



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**CONDICIONES E INDICACIONES CLÍNICAS PARA LA FASE DE CIERRE
PSICOTERAPÉUTICO EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO**

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

IGNACIO ARTURO SUBIABRE AGUILERA

Profesor Guía:
Juan Orlando Yáñez Montecinos

Informantes:
Javiera Duarte
Augusto Zagmutt

Santiago de Chile, 2022

**CONDICIONES E INDICACIONES CLÍNICAS PARA LA FASE DE CIERRE
PSICOTERAPÉUTICO EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO**

RESUMEN

En la actualidad, el modelo de psicoterapia constructivista cognitiva no explícita el reconocimiento de aquellas condiciones e indicaciones que debiesen estar presentes para dilucidar el inicio y operar de la fase de cierre de su psicoterapia. La presente investigación utilizó un diseño metodológico cualitativo de alcance descriptivo comprensivo y tuvo como objetivo diseñar una propuesta de cierre para la psicoterapia constructivista cognitiva, desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes sobre las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre psicoterapéutico. El muestreo seleccionado para el estudio correspondió a uno de expertos y no probabilístico intencional y la muestra estuvo conformada por un total de quince participantes, ocho psicoterapeutas y siete expacientes. La información se recolectó a través de dos entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron desarrolladas a partir de los aportes teóricos y empíricos localizados sobre el fenómeno de la terminación en psicoterapia. El análisis de los datos fue realizado con el uso del software ATLAS.ti9.1.1.6 programa especializado para la elaboración de una Teoría Fundamentada. Finalmente, la propuesta de cierre contempló la existencia de condiciones clínicas de entrada, operaciones de preparación y consideraciones al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia, Psicoterapeuta, Expaciente, Cierre, Constructivismo Cognitivo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sincera y profundamente a Esteban S., Nicolás O., Raquel S., Gabriela A., Paulina G., y Tanya V.

Agradezco igualmente al profesor Juan Orlando Yáñez Montecinos por su confianza y apoyo incondicional.

“(...) parecía que habíamos llegado al final del camino y resulta que era solo una curva abierta a otro paisaje y a nuevas curiosidades.”

(José Saramago)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	10
<i>Pregunta de investigación.....</i>	<i>14</i>
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
<i>Objetivo general.....</i>	<i>14</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>14</i>
<i>Preguntas directrices.....</i>	<i>14</i>
III. MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	15
3.2 APROXIMACIONES A LA TERMINACIÓN O PROCESOS DE CIERRE EN PSICOTERAPIA	17
3.3 RAZONES DE LOS PACIENTES PARA LA TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA.....	19
3.4 PERSPECTIVAS DE LOS TERAPEUTAS ANTE LA TERMINACIÓN DE LA PSICOTERAPIA.....	19
3.5 APROXIMACIONES A LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LOS PACIENTES FRENTE A LA TERMINACIÓN DE LA PSICOTERAPIA.....	20
3.6 TIPOS DE TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA: VARIABILIDAD DE ORIGENES.....	21
3.6.1 La terminación acordada mutuamente.....	22
3.6.2 La terminación unilateral iniciada por el clínico.....	22
3.6.3 La terminación unilateral iniciada por el cliente.....	23
3.6.4 La terminación prematura.....	23
3.6.5 Abandono o deserción.....	24
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS FRENTE A LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	24
3.8 LAS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL FENÓMENO DE TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA.....	26
3.9 COMPRENSIONES TEÓRICAS SOBRE LA TERMINACIÓN O PROCESOS DE CIERRE EN PSICOTERAPIA.....	27
3.9.1 La terminación desde la orientación psicoanalítica.....	27

3.9.2 La terminación desde la orientación humanista.....	29
3.9.3 La terminación desde la orientación sistémica.....	30
3.9.4 La terminación desde la orientación cognitiva conductual.....	31
3.9.5 La terminación desde la orientación constructivista cognitiva.....	33
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	36
Diseño de investigación.....	36
Diseño muestral y estrategias de muestreo.....	36
<i>Criterios de inclusión y exclusión de los participantes.....</i>	<i>36</i>
<i>Procedimiento de muestreo.....</i>	<i>36</i>
<i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>37</i>
<i>Caracterización de los participantes.....</i>	<i>39</i>
Técnicas de recolección de datos.....	40
Plan de análisis de información.....	40
<i>Codificación abierta.....</i>	<i>41</i>
<i>Codificación axial.....</i>	<i>41</i>
V. RESULTADOS.....	42
5.1 CONDICIONES CLÍNICAS DE ENTRADA AL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	42
5.1.1 Condiciones del proceso.....	43
5.1.2 Condiciones del paciente.....	46
5.1.3 Condiciones de la relación terapéutica.....	55
5.2 OPERACIONES DE PREPARACIÓN AL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	57
5.2.1 Indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia.....	58
5.2.2 Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia.....	60
5.2.3 Indicaciones hacia la sesión de cierre.....	63
5.3 CONSIDERACIONES PARA EL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	66
5.3.1 Decisión de cierre.....	67
5.3.2 Asuntos críticos en los procesos de cierre.....	69
5.3.3 Evaluación del quehacer profesional.....	71

