se veía a uno mismo siendo terapeuta? Con ¿Cómo uno se siente cuando empieza a ser terapeuta? Uno se siente impotente, incapaz, malo, un fraude, uno tiene todos esos sustos. (E09)

Cuando la realidad no se corresponde con la expectativa idealizada del estudiante esto puede convertirse en un factor ansiógeno importante, ya que quienes no cumplen con su propia visión de lo que significa ser un “buen terapeuta” tienden a sentir angustia, impotencia, inseguridad, e incluso se perciben a sí mismos como “malos”, dudando fuertemente de sus capacidades reales. El colocar al terapeuta en un papel de “salvador” en relación a su paciente lo convierte de manera injustificada en el único motor y responsable de lo que ocurra en la terapia. Al mismo tiempo, el esperar que un terapeuta no debería sentir emociones consideradas como negativas hacia su paciente se corresponde con una visión totalmente irreal de lo que un terapeuta experto verdaderamente experimenta afectivamente, y cómo utiliza este insumo emocional en su ejercicio terapéutico. Asimismo, un terapeuta que prácticamente “vive para su paciente” al encontrarse incondicionalmente disponible para éste todo el tiempo, se priva a sí mismo de toda posibilidad de autocuidado de su propia salud, tanto física como mental. Estas creencias idealizadas son totalmente dañinas si se mantienen en el imaginario de los estudiantes y no son elaboradas durante su etapa formativa, ya que se conlleva el riesgo (como se había mencionado anteriormente) que las mismas perduren incluso años después, durante su vida profesional.

Otra creencia errónea que elicitaba angustia en los estudiantes la ejemplifica un supervisor, quien recuerda desde su etapa formativa que solía pensar que la terapia debía estar llena de intervenciones por parte del terapeuta.

Porque me angustiaba, eso me sucedía, y creía que la sesión debía estar llena de intervenciones, de que estuvieran pasando cosas, y pueden pasar muchas cosas desde el silencio, y eso no lo leía. (E02)

Esto podría afectar de manera negativa el proceso del paciente cuando no se le brinda la oportunidad para que elabore bajo su propio ritmo su experiencia personal, debido a que el estudiante podría estar forzando o acelerando el proceso terapéutico, creyendo que así “lo hace bien” y que produce resultados más rápidamente.

De acuerdo a observaciones por parte de los supervisores, cuando los estudiantes sienten la total responsabilidad de los resultados que se alcancen dentro de la terapia con su paciente y perciben que “no avanzan” en el proceso, esto aumenta los sentimientos de ansiedad y frustración, contribuyendo además a la dificultad para detectar el propio desgaste emocional y a la acumulación de agotamiento por parte del estudiante.

Pero sí por ejemplo, algo que sale mucho, y que sobre todo pasa con los terapeutas más jóvenes, es la sensación de agotamiento del terapeuta, por estar remando en sesión eh, y no está remando el paciente, está remando el terapeuta. Y eso desgraciadamente no conduce a ninguna parte. (E05)

Lo anterior conlleva un riesgo para el estudiante, que de continuar de esta manera con uno o más pacientes, podría llegar a niveles tan altos de estrés que podrían provocar un desgaste emocional excesivo e innecesario.

En opinión de los supervisores, situaciones como las expuestas anteriormente conllevan a que el estudiante no sólo tema carecer de las competencias suficientes para poder brindar una psicoterapia efectiva, sino que además aparecen otros aspectos relacionados con sentimientos de frustración y/o decepción. A este respecto, algunos supervisores observan en los estudiantes cierta sensación de inutilidad, devaluación personal y percepción de que “no están hechos” para el trabajo clínico.

Cuando los estudiantes sienten así muy fuertemente el “ser inútiles”. Y eso pasa, no tanto porque los terapeutas sean inútiles, sino porque muchas veces el dispositivo terapéutico, la terapia en general es estrecha, y no puede responder a un montón de cosas que sí se hablan en la terapia: Cuestiones sociales, cuestiones políticas, cuestiones físicas eh, de distinto orden culturales, que la terapia muestra sus límites, entonces el terapeuta se siente inútil (E06)

Entonces allí, era un paciente que la tenía muy, a ella la devaluaba. O la hacía sentir, que no le hacía ningún aporte, que todo lo que ella le decía no le sirve... entonces obviamente se afectan. Si un paciente viene a decirte lo mal que lo haces o a hacerte sentir que todo lo que tú le preguntas, opinas, ya lo sabe por ejemplo. (E10)

Estas reflexiones de los terapeutas permiten hipotetizar que una necesidad fundamental durante la formación de los estudiantes es que aprendan a dimensionar los alcances y limitantes que poseen ellos y la terapia, despojándose de las concepciones idealizadas que se mencionaban anteriormente. Al mismo tiempo, es necesario reflexionar junto con los estudiantes sobre los sentimientos negativos que se pueden producir respecto de cómo se desarrolla la terapia, su propia participación en la misma y el ritmo que conlleva, ayudándoles

a aceptar en ello cierta normalidad, e incluso que es posible que este sentir se mantenga durante la vida profesional en menor o mayor medida.

A este respecto, un supervisor refiere que se vuelve difícil para el estudiante reconocerse y apropiarse del rol de terapeuta frente a su paciente.

Los estudiantes muchas veces una de las grandes dificultades que tienen es reconocerse como terapeutas, y allí está la cuestión de que muchos no se ponen en el rol propiamente tal de terapeuta y muchas de las primeras terapias fallan por eso, porque es vista desde otro lugar por el paciente, porque eso se siente, un paciente a un terapeuta bien puesto en su rol ¿Cachai? (E01)

Lo expuesto anteriormente podría afectar el desempeño de los estudiantes durante su práctica clínica y contribuir además al aumento de ausentismo por parte de los pacientes.

Asimismo, algunos supervisores consideran que estos sentimientos de ansiedad, preocupación por hacerlo bien, de confusión, incluso de temor, pueden provocar que el estudiante se “repliegue” en sí mismo y en sus fuertes sentimientos de inseguridad, distrayéndose del proceso terapéutico y perdiendo por completo de vista al paciente.

Algunos colegas que se bloquean, se les va el paciente porque están, qué sé yo, muy preocupados, muy ansiosos de hacerlo bien, muy perdidos cuando quieren entender y no entienden, entonces la ansiedad, la incertidumbre, el miedo, etc. los pone en relación con ellos mismos, y se les va la gente que tienen enfrente. (E07)

Cuando esto sucede, es necesario que el estudiante logre darse cuenta de que está excesivamente centrado en sí mismo y que debe reorientar su atención hacia el paciente y la interacción en que ambos se encuentran inmersos. Esto último podría además ayudarle a develar por qué este paciente en particular genera este tipo de reacción emocional, en el caso de que fuera un caso particular y no ocurriese lo mismo con otros pacientes. Sin embargo, si esta reacción se presentara con más de un paciente, esto conllevaría a preguntarse si entonces esta reacción emocional se corresponde más bien con una forma típica de reaccionar por parte del estudiante frente a dicho contexto, la cual debería ser entonces abordada más profundamente en el contexto de supervisión o durante un proceso terapéutico personal.

Otro aspecto importante señalado por los supervisores se refiere a que los estudiantes en ocasiones presentan dificultades para actuar terapéuticamente con el otro o realizar intervenciones más profundas, debido al temor en cuanto a cómo el paciente vaya a reaccionar ante dicha acción y prefiriendo evitar la oportunidad para intervenir más

efectivamente. Pareciese que el terapeuta desea evitar a toda costa “herir” o “incomodar” al paciente, sobreprotegiéndolo y manteniendo la sesión “en frío”, es decir, interviniendo de manera demasiado racional a fin de evitar reacciones emocionales complejas por parte del paciente o evitando llegar al “meollo” emocional de la problemática expresada por el mismo.

Y muchas veces el paciente hace una entre comillas trampa, estrategia para evadir eso que es doloroso, y lo pierde y el terapeuta no se da cuenta que hizo trampa, y perdiste la sesión (...) tú preguntaste esto, no supo responder y se fue, se fue por las ramas, tú te fuiste con él por las ramas y perdiste la sesión... lo perdiste, perdiste una oportunidad ¿Y por qué lo perdiste?... Yo en algún momento le hice esa pregunta, me estoy acordando en este momento de (nombre de alumna) y me dijo “Me dio pudor preguntar” (E02)

Además, si el alumno está cometiendo un error, por ejemplo que cae y cae en el tema de la explicación y no entiende que tiene que entrar, o se le nota que dejó pasar una oportunidad emocional importante y “¿Por qué la dejaste pasar?” Entonces la persona te dice “Es que, me dio pena verlo así, afectado”, “Ok”, Entonces la persona ya sabe, te fijas lo que te decía, que tuvo un problema consigo mismo te fijai. (E03)

En los ejemplos anteriores, se observa que los terapeutas no realizan intervenciones certeras con el objetivo de evitar, no solamente las emociones del paciente, sino que también su propia reacción emocional ante las mismas, como por ejemplo sentir emociones de tristeza o vergüenza frente a la reacción de su paciente. Pareciera que los estudiantes tienden a “mantenerse en lo seguro”, prefiriendo dejar pasar la oportunidad para intervenir en la emoción encarnada del paciente, con motivo de no provocar una reacción emocional personal que el mismo terapeuta considera insoportable de afrontar en este contexto de terapia. Esto quiere decir que ya no sólo está “protegiendo al paciente”, sino que además se protege a sí mismo de cómo podría reaccionar su paciente. Se podría pensar que el estudiante evita a toda costa colocar tensión en la relación que está sosteniendo en ese momento con el paciente, manteniendo la sesión “en frío”, sin tocar más profundamente la experiencia del otro. Esto conlleva un gravísimo problema para el desarrollo del proceso terapéutico, ya que si el estudiante no se atreve a hablar de la problemática e ir más profundo, no está ayudando al paciente a resolver su conflicto. Por el contrario, alarga innecesariamente el proceso terapéutico, corriendo el riesgo de que el paciente finalmente deserte del mismo y no vuelva a solicitar ayuda terapéutica por considerar que “no le sirve lo suficiente”.

Lo anterior podría relacionarse además con lo reportado por algunos supervisores, quienes manifiestan que un problema que se presenta comúnmente entre estudiantes novatos

se asocia con una sobre identificación del terapeuta con su paciente, aliándose excesivamente con él, y perdiendo la capacidad de mantenerse objetivo frente al caso clínico.

Muchas veces por ejemplo me pasa, sobre todo con cabros más jóvenes, que les da rabia el papá o el hijo de “¿Cómo trata a esta persona!” y no sé qué, se alía muy fácil con el comillas víctima, no, entonces uno dice “A ver, pero ya, ahora, ahora ponte en que tú eres la otra persona y empiezas a ver cómo esta persona está viendo a su papá o está viendo a su hijo, ¿Qué le preocupa, qué le asusta, o de dónde puede venir esta necesidad de controlar tanto a su hijo?” (E05)

Una de las cosas que los alumnos que están empezando a trabajar con pacientes se dan cuenta que tienen vivencias contratransferenciales, las llamamos nosotros ¿No?, reacciones emocionales muy intensas con los pacientes. Y se dan cuenta que esto puede ser un problema ¿No? Que pueden interferirlos, no permitirles entender bien, tocar cosas personales de ellos, y es visto que en general los terapeutas que empiezan a trabajar con los pacientes a veces se sobre identifican. (E09)

En base a ello, se plantea un desafío para el estudiante en cuanto a ser capaz de involucrarse con su paciente, conectar, pero sin confundir sus emociones con las del otro. Esto plantea una necesidad formativa importante, a fin de que los estudiantes aprendan a diferenciar la propia experiencia de la de su paciente.

Yo como terapeuta, yo pienso personalmente, que debería empaparse de la emoción del paciente, lo cual es muy difícil de poder establecer el límite, en cuánto me llega a afectar a mí esa historia y cuánto de la historia emocional que me están contando puede llegar a teñir mi juicio y mis prejuicios. (E01)

Esta dificultad se presenta como la otra “cara de la moneda” si se compara con lo mencionado al inicio de este apartado en cuanto a estudiantes que temen sobre involucrarse emocionalmente con sus pacientes y se mantienen solamente en una dimensión excesivamente racionalizada. Se plantea entonces la necesidad de ayudar a los estudiantes a encontrar el equilibrio entre involucrarse emocionalmente con sus pacientes, pero de manera que no confundan sus propias emociones con las del otro.

3.2 El espacio de supervisión/evaluación: Emociones frente al supervisor y los colegas

Los estudiantes no sólo presentan dificultades emocionales durante el ejercicio terapéutico con su paciente. Muchas veces, el espacio de supervisión también puede generar ciertas emocionalidades complejas, debido a las dinámicas relacionales que se construyen y se mantienen con el supervisor clínico y los demás colegas.

A este respecto, los supervisores refieren que los estudiantes experimentan una cierta incomodidad o incluso temor frente al espacio de supervisión debido a la percepción de “encontrarse expuestos” o que “están siendo evaluados” por los demás. Lo anterior se relaciona además con sentimientos de no ser capaz de dominar técnicas terapéuticas específicas, lo cual podría conllevar a cierta sensación de inseguridad por parte del estudiante e incluso a desertar de la formación.

Algunos desaparecían, otros renunciaban. Y yo creo que es porque sentían que tenían que dominar una técnica y deben de haber sentido el peso de la necesidad de trabajar mucho para que la técnica se pudiera aplicar bien. No eran muchos a los que les pasaba eso, ponte tú, uno o dos por generación. Pero hay gente que se iba. Y yo creo que tenía que ver básicamente no solamente con el tema de la técnica, sino por la sensación de sentirse expuestos. (E03)

Se observa el deseo por parte de los estudiantes de demostrar frente al supervisor y a sus pares un rendimiento académico profesional adecuado durante sus prácticas clínicas. Sin embargo, como ya se había mencionado ante un fenómeno similar dentro del espacio terapéutico con el paciente, si el estudiante posee expectativas demasiado idealizadas de cómo debe ser su desempeño en terapia y lo que debe reportar en supervisión para que se le considere un “buen terapeuta”, esto puede convertirse en un factor ansiógeno importante cuando el estudiante no logra cumplir con dichos estándares irreales.

Lo anterior podría asociarse, de acuerdo a observaciones por parte de los supervisores, con estudiantes a los que les es difícil poder reconocer tranquilamente los errores que cometen con su paciente.

Entonces “¿Qué es lo que...?” y yo le pregunto al terapeuta “¿Qué es lo que realmente le querías preguntar?”, “¿Qué es lo que realmente querías saber?”, ehh es verdad que las intervenciones no le salían buenas, pero allí me doy cuenta que algo quería hacer y no sabía cómo hacerlo “¿Qué querías hacer realmente?”, “Yo lo que quería profé era...” y te lo explica, y eso es bueno porque le hace bien al terapeuta, le hace bien primero porque está reconociendo que no le resulta, que quiere que le resulte, no sabe cómo hacerlo, pero es honesto consigo mismo y esa honestidad es muy buena, porque no es necesario que me, me, me venda la pomada, que me finja que en realidad lo está haciendo bien y en la psicoterapia todo está bien, “Haber pero cuéntame, cómo está?”, “Ehh bien bien, todo bien fluye profé, no se preocupe...”, “Bien pero cuéntame, cómo es eso de que flu... para hacerme a la idea” (E02)

O de repente decir “Uy, metí la pata” te fijas, o “Éste me está dando, claro, como que no hace, no me sigue” digamos, te fijas, y poder tolerarlo, tolerarlo te fijas, y poder decantarlo, yo creo que es lo más difícil, te fijas, porque claro cuando a uno le resulta algo, así como que se siente reforzado y qué sé yo, contento te fijas, pero claro, cuando está como esto otro como que hay un cuestionamiento pa, que también es lógico, digamos demasiado grande de repente que les impide

como ocupar eso, que yo creo que ese es el mayor desafío y que creo que es súper importante trabajarlo. La tolerancia al malestar, te fijas, porque digamos las cosas no siempre resultan, y podemos aprender de ellas, te fijas. (E08)

En los ejemplos anteriores se logra observar que existen dos tipos de estudiantes: Por un lado, aquellos que observan en supervisión los errores que cometen a costa de exponerse y sentirse un poco ansiosos frente a los demás, y por otro lado, también aquellos estudiantes que no quieren aceptar que se han equivocado, sobreestimando sus habilidades en terapia y obviando las dificultades que están experimentado frente al paciente. Esto podría conllevar a que el estudiante no aprenda de sus errores, a que no se esté trabajando bien el caso clínico por lo que se consolida una forma de trabajar poco efectiva con el paciente, y además a que no se esté prestando un servicio terapéutico de calidad a la población consultante.

De acuerdo con los supervisores, el aspecto anterior se asocia además con la ansiedad que se produce en los estudiantes cuando el supervisor no puede brindarles “una receta” o un “paso a paso” de lo que deben hacer con sus pacientes.

Y, lo otro son las personas muy ansiosas que quieren que tú les des una técnica, entonces lo único que puedo hacer es aclararles que eso no, no es lo que yo hago. Y que hay un camino que recorrer, que es inevitable recorrerlo. Es como decirle a una persona que comience su vida sexual “¿Cómo lo hago? ¿Cómo lo hago?”... ¿Cómo lo haces? Me entiendes. “Prueba y hablemos. Crece” Te fijas. O “¿Cómo se baila?”, “Se baila bailando”, “Pero ¿cómo que se baila bailando?” te fijas. Tú puedes aprender un par de pasos, pero bailar es una cosa mucho más compleja que aprender dos pasos. Entonces, tienes que hacerlo. (E03)

Pareciera que es difícil para los estudiantes aceptar que la terapia es un proceso vivo, que se desarrolla momento a momento durante la sesión y que no puede ser predeterminado o agendado en base a lo que el terapeuta desea intervenir con su paciente. El paciente es el que marca el ritmo y la dirección de la sesión, por lo que tener que enfrentarse a cada sesión de esta manera puede ser muy estresante para los estudiantes. Es por ello que buscan que su supervisor les diga lo que tienen que hacer, y pueden sentirse ansiosos cuando no reciben la retroalimentación que ellos estaban esperando. Estos estudiantes no están confiando en sus propias capacidades para leer el contexto del espacio intersubjetivo de la terapia, aspecto que como ya se había mencionado anteriormente se ha vuelto una necesidad para que los terapeutas noveles aprendan a desarrollar su propio estilo terapéutico y mayor seguridad en sí mismos.

3.3 El espacio privado del estudiante: Emociones relacionadas con su historia de vida

Los estudiantes también traen toda una historia de vida propia, por lo que a veces las dificultades que experimentan durante sus prácticas clínicas también se podrían relacionar con aspectos de carácter más personal.

A este respecto, los supervisores refieren que las interferencias personales podrían llegar a ser un riesgo importante en la terapia con el paciente si no son detectadas a tiempo por parte del estudiante:

De los más importantes y que suceden frecuentemente, la primera es cuando hay como resonancias, que en otro enfoque podrían ser llamados transferencias, contratransferencias, o como querai llamarle, pero resonancia así como cuando hay algo que queda resonando, que por lo general tiene que ver con la propia experiencia del terapeuta, y que no es directa, no es como “Ah, ya, estoy trabajando con una familia donde hay maltrato y yo fui maltratado entonces me resuena porque...” No es tan así, las resonancias son un poco más complejas, te queda dando vuelta algo que no es tan directo porque a ti te ha pasado sino porque se conecta de una manera un poco más compleja a tu experiencia. Entonces esa, esa conexión compleja implica dialogarla para inventarla, porque no es que esté en tu cabeza así como “Ah, ya, fui maltratado me van a complicar los casos de maltrato”, no, no, no, no es así. Requiere una, un ejercicio de trabajo reflexivo allí. (E06)

Se señala... No, existe, obvio sí, las personas especialmente cuando son más jóvenes tienen muchas vivencias que pueden, que interfieren ¿No? O sea, cuando las vivencias interfieren tienen que ser abordadas, señaladas por el supervisor, a veces es necesario que un supervisor le diga algo “Oye, sabes que aquí te estás asustando mucho. Esto no es pa tanto, te estás enojando. Estás en fin como, quitándole importancia a esto” a veces es necesario que alguien les señale esa vivencia emocional al terapeuta que está emm, formándose porque es muy egosintónico pa ellos ¿No? Como que no lo ven como un problema, y alguien de afuera les tiene que decir “Mira aquí a lo mejor te estás dejando llevar por esta emoción y no estás viendo bien” emm, pero bueno, eso se señala, se muestra pero, el trabajo personal de bueno “¿Por qué a mí esta persona me dan tantas ganas de salvarla?” o “¿Por qué esta persona me parece que es tan delicado?” “Por qué esta persona me da tanta rabia?”, eso tendrá que trabajarlo en otra instancia, de trabajo personal. El terape..., el supervisor señala ¿No? Y lo muestra, cómo eso puede interferir, si es que no está bien elaborado por el terapeuta. (E09)

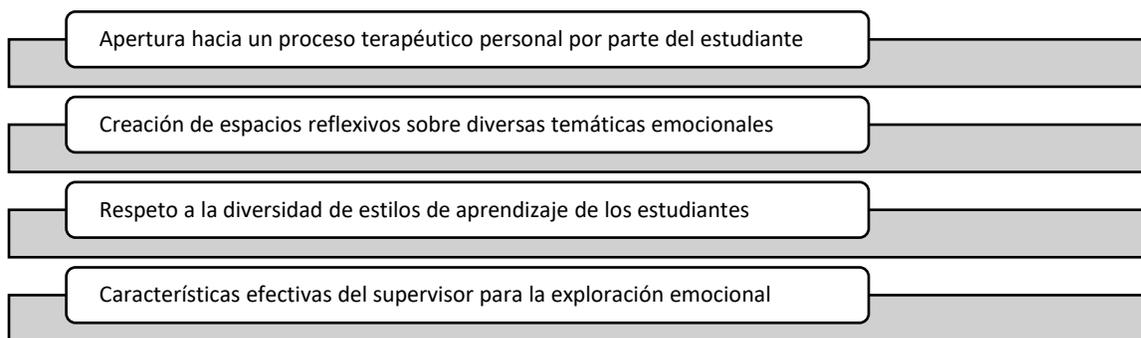
Como se puede observar en las citas anteriores, los estudiantes inician sus prácticas clínicas y este proceso podría volverse un catalizador importante de posibles aspectos emocionales personales que no han podido ser elaborados anteriormente de manera adecuada. Si el practicante no es capaz de evaluar estas dificultades en sí mismo, se pone en riesgo el proceso terapéutico, ya que sin darse cuenta está introduciendo en mayor o menor medida estas dinámicas afectivo intersubjetivas dentro de la terapia con su paciente. Para que un terapeuta pueda desarrollar una psicoterapia efectiva, debe estar en óptimas condiciones

emocionales y tener mucha consciencia de aquellos aspectos personales que puedan interferir en su ejercicio profesional, a fin de apropiárselas y trabajar con ellas en espacios tales como la supervisión o la terapia personal.