5.4 DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE CIERRE HACIA LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.....	74
5.4.1 Pesquisa y evaluación de las condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.....	74
5.4.2 Elaboración y ejecución de operaciones de preparación en el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.....	76
5.4.3 Reconocimiento de consideraciones sobre los procesos de cierre en la práctica clínica.....	77
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	79
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	86
VIII. ANEXOS.....	91
Anexo 1: PROTOCOLO DE CONTACTO.....	91
Anexo 2: CARTA DE INVITACIÓN EXPACIENTE.....	93
Anexo 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOTERAPEUTA.....	96
Anexo 4: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPACIENTE.....	100
Anexo 5: PROTOCOLO DE ABORDAJE FRENTE A DESESTABILIZACIÓN EMOCIONAL.....	104
Anexo 6: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN.....	106
Anexo 7: CARTA DE SOLICITUD INSTITUCIONAL.....	108
Anexo 8: CARTA DE COMPROMISO COLABORACIÓN.....	111
Anexo 9: GUIÓN DE ENTREVISTA PSICOTERAPEUTA.....	112
Anexo 10: GUIÓN DE ENTREVISTA EXPACIENTE.....	113

I. INTRODUCCIÓN

La terminación o el cierre de la psicoterapia es un asunto que atañe a cualquier proceso psicoterapéutico (Vélez & Restrepo, 2008). Por lo que el término de la psicoterapia se constituye como una premisa fundamental en el ejercicio y razonamiento clínico del terapeuta (Cadavid & Ocampo, 2017). Si bien la terminación ha sido reconocida como un componente importante del tratamiento (Fragkiadaki & Strauss, 2012). A raíz de que los clínicos y teóricos coinciden en que la rescisión es una etapa crucial en el proceso psicoterapéutico (Roe, et al., 2006). Esta aún ha sido objeto de poca atención empírica (Bathia & Gelso, 2017).

El concepto de terminación alude al proceso de finalización de la terapia y, como tal, trae consigo una gran responsabilidad ética y clínica (Vasquez, Bingham, & Barnett, 2008). Ya que la fase de terminación implica la consumación de la experiencia de psicoterapia, por ende, que los pacientes funcionen eficazmente sin la asistencia activa y continua del psicoterapeuta (Hill, 2005). La terminación de la psicoterapia puede conceptualizarse como un proceso intencionado, que emerge cuando un cliente ha logrado la mayor parte de los objetivos del tratamiento o cuando la psicoterapia debe terminar por otras razones, dado que la terminación del proceso psicoterapéutico puede ser iniciada por el paciente, el terapeuta, o por fuerzas ajenas a la diada que compone la psicoterapia (Beck, 2000).

El proceso de terminación, generalmente, brinda a los pacientes la factibilidad de revisar el cumplimiento de sus objetivos, describir los cambios que se han ido incorporado en el curso del tratamiento y trabajar sobre los sentimientos desprendidos durante la finalización de la intervención terapéutica. Ante lo cual, el rol del terapeuta recae en ayudar a los clientes a terminar el trabajo de una manera planificada y reflexiva (Vasquez et al., 2008). Por efecto, la terminación de la psicoterapia puede configurarse como un proceso de alta complejidad, debido a que requiere de una amplia combinación de factores clínicos, prácticos y éticos, que deben ser considerados para ser conducida de forma razonable y responsiva con el paciente y sus particularidades (Davis & Younggren, 2009).