4. CONDICIONES FACILITADORAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL RECONOCIMIENTO Y LA REGULACIÓN EMOCIONAL

La exploración de las propias emociones por parte de los estudiantes podría verse favorecida si se presentan algunas condiciones previas que brinden un marco referencial de cómo este insumo emocional puede utilizarse como herramienta para el proceso terapéutico con su paciente. A este respecto, se encontraron cuatro condiciones generales (Figura 4): 1) Apertura hacia un proceso terapéutico personal por parte de los estudiantes, 2) Creación de espacios reflexivos sobre diversas temáticas emocionales relativas al ejercicio terapéutico, 3) Respeto a la diversidad de estilos de aprendizaje de los estudiantes, y por último, 4) Características efectivas del supervisor para la exploración de la emocionalidad de los estudiantes:

Figura 4. Condiciones facilitadoras para la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional



4.1 Apertura hacia un proceso terapéutico personal por parte de los estudiantes

En primer lugar, la mayoría de los supervisores concuerdan en que, aun cuando se le puede indicar al estudiante alguna cuestión personal que le esté produciendo problemas durante la supervisión de su trabajo clínico, lo mejor es que éste se encuentre dispuesto a someterse de manera voluntaria a su propio proceso terapéutico individual.

Claro, en la supervisión, allí lo primordial es poder detectar cuando hay una situación en el terapeuta en este caso que puede, que pueda estar actuando como interferencia digamos para el avance de la terapia. Ehh... Uno, no entra digamos a trabajar más profundamente con ellos porque allí los terapeutas tienen que complementar la supervisión con la psicoterapia por ejemplo, o con cualquier instancia de desarrollo personal que haga sentido para esos fines. (E04)

Se espera, se sugiere y se espera que los terapeutas en formación estén en trabajo personal... Porque es muy movilizador ver pacientes, genera mucha, mucho, mucho movimiento interno. (E09)

Como se menciona en las citas anteriores, el inicio de la práctica clínica muchas veces enfrenta al estudiante con ciertos aspectos afectivo-interpersonales que posiblemente se han mantenido y no han sido elaborados adecuadamente, con lo que frente a esta situación novedosa emergen como obstáculos para el ejercicio terapéutico eficaz por parte del practicante. A este respecto, el espacio de supervisión es capaz de indicarle al estudiante estos aspectos emocionales complejos, pero no puede acompañar al practicante en la elaboración profunda de los mismos, debido a que no es el espacio adecuado para ello. Es el estudiante quien debe tomar la decisión consciente de que existen ciertas dificultades personales que deberá abordar mediante otras prácticas de autoconocimiento personal, más específicamente, durante su propio proceso terapéutico personal.

4.2 Creación de espacios reflexivos sobre diversas temáticas emocionales relativas al ejercicio psicoterapéutico

Otra condición importante que los supervisores refieren se relaciona con la necesidad de crear espacios de reflexión y conversación abierta con los estudiantes, en el cual se aborde claramente su imaginario con respecto a lo que significa ser terapeuta, qué es la terapia, qué limitantes posee y el lugar del terapeuta dentro de dicho ejercicio.

Y allí la terapeuta entra en una relación de trata de ayudarla, trata de ayudarla, pero no logra nada, y en algún momento la terapia es mejor que... que no esté tan presente porque, está alimentando una posibilidad de que algo va a cambiar cuando no va a cambiar con la terapia mucho de eso, más allá de lo que se pudo hacer (...) entonces nosotros planteábamos la idea de que se pudiera tomar la decisión de una “alta terapéutica” (...) y la terapeuta sentía que eso era como abandonarla, entonces fue súper difícil eso, implicó un fuerte trabajo porque es frustrante no poder ayudar, y es frustrante también pensarse que uno dice “A lo mejor, si yo tuviera más competencias como terapeuta así cambiaría” pero, pero... cuesta darse cuenta de eso ¿Se entiende? (E06)

O sea, si una persona está, no sé, en una situación de extrema pobreza ¿Y uno qué va a hacer? O sea, no. Ehh, o hay cosas que uno no puede reparar, uno no puede, por ejemplo a alguien que se le murió, un paciente que llega que se le murió su hijo, esa es una pena que tú no se la vas a poder reparar, y eso para un terapeuta novel a lo mejor puede ser muy difícil de entender, ¿no? De que uno también tiene muchas limitaciones... (E09)

La creación de estos espacios contribuiría enormemente a aclarar dudas y deconstruir posibles concepciones erróneas que puedan convertirse posteriormente en factores ansiógenos para los estudiantes.

Asimismo, una supervisora puntualizó la necesidad de un abordaje más abierto y profundo con respecto a las emociones del terapeuta: qué son, cómo se pueden regular, qué se debe hacer ante ciertas situaciones conflictivas específicas, etc. podría ayudar a que el estudiante sepa qué esperar y al mismo tiempo qué hacer ante situaciones complejas que puedan presentársele con su paciente.

Yo creo que deberíamos tener en general más formación tanto académica como experiencial en lo que tiene que ver con emociones. Con cómo se entienden las emociones, qué es regulación emocional, qué enfoques hay con respecto a eso, qué se puede hacer y qué no se puede hacer frente a las emociones que uno tiene, ehh... yo creo que allí nos falta, nos falta desde lo teórico para adelante. (E05)

Los actuales programas académicos en psicología tienden a mantenerse enfocados en los aspectos más teórico-técnicos de la práctica psicoterapéutica, lo que mantiene las dificultades de los alumnos en cuanto al manejo emocional. En ese sentido, pareciera ser imprescindible comenzar a introducir estas otras temáticas de carácter más emocional e interpersonal en la formación de los alumnos.

Otros supervisores enfatizaron con respecto a la importancia de establecer una base ética sólida y consciente, en la que el estudiante busque activamente el bienestar del paciente como eje fundamental de la terapia, donde las propias emociones del terapeuta no se conviertan en un obstáculo o una distracción para dicho proceso terapéutico.

Lo primero que nosotros sentamos es una base ética, de, de contacto humano digamos. Si yo estoy aquí, en relación a ti, orientado a ti, por el cuidado de ti ¿Sí? No pueden mis emociones y mi relación conmigo mismo agarrar un papel protagónico por una cuestión ética digamos. Y también porque vemos que cuando eso ocurre, se producen impasses relacionales, se te van de la mano ciertas cosas que son importantes para el caso. (E07)

Esta cita muestra la importancia de mantener claro que el monitoreo de la propia emocionalidad dentro de la sesión terapéutica no tiene por objetivo quitar el protagonismo del otro dentro del proceso psicoterapéutico, sino que obedece a la lógica de facilitar la comprensión de la experiencia emocional del paciente a fin de atender mejor a sus necesidades personales. El establecimiento de la base ética obliga al terapeuta a pensar siempre en el paciente antes que en sí mismo. Es por ello que la utilización del insumo emocional debe estar siempre ligado al avance de una terapia efectiva, en la que las emociones del terapeuta brindan pistas afectivo-relacionales que contribuirán al trabajo con su paciente.

Asimismo, un supervisor indicó como otro aspecto relevante el concientizar a los estudiantes en cuanto a que ellos son los protagonistas activos de su propio proceso (trans)formativo.

A mí me parece que un objetivo fundamental es la, que haya un cierto nivel de consciencia de parte del estudiante de su proceso de transformación personal a medida que va desarrollándose, como, voy viviendo cosas, y me voy conociendo y me voy reconociendo también en las múltiples diferencias que se van generando en mí, de 1ro a 2do, de 2do a 3ro, de 3ro a 4to, de 4to a practicante, de practicante a profesional, de profesional a magíster, cachai así como un cierto acompañamiento de esa transformación. (E06)

Cada estudiante posee necesidades específicas y es él mismo quien debe buscar de manera activa su propio desarrollo académico, profesional y personal. En la medida en que esté consciente de su propia agencia dentro de este proceso, podrá mantenerse con mayor seguridad y perseverancia para alcanzar las herramientas necesarias que contribuyan a su perfeccionamiento como un profesional capacitado y al servicio de los demás.

Por último, otro aspecto que no se puede descartar de acuerdo con un supervisor concierne al tema del autocuidado del estudiante, como factor protector y previo para el trabajo con las dificultades emocionales que podría experimentar frente a su paciente.

Entonces yo me centro mucho en la persona del terapeuta, también en el tema del autocuidado, ehh, y... y desde allí por lo general logramos igual trabajar de manera importante como las, las interferencias o las dificultades que ellos puedan estar experimentando. (E04)

Como ya se había mencionado anteriormente, las prácticas clínicas pueden convertirse en un reto emocional para el estudiante, con lo que éste debe buscar mantener siempre un

autocuidado adecuado que le ayude a mantenerse en las condiciones físico-mentales óptimas para enfrentar dicho proceso formativo.

4.3 Respeto a la diversidad de estilos de aprendizaje de los estudiantes

Algunos supervisores hicieron hincapié en la importancia de saber comprender que todas las personas aprenden de manera distinta, con lo que es importante ser creativo y respetar la diversidad de necesidades y dispositivos que pueden contribuir a dicho proceso de crecimiento personal en los estudiantes.

Yo creo que es como en los aprendizajes en general, no hay una, las personas aprendemos de maneras distintas, eh, y también a algunos les acomoda más el grupo y a otros más lo individual, yo creo que eh, puede transitar entre ambos espacios, es súper bueno, lo grupal ayuda montones, pero también lo individual tiene sus aportes absolutamente, (...) y además respetando como estas modalidades así como al que le gusta la música, el arte, la escritura, la poesía o lo que sea, eh, o, el que es más contemplativo, que le gusta caminar en la naturaleza, que también puede ser un espacio de conexión emocional importante, entonces yo creo que es como todo eso. Como en el fondo, en el fondo fondo, es como porque estos futuros, digamos estudiantes que en el futuro van a trabajar con otros, que puedan valorar todo ese mundo emocional interno de ellos mismos, también van a poder enseñar o mostrar al otro lo valioso que es, te fijas, desde su mundo interno, no por las cosas que hace, por los logros que tiene, que es una parte, pero en sí no, sino que por su mundo interno. (E08)

Esto quiere decir que no existe una sola forma para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología, y que es necesaria una cierta diferenciación del proceso formativo, atendiendo a las necesidades de aprendizaje que cada uno presente y la mejor forma de cubrir dicha demanda educativa.

4.4 Características efectivas del supervisor para la exploración de la emocionalidad de los estudiantes

Desde el espacio formativo, los supervisores expresan que existen ciertas características con las cuales tiene que contar el supervisor que podrían facilitar que el estudiante se sienta cómodo durante la exploración de los sentimientos que pueda estar experimentando hacia el setting terapéutico y hacia su paciente. Por un lado, se debe fomentar un buen vínculo entre el supervisor y el supervisado.

Si es cálido y acoge bien a los estudiantes y les da el espacio como para que ellos puedan expresar su emocionalidad. (E01)

Es una nobleza muy grande y es una relación que uno hace supervisor-supervisado no, que, que habla de que hay que armar una buena relación, que sea académico por supuesto, quizá no seremos amigas eternas, no, esto no tiene que ver con la amistad, pero que sea productivo, que tenga un beneficio especialmente para el estudiante que está siendo supervisado. (E02)

En la medida en que también exista una alianza entre supervisor y estudiante, le será más fácil a este último abrirse con respecto a las dificultades que pueda estar experimentando frente a la práctica clínica y tener una mayor disposición para abordarlo durante la supervisión.

Asimismo, una supervisora se refirió al deber del supervisor para saber aceptar y ayudarlo también al estudiante a que se conecte tranquilamente con la emoción que esté experimentando, independientemente la que sea.

Yo creo que es bueno sentir que tu supervisor va a aceptar, en la más Rogeriana, va a aceptar tranquilamente lo que tú estás sintiendo en relación a tu paciente, de modo que puedas primero conectarte pacíficamente con esa emoción, “Este paciente me cae mal, me da miedo, me angustia, me da rabia, me cansa, me aburre...reitera 20 veces lo mismo, no llegamos a ninguna parte, yo me siento inútil frente a él o frente a ella”, que el supervisado sienta que no hay un error como terapeuta en sentir emociones negativas, porque con las positivas nadie tiene problema, estamos hablando de las negativas, eh, bueno cuando son demasiado demasiado positivas pueden ser problemáticas también. (E05)

En esta cita se destaca la importancia del modelamiento por parte del supervisor para ayudarlo al estudiante a conectarse tranquilamente con las emociones que lo alarman. El modelamiento que pueda realizar el supervisor ayuda a que el estudiante acepte dichas emociones como normales en el espacio terapéutico, y en lugar de intentar suprimirlas, se busque la manera en que las mismas funcionen como insumo para el avance en terapia con el paciente.

Por último, como ya se mencionaba anteriormente, el supervisor debe ser capaz de mantener un equilibrio adecuado entre el poder señalar a su estudiante cualquier dificultad personal que pueda estar afectando su práctica terapéutica, sin que dicha indicación conlleve realizar una especie de intervención terapéutica personal con el estudiante.

Yo en lo personal tiendo a supervisar el trabajo del terapeuta, y lo que le pasa con el paciente, y qué es lo que pasó y qué está tratando de comunicar. Enseñarlo a veces “Mira, quizá esto como, nada que ver, no sé, quizá los aspectos más personales tuyos”, pero evito como, porque si no la relación,

o sea, depende la confianza que tenga con la persona. Pero no hay que confundir clin..., lo que pasa es que todo tan abierto, eh, a veces la supervisión parece terapia (...) Lo que pasa es que uno es supervisor y uno no tiene que confundirse cuando uno está supervisando. Y, como, hay que hacer una distinción que parece obvio pero que a veces no es tan obvio, cuando uno está de supervisor, cuando uno está de terapeuta, y cuando uno está haciendo clases digamos. Que son ámbitos... O sea, muy obvio lo que estoy diciendo pero a veces los terapeutas nos confundimos. (E10)

Lo anterior quiere decir que como supervisor no se debe temer el señalarle un aspecto emocional conflictivo al estudiante, pero esto no quiere decir que deba profundizarse más de lo necesario, ya que existen otros espacios para que el estudiante pueda elaborar estas dificultades por sí mismo. El supervisor puede servir como catalizador para que el estudiante busque ayuda, pero no podrá acompañarlo en este proceso, sino que deberá limitarse a referirle otras instancias donde pueda realizarlo por sí sólo.

5. ESTRATEGIAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL RECONOCIMIENTO Y LA REGULACIÓN EMOCIONAL

De acuerdo a los reportes de los supervisores se encontraron dos tipos de estrategias fundamentales para la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes: Las estrategias experienciales y las estrategias reflexivas (Figura 5).

5.1 Estrategias experienciales

Estas estrategias son de carácter eminentemente vivencial o experiencial, ya que el aprendizaje se lleva a cabo en acción, por vía directa observando la propia emocionalidad en el momento presente.

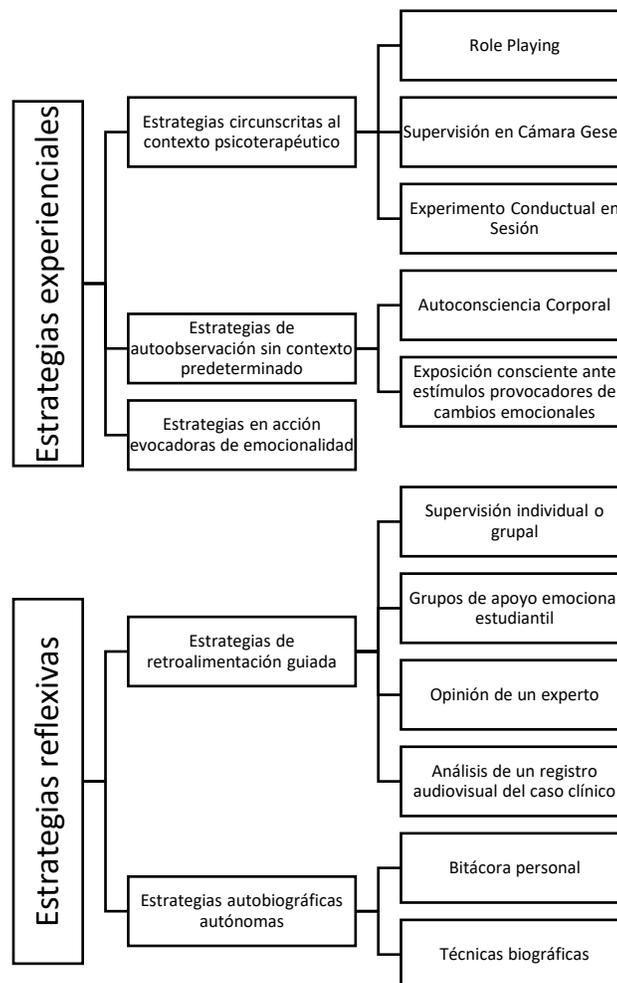
Pero algo que por ejemplo no podría quedar fuera, sería esto de como que el alumno tiene que pasar por sí mismo, tiene que volver sobre sí mismo, tiene que haber experiencias directas de autoconocimiento emocional, de reconocimiento emocional pero tienen que ser directas (...) tienen que haber experiencias digamos directas, de observación directa de la propia emocionalidad, y para eso tienes que ejercitar, tienes que hacer ejercicios evocativos, constelar patrones emocionales, como por ejemplo nosotros lo estuvimos haciendo este año, eh, porque allí tú tienes una vía de entrada directa a las emociones, y la huella, el impacto en el darse cuenta de sí mismo que genera eso, es muy potente, muy transformativa, eh, entonces desde allí como que se te van como reordenando un poco un montón de aspectos de ti mismo, puedes hacer como conexiones de otro tipo, eh... por lo tanto no sé po, así como un objetivo que tú no podrías, dejarse de lado como, este aspecto de autoconocimiento, de trabajo vivencial in situ. (E04)

Sí, yo creo que allí, no sé, trabajar eh, con... hay que generar vivencias ¿Te fijas? El tema más vivencial yo creo que, que puede ser por pintura digamos, te fijas, recitar poesía, bailar, hacer movimientos no sé, la música, a mí me mueve mucho la música, entonces a mí me encanta, me

saca como mucho te fijas, pero todo en el fondo la expresión artística yo creo que igual hacen un acceso a la emocionalidad eh mucho más directo, te fijas, que después lo podemos mediar y pasar así como por el cortex (se ríe) qué sé yo, te fijas, entonces es necesario la vivencia, te fijas, y vivencia eh yo creo que así es como se va entrenando te fijas, generando vivencias. (E08)

En base a lo anterior, el objetivo de las estrategias experienciales es que sea un aprendizaje más significativo para los estudiantes debido a que “se aprende haciendo”, se establecen experiencias personales en la práctica del reconocimiento y la regulación emocional que van consolidando su desarrollo como herramientas dentro de la psicoterapia. Las estrategias experienciales a su vez, pueden ser divididas en tres modalidades básicas: Estrategias circunscritas al contexto de psicoterapia, estrategias de autoobservación sin contexto predeterminado y estrategias en acción evocadoras de emocionalidad.

Figura 5. Estrategias para la estimulación del reconocimiento y regulación emocional



5.1.1 Estrategias circunscritas al contexto de psicoterapia

Para los supervisores, una modalidad eficaz de trabajo experiencial comprende la realización de terapia por parte del estudiante. Ésta puede llevarse a cabo durante una simulación o en vivo, durante la práctica clínica con un paciente real.

5.1.1.1 Role Playing

Los supervisores manifiestan que el role playing es una estrategia comúnmente utilizada con los estudiantes durante el aprendizaje de herramientas para el desarrollo de la psicoterapia. Durante esta actividad, un estudiante actúa el papel de paciente y uno o más compañeros desempeñan el rol de terapeuta. Sin embargo, en esta variación del ejercicio de role playing, el estudiante relata una situación o anécdota *personal* que no le afecte, pero que pueda servir como ejemplo de análisis para sus compañeros, quienes son orientados con ayuda del supervisor.

Cuando se hace un role playing, pero no imitando a un paciente, si no que hago un role playing de algo que a mí me sucedió, que es real, y eso tiene mucha riqueza porque ya no tengo que inventar un repertorio de lo que podría haber sentido ese paciente o ese personaje que estoy representando... la consciencia emocional se ejercita sin un role playing que sea con un tema doloroso por supuesto, que la persona quiera exponer, ehh y que cuando uno entiende y hace ese ejercicio de esa lógica emocional que estuvo puesta allí, en una situación puntual, simple no, ayuda enormemente. El ejercicio de role playing pero con vivencias propias del estudiante ayuda enormemente. (E02)

Primero que todo, es una pega doble digamos. Porque al mismo tiempo que tú buscas formar al que está haciendo de terapeuta, ¿Sí? Es súper artesanal digamos ¿No? Entonces como tú buscai formarlo a él, es decir, que sus manos vayan sabiendo cuándo y cómo apretar la, la gravilla ¿No? Eh, al mismo tiempo estai formando al otro, en términos de dejarlo en una posición de amplitud. ¿No? Saber si tienen algún tipo de síntoma. Si lo tiene, visibilizarlo y trabajar otra cosa que sea un poquito más superficial, a menos que él o ella quiera meterse en el tema digamos. ¿Sí? Eso se explicita desde antes de comenzar a hacer el trabajo clínico, es decir, el grado de profundidad que se trabaja depende del paciente, en este caso ¿No? Es él o ella el que va, el o la que va a decir “No, hasta acá nomás. Eso no lo quiero hablar” y se respeta perfectamente digamos. (E07)

El objetivo de esta estrategia es dual, ya que tanto se construye conjuntamente con el estudiante que hace el papel de terapeuta las herramientas necesarias para que pueda ejercer la terapia, como al mismo tiempo se trabaja terapéuticamente con el estudiante que hace de paciente algún aspecto personal que desee observar con mayor cuidado, respetando totalmente sus límites y su confidencialidad.

5.1.1.2 Supervisión en Cámara Gesell

Otra estrategia experiencial que describen los supervisores se desarrolla desde la práctica clínica del estudiante a través del ejercicio de la supervisión en cámara gesell o detrás de espejo. A este respecto, se debe aclarar que existen dos modalidades: La supervisión individual detrás de espejo y la supervisión mediante equipos de trabajo. Un ejemplo de supervisión individual se presenta cuando el estudiante atiende a su paciente y únicamente el supervisor lo observa en la cámara gesell.

Tiene una riqueza enorme cuando uno ve a los terapeutas tras el espejo, porque yo decía “Pero si te lo puso en bandeja (nombre de alumna), ¿Por qué no se lo dijiste?”, “Me dio pudor”... entonces que interesante te fijas, en una supervisión no me hubiese percatado de eso, emm porque hubiese omitido eso, y “Allí me perdí profe” y eso, quizá no la hubiese logrado interpelar tan bien como la vi allí en sesión viéndola a través del espejo. Esa técnica, mirar a los terapeutas tras el espejo es muy bueno, le hace muy bien, además le provoca una sensación de acompañamiento. (E02)

La supervisión de carácter individual sirve para observar mejor junto con el estudiante las reacciones emocionales que aparecen durante el desarrollo de la psicoterapia, las cuales posiblemente durante una reunión formal de supervisión en la cual los estudiantes solamente se reúnen para exponer sus casos clínicos, no hubiese aparecido dicho elemento emocional de manera tan clara. Además, otro beneficio de esta técnica es que fomenta una sensación de acompañamiento en el estudiante mientras atiende a su paciente.

Por otro lado, la otra modalidad de supervisión detrás de espejo con equipos de trabajo se compone por el supervisor y los compañeros o colegas del practicante. El estudiante está atendiendo a su paciente normalmente y detrás del espejo el equipo discute e incluso puede ayudar al terapeuta durante su intervención en un momento dado.

Nosotros intervenimos, intervenimos, claro, sí. Entonces “A ver, no está yendo al punto, no está yendo al punto, se me está yendo, la ra lá”, pito, “Dile que el equipo quiere saber tal cosa, pregúntale tal cosa”, o “El equipo le manda a decir tal cosa”, no, el equipo es activo. No es que andar a toda, pitazo cada cinco minutos, ni mucho menos. Pero sí, sí, el equipo está allí. Y a veces cuando uno está adentro decís “¡Que me toquen el pito por favor!” jajaja (...) Sí. De hecho, el terapeuta también tiene esa posibilidad, de un momento decir (Choca ambas manos) “Sabes qué, voy a hablar con el equipo y vengo”. Sí, claro, sí, absolutamente. “Voy a ir a hablar con el equipo y vengo”, sí, “Voy a ir a preguntarle algo al equipo”, sí. (E05)

El trabajo en espejo unidireccional que para nosotros es fundamental en la formación, es como no puede haber formación sin espejo, ehh trae consigo una, una relación directa con la emoción en distintos niveles po, la emoción que te genera el, los consultantes, la emocionalidad del

terapeuta, la emocionalidad del equipo y cómo esas emociones se conjugan hacia, hacia prácticas terapéuticas. (E06)

Esta modalidad igualmente brinda una sensación de acompañamiento al terapeuta, quien inclusive puede pedir ayuda cuando sienta que no está logrando satisfacer la demanda del paciente. Asimismo, se observa cómo confluyen las distintas emocionalidades del paciente, del terapeuta y del equipo de trabajo, traduciéndose en prácticas terapéuticas específicas.

5.1.1.3 Experimento Conductual en Sesión

Por último, los experimentos conductuales en sesión se refieren a acciones que el estudiante realiza en la sesión en vivo con su paciente, las cuales pueden producirle un poco de ansiedad debido a que se trata de estrategias que podrían tensionar la relación terapéutica y obligan al practicante a salirse muchas veces de su zona de confort y a realizar intervenciones más directas y evocativas emocionalmente con su paciente. El objetivo de este tipo de estrategias es que el practicante vaya adecuándose a estas acciones, ya que son una forma de trabajo necesaria para movilizar muchas veces al paciente y al proceso terapéutico.

A este respecto, un supervisor describe la estrategia denominada “Construcción de personajes terapéuticos”, en la cual se alienta activamente al estudiante a que explore e identifique aquello que le cuesta durante su práctica clínica, y que durante sus sesiones sea capaz de intentar o ensayar experiencias a las que no se encuentra muy acostumbrado, que le servirán para desarrollar capacidades necesarias para volver más efectivo su ejercicio terapéutico.

Porque el protagonismo implica que va a vivir una experiencia y esa experiencia incluye lo emocional, también lo cognitivo, qué sé yo, pero... entonces lo primero se parte como por, ehh, provocar experiencias, por eso el espejo es fundamental. Y luego de que va sintiéndose esa experiencia es que el estudiante se vaya conociendo y reconociendo, reinventándose como un personaje donde va, ehh identificando algunas competencias que ya tiene, y tratando de ir en búsqueda de aquellas que no tiene. Entonces allí de nuevo la diferencia entre lo disponible y lo entrenable que, por decirlo así bien entre comillas... y una vez que vamos avanzando ya se va puliendo o especificando aquello que es lo disponible y se va trabajando aquello que es entrenable, sobre todo para que, para que el formando vaya acercándose a elementos de trabajo que son menos, que los tiene menos a la mano. Porque nosotros creemos que hay una diferencia de base entre un estudiante X que, que tiene una habilidad en un ámbito pero que tiene otra menos desarrollada en otro... entonces se parte por cuestiones súper básicas de la experiencia, luego se van poniendo en juego algunas y luego se va haciendo un proceso que nosotros le llamamos el “Proceso de Deformación” que es que, implica un cierto nivel de transformación del sujeto, y ese nivel de transformación es acompañado, es guiado, y va exigiéndole al sujeto enfrentar situaciones nuevas, hacer cosas de las cuales no está acostumbrado (...) Como por ejemplo, así

poniendo ejemplos bien concretos relacionados con la emoción, como por ejemplo pueda haber un estudiante que a lo mejor está mucho más acostumbrado a acoger, y no a dramatizar, y entonces nosotros pedimos que en algún momento empiece a hacer cosas del tipo como dramatización, así como que exacerbe un aspecto de la comunicación o un aspecto de la relación, o... o que en algunos momentos tome una posición de mayor autoridad, cuando en realidad está más acostumbrado a tener una posición menos protagónica ¿Se entiende? (E06)

Esta estrategia es muy interesante, ya que atiende a las necesidades de aprendizaje específicas para cada estudiante, por lo que respeta sus respectivas individualidades y fortalece aquellos aspectos que necesitan un mayor desarrollo desde el estilo personal del mismo.

Por otra parte, un supervisor considera que el terapeuta también puede usar la emocionalidad que percibe frente a su paciente como una especie de modelaje mediante el lenguaje corporal, a fin de ayudarle a que éste se conecte con esa emoción que aparece en su relato pero que posiblemente él mismo no se está dando permiso de sentir.

En este encuentro o no encuentro también suceden muchas cosas, por tanto tienen en el fondo desde mi emocionalidad, mi ser sintiente yo también me relaciono con el otro te fijas, entonces puedo facilitar, o reflejar algo, mostrar, puedo modelar te fijas corporalmente, por ejemplo veo que el otro está con pena pero que la tiene contenida allí, y con la postura o la voz a lo mejor empatizo con eso te fijai y le ayudo a, a decirlo, te fijas, entonces como en ese sentido también entender que cuando lo mío, y cuando es lo que me pasa con el otro te fijai, como con mi historia o con lo que estoy viviendo con el otro, entonces realmente para mí trabajar como con esta emocionalidad es central. Tanto en la formación como terapeuta, pero no sólo para mí como persona, sino que también conmigo como instrumento, como herramienta y como acto, como sujeto también de esta relación terapéutica. (E08)

En esta cita se observa una situación en la que el paciente, o está conteniendo la emoción, o no desea conectar con ella por ser demasiado dolorosa, o incluso pudiese ser que ni siquiera haya notado que no estaba logrado conectar con la misma. En este caso el estudiante entonces funciona como un catalizador o como un modelo para que el paciente se dé a sí mismo el permiso de sentir y al mismo tiempo expresar esa emoción contenida.

Por último, algunos supervisores observan que este insumo afectivo-relacional puede servir como una herramienta terapéutica, siendo un buen ejemplo de la misma la estrategia de metacomunicación, retroalimentando al paciente sobre lo que está haciendo intersubjetivamente, así como la forma en que esto influye en sus dinámicas interpersonales.

Yo diría que cualquier situación perturbadora que ocurra es una posibilidad de que el paciente se pueda referir lo que le está ocurriendo a él. Y entonces uno no tiene que perder el, no tiene

que perder el rumbo de que la persona se haga cargo de lo que está diciendo como algo que le es propio. Si tú le dices “Bueno ¿Por qué me haces esa pregunta?”... Pero no defendiéndote sino que “Por qué me haces esa pregunta si no tiene que ver nada la pregunta con lo que estamos haciendo. (E03)

Una paciente que venía en realidad a la alta, ya estaba lista para irse de alta ya rato, llega a la última sesión y me empieza a agredir, pero así de libro, de libro, empezó a decirme una cantidad de cosas (se ríe) así, muy agresivas, desde no sé “¿Por qué anotas, cuando tú anotas y no me miras...?”, después de no sé cuánto tiempo de terapia, o sea, una cuestión que no venía pero por ninguna parte... y fue tanto, que yo dije “Chuta...” me empecé a sentir muy incómoda porque por supuesto nadie quiere que lo agredan de esa manera, dije “A ver, ¿Qué está pasando acá? ¿Por qué todo esto?” y respiré hondo, mantuve la calma y le dije “Sabes qué, me pasa que cuando me dices eso me pregunto ¿Qué está pasando? Porque es bien duro lo que me estás diciendo, cuéntame qué...” y a partir de esa conversación donde yo puse arriba de la mesa lo que a mí me estaba pasando pero sin criticarla a ella, pero mostrándole lo que me pasaba, empezó a salir con mucha claridad esta necesidad de autonomizarse de mí, descalificándome (...) y la sesión terminó muy bonita, terminó muy bien, muy bien y con una... una cosa muy limpia entre las dos. (E05)

Es importante destacar en cuanto a las estrategias experienciales anteriormente señaladas que las mismas combinan elementos vivenciales con otras herramientas de carácter más reflexivo (ver apartado de estrategias reflexivas). Sin embargo, se las llama experienciales porque su principal característica consiste en que se utiliza una experiencia presente, del aquí y ahora, para gestionar el aprendizaje, a diferencia de algunas estrategias reflexivas que como se describirán en otro apartado, utilizan como insumo la reminiscencia de experiencias pasadas o la imaginación para que el estudiante regrese sobre las mismas, las analice y extraiga un aprendizaje particular.

5.1.2 Estrategias de autoobservación sin contexto predeterminado

Este tipo de estrategias suponen una autoobservación en el momento en que se está presentando una emoción específica y se diferencian de las anteriores en que pueden practicarse durante el ejercicio terapéutico o inclusive en instancias fuera del mismo, como puede ser el espacio de supervisión o la vida cotidiana:

5.1.2.1 Autoconsciencia Corporal

Los supervisores refieren que es importante que el estudiante sea capaz de observar cómo se experimenta o se encuentra su cuerpo en situaciones específicas, tanto dentro de la terapia como fuera de la misma.

Es como si tú me dices, “Mira, ¿Cómo le enseño? Por ejemplo a jugar tennis. ¿Cómo le enseño a alguien a sacar mejor la pelota?” Puede ver mil videos pero la persona tiene que encontrarse con su cuerpo. Y cómo es el cuerpo el que está involucrado en hacer esto. Si tú no tienes el cuerpo caminando tampoco puedes hacer nada. Cuando estás con el paciente tu cuerpo está allí. (E03)

Tú ayudas al terapeuta a darse cuenta cómo está su cuerpo, que está echado pa delante y que está haciendo veinte mil malabares, mientras el paciente dice “Sí pero, sí pero, sí pero”, y lo conectas con su sensación de cansancio y le dices “Bueno, la próxima sesión tienes que salir más descansada. Ese va a ser un indicador que tomaste una postura distinta en sesión, tu sensación de cansancio o de no cansancio. Si sales igual que ahora, quiere decir que sigues remando a toda costa mientras que el otro no rema”. (E05)

Esta estrategia consiste en practicar la autoconsciencia corporal, como un indicador importante de lo que le está ocurriendo al estudiante, ya que es en base a la atención que se dirija a estas señales físicas interoceptivas y disposiciones de acción, que el practicante puede descubrir las reacciones emocionales que está experimentando en ese momento.

Algunos supervisores además estiman que la autoconsciencia corporal funciona como un indicador físico que alarme al estudiante en relación a cuándo debe ser capaz de cambiar la propia postura corporal, con el objetivo de ayudarse a sí mismo a regular mejor sus emociones y su expresión emocional frente al paciente en un momento dado.

“Si te echas más pa tras, y ayúdate, corporalmente, si te echas más pa tras, y no empujas el río, eh, deberías poder salir con otra sensación”. Y eso es bueno para el paciente, un indicador de que estás haciendo algo bueno para el paciente (...) Este de la señal de cansancio es como un indicador muy fuerte pa mí, ahora hay sesiones que son más difíciles también, por supuesto, y que cansan más... pero cuando uno tiene un paciente con el que siempre sale agotado, es porque probable que estás remando... y el otro no está remando jejeje ehh, claro, el tema del cuerpo también a ayudarte a ponerte en una postura distinta. (E05)

Y en esto otro, digamos, en el fondo la emoción que se expresa a través de la postura, del tono de voz, la mirada, la respiración digamos, te fijas, em, como todas estas manifestaciones más visibles en el fondo a través de, igual uno le da lectura al otro, es algo que se puede entrenar también, te fijas, que es como en el fondo es trabajo consciente ¿No? De entrenar la voz, las pausas, la mirada, la postura, el ritmo con el otro, como el acompañarse no, a través hasta del movimiento ¿No? Entonces emm, sí, es como, como una exploración también, como una invitación a conocerse pero también una invitación a conocer al otro digamos ¿Te fijas? (E08)

Como se describe en las citas anteriores, durante la autoconsciencia corporal es posible observar un doble ejercicio en el que se traslapan el reconocimiento y la regulación emocional.

5.1.2.2 Exposición consciente ante estímulos provocadores de cambios emocionales

Este tipo de estrategias busca provocar emocionalidad en los estudiantes a través una “exposición libre”, en la cual el estudiante se enfrenta a ciertos estímulos ante los que podría reaccionar de diversas maneras, dependiendo de su tonalidad afectiva típica:

Los supervisores refieren que una estrategia común consiste en exponer a los estudiantes ante materiales que puedan elicitarse diversas emociones, como por ejemplo al leer una novela, escuchar una canción particular o realizar un cine foro.

Pero cuando uno las lee leyendo entre líneas, entrega una riqueza enorme (...) “El tango...” es que es tan metafórico... Ehh los poemas... ¡A mí me cargan los poemas en realidad! No me gustaban nada, pero me puse a leer un poeta francés y, y, y estaba muy lindo... pero leer ayuda tanto... yo sé que puede ser como “Es obvio (nombre propio)”, pero es que hay lecturas y lecturas... hay escritores que, que escriben donde uno, está realmente allí con la historia... te invitan y estás tan imbuido en la historia, lo que no se logra con una película fíjate, una película no, no... porque la película está todo tan dado, que igual uno puede ver y sentir la desesperación de los personajes, válido (...) Pero la lectura te invita también a, a imaginarte la escena, a imaginar... entonces tiene más riqueza porque cuando el paciente te habla, uno se está imaginando la escena, cómo debió haber sido no, entonces claro la lectura te invita a desarrollar más este, este cerebro no, y hay escritores que tienen esa habilidad de, de expresar mejor la emoción que hay allí presente. (E02)

Cine foro, no sé po, hay tantas películas con las cuales uno puede como entrar en ese mundo, te fijas, sin entrar en categorías eh, como... sino que más bien entrar en esa subjetividad ¿te fijas? (E08)

Los estudiantes cuentan con la oportunidad de experimentar estas actividades desde su manera personal de emocionarse, y posteriormente esto puede ser compartido, discutido y elaborado con su supervisor y los demás estudiantes.

Otra estrategia propuesta por los supervisores tiene que ver con el intentar promover actividades fuera de la universidad que sean movilizadoras emocionalmente para los estudiantes.

También se me ocurren otro tipo de instancias por ejemplo que los estudiantes, a través, en su trabajo de campo, ya, en terreno, también ellos pudiesen reconocer la emocionalidad que les despierta... ehh... las situaciones a las cuales se enfrentan... (E04)

Me parece que otra cosa que se podría hacer, y que se hace, pero que se hace poco es las actividades fuera de la Universidad o las actividades como de pre-práctica profesional, o actividades donde los muchachos salen al mundo y se encuentran y viven experiencias, y esas experiencias comportan un alto nivel de emocionalidad, y esa emocionalidad es la que se tiene que trabajar. (E06)

El objetivo de estas actividades consiste en que los estudiantes puedan mantenerse atentos y conscientes de lo que experimentan durante el trabajo de campo, al establecer una constante apertura hacia la emocionalidad que se pueda presentar en esos momentos.

5.1.3 Estrategias en acción evocadoras de emocionalidad

Estas estrategias intentan provocar una emoción específica, un tanto restringida, mediante acciones llevadas a cabo por parte del estudiante:

Una supervisora explicó la estrategia del ALBA Emoting, la cual busca ayudar al estudiante a provocar y experimentar ciertas emociones básicas específicas con las que puede que le sea más difícil conectarse en el plano cotidiano.

Entonces nosotros hacemos ALBA Emoting en clases ya, en formato de taller, y este año trabajamos particularmente cuatro tipos de emociones básicas, que eran la rabia, el miedo, la alegría y la tristeza. Y se me vienen a la mente digamos los reportes de los estudiantes de, de lo, de lo importante y también de lo potente que fue para ellos poder entrar en este plano directo de la emocionalidad, porque ellos no tienen que pensar acerca de las emociones, sino que ellos entran en patrones emocionales de configuraciones víscero-posturales-respiratorias que... que están digamos detrás de cada una de estas emociones básicas, y el poder como reconocerse a sí mismo en estas rutas emocionales muy corporales, como fisiológicas, para ellos fue bien impactante ehh porque no es una información que normalmente tengamos tan a la mano, o normalmente nos identificamos más con algunos estados emocionales que con otros, por ejemplo hay ciertas personas que les cuesta más conectarse con la, como con la energía que trae la pena, o la rabia, o el miedo... y a muchos de ellos, a través de la configuración de estos patrones, se les venían situaciones vitales, digamos, como que lo conectaban con su biografía. Entonces si pensamos en el des..., en el entrenamiento clínico de terapeutas, en entrenar también la persona del terapeuta ehh pasar por alto digamos el plano de la emocionalidad básica es como, es como digamos omitir una fuente de autoconocimiento muy poderosa. (E04)

Esta estrategia se diferencia de las anteriores en que se pretende provocar de manera consciente ciertas reacciones emocionales bien delimitadas y específicas, con el objetivo de que puedan ser experimentadas en un ambiente seguro y observadas tranquilamente. El estudiante posee un claro protagonismo en estas estrategias, ya que es él mismo quien al accionar sobre su propio cuerpo cambios en configuraciones visceroposturales-respiratorias, provoca una reacción emocional específica. Existe entonces un componente visiblemente evocativo que no se encontraba presente en las estrategias anteriores, donde dependía del estilo personal de cada estudiante el cómo experimentaba ciertos ejercicios de autoobservación.

En consonancia con la estrategia anterior, algunos supervisores expresan que los ejercicios de respiración también pueden ser útiles cuando es necesario regular las propias emociones, mediante el cambio del ritmo respiratorio a fin de elicitar una emoción distinta ante una situación concreta.

Lo alternábamos con una “respiración antagonista”, por ejemplo, hay emociones que son tensas y otras que son relajadas po, por ejemplo la rabia es una emoción tensa, la alegría es una emoción blanda, o el miedo también es una emoción tensa, pero la ternura es una emoción blanda. Entonces allí vamos trabajándolas de manera antagónica. (E04)

Más vale parar, respirar hondo y decir “Yo no soy ni Dios, ni Jesucristo, ni nadie para tener la respuesta de todos siempre en el momento...” (E05)

5.2 Estrategias reflexivas

Estas estrategias hacen referencia a prácticas de carácter más reflexivo, en el que la emocionalidad de los estudiantes se observa por una vía indirecta en base a su capacidad de reminiscencia y análisis de experiencias anteriores propias.