Escritos teóricos de diversas orientaciones terapéuticas, han considerado la fase de terminación como una etapa particularmente desafiante de la psicoterapia y en la cual a menudo se accede a un abundante material clínico (Sullivan, Zeff & Zweig, 2018). No

obstante, Vélez y Restrepo (2008) estipulan que, si bien, la temática del cierre ha sido relativamente descuidada al interior de los heterogéneos arquetipos teóricos y técnicos en psicoterapia, estos en términos generales y de forma consensuada, tienden a señalar esta etapa del proceso como elemental, indispensable y concluyente; no quedando absuelta a problemáticas particulares a las cuales se ven expuestos fundamentalmente los terapeutas noveles e incluso aquellos que cuentan con un mayor grado de expertiz en el quehacer profesional (Roe, Deckel, Harel & Fenning, 2006).

Bostic, Shadid & Blotcky (1996) afirman sobre aquellos terapeutas que poseen un mayor grado de experiencia en la práctica clínica, que estos se han visto enfrentados en numerosas y variadas ocasiones a las situaciones del cierre psicoterapéutico, lo cual les permitiría desarrollar implícitamente una imagen profesional positiva, de mayor confianza y familiaridad ante la posibilidad de direccionar con éxito a sus pacientes en el transcurso de la fase culmine del tratamiento. Mientras que los terapeutas noveles y con un menor nivel de experiencia en la praxis, explicitarían un mayor grado de incertidumbre y ansiedad, junto a una sensación difusa de insatisfacción y desconcierto al dar termino a un proceso de abordaje psicoterapéutico.

Cabe destacar, según lo planteado por Roe, et al., (2006) que los ejes centrales que sustentan la formación clínica para los psicoterapeutas, aluden al papel de la teoría y metateoría clínica respectiva de sus propios modelos, acentuándose en aquellas dimensiones sobre el proceso terapéutico, tales como el encuadre y las técnicas de evaluación e intervención, pero pocas veces dirigen su vigilancia a la temática del proceso de finalización. Esto se traduce en que, si bien, se contempla a esta fase como una etapa relevante del tratamiento, no existe claridad en cuáles son aquellos elementos que deben estar presentes para comenzar a ejecutar el cierre de la psicoterapia. En esta línea, Råbu, Binder & Haavind (2013) sostienen que el hecho de que la psicoterapia terminará es una certeza fundamental e implícita desde el comienzo de la misma. Por lo tanto, se hace totalmente necesario reconocer ¿Cuándo comienza el final?, ¿Quién explicita el proceso de termino?, ¿Cuál es la temporalidad de este periodo? y, ¿Qué tipo de interacciones e intervenciones tienen lugar en esta etapa del proceso? Ya que, finalmente, la decisión de dar termino a la psicoterapia representará una tensión experiencial tanto para el paciente como para el psicoterapeuta. La

observación y posterior reflexión ante este fenómeno lleva a pensar que el cierre debiera ocurrir “naturalmente” como un acuerdo entre terapeuta y paciente una vez se hayan logrado los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso (Roe citado en Vélez y Restrepo, 2008), pero a la vez no se esclarece cuándo comienza ni cómo opera, como también, cuáles serían las señales que orientan la viabilidad de dar término a la psicoterapia. En este lineamiento, Cadavid & Ocampo (2017) consideran que el acto de pensar sobre la posibilidad de cerrar la psicoterapia, se formula en sí mismo como una arista fundamental en el razonamiento y argumentación clínica del terapeuta frente al paciente y su disciplina, ya que, ante la inminencia del desenlace, este debe lograr identificar las motivaciones que gatillan el acabamiento del tratamiento.

Westmacott & Hunsley (2010) señalan que, a pesar de las preocupaciones naturales e históricas de los profesionales de salud mental acerca de las terminaciones de la terapia, solo se encuentra acceso a información referente sobre por qué los pacientes deciden consumir su proceso psicoterapéutico. Estableciéndose como una de las narrativas más frecuentes por parte de estos el sentido de satisfacción con las ganancias adquiridas bajo el proceso terapéutico llevado a cabo, lo que trae consigo posibles cuestionamientos acerca de si el paciente realmente logró beneficiarse de todos los servicios psicoterapéuticos prestados y cuál sería el rol del propio terapeuta frente a este final, pues no emergen datos significativos sobre el fenómeno de cierre en función de comprensiones teóricas particulares con sus respectivas ejecuciones prácticas.