Hay otras experiencias que tienen que ver más con el trabajo autobiográfico, narrativo, que también pueden permitir identificar, pero por una vía distinta que puede ser complementaria también como el despliegue de la emocionalidad a través de la propia historia, poder entender por ejemplo desde un punto de vista más genealógico, transgeneracional, cómo hay ciertas emocionalidades que se repiten y que a veces pueden conducir a... como a ciertos cuadros clínicos... por ejemplo hay familias donde la depresión sigue digamos una dinámica transgeneracional ehh por darte un ejemplo. Y cuando los estudiantes logran identificar ese tipo de dinámicas familiares y poder entender a veces un poco como las lealtades inconscientes, transgeneracionales que se ponen en juego allí tiene un efecto como bien poderoso. (E04)

Estas estrategias pueden dividirse en dos modalidades: estrategias de retroalimentación guiada y estrategias autobiográficas:

5.2.1 Estrategias de Retroalimentación Guiada

De acuerdo con los supervisores, estas estrategias hacen referencia a la observación de la propia emocionalidad con la ayuda o participación de otra persona que retroalimenta mediante diversas preguntas que el estudiante debe realizarse a sí mismo, y que posiblemente le hubiese sido difícil cuestionarse de manera personal.

5.2.1.1 Supervisión individual o grupal

La práctica de la supervisión individual o de los grupos de supervisión es un buen ejemplo de este tipo de estrategias.

Promover el pensamiento emocional de ellos y ponerlos en la situación “¿Qué te ha pasado a ti en ese caso? ¿Qué harías tú en ese caso? ¿Qué opinas tú de eso? ¿Qué te pasa a ti?” A ponernos constantemente, independiente de que traten de alejarse un poco del caso, acercarse al, al caso de ellos. Con los nombres teóricos que corresponden y con lo que se hace en la psicología clínica, poder jugar a la teoría, con un caso clínico, con un caso de un paciente real, pero al terapeuta, ponerlo allí una y otra vez, volver al terapeuta, volver al terapeuta y volver al paciente. (E01)

Obviamente, cuando alguien tiene dificultades, severas dificultades, se corrige la dificultad. Eso es muy común. Cada persona tiene sus propias temáticas, sus propios problemas, sus propias dificultades... Eso se muestra, se conversa... Los alumnos también participan (...) hacemos La Ronda. Pero La Ronda es que la persona opine respecto a, al caso clínico, qué opina respecto al paciente o qué opina respecto al terapeuta, y... deberíamos también, y lo hemos hecho de vez en cuando, qué opinan respecto a la calidad de la supervisión. (E03)

Durante esta práctica, el estudiante se cuestiona de manera guiada, colocando su atención en aspectos que posiblemente no había notado antes de la retroalimentación. Asimismo, se nutre de diversos puntos de vista, que amplían su visión acerca de sí mismo, del otro y del mundo.

Entre las temáticas que se podrían abordar en este espacio de retroalimentación guiada se encuentran aspectos relacionados con el reconocimiento y la autorregulación emocional. Por ejemplo, diversos supervisores mencionaron que es importante que el estudiante aprenda a tolerar la diversidad de emociones que todas las personas experimentamos, aceptando que tanto el paciente como el terapeuta pueden sentir emocionalidades complejas frente a situaciones determinadas, sin que ello signifique una falta grave para el proceso terapéutico o su cliente.

Sería como... tolerancia con respecto a las distintas emociones que puedan estar expresadas, porque puedo tener un paciente que me expresa una emoción específica de la cual yo, como mi vida personal, no estoy de acuerdo para nada... emmm y ¿Qué hago con eso? Entonces a parte de la identificación es la tolerancia a la diversidad de emociones que existen dentro de las personas. (E01)

Pero yo creo que también, si podemos trabajar esto otro de la tolerancia al malestar, llamémoslo así, te fijas, como de entender que uno también tiene emociones así como de rabia, impotencia, pena, desesperanza, etc. y que son cosas que a uno le suceden y que le suceden a otros es súper potente. (E08)

Dificultades emocionales como la que se ha acaba de exponer son comunes en estudiantes que están iniciando sus prácticas clínicas. El poder contar con la retroalimentación, no sólo del supervisor sino que además de sus pares que puedan estar sintiendo emociones similares, se vuelve un factor importante y protector para los practicantes, quienes integran una visión más humana a lo que significa ser terapeuta y lo que se experimenta emocionalmente en dicha posición. El lograr esta nueva visión en un ambiente de apertura, discusión y seguridad, les brinda las herramientas para que ellos posteriormente lo utilicen dentro de su práctica clínica.

Asimismo, un supervisor expone que otro aspecto a abordarse de manera guiada para fomentar la autorregulación emocional, se asocia con que los estudiantes cuenten con la certeza de que lo que ocurre en el espacio terapéutico no necesariamente es algo personal que el paciente actúa o dirige contra ellos. Esta convicción debería ayudar a no enganchar con ciertos aspectos relacionales que puedan ser difíciles de soportar en terapia.

O sea, yo creo que en alguna parte tener la convicción de “Esto no es en contra de mí, porque yo SÉ que he querido todo el tiempo ayudarla. Entonces esto no es en contra de mí, aquí hay otra cosa que está en juego” (Pausa) Entender que es, como se diría en bueno chileno “No tomárselo a lo personal” jejeje Porque en el fondo es eso, decir nooo... Salvo que sí hubiera una situación que sí lo ameritara que no me ha tocado nunca, por suerte. Porque sí puede pasar. Que haya un problema entre un paciente y un terapeuta puede pasar, pero, acá era como “No, esto aquí... este tema no es conmigo... esto tiene que ver con que la partida de acá está siendo complicada y tenemos que abordarlo juntas” (E05)

A fin de lograr lo anteriormente expuesto, los supervisores guían a sus estudiantes cuestionándolos y ayudándoles en el análisis conjunto de cómo lo que ellos están sintiendo hacia su paciente es lo que posiblemente éste elicitó en sus demás relaciones interpersonales.

Le pregunto también si el paciente tiene una característica, “¿Qué te pasa antes que llegue el paciente?” no, “¿Cómo te sientes tú?” para que elabore y, porque eso que le pasa al terapeuta probablemente le puede pasar al mundo que rodea a ese paciente no, hago esa pregunta no, interpele al terapeuta y a sus emociones con respecto al paciente. (E02)

Aprender a regularse desde la exploración del espacio intersubjetivo en terapia no sólo es beneficioso para el terapeuta en términos de su autorregulación emocional, sino que además es un insumo que debe utilizarse para enfrentar al paciente a sus propias dinámicas relacionales típicas, trabajándolo de manera conjunta terapeuta y paciente en la sesión de terapia. Asimismo, el estudiante se vuelve más consciente de los marcadores interpersonales

a los que debe prestar mayor atención y tener más cuidado, a fin de no engancharse en la terapia con un paciente específico.

Para los supervisores, también se debe buscar mantener una constante postura de “ayuda” hacia el paciente, generando continuamente preguntas dirigidas a cómo podría ayudársele, de acuerdo con lo que éste genera de manera afectivo-interpersonal, es decir, aquellos aspectos con los que podría estar engancharse emocionalmente el terapeuta.

Puedes ver “Pucha esta persona genera esto, ¿Cómo puedo ayudarla?”, pueden ser una herramienta muy buena tus propias emociones, pero tienes que estar dispuesto a mirarlas y a trabajar con ellas. (E05)

Independiente de que yo sienta mucho por dentro a partir de que sé que algo le va a provocar al paciente mi estar en ese momento o mi decir en ese momento, por eso es que hay que estar muy atento en cuanto a lo que uno va a decir, cómo lo va a decir. (E01)

Lo anterior quiere decir que antes de realizar cualquier intervención en terapia, el terapeuta debe ser capaz de detenerse y preguntarse a sí mismo “¿Qué tan terapéutica es la intervención que estoy a punto de realizar? ¿Cómo se debe realizar dicha intervención para que sea terapéutica”, analizando si la misma no está sirviendo a otros propósitos y poniendo siempre en primer lugar el bienestar del paciente.

Sin embargo, los supervisores resaltan que en aquellas situaciones en las que el terapeuta no sepa que hacer frente al paciente, debe ser capaz de parar, detenerse, y mantenerse tranquilo antes de actuar de manera no terapéutica.

Prestarle más atención al paciente y yo acallarme, acallarme para que se dedique el paciente a fundamentar eso que está diciendo, y si es desde el silencio, silenciarme con el paciente, quedarme tranquila. (E02)

Algo que yo aprendí de mi supervisora, y se lo agradezco hasta el día de hoy, que aunque cueste mucho es “Cuando uno no sabe qué hacer, no tiene que hacer nada” (...) no tenés que hacer nada, porque lo que haces son puras cosas atarantadas, y la posibilidad de meter la pata es altísima. (E05)

Asimismo, el detenerse ayuda a prestarle más atención al paciente y llevarlo a que elabore mejor su propia experiencia emocional.

De igual manera, otra temática que podría abordarse de acuerdo con los supervisores, es que los estudiantes deben aprender a practicar la paciencia ante el proceso terapéutico. El terapeuta no sólo debe ser capaz de ver aspectos negativos en el paciente, sino que por el

contrario debería buscar activamente reconocer lo positivo y “admirar” a su paciente, confiando en que éste posee sus propios recursos personales, y respetando su ritmo de trabajo y sus límites ante la terapia.

Estoy esperando que el paciente de ese paso primero, porque cada paciente tiene su ritmo y yo tengo que estar, tengo que tratar de entender ese ritmo del paciente no, pero yo estar estable y tranquila, pero también trabajando con el paciente. (E02)

Y la paciencia tiene que ver con el hecho de que, por un lado, tengo que respetar los límites del paciente, y por otro lado, eh, como decía (Nombre de colega) “Hay que admirar al paciente”, confiar en los recursos del paciente, ¿No sé si me explico claro? Entonces si tú confías en los recursos, reconoces que el paciente tiene recursos, y que también tiene límites. (E03)

Este aspecto de saber reconocer las cualidades personales, los recursos y los límites del paciente es de suma relevancia, ya que como se mencionaba en apartados anteriores, es el paciente quien dicta el ritmo y la dirección del trabajo psicoterapéutico. Además, se le otorga calidad de agente transformador principal dentro del proceso en la terapia.

Otro aspecto que los supervisores señalan que debe ser retroalimentado de manera guiada se refiere a que existen momentos en que el terapeuta puede estar demasiado centrado en lo que está sintiendo, por lo que es necesario que aprenda a “resituarse” y regresar a lo que está sucediendo con el paciente que tiene enfrente.

Esa relación conmigo implica, por ejemplo, situaciones como, como diría el profesor (nombre del profesor), entonces esa es una manera en que uno tendría que estar alerta y resituarse, porque cuando yo me pongo allí, en, como diría el profesor (nombre del profesor) la relación conmigo empieza a predominar por sobre la relación con el paciente, yo me pierdo del paciente. (E03)

Asimismo, si se presenta una emoción que pareciese estar distraendo demasiado al terapeuta u obstaculizando el proceso terapéutico, algunos supervisores refieren que lo que se debe intentar hacer es anotarla y colocar distancia con ella o “dejarla ir”, con el compromiso de que posteriormente se volverá a ella para elaborarla, en un espacio que sea más adecuado para este objetivo.

O tal vez mejor me alejo de allí porque siento que no puedo controlar esa emoción y trato de visualizarla por otro lado. (E01)

Entonces tú tenei una responsabilidad profesional y ética con quien tú tienes al frente, por ejemplo, supongamos que yo fui abusado cuando niño, y un paciente me devela un abuso, ¿Sí?, lo primero que nosotros hacemos es, cuando algo del paciente te toca tu historia personal, es no rechazar la historia personal, ¿Sí?, pero tampoco es de matizarla en sesión, sino que reconocerla, anotarla quizá y dejarla ir. Porque si yo no la dejo ir, no vuelvo a tener un contacto contigo como

paciente. Ya vendrá, en mi propia vida privada digamos, el momento de hacerme cargo de eso, o en mi supervisión. (E07)

En los ejemplos anteriores se logra visualizar lo que ya se había mencionado con respecto al establecimiento de una base ética, a fin de que el practicante siempre coloque en primer lugar la necesidad emocional del paciente y no la propia. Sin embargo, se espera que si el estudiante ha observado dificultades emocionales en sí mismo durante su ejercicio terapéutico, debe solicitar ayuda en supervisión o en otras instancias personales a fin de manejar mejor esta problemática frente a su paciente.

El rol de supervisarse es central pa poder lograr eso. ¿Sí? Conversar el caso con tu colega digamos, exponerlo en alguna reunión clínica y contarle “Mira tengo un paciente que me contó un tema de abuso y yo también lo tengo” o “un paciente que está pasando por un problema matrimonial y me está pasando lo mismo”, cosas cotidianas que nos pasan a todos. (E07)

Por último, se debe tener en cuenta que si la emoción es demasiado intensa para el terapeuta y éste no es capaz de tomar dicha información y utilizarla de manera terapéutica, lo más recomendable y ético sería finalmente derivar al paciente con otro colega que pueda tratarlo de manera adecuada.

La idea de que nos tienen que caer muy bien los pacientes y que tenemos que adorarlos a todos como que fueran bebecitos es una cosa, un poco, digamos insensata. A uno le puede caer mal un paciente, y si uno no va a poder trabajar eso terapéuticamente, es mejor derivarlo, ya. (E05)

5.2.1.2 Grupos de apoyo emocional estudiantil

A diferencia de las estrategias de retroalimentación guiada expuestas anteriormente (supervisión individual o grupal), existe otra modalidad grupal denominada por un supervisor como “Grupos de contratransferencia”, cuyo objetivo principal es que sus participantes puedan compartir y elaborar de manera conjunta lo que puedan estar sintiendo en la terapia con sus pacientes, pero también durante el proceso formativo académico.

Son reuniones semanales, una vez a la semana durante una hora, en donde la consigna es que “Es un espacio para conversar y compartir las experiencias emocionales y personales que genera el trabajo con pacientes y el estar en un proceso de formación” que también es algo que genera mucha, movimiento también. ¿No? Porque los alumnos también se sienten exigidos, evaluados, se empiezan a perseguir, en fin, algunos se decepcionan porque es más difícil de lo que pensaban, en fi... entonces también es un espacio para poder conversar de todo eso. Ahora, no es una instancia de supervisión todo eso, no (...) Es una instancia, es aparte, otra cosa, es grupal y es una instancia de compartir y juntos pensar en esta experiencia. (E09)

Esta estrategia se considera distinta de la supervisión, debido a que es un espacio abierto, no evaluado y fuera del tradicional ámbito académico, en el que se abordan conjuntamente

las tensiones que el entrenamiento clínico pueda estar provocando en los estudiantes y sus pares.

5.2.1.3 Opinión de un experto

Adicionalmente, un supervisor hizo hincapié en que los estudiantes deberían conocer las experiencias emocionales reales que relatan otros terapeutas más experimentados.

Ella era novel po, estaba recién partiendo, entonces para ella leer todo eso, esos relatos de los terapeutas con todo su, experiencia no solo de bienestar sino que también de malestar fue súper potente porque le ayudó a reconocer y a aceptar que uno podía sentirse pésimo te fijas, de todas las maneras y eso no habla de que seas bueno o malo, en lo que tú haces, te fijas, entonces fue, me acordé de eso, porque para ella esa experiencia, el poder escuchar en el fondo a través de las entrevistas a otra gente con más experiencia que en el fondo hablaban de todo este mundo emocional, de todo lo que pasa, te fijas, en todas sus aristas, así como ella, como que se relajó y dijo “No, a mí, yo puedo sentir esto y lo otro. (E08)

Esta estrategia buscaría retroalimentar a los estudiantes que los sentimientos que ellos puedan estar sintiendo hacia la terapia y su paciente son totalmente normales, lo cual les ayudaría a sentirse más cómodos y tranquilos frente a dichas experiencias emocionales.

5.2.1.4 Análisis de un registro audiovisual del caso clínico

Asimismo, una supervisora señaló la herramienta del registro audiovisual de una sesión en espejo como herramienta útil de trabajo con los estudiantes.

Todas las entrevistas y sesiones que se hacen en espejo, en salas espejo que están acá, son videadas y en algún minuto del programa los tera..., porque al inicio las entrevistas las realizamos los docentes y en algún minuto las entrevistas, las primeras entrevistas de ingreso las realizan emm, los terapeutas y allí esas entrevistas ¿No? Es también pensada después ¿No? Y qué pasó en la entrevista ¿Sí? Como es algo grupal además, y es muy expuesto, no se profundizan las instancias con respecto a las vivencias del terapeuta, pero esa grabación sí la pueden llevar donde su supervisor y revisarla. (E09)

Se considera este registro (el cual puede ser en video o incluso únicamente en audio) como una estrategia de retroalimentación, ya que su objetivo consiste en que dicho material pueda ser utilizado de manera individual por el estudiante en otro momento, cuando el supervisor no ha sido capaz de estar presente durante la sesión terapéutica. Ambos pueden entonces reproducir la cinta y el estudiante obtiene la oportunidad de recordar, analizar y reelaborar con la ayuda del supervisor las emociones que experimentó durante la sesión con su paciente.

Por último, un ejercicio similar puede realizarse desde algunas propuestas de los supervisores en base a estrategias como por ejemplo practicar Focusing o la Técnica de la Moviola.

Ellos ya tuvieron la formación experiencial y claro, yo aplico focusing en las supervisiones, no en todas, pero en algunas sí, sobre todo cuando los terapeutas digamos tienen sentimientos como que les está costando como un poco más entender, eh y ya digamos (chaquea dedos) tienen esta habilidad desarrollada, con pequeñas preguntas, ellos inmediatamente entran como en una actitud de focusing, de auto focusing, y se autoexploran de esa manera. Entonces yo creo que va a depender un poco de, del nivel de formación que tienen, pero en general ehh, igual en general resulta ya, de un modo más intuitivo o más formal, pero resulta. (E04)

Entonces también están acostumbrados te fijas, y yo les digo “Bueno, vamos a ver también un poco qué les pasa a ustedes y vamos a ver si hacemos moviola” o qué sé yo, te fijas, como a ellos qué es lo que les pasa con su paciente cuando andan atascados. Entonces como que es bonito porque fluye siento bien. (E08)

Estas estrategias están destinadas a que los estudiantes pueden realizar una exploración de su propia emocionalidad en base a una sesión que les haya parecido compleja desde un punto de vista emocional, regresando a la misma y reelaborando dicha experiencia afectiva.

5.2.2 Estrategias Autobiográficas

En base a los reportes de los supervisores, este tipo de estrategias se centran en que el estudiante sea capaz de reflexionar por sí mismo diversos aspectos de carácter emocional que se relacionen con su propia historia de vida:

5.2.2.1 Bitácora personal

A este respecto, como se ejemplifica en las citas siguientes, los supervisores consideran que la escritura de bitácoras personales son una buena herramienta para la propia exploración emocional.

Yo creo que al comienzo como el llevar la bitácora te fijas, de lo que te va ocurriendo, fue súper fuerte para ellos te fijas, y para algunos es súper fuerte. Pero también, eso en el fondo les ayuda a mirarse po, a mirarse con todo lo que eso significa, te fijas, entonces la bitácora es como algo que les ayuda, yo diría como el registro, te fijas. Que pues, o sea, a mí se me ocurriría que al que no le ha gustado tanto escribir que mejor que dibuje (...) Te fijas, como otras formas de expresarse. Como que en esa autoobservación, el poner como afuera, te fijas, para poder mirarlo, yo creo que eso es algo que les... por lo menos la bitácora les ayuda, y se me ocurre que podrían haber otras formas para ayudar en ese sentido, te fijas. (E08)

Estas bitácoras personales sirven para que el estudiante mantenga una atención consciente de lo que le sucede en su diario vivir, registre sus vivencias, sea capaz de externalizarlas a fin de observarlas más cuidadosamente y elaborarlas, ya sea de manera individual o si lo desea con ayuda de un otro (opcional).

5.2.2.2 Técnicas biográficas

En esta misma línea, los supervisores expresan que también se puede realizar trabajo autobiográfico narrativo, tanto desde la propia genealogía, desde la historia pasada y presente, como también desde los objetivos, planes y metas que se tienen para el futuro, los cuales también configuran a la persona del terapeuta.

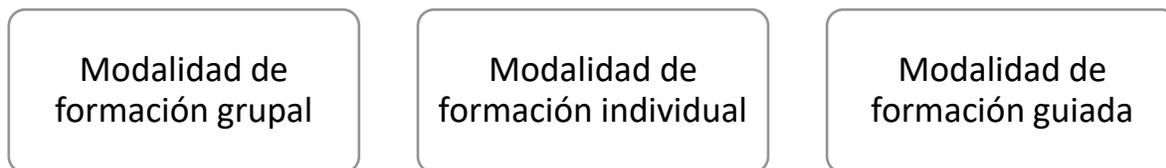
O sea, nosotros trabajamos con los genogramas de los estudiantes, con sus historias familiares, con sus historias presentes, eh, yo soy bien así como “Ya, pero tú ¿En qué momento de la vida estás? y entonces ¿Cómo esto está afectando tu manera de ubicarte dentro de este lugar de prácticas? ¿Qué tan reconocido te sentís? Blablá”. O sea, es importante la historia, es importante la, la contingencia del sujeto porque es importante las relaciones para nosotros. Dentro de eso está el cómo ha sido formado, pero, pero son todos elementos que gozan de la misma dignidad, o sea, también podría ser que, lo que explica, también, no sólo, lo que explica cómo (nombre de la entrevistadora) trabaja hoy en día tiene que ver con la imagen que (nombre de la entrevistadora) tiene de sí misma dentro de cinco años más, entonces ¿Qué tanto puede estar pesando en ti tu futuro? Como puede estar pesando de dónde venías hace cinco años atrás. (E06)

Esta propuesta es muy interesante, ya que se tiende a olvidar el papel de las propias metas y expectativas futuras en la configuración de la persona que se es en el presente. Es por ello que se necesita una visión más integral de la persona desde su pasado hasta quién desea ser en el futuro.