Al respecto, Hilsenroth (2017) subraya la ausencia de investigación empírica y discusión clínica desde diferentes vertientes teóricas y metodológicas respecto al proceso de terminación de la psicoterapia en la literatura de la disciplina, concluyendo que a menudo este punto del tratamiento ha sido ignorado. Esto se traduce en que, si bien, la rescisión es catalogada como una fase notable del proceso psicoterapéutico, se han hecho pocos esfuerzos por intentar formular principios clínicos que guíen esta fase crítica del tratamiento en la práctica clínica (Del castillo, 2010). En consecuencia, se estipula que las futuras investigaciones debiesen abordar las perspectivas tanto del paciente como del psicoterapeuta a fin de robustecer las comprensiones clínicas sobre el fenómeno de la terminación o el cierre de la psicoterapia en sus múltiples formatos (Hilsenroth, 2017).

La presente problemática, se origina en función de cuestionamientos emergentes en un espacio de supervisión clínica bajo los lineamientos del modelo de psicoterapia constructivista cognitiva, al interior del contexto institucional de la Universidad de Chile, en un esfuerzo por hallar sustento teórico, técnico y procedimental a los sucesos clínicos desprendidos en la fase de cierre de su psicoterapia.

Sustentándose en lo planteado previamente y los antecedentes revisados a la fecha, tras una específica y exhaustiva revisión del modelo de psicoterapia constructivista cognitiva, derivado de la metateoría clínica constructivista cognitiva (Yáñez, 2005). Se evidencia una amplia base teórica, conceptual y técnica referida a su proceso psicoterapéutico. Estableciendo que la duración de su tratamiento obedece a un factor relativo que responde a las particularidades de cada paciente con sus respectivas problemáticas y contenidos desplegados. No obstante, respecto a la fase de cierre de su psicoterapia describe objetivos a considerar previo a la terminación de la terapia, tales como: la revisión de los logros y las metas terapéuticas, la evaluación sobre la participación y los beneficios del proceso, la disposición del paciente al cierre y la toma de decisiones en lo que respecta a la culminación o continuidad de la psicoterapia. Asimismo, destaca que la fase de cierre se constituye como una etapa crucial, con características esenciales, que no debe ser evitada, “(*...*) *en la cual la tarea del terapeuta es permanecer emocionalmente accesible y reconocer, aceptar y experimentar con el cliente cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que pueda acompañar al proceso de la terminación*” (Kleinke, 1995 citado en Yáñez, 2005; p.218).

En esta línea de investigación, tras la revisión bibliográfica realizada, se evidencia como problemática que el modelo de psicoterapia constructivista cognitiva no expresa el reconocimiento de aquellas condiciones mínimas y fundamentales que debiesen estar presentes para dilucidar el inicio y el operar de la fase de cierre de su psicoterapia. Pese a que destaca los objetivos para la etapa culmine del tratamiento, no otorga un conjunto de indicaciones clínicas dotadas de fundamento que incluyan las apreciaciones de los pacientes frente a este fenómeno, lo que se torna necesario para garantizar una práctica psicológica basada en la evidencia, a fin de que el terapeuta logre direccionar dicha etapa del proceso de forma ética, responsable y rigurosa en el ejercicio clínico de su psicoterapia.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre psicoterapéutico, desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes, para el diseño de una propuesta de cierre en la psicoterapia constructivista cognitiva?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Diseñar una propuesta de cierre para la psicoterapia constructivista cognitiva, desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes sobre las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre psicoterapéutico.

Objetivos específicos

- Identificar y describir las condiciones de la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo.
- Identificar y caracterizar las indicaciones de la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo.
- Identificar y analizar las consideraciones de la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo.

Preguntas directrices

¿Qué condiciones consideran relevantes los terapeutas constructivistas cognitivos para finalizar la psicoterapia? ¿Qué condiciones consideran relevantes los expacientes para terminar el proceso psicoterapéutico? ¿Existirá consenso entre psicoterapeutas y expacientes sobre las condiciones para culminar la terapia?

¿Cómo direcciona el terapeuta constructivista cognitivo un proceso de cierre psicoterapéutico? ¿Qué técnicas utiliza un terapeuta constructivista cognitivo al cierre de la psicoterapia?

¿Quién decide cerrar la psicoterapia? ¿Cuáles son las problemáticas al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

La psicología basada en la evidencia (PBE) se torna imprescindible frente a la emergencia de variadas técnicas y modelos de tratamiento en psicología. El horizonte de la PBE apunta a difundir y otorgar fundamento empírico a la práctica profesional de los proveedores de salud mental, elementos que requieren de algún tipo de parámetro para ser evaluados en términos de calidad, efectividad, efectos y control de sus mismas variables (Medina, 2017). La constante tensión por sentar las bases de la práctica profesional en la ciencia psicológica no resulta ser algo novedoso considerando los nuevos desarrollos de instrumentos analíticos para estos cometidos. Es así como la PBE se constituye en sí misma como una dimensión esencial para realizar una práctica clínica basada en la evidencia que facilite el vislumbrar un tratamiento pertinente y efectivo para el consultante, contemplando tanto la disposición y la participación activa del paciente en el proceso, así mismo, la relevancia de la discusión conjunta entre profesionales como medio reflexivo y enriquecedor de los fenómenos en psicoterapia (Llobell, Frías, & Monteverde, 2004).

La American Psychological Association (APA) define las practicas psicológicas basadas en la evidencia (EBPP) como una integración de la ciencia y la práctica orientada a respaldar toda intervención en salud mental desde la consideración de evidencia empírica en todos sus planos de acción y ejecución. La EBPP requiere de la atención hacia múltiples fuentes de evidencia científica, ejercicio que implica por parte del profesional el reconocimiento sobre las fortalezas y limitaciones de los diferentes tipos de estudio. De esta forma, es factible dilucidar la aplicabilidad de los hallazgos otorgados por las investigaciones frente a un paciente en particular con el objetivo de garantizar los mejores resultados durante el tratamiento. Es por esto, que la EBPP explicita la colaboración entre profesionales y sus consultantes, como uno de sus lineamientos centrales, para promover el éxito de sus profusos servicios psicológicos (APA, 2006).

La ciencia psicológica progresa con evidencia y a la vez ofrece sus hallazgos conforme a sustentar la práctica clínica, a fin de comprender y aliviar los padecimientos humanos de carácter subjetivo. Cuando se establece que un tratamiento de abordaje terapéutico es eficaz, se debe sopesar cuales son los datos que sustentan y respaldan esas

premisas, al estimar que los niveles de evidencia no siempre responden a la implementación de la misma metodología sobre los sucesos desprendidos de esta área (Echeburúa, Salaberría, Corral, & Polo-López, 2010). Al respecto, Rossi (2014) establece nociones sobre la complejidad para abordar las múltiples variables involucradas en el proceso terapéutico y la infinita combinación entre ellas, lo que trae consigo que los resultados en términos de implicancias en la práctica clínica puedan ser confirmados o refutados en función del diseño de una investigación empírica.

La evaluación de los tratamientos sobre sus efectos y eficacia se configuran como un movimiento imparale (Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2003). Según Westbrook & Kirk (2005) durante los últimos años se ha evaluado con mayor frecuencia la efectividad clínica de los tratamientos psicológicos en la práctica clínica, lo que no se constituye en sí mismo como un excluyente para los reajustes técnicos y procedurales a las características singulares de cada cliente. A raíz de esto, el psicólogo clínico adquiere la responsabilidad inminente de determinar cuáles son las intervenciones psicológicas más propicias para el consultante, considerando múltiples aristas dentro de las que destacan el juicio clínico del profesional basado en la experticia, los datos que configuran la evidencia, los elementos propios del paciente, la relación terapéutica y el contexto en el cual se inserta la intervención especializada (Llobell, et al., 2004).

En los últimos años, se han realizado esfuerzos significativos para mermar la brecha existente entre la investigación y la práctica clínica en contextos terapéuticos (Trujillo, & Paz, 2020). Krause & Espinoza (2020) reconocen el desafío de enlazar tres dimensiones sustanciales en el ejercicio profesional: teoría, investigación y práctica. Esto con el objetivo de generar espacios de integración entre los hallazgos científicos, las teorías psicoterapéuticas y los ámbitos clínicos, diálogos que generan las condiciones para el desarrollo y actualización de los espacios de formación e intervención. En esta línea, Orlinsky (como se citó en Krause & Espinoza, 2020) destaca la necesidad de ampliar la adquisición de conocimiento científico válido acerca de la psicoterapia y sus efectos, así como también profundizar acerca de los contextos humanos en los cuales discurre la psicoterapia.

Los procesos psicoterapéuticos adquieren una alta complejidad de análisis al reflexionar que sus éxitos obedecen a variados factores: el método terapéutico, el

psicoterapeuta, el cliente, la relación terapéutica, los principios de cambio y las fases del tratamiento constituyen factores a considerar a la hora de validar las prácticas en psicología (Moretti, Basler, & Medrano, 2016).