6. MODALIDADES DE FORMACIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DE ASPECTOS EMOCIONALES DEL ESTUDIANTE

En base a la experiencia de los supervisores, se encontraron tres modalidades importantes que podrían contribuir a la estimulación de los aspectos emocionales de los estudiantes (Figura 6): Modalidad de formación grupal, modalidad de formación individual y modalidad de formación guiada:

Figura 6. Modalidades de formación para la estimulación del reconocimiento y regulación emocional



6.1 Modalidad de formación grupal

De acuerdo con los supervisores, los programas de formación grupal cuentan con diversas ventajas. En primer lugar, la formación dentro de un grupo o equipo de trabajo beneficia el que los estudiantes se retroalimenten mutuamente, compartiendo y comparando sus experiencias emocionales durante dicho proceso formativo.

Es como, es como cuando hacei un taller de psicología, cachai, una de las mejores ventajas de los talleres de psicología es que los pacientes que están en ese mismo taller tienen realidades parecidas, tienen visiones del mundo más o menos parecidas, a partir de una sintomatología, a partir de una situación en donde ellos mismo, muchas veces yo modero, pero ellos mismos se dan consejos desde la experiencia en sí... y eso es invaluable, que es distinto a que te lo diga otro paciente con respecto a ti, a que lo diga el psicólogo que está como un poco más externo... emmm “Puedo sentir que sí po, hay alguien que le pasa lo mismo que a mí”, cuando se lo dice otro paciente, y puede ser eso mismo con los, con los estudiantes, cuando hay otro estudiante que le hace algún comentario a otro, él lo toma. (E01)

Yo creo que aquí lo grupal tiene un valor bien potente, bien potente porque, eh, esto como de poder mirarse a sí mismo, también en relación a otro, a otros pares, el poder digamos compartir experiencias y el poder, y utilizar instancias interpersonales, como, como fuentes también de desarrollo, de aprendizaje, en mi experiencia es bien poderoso, bien poderoso, entonces eh, yo creo que acá lo individual pa un contexto educativo, yo creo que tiene un, te permitiría tal vez como lograr ciertos objetivos pero, pero... pero yo creo que el valor de la dinámica del grupo es muy superior. Muy superior. (E04)

Como se puede observar en las citas anteriores, esta modalidad contribuye a que los estudiantes puedan darse cuenta que lo que les sucede emocionalmente también le ocurre a sus compañeros, y tienden a comprometerse más, no sólo con su propio aprendizaje personal, sino que también con la formación y crecimiento de sus demás compañeros, volviéndose entes activos de su proceso de educativo

Otra ventaja de la formación grupal consiste en que se van enriqueciendo los repertorios emocionales y conductuales de todos los participantes, complementándose unos con otros, y aprendiendo de las diferencias que presentan entre sí.

Empieza en las supervisiones a adquirir repertorios emocionales de otros terapeutas que están hablando, de otras supervisiones que se están haciendo de otros pacientes, entonces allí aparece la adquisición de repertorios emocionales que uno no tenía y decía “yo nunca me he preguntado eso”, “¿Por qué en mí tampoco aparece la rabia?”, y eso entrega un saber enorme y se deja de actuar sólo desde la intuición si no que desde el conocimiento, desde las emociones. (E02)

En mi experiencia es mucho mejor en grupo. Es mucho mejor en grupo. Tenés más perspectivas, tenés una contención más amplia... a veces hay gente que no tiene otras habilidades que otros sí, por ejemplo yo no soy muy contenedor, ¿Cachai? Soy más analítico, me gusta más preguntar. Entonces cuando algún colega se afecta con algo, si hay otro colega que es más contenedor que yo, y yo analizo y él contiene, perfecto ¿Cachai?. (E07)

Las opiniones anteriores proponen la idea del aprendizaje emocional en la interacción con otro, con lo que pareciera que aquellos espacios donde existe una mayor exposición intersubjetiva contribuye al enriquecimiento emocional personal. También se habla de la noción de complementariedad con personas que exhiben características diferentes.

Asimismo, un supervisor manifiesta que la formación grupal fomenta la exposición a un número mayor de casos clínicos.

Yo creo que la supervisión grupal lo bueno que tiene es que aparte de mi caso, puedo analizar casos de los otros. Y me acerca emocionalmente porque estamos allí en supervisión, me cuentan otro caso, entonces yo puedo llegar a acercarme, a producir una aproximación emocional y también diferenciándome, entonces hay muchos supervisados que yo encuentro que hacen muy buenos comentarios con respecto a lo que le está pasando al compañero, pero no lo pueden hacer allí, entonces yo lo utilizo eso, ojo, esto pareció que era lo que te estaba pasando a ti pero es distinto con guitarra po, es otra cosa allí en la cancha, cachai, entonces tú estás pudiendo hacer esto ¿Qué consejo te daría a ti mismo tal como se lo diste al compañero? En ese sentido es bueno como que haya un ir y venir, en cuanto a que si estoy contando mi experiencia, mi emoción con mi caso, pero después termino, empieza otro, y yo puedo tener una visión tal vez más clínica, más objetiva, sin mi emocionalidad empapada, porque estoy escuchando el caso recién, entonces hago mis propios comentarios. Pero eso da la posibilidad de que el mismo supervisado, el mismo terapeuta se dé cuenta. (E01)

Lo anterior posee la ventaja de concientizar a los estudiantes acerca de la diferencia entre cómo se trabaja con un caso propio, donde existe mayor involucramiento personal, versus el análisis del caso de un compañero, donde se evalúa el trabajo con el paciente desde la distancia, de forma más “objetiva”.

6.2 Modalidad de formación individual

Los programas de formación individual presentan ciertas ventajas que pueden compensar las desventajas de los programas de carácter grupal. Una de estas ventajas se

relaciona con que el estudiante experimenta una mayor confianza de exponer cómo se siente, sin sentirse evaluado o expuesto a críticas por parte de sus colegas.

Ventaja desde lo individual es que el terapeuta posiblemente pueda tener menor temor a contar lo que a él le pasa personalmente a diferencia de estar con más alumnos. (E01)

Por otra parte, la formación individual brinda mayor tiempo para profundizar el propio caso clínico y para generar un lazo más estrecho entre el estudiante y su supervisor.

Es que la individual es más personal. Se arma más una relación de trabajo personal (...) se puede profundizar más, y cuando se arma una buena relación, hay más confianza. (E10)

Por último, la formación individual puede servirle al estudiante como un espacio que guíe una autoobservación más profunda de su propia experiencia emocional.

Lo más individual, cuando tú hablas individual es como ¿El trabajo individual, cierto? Claro, ese es como esa autoreflexión que también sirve bastante, es como si hago bitácora, es algo que pasa que es un proceso interno, te fijas, esta autoobservación, te fijas, que después yo la puedo compartir con un otro si quiero, te fijas, pero hay un momento en que es propio, personal, te fijas, de conexión profunda. De reconocimiento, quizás amplitud. (E08)

A diferencia de la formación en grupo que posiblemente enriquece al estudiante en complementariedad con personas distintas, la formación individual parece invitar a una mirada de aspectos personales más profunda y significativa de acuerdo a la propia historia de vida.

6.3 Modalidad de formación guiada

De acuerdo con los supervisores, la formación guiada es fundamental para una persona que está aprendiendo un modelo terapéutico específico, ya que orienta y presta las herramientas necesarias para una formación adecuada del estudiante:

No lo que pasa es que lo individual, de repente te puede dejar algunos huecos vacíos que no los puedes ver si no lo haces guiadamente cachai, y puedes tener algunas ideas que al manifestarlas eh, o alguien te puede decir “Ojo, pero piénsalo, tal vez, esto relaciónalo con esto” y “ahhh sí po”, y puede aprovecharse más desde una visión objetiva, es como... como una persona igual resuelve sus problemas solo o yendo al psicólogo, me entendés, sí puede tener muy buenas resoluciones solo, pero que igual es un guía que te oriente en cuanto a cómo ir, no, no, no dictándole el camino, si no que prestándole el cemento pa que pavimente el propio camino pa donde quiera ir, no haciéndole el camino y diciéndole “esto es lo tuyo”, no. (E01)

Yo creo que esas cuestiones, todo lo que es práctico se aprende prácticamente haciendo. Tiene que ser hecho con un supervisor. De hecho, la formación sin supervisión no funciona. (E03)

Esta visión es coherente con que los supervisores ejerzan dicho rol orientador frente a sus estudiantes. Todos los supervisores estuvieron de acuerdo en que la formación guiada superaba enormemente cualquier tipo de intento de formación autónoma.

Sin embargo, se espera que esta guía vaya disminuyendo de manera paulatina, con el objetivo que el mismo terapeuta vaya encontrando su propio estilo personal de trabajo.

Es como con los niños que los acompañas a caminar y después en algún momento tienen que caminar solos. Y después si se cae, hay que ayudarlo pa que siga caminando, pero después sigue caminando solo, algo parecido encuentro. (E01)

Yo creo que una persona aprende muchísimo cuando es consciente que está también ayudando a formar al otro, y no cuando son espectadores de uno solo que está allí, entregando los conocimientos. (E06)

Asimismo, se hace hincapié en la importancia de que, aun cuando se trata de una formación guiada, esto no significa que el estudiante pierda el protagonismo de su propio proceso formativo, sobre el cual él también puede convertirse en agente y colaborar para que todos los involucrados aprendan en conjunto.

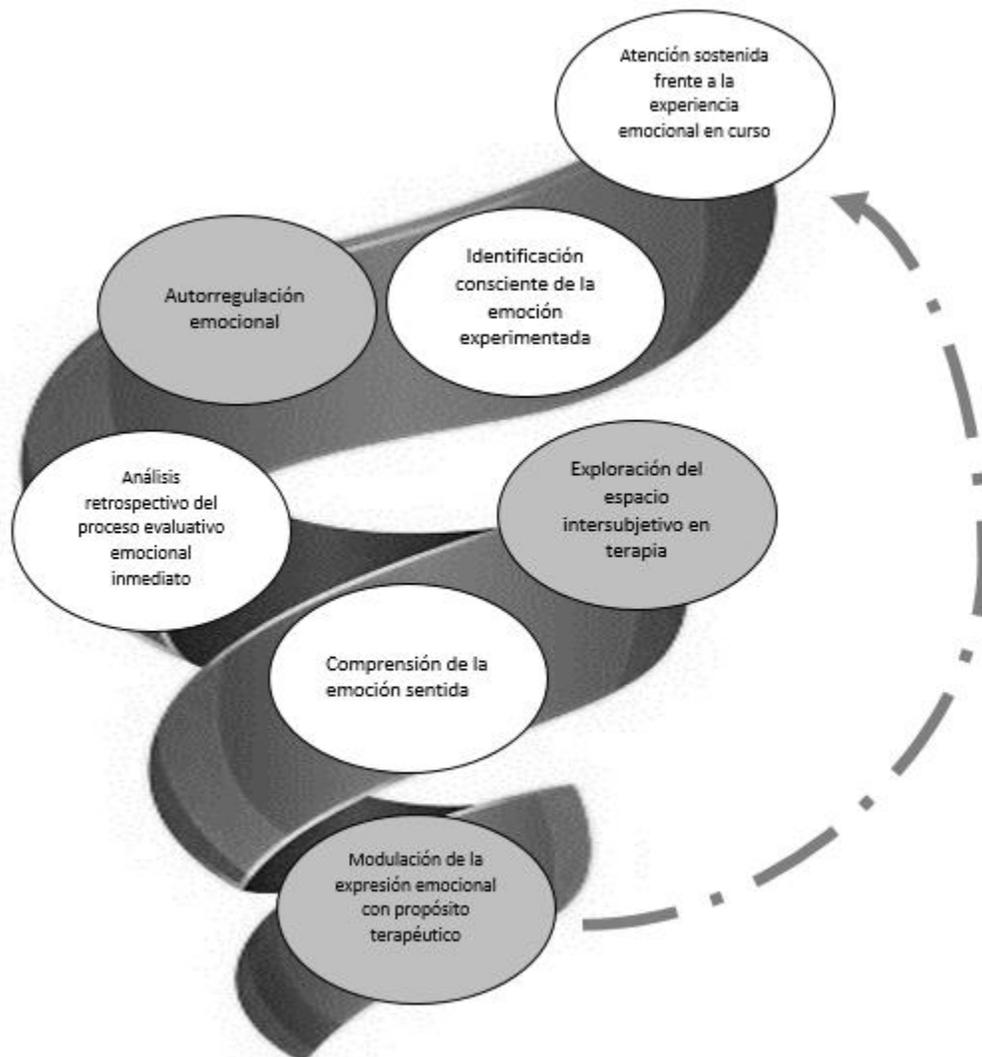
INTERVENCIÓN CON SIGNIFICADO CONSCIENTE: UN MODELO COMPRENSIVO PARA EL RECONOCIMIENTO Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA

En el presente apartado se presenta un modelo comprensivo que establece conexiones entre el proceso de reconocimiento y regulación emocional, con el objetivo de adquirir un mayor entendimiento de cómo ambos se retroalimentan mutuamente dentro de un fenómeno más amplio al cual se denominará dentro del contexto psicoterapéutico como *intervención con significado consciente* (Figura 7). Asimismo, se sugiere cómo estimular dicho fenómeno en estudiantes de psicología durante su práctica clínica, mediante la combinación de diversas estrategias experienciales y reflexivas reportadas por los supervisores participantes de este estudio.

En la siguiente figura se visualiza cómo ambos procesos –de reconocimiento y regulación emocional- se engranan de manera dinámica y simultánea. Al inicio de la intervención con significado consciente se encuentra el primer componente del reconocimiento emocional,

debido a que esta *atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso* se nutre específicamente de los procesos perceptivo-atencionales que el organismo pone en marcha automáticamente frente al momento presente, es decir el aquí y ahora del individuo. Como ya se había mencionado, este componente cumple con una función de monitoreo en cuanto a los constantes cambios que ocurren en el entorno de la persona. A este respecto, existiría un “punto de referencia emocional”, frente al que se compararían todas las demás experiencias emotivas en curso. Si el entorno presenta un cambio que produzca una reacción emotiva demasiado alejada de este punto de referencia, dicha reacción llamaría más la atención de la persona, la cual tiende a mantenerse en un estado de homeostasis, lo cual echaría a andar mayores recursos a fin de identificar la experiencia emocional, analizarla y comprenderla mejor.

Figura 7. Intervención con significado consciente



Por ejemplo durante la práctica clínica, un estudiante de psicología estaría en un constante monitoreo de su experiencia emocional presente. Si la situación marcha como el estudiante espera y no existe un mayor cambio en su entorno, lo más probable es que el estudiante se mantenga tranquilo, debido a que su experiencia emocional presente concuerda con su tono afectivo acostumbrado. Sin embargo, si durante la interacción sucede algún cambio con el paciente que desencadene una variación importante de este estado homeostático, dicha oscilación tenderá a ser más llamativa para el estudiante.

En esta etapa, es posible utilizar *estrategias de carácter experiencial* con el fin de estimular el que el estudiante practique una atención consciente hacia cómo se experimenta su cuerpo, con el objetivo de favorecer el monitoreo de señales interoceptivas y disposiciones de acción que ocurren en el momento presente. Se priorizarían aquellas estrategias cuya finalidad se centre en aumentar la autoconsciencia corporal en aspectos relacionados con la postura física, el tono muscular, el ritmo respiratorio y la sensación de agotamiento o cansancio físico. Estas estrategias pueden realizarse inicialmente en grupo de manera guiada y posteriormente el estudiante podría continuar su estimulación mediante ejercicios individuales.

En el momento en que la persona percibe cambios inesperados en su entorno inmediato, su cuerpo reacciona movilizándolo el segundo componente del reconocimiento emocional, en cuanto a que se presenta una búsqueda activa e *identificación consciente de la emoción experimentada*, con el fin de reconocer rápidamente lo que le ocurre en términos emocionales. Asimismo, casi de manera simultánea y dependiendo del contexto en que la persona se encuentre inmersa (debido a que existe una evaluación previa de dicho entorno) se presenta la primera dimensión de la regulación emocional relacionada con la *autorregulación*. Supongamos que durante la interacción en el setting terapéutico ocurre algo que provoca una emoción de fuerte tristeza en el estudiante, a un nivel de intensidad al que generalmente no está acostumbrado, y cuya disposición de acción inmediata es la del llanto. El contexto en que el estudiante se encuentra inmerso establece ciertas “reglas tácitas” de interacción con el otro, con lo que el estudiante se encuentra consciente (debido a la evaluación previa que ha realizado del espacio de terapia desde su posición de terapeuta) que

por el momento sería inadecuado demostrar su emoción de tristeza y llorar frente a su paciente. Es por ello que el estudiante intentaría sostener la emoción, conteniendo lo mejor posible la disposición de acción asociada a la misma.

La *identificación consciente de la emoción*, puede ser trabajada con una combinación de *prácticas experienciales* como las mencionadas anteriormente, junto con *estrategias reflexivas* podrían contribuir a ubicar claramente la emoción que se está experimentando dentro de una familia emocional específica. El foco se centraría nuevamente en ejercicios que estimulen la autoobservación, a fin de que el estudiante pueda identificar y al mismo tiempo diferenciar más fácilmente entre la amplia gama de emociones que experimenta en un momento dado. Estas actividades pueden desarrollarse de forma individual, pero si el estudiante posee visibles dificultades para interpretar sus propias emociones, lo más probable es que un ejercicio grupal podría ayudarle a enriquecer su repertorio emocional, mediante la retroalimentación con sus demás colegas. Asimismo, la utilización constante de una bitácora personal podría consolidar los objetivos anteriormente expuestos.

Por otra parte, la estimulación en relación a la dimensión de *autorregulación emocional*, cuyo objetivo fundamental consiste en brindar herramientas al estudiante para que sepa cómo sostener su emocionalidad y lograr contener la disposición de acción asociada, se centraría en prácticas relacionadas con la autoconsciencia corporal, introduciendo además estrategias guiadas en acción evocadoras de emocionalidad. Éstas últimas buscarían ayudarle al estudiante a aprender configuraciones vísero-posturales-respiratorias opuestas entre sí, que ayuden a contener la emoción sostenida frente al paciente.

Las etapas 4 y 5 pueden ser entendidas como un proceso reflexivo mediado por el *análisis retrospectivo del proceso emocional inmediato* y la *exploración del espacio intersubjetivo en terapia*. En estas etapas se buscaría responder de manera general a las preguntas “¿Qué me está ocurriendo a mí?” y “¿Qué está ocurriendo entre el otro y yo?”, lo cual es fundamental para comprender y dar significado a la experiencia en curso, como al mismo tiempo brinda insumos que contribuyen tanto a la mantención de la autorregulación emocional, como a las etapas que se presentan posteriormente. Ambos procesos reflexivos

se encuentran íntimamente ligados, debido a que la terapia es un espacio intersubjetivo donde tanto el terapeuta como el paciente se influyen mutuamente.

Estos dos procesos podrían estimularse mediante la utilización de *estrategias circunscritas al espacio terapéutico*, donde existe un fuerte componente intersubjetivo experiencial, complementado por *prácticas de retroalimentación guiada*. Estas estrategias pretenderían cumplir con objetivos formativos asociados con regresar sobre el proceso evaluativo emocional que se llevó a cabo de manera inmediata, observarlo e intentar describir más ampliamente la emoción que se está experimentando. Esta descripción abordaría aspectos en cuanto a qué tanto dicha emoción se considera como familiar o novedosa, de intensidad baja o alta, agradable o desagradable, aceptable o inaceptable, su disposición de acción, etc. Asimismo, se buscaría develar la dinámica intersubjetiva, en relación a qué posiciones está jugando cada uno de sus participantes dentro de la relación, qué demandas emocionales se encuentran en juego, qué acciones se han llevado a cabo hasta el momento y cuáles son sus implicaciones relacionales. Cabe mencionar que la utilización de una bitácora personal nuevamente podría ayudar a la consolidación de los aspectos anteriormente mencionados.

Regresando al ejemplo que se venía desarrollando acerca de un estudiante durante su práctica clínica, supongamos que en este escenario el paciente está relatando su experiencia, la cual ha provocado una emoción fuerte de tristeza en el terapeuta, pero que el paciente narra manteniendo una expresión emocional completamente neutral. Se debe recordar que el proceso reflexivo anteriormente expuesto confiere un significado específico a la experiencia que depende totalmente de la persona que lo significa. Entre los diversos significados que podrían haberse construido podrían aparecer, por ejemplo: “Me siento triste y tengo ganas de llorar”, “Me da mucha pena la horrible situación ante a la que ha tenido que enfrentarse mi paciente”, “No puedo llorar porque estoy ejerciendo terapia con mi paciente”, “Tengo que pensar primero en el bienestar de mi paciente”, “Mi paciente acaba de narrarme una historia devastadora”, “Mi paciente podría sentirse muy mal ante lo que acaba de comunicarme”, “Mi paciente se muestra plano emocionalmente ante lo que acaba de narrar”, “¿Cómo es que mi paciente se mantiene con un semblante tan neutral ante algo tan impactante

emocionalmente?”, “¿Será que mi paciente no desea llorar frente a mí?”, etc. Estos significados se presentan rápidamente de golpe, y contribuyen a la conformación del componente de *comprensión de la emoción sentida*. Es necesario recalcar que durante este proceso, *la atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso, la identificación consciente de la emoción, la autorregulación emocional*, y los procesos reflexivos se mantienen activos, en conexión y retroalimentación constante. Todo se está desarrollando en vivo en el momento presente.

La *comprensión de la emoción sentida* y lo que continúe ocurriendo en el entorno (que a su vez retroalimenta y modifica la comprensión momento a momento) proporcionaría la información necesaria para que el estudiante realice una toma de decisión consciente en cuanto a cómo se *modularía la expresión emocional* en base al objetivo que se está buscando. En este caso, si el propósito del estudiante es introducir dentro de la interacción el elemento de impacto emocional de tristeza que le ha provocado el relato de su paciente (quien se mantiene neutro ante su propia narrativa), esto se traduciría en una intervención orientada hacia la movilización del proceso terapéutico.

A fin de estimular la *comprensión de la emoción sentida*, se utilizaría la combinación anteriormente expuesta, agregando en esta ocasión algunas *estrategias autobiográficas*, que ampliarían la comprensión en cuanto al origen de algunas reacciones emocionales por parte del estudiante. Por otra parte, la *modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico* se vería mayormente beneficiada mediante el uso de *estrategias circunscritas al espacio terapéutico* complementado con *prácticas de retroalimentación* nuevamente, a fin de que se vuelva una práctica más habitual para el estudiante el ser capaz de intervenir con sus pacientes con un objetivo claro en mente.

Por último, un aspecto a resaltar en el ejemplo que se ha desarrollado a lo largo de este apartado es que la reacción emocional que el paciente demuestre frente a la intervención por parte del estudiante, continuará retroalimentando y manteniendo en operación todo el engranado de la *intervención con significado consciente* propuesta hasta este momento, con lo que no se debe perder de vista su carácter auto recursivo y dinámico durante la interacción en curso.

En resumen, la intervención con significado consciente se refiere a la práctica realizada por estudiantes que han sido capaces de estimular e integrar en su estilo terapéutico las distintas fases descritas en este apartado, relacionadas con los procesos de reconocimiento y regulación emocional. Por último, cabe destacar que este modelo comprensivo se articula en base a teorías de intervención anteriormente planteadas, tales como la metacomunicación descrita por Safran y Segal (1996) y Yañez (2005), abordando aspectos relacionados con el nivel tácito de experiencia, el cual se refiere al nivel emocional inmediato mediante el cual significamos la experiencia en curso.

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se enmarca desde una comprensión de la psicoterapia como un espacio intersubjetivo, donde la capacidad de reconocimiento y regulación emocional del terapeuta juega un papel fundamental en cuanto a la adecuada atención y tratamiento de las problemáticas afectivo-relacionales de su paciente. Asimismo, se ha establecido la importancia de una formación integral, que aborde estas temáticas emocionales desde etapas tempranas en el desarrollo académico profesional de los estudiantes. Es por ello que este estudio se planteó como objetivo principal el diseñar una propuesta de programa, integrando los componentes críticos para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica.

La presente sección discute los tres objetivos específicos que configuran dicho objetivo general, contrastando los hallazgos de la investigación con diversos aportes empíricos relacionados con la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional en el ámbito psicoterapéutico, a fin de constatar sus implicaciones, tanto para la práctica clínica como para la formación de nuevos paradigmas teóricos en cuanto al entrenamiento de terapeutas.

El primer objetivo específico estipulaba indagar la perspectiva de supervisores clínicos expertos en distintas corrientes teóricas, en cuanto a qué es y cómo opera el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su etapa de formación académica, por lo que se exploró cómo entendían los supervisores el reconocimiento y la regulación emocional del terapeuta, qué importancia le atribuían para el desarrollo del proceso terapéutico, y cómo estimulaban estas capacidades en sus estudiantes. El análisis de los datos permitió desarrollar un modelo comprensivo que integra ambos procesos emocionales en un fenómeno más amplio al que se denominó *intervención con significado consciente*.

Uno de los primeros hallazgos fue el poder establecer que el concepto de reconocimiento emocional no se refiere únicamente a identificar emociones en uno mismo y en el otro, sino que engloba un proceso más complejo, que involucra aspectos físicos, emocionales, cognitivos y relacionales, como se pudo constatar tanto en la revisión bibliográfica como en la opinión de los supervisores que participaron de este estudio. Si bien en la bibliografía revisada no se encontró referencias específicamente relacionadas con el

reconocimiento emocional del terapeuta específicamente en la situación de terapia, sí fue posible encontrar nociones en estudios de carácter más genérico, en los cuales el reconocimiento emocional puede ser entendido como un proceso adaptativo, que evalúa cambios en el entorno inmediato o Estímulos Emocionalmente Competentes (EEC) (Damasio, 1999, 2005). Estos estímulos además provocarían señales interoceptivas y disposiciones de acción que serían interpretadas por la persona mediante un componente de carácter más cognitivo, que involucra el lenguaje (Salovey & Mayer, 1989) y la narrativa, dotando a la experiencia de significado (Angus & Greenberg, 2011; Greenberg, 2012). A partir de lo anterior, los hallazgos permiten pensar que en el proceso psicoterapéutico el reconocimiento emocional forma parte integral del proceso de construcción de significado en su nivel tácito de experiencia (Yañez, 2005). Lo anterior se corresponde con la caracterización desarrollada en este estudio, donde se concluye que el reconocimiento emocional es un proceso que se desenvuelve momento a momento en el aquí y ahora mediante una *atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso*, la cual monitorearía los cambios en el entorno inmediato, comparándolos en relación al tono afectivo (Guidano, 1987; Vergara, 2011). Este tono afectivo serviría como punto de referencia emocional típico del individuo. Le seguiría una *identificación consciente de la emoción experimentada*, en la cual la persona sería capaz de tomar consciencia de cómo se experimenta emocionalmente en un instante específico. A este respecto, se hipotetiza que inicialmente se formularía una noción general de la reacción emocional, como por ejemplo ubicarla dentro de una “familia” afectiva (Ekman, 1992) específica, y posteriormente se refinaría esta primera impresión durante el *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato*, el cual evalúa la experiencia emocional y amplía su entendimiento consciente. Por último, *la comprensión de la emoción sentida* utilizaría el proceso anterior como un insumo para brindar un significado particular a la experiencia, dependiendo de la persona que lo signifique.

Otro hallazgo importante relacionado con el proceso de reconocimiento emocional fue la emergencia de un *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato*, el cual constituye un elemento novedoso, que no aparece en la bibliografía psicológica como parte

del reconocimiento emocional en general. Este hallazgo se relaciona con los esquemas emocionales (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Greenberg, 2012; Guidano, 1987) y los tonos afectivos (Guidano, 1987; Vergara, 2011) los cuales constituyen procesos automáticos que no pueden ser observados en el momento que ocurren, sino hasta que ya han sido experimentados por la persona sintiente. Estos esquemas emocionales son rápidas evaluaciones que se producen de manera tácita, automática, y que nos predisponen a sentirnos de una manera específica frente a ciertas claves contextuales. El cómo una persona se experimenta a sí misma y al otro dentro de la relación intersubjetiva responde en gran medida a los esquemas emocionales e interpersonales, los cuales se originan desde la temprana infancia en la relación con las figuras de apego, y se reproducen posteriormente a través de las distintas interacciones durante la vida adulta. Esto hace pensar que durante una interacción del terapeuta fuera del ámbito de la psicoterapia, es decir, con sus familiares y amigos, éste no estaría tan enfocado en la forma en que reacciona ante estas personas significativas, ya que no es algo que se realice normalmente en la interacción con un otro. Sin embargo, en terapia frente al paciente, el terapeuta debe poner mayor atención a sus reacciones emocionales debido a que en su rol como profesional no está en la terapia como “amigo” del paciente, sino que le está ayudando a develar patrones relacionales que puedan ser dañinos en sus interacciones cotidianas. Es por ello que el terapeuta debe realizar un trabajo en que mantiene una atención bifocal, actuando como observador participante (Safran & Segal, 1996; Yañez, 2005) de la psicoterapia. A este respecto, el terapeuta evalúa más cuidadosamente sus propias reacciones emocionales frente al otro, diferenciando más finamente si la misma es una reacción nueva o familiar, placentera o displacentera, de intensidad baja o alta, su disposición de acción, etc. Lo anterior, es similar al proceso descrito por Chhatwal y Lane (2016) en relación a la consciencia emocional, y a su nivel de complejización ascendente en cuanto al entendimiento de la experiencia emocional propia. A este respecto, es importante destacar que aun cuando durante las entrevistas, ningún supervisor hizo referencia en relación al reconocimiento emocional como un proceso en que se detectaran mezclas de emociones en uno mismo (Chhatwal y Lane, 2016), es posible plantear que también forma parte del componente de *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato*, ya que la experiencia emocional humana es tan compleja

que rara vez se trata de una reacción emocional compuesta por una emoción única o individual, como puede verse reflejado por ejemplo en las emociones secundarias (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Pascual-Leone, 2001).

Por otra parte, en relación a las funciones del reconocimiento emocional, se encontró que éste sirve como un insumo para la construcción de un repertorio emocional de base para entender y *realizar hipótesis en cuanto a la experiencia emocional del otro*. Esta noción ha sido respaldada por diversos autores al referirse a la comprensión empática del marco referencial del paciente (Rogers, 2007) por medio de la sintonización afectiva (Safran & Segal, 1996) o la sincronía emocional (Yañez, 2005). De hecho, autores como Barrett-Lennard (1962), Lietaer (1993) y Salovey y Mayer (1989) señalan que la empatía hacia el paciente no podría lograrse sin antes practicar la congruencia personal, es decir, la habilidad del terapeuta para mantenerse consciente de sus propias emociones. En base a lo anterior, es posible estipular que un problema en el propio reconocimiento emocional del terapeuta podría conllevar a una mayor dificultad para poder reconocer las emociones expresadas por el paciente. Esto comprometería la capacidad del terapeuta para conectarse con el otro, generar una buena alianza terapéutica y trabajar a un nivel emocional profundo, generando intervenciones poco efectivas durante el proceso terapéutico. Es por ello que se debe conscientizar a la comunidad terapéutica con respecto a la importancia de las emociones del terapeuta en la psicoterapia.

Otro hallazgo interesante en referencia al reconocimiento emocional es que *diferencia la experiencia emocional personal de la de un otro*. Se hipotetiza que esta función se encuentra íntimamente ligada con la función empática, y que se nutre de una evaluación de carácter más cognitiva (similar al *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato*), a fin de diferenciar ambas experiencias emocionales, por lo que la persona puede sentir empatía pero al mismo tiempo diferenciar su propia experiencia emocional de la del otro. No obstante, no queda muy claro cómo es que el terapeuta logra realizar dicho ejercicio en el ámbito terapéutico, por lo que se propone revisar dicho aspecto, con el objetivo de comprender cómo es que el terapeuta es capaz de empatizar emocionalmente con el paciente sin quedarse enganchado con él.

Se encontró además que el reconocimiento emocional podría funcionar como una forma de *evaluación de los recursos emocionales con los que cuenta el terapeuta a fin de afrontar un caso específico*, siendo también un indicador del agotamiento e incluso desgaste emocional del terapeuta. Esto es concordante con lo señalado por Jennings y Skovholt (1999), quienes expresan que los terapeutas expertos tienden a cuidar de su propia salud emocional mediante la observación y monitoreo constante de sus propios límites personales (Swales y Heard, 2007), a fin de prevenir riesgos como el burnout (Maslach, et. al, 2001).

Se concluye entonces que el reconocimiento emocional del terapeuta es un proceso más complejo que el reconocimiento emocional que se realiza generalmente en la vida cotidiana, fuera del espacio terapéutico. Su diferencia principal radica en el *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato*, componente que ha sido propuesto en este modelo comprensivo, y que constituye una parte fundamental para alcanzar la *comprensión de la emoción sentida*, la cual funciona en el espacio psicoterapéutico como insumo para *empatizar con el paciente, diferenciar la propia experiencia emocional y evaluar los recursos emocionales del terapeuta para abordar la situación de terapia*.

En cuanto a la regulación emocional, a partir de los análisis realizados se propone que este proceso iniciaría con la *autorregulación* (la cual ha sido activada por la *identificación consciente de la emoción experimentada*) como un intento del terapeuta de sostener la emoción y contener la disposición de acción asociada a la misma. Esto se debe a las reglas tácitas que se mantienen dentro del contexto psicoterapéutico (Boiger & Mesquita, 2012; Greenberg, 2015; Gross & Feldman Barrett, 2011) y a una base ética sólida por parte del terapeuta, quien entiende su posición dentro de dicho espacio relacional. Se podría pensar en el espacio de psicoterapia como un estímulo condicionado, donde el terapeuta entraría a un modo de funcionamiento distinto al que cotidianamente mantiene fuera del mismo. Esta primera reacción autorregulatoria posiblemente incluso se presentaría como una regulación a un nivel bajo de consciencia (Mayer & Salovey, 1995), pero que necesita de un proceso reflexivo aún más refinado, a fin de establecer cuál será la acción a seguir. Posteriormente se combinaría el ya mencionado *análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato* con una *exploración del espacio intersubjetivo en terapia*, a fin de develar el Ciclo

Cognitivo Interpersonal (Safran 1984, 1990; Safran & Segal, 1996) que se desarrolla junto con el paciente. La comprensión de cómo se engrana el esquema interpersonal (cognitivo-emocional) del terapeuta con el del paciente (donde entra el componente de *comprensión de la emoción sentida*) promovería la toma de decisión en relación a lo que se hará después, *modulando la expresión emocional con un propósito terapéutico* específico, que como ya se había expuesto anteriormente podría orientarse en dos vías: por un lado, *amortiguar la reacción emocional del terapeuta* a fin de no dañar irreparablemente la alianza terapéutica con el paciente, o por otro lado, *resaltar un aspecto intersubjetivo que pueda servir como insumo para el avance terapéutico*, lo que traducido a una intervención terapéutica correspondería con una metacomunicación (Safran & Segal, 1996; Yañez, 2005).

Cabe recalcar que cuando se hablar de *amortiguar la reacción emocional del terapeuta*, se espera no suprimir la emoción sino que suavizarla, ya que como se ha establecido anteriormente, el intentar negar algo que verdaderamente está ocurriendo podría privar a la persona de cierta información relevante para la resolución de problemas (Greenberg, 2015). Asimismo, estudios realizados por Dalenberg (2004) encontraron que terapeutas que se mostraban totalmente inexpresivos frente a sus pacientes (sobre todo ante situaciones de tensión dentro de la alianza terapéutica) parecían no estar conectados con el mismo, ya que no mostraban ninguna emoción complementaria (Safran & Segal, 1996). Esto dañaba la relación con el paciente, quien interpretaba lo anterior como “no ser una persona lo suficientemente significativa para el terapeuta”. Es por ello que Dalenberg (2004) plantea la importancia en terapia de lo que ella misma denomina como “enojo en conexión”, es decir, ser capaz de reconocer que la ira y la relación pueden co-ocurrir, tolerando el enojo dentro de una relación sin ninguna terminación amenazadora o sintiendo intolerable ansiedad, sino que aceptando el enojo por parte del otro y apropiándose al mismo tiempo de la propia reacción de ira contratransferencial. En base a lo anterior, se establece que un terapeuta experto, en lugar de intentar mostrarse como una pantalla neutra frente a su paciente, debería ser capaz de expresar emociones como la expuesta anteriormente, pero de una forma regulada y adecuada al contexto profesional en que se encuentra, buscando un objetivo terapéutico específico.

El hallazgo en cuanto al proceso regulatorio como un proceso integrado y recursivo de forma paralela con el proceso de reconocimiento emocional es interesante, ya que en la literatura autores como Mayer y Salovey (1995) proponen que el proceso regulatorio involucra modificar la emoción después de que ha sido sentida. Estos autores poseen una postura de proceso lineal, en la que la regulación emocional se presenta solamente después de que la misma ya ha sido reconocida. Sin embargo, de acuerdo a los análisis explicados anteriormente, se ha propuesto que tanto el reconocimiento como la regulación emocional del terapeuta podrían retroalimentarse mutuamente y de manera simultánea, dentro de un fenómeno más amplio al que se denominó *intervención de significado consciente*. Esta propuesta en cuanto al reconocimiento y la regulación emocional como un proceso autorrecursivo y paralelo, es apoyada por planteamientos tales como el modelo unificado de evaluación y regulación emocional propuesto por Yih, et. al., (2018), quienes exponen que tanto la generación como la regulación de la emoción conllevan un bucle continuo de percepción, evaluación y toma de acción. Asimismo, se han expuesto estrategias moduladoras de la emoción en las cuales el proceso evaluativo retroalimenta al proceso regulatorio, interactuando de forma simultánea (Greenberg, 2015; Gross & Feldman Barrett, 2011).

En conclusión, el modelo comprensivo desarrollado hasta este momento en relación al reconocimiento y la regulación emocional del terapeuta posee importantes implicaciones clínicas, debido a que operacionaliza la manera en que se entiende que actúan las emociones dentro del ámbito psicoterapéutico, y brinda lineamientos de cómo estos procesos pueden utilizarse a favor de una psicoterapia efectiva, en conexión con las necesidades y demandas emocionales del paciente. Asimismo, se extraen implicaciones en cuanto a cómo se podrían comenzar a entrenar estas capacidades en las primeras etapas formativas de los estudiantes durante la realización de sus prácticas clínicas.

Por otra parte, el segundo objetivo de la presente investigación planteaba comparar los aspectos teóricos encontrados durante la revisión bibliográfica con las contribuciones empíricas de los supervisores expertos, a fin de detectar las necesidades formativas en cuanto a la estimulación del reconocimiento y la regulación emocional.

Uno de los primeros hallazgos en este punto fue que los estudiantes frecuentemente se enfrentan a dificultades emocionales circunscritas al espacio terapéutico, relacionadas con el temor a involucrarse demasiado emocionalmente con sus pacientes. Esto es similar a lo descrito por Foladori (2009) quien realizó una investigación con estudiantes de pregrado que iniciaban sus prácticas clínicas, y que temían involucrarse a tal punto de llegar a descontrolarse emocionalmente y ponerse a llorar junto al paciente en sesión.

Ante esta dificultad es posible identificar una primera necesidad formativa, relacionada con que el estudiante entienda que sus experiencias emocionales dentro de la terapia constituyen una herramienta fundamental de su ejercicio terapéutico, ya que le brindan información relacional y situacional importante en cuanto a las necesidades y demandas específicas de la persona que atiende, contribuyendo a guiar intervenciones terapéuticas con sentido. Asimismo, este reconocimiento favorece la comprensión del Ciclo Cognitivo Interpersonal en el que el estudiante se encuentra inmerso y la manera en que deberá afrontarlo, con el objetivo de ayudar al paciente a que entienda mejor su papel en la interacción con sus otras personas significativas.

De acuerdo con los análisis realizados, el temor del estudiante de “ponerse en juego” en la terapia le lleva a confiar de manera excesiva en otras herramientas, tales como la teoría o las técnicas terapéuticas, por lo que entran a la sesión con una agenda predeterminada de lo que desean trabajar con su paciente, aspecto también encontrado por Nutt, et. al. (1997) durante su investigación acerca de las experiencias emocionales de los estudiantes durante sus prácticas clínicas. Algunos supervisores mencionaron una tendencia de los estudiantes (sobre todo a nivel de posgrado) de cosificar a su paciente, encasillándolo dentro de un diagnóstico específico, debido a que esta acción les genera una cierta sensación de seguridad frente a un espacio relacional cargado de mucha incertidumbre de lo que ocurrirá en terapia. Para autores como Folkes-Skinner, et. al. (2010) lo anterior se ve reforzado por modelos de entrenamiento terapéutico donde se brinda mayor importancia al aprendizaje técnico y poco al aspecto emocional intersubjetivo del mismo.

A partir de lo anterior, esta investigación devela la necesidad de plantear cambios en el paradigma formativo, en cuanto a la creación de planes de entrenamiento para estudiantes de

psicología donde se considere la importancia de explorar la persona del terapeuta, sobre todo en aspectos relacionados con sus experiencias emocionales e intersubjetivas frente al paciente. El que este tipo de entrenamientos se realice en etapas tempranas de la formación académica contribuiría además a que los profesionales no continúen reproduciendo las problemáticas emocionales anteriormente mencionadas a lo largo de su práctica privada.

Asimismo, se observó que muchas de las dificultades anteriores también se encuentran basadas en un imaginario de los estudiantes idealizado, en relación a lo que significa ser terapeuta. Estas expectativas desproporcionadas pueden llegar a ser nocivas para el crecimiento profesional y personal del estudiante, cuando no se corresponden con la realidad de lo que ocurre en terapia, provocando en los practicantes reacciones emocionales de ansiedad, frustración y decepción. Esta problemática también ha sido reportada por Rønnestad, et. al. (2018) quien describe que aquellos estudiantes que se encuentran en una fase principiante del trabajo con sus pacientes, tienden a poseer aspiraciones basadas en lo que culturalmente se entiende como el rol del terapeuta, volviéndose factores de peso para una experiencia subjetiva de ansiedad, debido a un alto miedo al fracaso por parte del estudiante. Lo anteriormente descrito llevaría a los estudiantes a sentirse inútiles, devaluados personalmente, así como a dudar de sus propias capacidades para ejercer psicoterapia, aspecto también mencionado por autores como Bischoff, et. al. (2002), Najavits et. al. (1995), Nutt, et. al. (1997) y Pascual-Leone, et. al. (2012), lo cual podría presentar efectos negativos tales como aumento de las dificultades emocionales de los estudiantes frente al setting terapéutico, e incluso deserción por temer que no son capaces de adquirir las herramientas adecuadas para ejercer la psicoterapia adecuadamente.

Entre algunas de las expectativas erróneas encontradas en el presente estudio, se podrían mencionar las siguientes: 1)“El estudiante se considera como único responsable de los resultados terapéuticos” y “salvador de su paciente”: Estas creencias erróneas le roban la oportunidad de construcción de un sentido de agencia al paciente para solucionar sus propias problemáticas, y son consideradas por Nutt, et. al. (1997) como una dificultad del terapeuta para definir los propios límites del rol terapéutico dentro de la psicoterapia; 2)“Pensar que el terapeuta no debe sentir hacia su paciente ningún tipo de emoción, mucho menos aquellas

relacionadas con el enojo”: Esta concepción ha sido refutada por Dalenberg, (2004), quien ha demostrado la importancia de regular las emociones y expresarlas adecuadamente, como parte de una buena alianza terapéutica; 3)“Esperar mantenerse siempre disponible para el paciente”: lo anterior es considerado por los investigadores Bennett-Levy & Thwaites (2007) y Lum (2002) como una problemática cuando obstaculiza el autocuidado personal y emocional del propio terapeuta, promoviendo el riesgo al burnout; y 4)“Mantener sesiones terapéuticas donde el estudiante interviene todo el tiempo”: Esta acción despoja al paciente de la oportunidad para elaborar mejor sus dificultades personales e irrespeta su ritmo de trabajo en terapia. En base a lo anterior, se considera necesario abordar directa y abiertamente estas concepciones idealizadas con los estudiantes, con el objetivo de ayudarles a desmitificar y reelaborar lo que significa ser terapeuta, el rol que cumple dentro de la psicoterapia, y las limitantes que posee dentro de la misma.

Otra hallazgo encontrado se relaciona con el temor de los estudiantes a poner en tensión su alianza con el paciente al abordar temáticas dolorosas o de alta carga emocional, lo cual también ha sido reportado por autores como Nutt, et. al. (1997). A este respecto, se denota una sobreprotección del estudiante en relación a su paciente, temiendo colocarlo en una situación de dolor, vergüenza o cualquier otra emoción que sea considerada como difícil de experimentar, manteniendo la sesión generalmente en “frío”. Además, se observa también una necesidad del estudiante de querer protegerse a sí mismos de la reacción emocional provocada en el paciente. Para Najavits et. al. (1995), lo anterior también podría presentarse debido a dudas en el estudiante acerca de si está haciendo un buen trabajo terapéutico.

Las dificultades respecto del manejo emocional de los estudiantes detectadas en este trabajo permiten establecer la necesidad de orientar y ayudar al estudiante a comprender que un terapeuta debería poder abordar temáticas difíciles con su paciente cuando la situación lo amerite y existan las condiciones para que esta confrontación conlleve a movilizar al paciente hacia una mejora dentro de su proceso terapéutico. El no cumplir con este objetivo supondría correr el riesgo de mantener una relación “entre amigos”, donde el estudiante no está logrando señalarle al paciente su influencia en la interacción con sus otros significativos, por lo que éste último no lograría detectar claramente aquellas sutilezas intersubjetivas a las

cuales tiene que ponerle mayor atención a fin de que sean modificadas. Asimismo, existe la amenaza de que el paciente deserte de la terapia y no busque nuevamente ayuda a través de un proceso psicoterapéutico, por considerar que éste no es lo suficientemente efectivo para ayudarlo a solucionar sus problemas.

Lo anterior podría relacionarse además con que los estudiantes se encuentran tan inseguros y nerviosos frente a su paciente, que pareciera como que “se repliegan en sí mismos”, distrayéndose del otro y obstaculizando la oportunidad de conectar con él para atender a su demanda terapéutica, aspecto también mencionado en los estudios de Bischoff, et. al. (2002), Nutt, et. al. (1997) y Pascual-Leone, et. al. (2012). Esto supone brindar los espacios para que el estudiante pueda elaborar estas dificultades, manteniendo una base ética en la que su preocupación fundamental durante la terapia se oriente hacia el bienestar del paciente, y no hacia sus inseguridades personales.

Otro hallazgo relacionado con el espacio terapéutico se relaciona con estudiantes que “se identifican demasiado” con sus pacientes. Esta dificultad ya había sido descrita por Foladori (2009) en cuanto a estudiantes que temían “fundirse” con su paciente por poseer características demasiado similares. Se podría pensar que es este mismo temor el que hace que el estudiante presente mucha resistencia ante la idea de involucrarse emocionalmente en la sesión, con lo que se concluye que una necesidad importante a se refiere a que los practicantes aprendan a generar un equilibrio entre invertirse emocionalmente en terapia, pero sin perder la relativa objetividad acerca de su caso clínico.

Por otro lado, esta investigación también encontró desafíos emocionales que el estudiante presenta dentro del ámbito de supervisión, en el cual una de las problemáticas más frecuentes se relaciona con sentirse expuesto a la evaluación, no sólo por parte del supervisor sino que también de los colegas. Autores como Andersson (2008), De Stefano, et. al. (2007), Rønnestad et. al. (2018) y Safran y Muran (2005) ya se habían referido a estas dificultades al expresar que el estudiante, en vez de encontrarse con un espacio de acogida a sus preocupaciones, percibe la supervisión como un espacio cargado de criticismo y competencia por lograr demostrar las mejores habilidades terapéuticas, lo cual termina por minar aún más

su seguridad en sus propias capacidades para ejercer terapia, sobre todo cuando no ha sido capaz de dominar una técnica específica.

Lo anteriormente planteado permite determinar dos necesidades fundamentales: por un lado, la necesidad de evaluar los espacios de supervisión, y cómo éstos están abordando las necesidades emocionales que presentan sus estudiantes, sin llegar a realizar sesiones de terapia con los mismos. Y por otro lado, la necesidad de generar espacios para que los estudiantes puedan elaborar sus dificultades emocionales en un ambiente abierto, libre de evaluaciones desde la formación académica, como por ejemplo, talleres no evaluados dirigidos a la exploración de aspectos emocionales en el estudiante.

Es importante señalar que en la problemática anterior, parecen interferir las mismas expectativas idealizadas de lo que significa ser un buen terapeuta (las cuales ya habían sido mencionadas desde los desafíos circunscritos al espacio psicoterapéutico), ahora cargadas por otro componente relacionado con “¿Qué tan rápidamente un practicante debe adquirir las habilidades necesarias para ejercer una psicoterapia efectiva con su paciente?”.

Se concluye nuevamente como una necesidad el abordar con los estudiantes estas inquietudes, haciéndoles ver que un buen terapeuta no es algo que “ya está formado” con técnicas terapéuticas específicas para todos los casos, sino que se trata de un aprendizaje y desarrollo continuo que se mantiene aún durante la vida profesional del terapeuta. De hecho, como encontraron Thériault y Gazzola (2008) durante su investigación con terapeutas expertos, es importante conscientizar a los estudiantes que el experimentar sentimientos de duda sobre sí mismo e incompetencia, se presenta muchas veces como parte de la experiencia privada de terapeutas con más de diez años de experiencia, aunque con distintas variaciones en cuanto a intensidad, naturaleza y tipo.

Otra hallazgo de esta investigación se relaciona con la dificultad de los estudiantes para aceptar sus propios errores en terapia, lo cual de no ser elaborado de manera adecuada podría significar un riesgo a largo plazo, en cuanto a que el estudiante no estaría aprendiendo de sus faltas, y por el contrario consolidaría cada vez más una manera equivocada de trabajar con

sus pacientes. Asimismo, se estaría proporcionando un mal servicio terapéutico, por lo que el paciente no avanzaría en su proceso y hasta podría decidir desertar del mismo.

Por último, también se encontraron problemáticas de carácter personal de los estudiantes, relacionadas más bien con su historia de vida, por lo que se considera importante que el estudiante acompañe sus prácticas clínicas con su propio proceso terapéutico, ya que es común que esta etapa formativa se vuelva emocionalmente movilizadora para el mismo, en cuanto a aspectos que posiblemente no ha sido capaz de elaborar adecuadamente en el pasado. La necesidad que surgiría a este respecto se refiere a que el estudiante debe ser capaz de reconocer cuando necesita observarse a sí mismo, aceptar su historia personal y trabajar con ella, de manera que ésta no se convierta en un obstáculo para su ejercicio en terapia.

Como conclusión final en cuanto al segundo objetivo específico de esta investigación, se observa que la mayoría de desafíos emocionales que presentan los estudiantes se experimentan en relación al setting terapéutico con su paciente, con lo que un programa que se oriente a trabajar estas dificultades debería de priorizar este espacio por sobre los demás en cuanto al trabajo emocional con el practicante.

En relación al último objetivo de la presente investigación, éste buscaba adaptar e integrar dentro de una propuesta de programa las estrategias consideradas como las más eficaces para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica. Es por ello que a continuación se pretende dar cuenta de la lógica detrás de la creación de dicha propuesta, integrando diversos de los aspectos abordados en las secciones anteriores de forma coherente con un proceso formativo progresivo, en el cual los estudiantes vayan adquiriendo las capacidades necesarias para poder realizar una *intervención con significado consciente* en la terapia con sus pacientes.

Este programa se configura dentro de un formato de taller complementario a las sesiones de supervisión, donde el estudiante tiene la oportunidad de explorar libremente su emocionalidad sin la preocupación de ser evaluado bajo los estándares académicos a los que se encuentra generalmente acostumbrado. Dicho taller se estructura en base a cuatro unidades temáticas, divididas en 16 sesiones (Anexo 2) con una duración aproximada de dos horas y quince minutos cada una. Por tratarse de un programa que aborda aspectos emocionales de

los estudiantes, se diseñó para grupos de aproximadamente diez estudiantes por taller, a fin de maximizar el trabajo personal de cada uno. Además, utiliza *metodologías combinadas de estrategias experienciales y reflexivas*, al mismo tiempo que facilita espacios para el *trabajo grupal, individual y guiado*, ya que se han establecido los beneficios que cada una de estas modalidades aporta al proceso de aprendizaje.

Es importante recalcar que aun cuando existe un planteamiento previo en el que el reconocimiento y la regulación emocional coexisten dentro de un fenómeno más amplio de manera simultánea y retroalimentándose mutuamente, el orden de aprendizaje que se establece en esta propuesta se enfoca primariamente en el reconocimiento emocional como un proceso completo, y a continuación en la regulación emocional, retomando aspectos del reconocimiento que ya hayan sido consolidados anteriormente. Esta división obedece mayormente a razones metodológicas-pedagógicas, puesto que mezclar ambos procesos desde un inicio podría resultar confuso para los estudiantes. Sin embargo, se aclarará que ambos procesos se presentan de forma conjunta, e incluso se hará referencia a ello durante aquellos ejercicios en los que inevitablemente se entrecrucen ambos mecanismos emocionales. Además, cuando ambos procesos ya hayan sido consolidados por los estudiantes, se orientarán las últimas sesiones del programa a practicarlos de manera más integral.

En primer lugar, los estudiantes deberían poder entrar al proceso de estimulación con una visión clara de lo que se pretende alcanzar durante el desarrollo del programa. Sin embargo, se ha establecido que este paradigma en cuanto a la utilización de la propia emocionalidad dentro del ejercicio terapéutico podría parecerles extraño, debido a la amplia tradición académica en cuanto a priorizar la educación teórica y técnica de los profesionales en psicología. Es por este motivo que la primera unidad de este taller está orientada a explorar de manera conjunta con los estudiantes sus opiniones, miedos, prejuicios, e ideas generales con respecto a la utilización de sus herramientas emocionales como parte de la psicoterapia con su paciente. Esta instancia pretende funcionar como un ejercicio exploratorio y a la vez psicoeducativo, en el cual los estudiantes logren desmitificar la postura de neutralidad emocional del terapeuta y descubrir los beneficios de conectarse con su experiencia

emocional en psicoterapia, tanto para el establecimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio terapéutico (Barrett-Lennard, 1962; Bohart, et. al., 2002; Gelso & Pérez-Rojas, 2017; Lietaer, 1993; Rogers, 2007; Safran & Segal, 1996) como también para el fortalecimiento del rapport (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1992) y la alianza terapéutica (Bordin, 1983; De Stefano, et. al., 2007; Muran, 2002) , así como para la prevención del burnout y el cuidado de la propia salud mental (Jennings & Skovholt, 1999). Los estudiantes que se sometan a este programa deberían poder sentirse cómodos con la idea de explorar las emociones del terapeuta, ya que de lo contrario lo más probable es que no sean capaces de aprovechar al máximo la experiencia de aprendizaje. Es importante señalar que se acompañará el desarrollo del taller con la escritura por parte de los estudiantes de su propia bitácora personal (*estrategia autobiográfica*), la cual les servirá no sólo como una herramienta para reflexionar al respecto de sus distintos aprendizajes emocionales, sino que además les ayudará a monitorear su propio crecimiento personal durante el programa. Esta estrategia también ha sido utilizada por autores tales como Bruno y Dell’Aversana (2016), quienes manifiestan que permite la examinación consciente de la práctica tácita mediante una reflexión-en-acción.

Otro aspecto central de este programa que se trabajará desde su inicio es el carácter intersubjetivo de la experiencia psicoterapéutica, dentro de la cual tanto el terapeuta como el paciente se interinfluyen mutuamente (Safran, 1984, 1990; Safran & Segal, 1996; Dimaggio, et. al., 2015; Duarte, 2012; Neimeyer, 2002). En la medida en que los participantes tengan consciencia que sus prácticas clínicas se encuentran inmersas en una experiencia intersubjetiva, mayor interés y esfuerzo demostrarán por aprender a trabajar con las herramientas emocionales que les servirán para comprender y desenvolverse mejor en dicho contexto. Es por ello que la relación entre el contexto intersubjetivo, el reconocimiento emocional y la regulación emocional se establecerá desde un inicio, mediante la combinación de estrategias de carácter experiencial y reflexivo. Asimismo, una noción a la que se les intentará ir exponiendo a lo largo del programa se relaciona con que el proceso terapéutico tiene que poder atenderse momento a momento, mientras se va desenvolviendo y no en base a una “agenda predeterminada” de lo que se espera que ocurra y lo que se piensa intervenir.

Lo anterior debido a la necesidad encontrada en cuanto a que los estudiantes aprendan a afrontar la incertidumbre frente a la terapia, al mismo tiempo que confíen más en sus herramientas personales que en una conceptualización previa y organización de las sesiones en base a un “diagnóstico”. Se espera que los estudiantes aprendan a escuchar las necesidades que les presenta el paciente, aspecto que se abordará de manera transversal durante las reflexiones que se realicen ante diversas actividades experienciales y reflexivas a lo largo del programa.

Durante la segunda unidad del taller se revisará una caracterización general del reconocimiento emocional, dedicando al menos una sesión a cada uno de sus componentes clave, y practicándolos de manera conjunta al final de la unidad. En cuanto a la *atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso*, el objetivo formativo de esta sesión se centrará en aumentar la autoconsciencia corporal a fin de favorecer el monitoreo de las señales interoceptivas y las disposiciones de acción que ocurren en el momento presente. Para ello, se utilizarían ejercicios enfocados en detectar más finamente las sensaciones que acompañan diversas posturas del cuerpo, actividades de presión o relajación muscular, así como cambios en el ritmo respiratorio. Se espera además ayudarles a que aprendan a identificar señales físicas en relación a sensaciones de cansancio o agotamiento. Es importante que esta atención consciente se intente trasladar a su vida cotidiana, por lo que se alentará a los participantes a buscar espacios en los que puedan practicar estar presentes y más conscientes de sus experiencias sensoriales momento a momento.

Para la siguiente etapa, relacionada con la *identificación de la emoción consciente*, se expondrá a los estudiantes a diversos estímulos que pretenden evocar diferentes reacciones emocionales, basadas en las emociones básicas universales de Ekman (1992, 2016). A este respecto, se pretende que los estudiantes sean capaces de detectar en su propio cuerpo las señales asociadas con las emociones básicas estableciendo diferencias entre ellas, como por ejemplo diferenciar las señales físicas de enojo en relación a las señales físicas de temor. Este ejercicio se utiliza de manera complementaria con el anterior, sobre todo para aquellos estudiantes que se encuentren poco conectados con su propio cuerpo, a fin de que practiquen y puedan incorporar nuevas sensaciones emocionales en su repertorio. También funcionará

como una especie de evaluación preliminar en cuanto a las diferencias que existen entre los participantes en relación a su tono afectivo, y a la manera en que experimentan las diferentes emociones, ya que será importante señalar que aun cuando se trata de emociones universales, éstas pueden ser experimentadas de diversa manera, dependiendo la persona que las percibe. Se espera que los estudiantes puedan autoexaminarse en cuanto a aquellas emociones que experimentan más fácilmente, en relación a aquellas otras que les son más difíciles de elaborar en su vida diaria. También, podrá introducirse una discusión con respecto a la tipología de las emociones (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg & Pascual-Leone, 2001), y cómo se experimentan en el cuerpo emociones secundarias, o emociones más complejas tales como la vergüenza, el orgullo, el deseo, contrastándolas desde la propia experiencia emocional cotidiana.

La siguiente etapa estimularía el proceso reflexivo mediado por el *análisis retrospectivo del proceso emocional inmediato*, donde se intentaría reelaborar la emoción bajo un espectro más amplio que defina aspectos relativos a la intensidad de la emoción, si es familiar o si es nueva, si es agradable o desagradable, aceptable o inaceptable, sus disposiciones de acción, etc. Asimismo, se explorarán posibles mezclas de emociones (Chhatwal & Lane, 2016), a fin de fortalecer una análisis más complejo de la propia experiencia emocional y complementándolo con los aprendizajes sobre la tipología de las emociones de la sesión anterior. Esto se ejercitará mediante estrategias experienciales tales como la *exposición consciente ante estímulos provocadores de cambios emocionales*, y estrategias reflexivas como *técnicas biográficas* donde los participantes deban hacer referencia a experiencias personales similares donde hayan sentido más de una emoción ante una situación determinada.

Posteriormente, se trabajará la *comprensión de la emoción sentida* mediante *estrategias autobiográficas* en donde se evalúe la influencia familiar, la historia de vida y las expectativas, planes y metas futuras en cuanto a cómo éstas influyen en la manera en que nos emocionamos en el presente. Dentro de las estrategias autobiográficas se utilizarán herramientas artísticas, (dibujo de autorretratos, elaboración de máscaras, etc.) debido a que las artes creativas son consideradas por autores como Bucciarelli (2016), Gladding (1992) y

Nadeau (2008) como técnicas que favorecen el reconocimiento emocional y la asignación de significados más profundos a la experiencia. El trabajo realizado durante esta unidad se volverá a revisar más adelante, cuando se desarrolle la etapa relacionada con la *exploración del espacio intersubjetivo en terapia*, (dimensión de la regulación emocional) donde se espera poner a prueba de manera enactiva e integral todo lo aprendido hasta este momento. Como elemento importante a ser integrado durante la finalización de esta unidad, se dará inicio al registro audiovisual de las sesiones de terapia correspondientes a las prácticas clínicas reales de cada uno de los estudiantes. Su tarea consistirá en registrar su sesión en video, revisarla inicialmente con una pauta de auto-observación de manera individual, y posteriormente programar una cita con el monitor del taller, quién modelará con cada uno de los participantes cómo se trabajarán las sesiones videadas. Posteriormente, se les pedirá a los participantes que se unan en parejas, y que continúen el trabajo de autoobservación con la ayuda de su compañero de trabajo. Se espera que los participantes vayan adquiriendo un sentido de agencia y protagonismo sobre su propio proceso de aprendizaje, al mismo tiempo que ayuden en la estimulación emocional de su compañero. Esta estrategia (mencionada por los supervisores como parte de la *retroalimentación guiada*) se basará en metodologías como el Interpersonal Process Recall IPR (Kagan, 1972), la cual se ha comprobado efectiva para la estimulación emocional de los estudiantes en el ámbito de la psicoterapia.

La tercera unidad realiza una caracterización de la regulación emocional, seguida por la estimulación de la dimensión correspondiente a la *autorregulación*. De igual forma que con el reconocimiento emocional, al finalizar los aprendizajes de esta unidad se dedicará un espacio para poder practicarlos de manera más integral. Para la etapa de *autorregulación emocional* el objetivo formativo consistirá en sostener la emocionalidad y lograr contener la disposición de acción inmediata. La práctica de *estrategias en acción evocadoras de emocionalidad* contribuirá a que los participantes cuenten con recursos de modulación inicial (como por ejemplo, técnicas para relajarse) en cuanto a las reacciones físicas que experimenten asociadas a emocionalidades que puedan parecerles complejas, tales como las mencionadas en el apartado de desafíos emocionales.

En relación a la *exploración del espacio intersubjetivo en terapia*, para la estimulación de esta dimensión que es más amplia se contempló la realización de dos sesiones, ya que existen diversas necesidades a ser abordadas en este espacio, referentes a entender la posición que se desempeña dentro de un espacio intersubjetivo y las demandas emocionales que se encuentran en juego, diferenciar la empatía en contraposición del enganche con un otro, desafiar la habilidad para colocar tensión dentro del vínculo terapéutico con el paciente, entre otros aspectos relacionados con esta dimensión tan compleja. Para ello se utilizarán *estrategias experienciales*, tales como el *role playing*, la *autoobservación*, etc. Asimismo, *estrategias de reflexión*, centradas en la *retroalimentación* e incluso *modelaje* por parte de expertos, serán herramientas que intentarán orientar esta etapa formativa.

La última dimensión relacionada con la *modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico* enfrenta al estudiante con una toma de decisión en cuanto a la intervención que deberá realizar, seguida por una sesión donde se estimule la regulación emocional de forma integrada. Posterior a la finalización de la estimulación de ambos procesos por separado, se pasa a un trabajo que integra lo aprendido a lo largo del taller a fin de practicar la realización de *intervenciones con significado consciente*. Esta habilidad se pone a prueba tanto dentro como fuera del taller, en las sesiones reales de los participantes con sus casos clínicos. Por último, cabe mencionar que este programa mantendrá un constante proceso de evaluación del taller por parte de sus participantes, quienes podrán opinar con respecto a los contenidos, las dinámicas que se realizaron, los materiales y tiempos utilizados para su realización, así como los aprendizajes adquiridos y sugerencias de mejora para cada una de las sesiones.

VII. REFLEXIONES FINALES

Durante la presente investigación se plantearon diversas interrogantes concernientes al estudio de los procesos de reconocimiento y regulación emocional, y cómo éstos podrían ser estimulados en estudiantes de psicología durante sus prácticas clínicas, a fin de brindarles las herramientas necesarias para mejorar su ejercicio psicoterapéutico con sus pacientes.

En un primer lugar, cabe destacar que muchas de las necesidades formativas descritas durante este estudio no necesariamente deberían esperar a ser abordadas hasta el momento en que el estudiante inicia sus prácticas clínicas. Las inquietudes, expectativas erróneas e imaginario idealizado en cuanto a lo que significa convertirse en un “buen terapeuta” se expresan desde el inicio en el desarrollo académico de los alumnos, y como tal deberían ser abordados desde etapas tempranas de la formación terapéutica. Es por ello que esta investigación propone un cambio de paradigma formativo en cuanto al entrenamiento de los futuros terapeutas, donde su desarrollo académico priorice de igual forma tanto su entrenamiento en teoría y técnicas terapéuticas, como su crecimiento personal y emocional, debido a que el trabajo terapéutico consiste en adentrarse profundamente en los aspectos más vulnerables de la vida de sus pacientes.

Asimismo, este estudio devela dificultades emocionales que se presentan en los estudiantes de psicología durante su formación terapéutica. En este sentido, sería interesante realizar campañas de monitoreo en cuanto a la salud emocional de los estudiantes, sobre todo durante la etapa de sus prácticas clínicas, ya que el trabajo que se realiza es completamente movilizador al lidiar de manera encarnada con el dolor humano, desmitificando la idea que pudiese existir en cuanto a que un estudiante de psicología no sufre de desgaste emocional. Además, se debería considerar el establecer espacios abiertos en los que los estudiantes puedan compartir y discutir entre ellos mismos cómo se sienten en relación a la academia, a la supervisión y a las prácticas clínicas en general, al mismo tiempo que se debería alentar la práctica de actividades de autocuidado, formando redes de apoyo entre la comunidad estudiantil.

Cabe destacar que el programa acá descrito se diseñó inicialmente para estudiantes de pregrado, debido al reto que supondría su primer acercamiento a las prácticas clínicas con su paciente. Sin embargo, se espera que esta formación también pueda realizarse con terapeutas en etapas posteriores a los estudios de grado, con el objetivo de corregir posibles vicios prácticos en su ejercicio psicoterapéutico, como consecuencia de no haber sido abordados en etapas previas de su formación académica.

En cuanto a la práctica clínica, este estudio realiza importantes aportes en cuanto al rol de las emociones del terapeuta dentro del espacio intersubjetivo de la terapia, como herramientas para comprender mejor la dinámica con su paciente y, en base a dicho entendimiento, establecer las intervenciones más efectivas a ser realizadas a fin de producir un avance terapéutico.

Por último, la presente investigación se basó únicamente en los testimonios de supervisores expertos, por lo que no fue posible contrastar dichas opiniones con las de estudiantes que se encontrasen cursando sus prácticas clínicas, lo que constituye una limitante para este estudio. Futuras investigaciones podrían indagar los reportes que realicen los estudiantes que se encuentran en una etapa formativa tan crítica, a fin de constatar si se corresponden con lo observado por los supervisores de esta investigación, ya que podrían existir otras áreas de desafío que no hayan podido ser identificadas desde la mirada de las personas que evalúan el desempeño estudiantil.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Alves de Oliveira, J. & Vandenberghe, L. (2009) Upsetting experiences for the therapist in-session: how they can be dealt with and what they are good for. *Journal of psychotherapy integration*, 19(3), 231-245

Andersson, L. (2008) Psychodynamic supervision in a group setting: Benefits and limitations. *Psychotherapy in Australia*, 14 (2), 36-41.

Angus, L. & Greenberg, L. (2011) *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association

Araya-Véliz, C. & Herrera, P. (2007) *Errores y dificultades comunes de terapeutas novatos*. Tesis de maestría, recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230777065_Errores_y_dificultades_comunes_de_terapeutas_novatos

Arciero, G. & Guidano, V. (2000) Experience, explanation, and the quest for coherence. En Neimeyer, R. & Raskin, J. (Eds), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 91-118). Washington DC: American Psychological Association

Barrett-Lennard, G. (1962) Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1-36.

Bennett-Levy, J. & Thwaites, R. (2007) Self and self-reflection in the therapeutic relationship. A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. En Gilbert, P. & Leahy, R. (Eds) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 255-281). New York: Routledge

Bischoff, R., Barton, M., Thober, J. & Hawley, R. (2002) Events and experiences impacting the development of clinical self confidence: A study of the first year of client contact. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 371-382.

Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L. & Watson, J. (2002) Empathy. En Norcross, J. (Ed) *Psychotherapy relationships that work. Therapists contributions and responsiveness to patients*. (pp. 89-108) New York: Oxford University Press

Boiger, M. & Mesquita, B. (2012) The construction of emotion in interactions, relationships and cultures. *Emotion review*, 4 (3), 221-229

Bordin, E. (1983) A Working Alliance Based Model of Supervision. *The counseling psychologist*, 11 (1), 35-42

Bruno, A. & Dell'Aversana (2016) Reflective practice for psychology students: the use of reflective journal feedback in higher education. *Psychology learning and teaching*, 0 (0), 1-13

Bucciarelli, A. (2016) The arts therapies: approaches, goals and integration in arts and health. En Clift, S. & Camic, P. (Ed.) *Oxford textbook of creative arts, health and wellbeing. International perspectives on practice, policy and research* (pp. 271-279). Oxford: Oxford University Press

Chhatwal, J. & Lane, R. (2016) A cognitive-developmental model of emotional awareness and its application to the practice of psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44 (2), 305-326

Creswell, J. (2007) *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Cruz, J. (2009) Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia psicológica*, 27(1), 129-142

Dalenberg, C. (2004) Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (4), 438–447

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Fort Worth: Harcourt College Publishers

Damasio, A. (2005) *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica, S.L

De Stefano, J., D'iuso, N., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M. & Chamodraka, M. (2007) Trainees' experiences of impasses in counselling and the impact of group supervision on their resolution: A pilot study. *Counselling and psychotherapy research*, 7(1), 42-47.

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015) *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders. A treatment manual*. New York: Routledge

Duarte, J. (2012) *Aportes desde la intersubjetividad y la Identidad narrativa para la Psicoterapia constructivista cognitiva. La terapia como un marco para la construcción y deconstrucción de historias*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Ekman, P. (1992) An argument for basic emotions. *Cognition and emotion*, 6 (3/4), 169-200

Ekman, P. (2016) What scientists who study emotion agree about. *Perspectives on psychological science*, 11 (1), 31-34

Ehrenreich, J., Fairholme, C., Buzzella, B., Ellard, K. & Barlow, D. (2007) The role of emotion in psychological therapy. *Clinical Psychology*, 14 (4), 422-428

Feldman Barrett, L. (2011) Constructing emotion. *Psychological topics*, 20(3), 359-380

Fogel, A. (2001) A relational perspective on the development of self and emotion. En Bosma, H. & Kunnen, E. (Eds.), *Studies in emotion and social interaction. Identity and emotion: Development through self-organization* (pp. 93-119). New York: Cambridge University Press.

Foladori, H. (2009) Temores iniciales de los estudiantes de psicología ante el inicio de la práctica de la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 161-168.

Folkes-Skinner, J., Elliott, R. & Wheeler, S. (2010) 'A baptism of fire': A qualitative investigation of a trainee counsellor's experience at the start of training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 83-92.

Frijda, N. (2008) The Psychologists' point of view. En Lewis, M., Haviland-Jones, J. & Feldman, L. (Eds.) *Handbook of Emotions* (pp. 69-87) New York: The Guilford Press

Geller, S. & Greenberg, L. (2012) *Therapeutic Presence: A Mindful Approach to Effective Therapy*. Washington DC: American Psychological Association

Gelso, C. & Pérez-Rojas, A. (2017) Inner experience and the good therapist. En Castonguay, L. & Hill, C. (Ed.) *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 101-116). Washington DC: American Psychological Association

Gendlin, E. (1981) *Focusing*. New York: Bantam books

Gladding, S. (1992) *Counseling as an art: The creative arts in counseling*. Alexandria: American Association for Counseling and Development

Gladding, S. & Newsome, D. (2003) Art in counseling. En Malchiodi, C. (Ed.) *Handbook of art therapy* (pp. 243-253). New York: The Guilford Press

Greenberg, L. (2012) Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American psychologist*, 67(8), 697-707.

Greenberg, L. (2015) *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington D.C: American Psychological Association

Greenberg, L. & Paivio, S. (2000) *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

Greenberg, L. & Pascual-Leone, J. (2001) A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of constructivist psychology*, 14, 165-186

Greenberg, L. & Safran, J. (1989) Emotion in psychotherapy. *American psychologist*, 44 (1), 19-29

Gross, J. & Feldman Barrett, L. (2011) Emotion generation and emotion regulation: One or two depends of your point of view. *Emotion review*, 3 (1), 8-16.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Editorial Guilford Press.

Guidano, V. (1994) *El sí-mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Buenos Aires: Ediciones Paidós

Guimón, J. (2007) *Crisis y porvenir del psicoanálisis. Reflexiones de un psiquiatra dinámico*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto

Hawkins, P. & Shohet, R. (2006) *Supervision in the helping professions*. London: Open University Press McGraw-Hill

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill/Interamericana Editores

Holmqvist, R. (2001) Patterns of Consistency and Deviation in Therapists' Countertransference Feelings. *The journal of psychotherapy practice and research*, 10(2), 104-116

Holmqvist, R. & Armelius, B. (1996) Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy research*, 6(2), 70-78

Hosford, R. (1980) Self-as-a-model: A cognitive social learning technique. *The Counseling Psychologist*, 9 (1), 45-62.

Jansen, L. Luijten, H. & Bakker, N. (2014) *Vincent van Gogh. Ever yours. The essential letters*. Amsterdam: Van Gogh Museum

Jennings, L. & Skovholt, T. (1999) The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3-11

Kagan, N. (1972) *Influencing human interaction*. Michigan: Michigan State University

Kagan, N. & Krathwohl, D. (1967) *Studies in human interaction. Interpersonal process recall stimulated by videotape*. Michigan: Michigan State University

Kiesler, D. (2001) Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Psychotherapy in practice*, 57 (8), 1053-1063

Konstan, D. (2006) The concept of "emotion" from Plato to Cicero. *Méthexis*, 19(1), 139-151

Lane, R. & Schwartz, G. (1987) Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (2), 133-143.

Lazarus, R. (1993) From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44, 1-22

Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruence and transparency. En Brazier, D. (ed.), *Beyond Carl Rogers: Towards a psychotherapy for the 21st century* (pp. 17-46). London: Constable.

Lum, W. (2002) The use of self of the therapist. *Contemporary family therapy*, 24(1), 181-197

Mahoney, M. (1995) *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice*. New York: Springer publishing company

Mahoney, M. (1998) Essential themes in the training of psychotherapists. *Psychotherapy in private practice*, 17(1), 43-59

Mahoney, M. (2000) Core ordering and disordering processes: A constructive view of psychological development. En Neimeyer, R. & Raskin, J. (Eds), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 43-62). Washington DC: American Psychological Association

Mahoney, M. (2003). *Constructive psychotherapy. Theory and practice*. New York: The Guilford Press.

Maida, A., Molina, M. & Del Río, M. (2003) Taller “La persona del terapeuta”: Una experiencia de formación que promueve el aprendizaje. *Educación médica*, 6(2), 112-116.

Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001) Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422

Mayer, J. & Salovey, P. (1995) Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and preventive psychology*, 4, 197-208

Mlot, C. (1998) Probing the biology of emotion. *Science*, 280, 1005-1007

Moncada, L., Guerra, C., Concha, F. & Carvajal, C. (2014) ¿Qué revelan una década después los estudios chilenos sobre la variable del terapeuta? Un análisis bibliográfico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23, 71-80.

Moors, A., Ellsworth, P., Scherer, K. & Frijda, N. (2013) Appraisal theories of emotion: state of the art and future development. *Emotion review*, 5 (2), 119-124

Muran, C. (2002) A relational approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy research*, 12(2), 113-138

Nadeau, R. (2008) Using the visual arts to expand personal creativity. En Warren, B. (Ed.) *Using the creative arts in therapy and healthcare. A practical introduction* (pp. 43-63). New York: Routledge

Najavits, L. (2000) Researching Therapist Emotions and Countertransference. *Cognitive and behavioral practice*, 7, 322-328

Najavits, L., Griffin, M., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R., Liese, B., Thompson, H., Nakayama, E., Siqueland, L., Daley, D. & Onken, L. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 669-677.

Neimeyer, R. (2002) The Relational Co-Construction of Selves: A Postmodern Perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32 (1), 51-59

Nutt, E., Judge, A., Hill, C. & Hoffman, M. (1997) Experiences of novice therapists in prepracticum: trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of counseling psychology*, 44(4), 390-399.

Pascual-Leone, A., Wolfe, B. & O'Connor, D. (2012) The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-centered & experiential psychotherapies*, 11(2), 152-168

Rock, M. (1997) *Psychodynamic supervision: perspectives of the supervisor and the supervisee*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers

Rodgers, B. & Elliot, R. (2015) Qualitative methods in psychotherapy outcome research. En Gelo, O., Pritz, A. & Rieken, B. (Ed.) *Psychotherapy research: Foundations, process and outcome*. (pp. 559-578). New York: Springer-Verlag Wien

Rogers, C. (2007) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 44 (3), 240-248.

Rønnestad, M., Orlinsky, D., Schröder, T., Skovholt, T. & Willutzky, U. (2018) The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling and psychotherapy research*, 00, 1-17

Russell, J. (2003) Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological review*, 110 (1), 145-172

Safran, J. (1984) Assessing the Cognitive-Interpersonal Cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8(4), 333-348

Safran, J. (1990) Towards a refinement of Cognitive therapy in light of Interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.

Safran, J. & Muran, C. (2005) *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer

Safran, J. & Segal, Z. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Rowman & Littlefield publishers.

Salovey, P. & Mayer, J. (1989) Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211

Suess, J. (1970) Self confrontation on videotaped psychotherapy as a teaching device for psychiatric students. *Journal of medical education*, 45, 271-282.

Swales, M. & Heard, H. (2007) The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. En Gilbert, P. & Leahy, R. (Eds) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 185-204). New York: Routledge

Thériault, A. & Gazzola, N. (2008) Feelings of incompetence among experienced clinicians: A Substantive Theory. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 3, 19-28.

Tickle-Degnen, L. & Rosenthal, R. (1990) The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), pp. 285-293

Tickle-Degnen & Rosenthal (1992) Nonverbal aspects of therapeutic rapport En Feldman, R. (Ed) *Applications of nonverbal behavioral theories and research* (pp. 143-166) New York: Lawrence Erlbaum Associates

Tracy, J. & Randles, D. (2011) Four models of basic emotions: a review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. *Emotion review*, 3 (4), 397-405

Turner, J. (2009) The sociology of emotions: Basic theoretical arguments. *Emotion review*, 1(4), 340-354

Vergara, P. (2011) *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Wagner, C., Kiesler, D. & Schmidt, J. (1995) Assessing the interpersonal transaction cycle: Convergence of action and reaction interpersonal circumplex measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 938-949

Wolf, A., Goldfried, M. & Muran, C. (2013) *Transforming negative reactions to clients. From frustration to compassion*. Washington D.C: American Psychological Association

Yáñez, J. (2005) *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Yáñez-Galecio, J. (2005) Competencias profesionales del psicólogo clínico: Un análisis preliminar. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 85-93.

Yih, J. Uusberg, A. Taxer, J. y Gross, J. (2018) Better together: a unified perspective on appraisal and emotion regulation. *Cognition and emotion*, 33(1), 41-47

IX. ANEXOS

Anexo 1. **Entrevista Semiestructurada sobre el Reconocimiento y la Regulación Emocional**

INTRODUCCIÓN

Buen día/Buenas tardes Lic./Licda./Dr./Dra. _____

Le agradezco que haya aceptado participar en la presente investigación. El objetivo de esta entrevista consiste en indagar su perspectiva, tanto desde su rol de terapeuta como también de supervisor, en relación al desarrollo del reconocimiento y regulación emocional durante la etapa de formación académica de los estudiantes de psicología. Me interesa poder conocer qué entiende usted personalmente como reconocimiento y regulación emocional, cómo cree que éstos se relacionan con el trabajo terapéutico, de qué manera considera que se desarrollan y a través de qué mecanismos o estrategias podrían estimularse en el ámbito académico con los estudiantes. Se espera que esta entrevista se desarrolle en un tiempo aproximado de una hora.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

“Para comenzar la entrevista me gustaría preguntarle sobre...”

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuántos años lleva de ejercer como terapeuta? ¿A qué población atiende generalmente? (Niñez y adolescencia o adultos)
- ¿Cuántos años lleva de ejercer como supervisor? ¿A qué nivel de enseñanza? (Pregrado o posgrado)
- ¿Con qué línea teórica es con la que usted se identifica?

PREGUNTAS

1. ¿Cómo entiende desde su perspectiva personal el rol que desempeñan las emociones del terapeuta en el desarrollo de la psicoterapia?

2. ¿Qué capacidades emocionales considera que necesita el terapeuta para alcanzar el éxito en el proceso psicoterapéutico con su paciente?
3. Desde su experiencia personal ¿Qué entiende por reconocimiento emocional? ¿Qué entiende por regulación emocional?
4. ¿Considera que el desarrollo del reconocimiento y la regulación emocional son importantes para el crecimiento profesional de los estudiantes de psicología? ¿Por qué?
5. ¿Qué instancias creería que son las más adecuadas para que el estudiante de psicología estimule su propio reconocimiento y regulación emocional?
6. ¿En qué momento se debería trabajar idealmente el reconocimiento y la regulación emocional con el estudiante? *(Si fuere necesario, aclarar: Refiriéndose idealmente a la etapa formativa)*
7. ¿De qué manera se debería estimular el reconocimiento y la regulación emocional del estudiante de psicología?
8. ¿Qué pasos se deberían seguir para que el estudiante de psicología pueda desarrollar mejor dichas capacidades emocionales?
9. ¿Cómo recuerda usted que desarrolló su propio reconocimiento y regulación emocional?
10. Desde su experiencia personal ¿Cómo sabe usted cuando se encuentra consciente de lo que le pasa emocionalmente con su paciente en psicoterapia?
11. ¿Podría brindarme algún ejemplo en el que notó que se encontraba consciente de lo que le pasaba emocionalmente con su paciente?
12. ¿Cuáles fueron los mayores desafíos que usted tuvo que enfrentar para desarrollar su propio reconocimiento y regulación emocional?
13. ¿Considera que se abordan dichas capacidades emocionales de los estudiantes de psicología en el currículo académico actual? ¿Cómo?
14. ¿Ha podido notar dificultades en el reconocimiento y regulación emocional de los estudiantes de psicología con los que ha trabajado? ¿Cómo lo ha notado/evaluado?
15. ¿Qué aspectos emocionales considera que podrían ser los más difíciles para los estudiantes de psicología en traer a su propio reconocimiento y regulación emocional?
16. ¿Qué aspectos emocionales considera que los estudiantes de psicología dominan mejor en relación a su propio reconocimiento y regulación emocional?

17. ¿Ha trabajado en el desarrollo del reconocimiento y regulación emocional de sus estudiantes? ¿Cómo?
18. ¿Qué estrategias le han servido más a usted para contribuir al desarrollo de dichas capacidades emocionales en sus estudiantes? ¿Podría brindarme algunos ejemplos? ¿Qué temas centrales y/o objetivos buscaba abordar o alcanzar con dichas estrategias?
19. ¿Qué de lo realizado le permite considerar que esas herramientas son más efectivas que otras para estimular el reconocimiento y la regulación emocional en los estudiantes?
20. ¿Recuerda algún caso en el que haya tenido que trabajar con un estudiante que haya estado muy desconectado emocionalmente? ¿Cómo le ayudó a ese estudiante? (*Solicitar que lo describa como “una escena”*) ¿Cree que dio resultado lo que hizo con el estudiante? ¿Qué sintió que hizo falta?
21. ¿El entrenamiento para estimular dichas capacidades emocionales debería realizarse idealmente de manera grupal o individual? (*Si fuere necesario, reformular: en grupos o individualmente*) ¿Cuáles considera usted que podrían ser las ventajas y desventajas para cada uno?
22. ¿El entrenamiento para estimular dichas capacidades emocionales debería realizarse idealmente de manera supervisada o de forma autónoma? (*Si fuere necesario, reformular: con alguien que lo supervise o por sí solo, como autodidacta*) ¿Cuáles considera usted que podrían ser las ventajas y desventajas para cada uno?
23. Por último ¿Hay algo que yo no haya abordado durante la entrevista y que usted considere que sea importante tomar en cuenta para el desarrollo de esta investigación?

Anexo 2. Contenidos del taller

Unidad I. Las emociones del terapeuta dentro del contexto intersubjetivo de la terapia

Sesión 1. Introducción a las emociones del terapeuta en el contexto psicoterapéutico

Sesión 2. El espacio intersubjetivo. Reconocimiento y regulación emocional en acción

Unidad II. El reconocimiento emocional y sus componentes

Sesión 3. El reconocimiento emocional: Cuatro componentes clave

Sesión 4. Atención sostenida frente a la experiencia emocional en curso

Sesión 5. Identificación consciente de la emoción experimentada

Sesión 6. Análisis retrospectivo del proceso evaluativo emocional inmediato

Sesión 7. Comprensión de la emoción sentida

Sesión 8. El reconocimiento emocional en proceso

Unidad III. La regulación emocional y sus dimensiones

Sesión 9. La regulación emocional: De adentro hacia afuera

Sesión 10. Autorregulación emocional

Sesión 11. Exploración del espacio intersubjetivo en terapia (Parte 1)

Sesión 12. Exploración del espacio intersubjetivo en terapia (Parte 2)

Sesión 13. Modulación de la expresión emocional con propósito terapéutico

Sesión 14. La regulación emocional en proceso

Unidad IV. La intervención con significado consciente

Sesión 15. La intervención con significado consciente

Sesión 16. El autocuidado: condición facilitadora para la intervención con significado consciente