Daset & Cracco (2003) establecen que la práctica profesional debe estar fundamentada sobre la evidencia empírica. El desarrollo de esta premisa supone a nivel operativo una serie de procedimientos: la formulación del problema clínico, la identificación de estudios relevantes, el juicio crítico de la literatura, la utilización de los hallazgos a la práctica clínica y la inclusión de datos a los sistemas que acreditan modelos de intervención, para otorgar consistencia y veracidad sobre las intervenciones, instrumentos y procedimientos profesionales efectivos.

3.2 APROXIMACIONES A LA TERMINACIÓN O PROCESOS DE CIERRE EN PSICOTERAPIA

El fenómeno de la terminación del proceso terapéutico se ha configurado como un objeto de estudio relativamente descuidado por la investigación empírica al interior de los modelos de tratamiento en psicología clínica. La literatura sobre el término en psicoterapia se encuentra sustentada primordialmente en ejes teóricos y de carácter especulativo, por lo que refleja ínfimos datos sobre lo que acontece en la práctica clínica (Roe, Deckel, Harel & Fennig, 2006).

(...) Al igual como consideramos cuidadosamente el inicio de una psicoterapia, en el que se realiza un proceso de construcción del vínculo, que implica un delicado trabajo por parte del terapeuta en su ejercicio de apertura de una etapa diagnóstica, existe también un proceso igualmente importante, que es necesario pensar y trabajar, como lo es el momento o etapa de cierre. Este implica el des/enlace de una relación vincular construida en el espacio terapéutico, el des/enlace de un trabajo realizado por el paciente sobre sí mismo, en el que se deben haber promovido los recursos psíquicos suficientes para que el paciente pueda desarrollar su autonomía e individuación (...) (Cadavid & Ocampo, 2017; p. 5 - 6)

De acuerdo a Bartholomew, et al., (2019) las conceptualizaciones acerca de la terminación se encuentran estrechamente ligadas a las circunstancias de estas y a las teorías

del cambio psicoterapéutico, a modo que los elementos operativos, procedurales y técnicos por los cuales se alinea la etapa culmine del tratamiento obedecen profundamente a las comprensiones de estos fenómenos y a las particularidades de cada enfoque clínico. Aunque numerosas teorías definen el término de manera heterogénea, la finalización del tratamiento puede sedimentarse en una sola sesión o en una fase de varias sesiones, proceso de inclinación que alude al momento en que los clínicos se centran en una presentación lingüística del final. En un sentido más amplio la terminación apunta al momento en el que un cliente y un terapeuta comparten la comprensión de que el tratamiento ha finalizado. Esta idea de terminación acordada, basada en circunstancias ideales no contempla que el cierre puede ser iniciado por el cliente de forma unilateral en situaciones menos ideales (Knox, et al., 2010). Es así como los investigadores y expertos en la práctica de salud mental han propuesto a la terminación como una fase esencialmente delicada del proceso terapéutico y a la vez en una obligación ética independientemente del constructo utilizado para aludir al fenómeno de consumación de la psicoterapia (Schnyders & Bruns, 2019).

Al respecto, Cadavid & Ocampo (2017) reconocen ante la emergencia de cierres que el abordar las múltiples variables y comprensiones clínicas acerca de estos fenómenos permitirían a los profesionales esclarecer y establecer análisis que adquieran un mayor nivel de profundidad sobre las condiciones, criterios e implicancias en el tratamiento clínico llevado a cabo. Es por esto, que la fase de cierre psicoterapéutico no queda absuelta de numerosas y variadas temáticas a fines con el paciente, el terapeuta y su estrecha relación durante el proceso.

Parte de la discusión sobre las problemáticas subyacentes a los estudios e investigaciones que se orientan al fenómeno de la terminación terapéutica radican en la dificultad de precisión conceptual sobre su propia definición (Bhatia & Gelso, 2017). Aunque se sabe que la etapa de terminación de la psicoterapia evoca manifestaciones notables, estas no han sido objeto de sistemática investigación y su relación con otros aspectos de la terapia no ha sido estimada (Roe, et al., 2006). Los esfuerzos empíricos en esta materia se han dirigido principalmente a escudriñar las experiencias, motivaciones y sentimientos que explicitan los pacientes sobre el término, la variabilidad de tipos de cierre del tratamiento, la

perspectiva de los terapeutas frente a la finalización y el cierre del proceso en algunas patologías específicas otorgando consideraciones generales ante el fenómeno en cuestión.

3.3 RAZONES DE LOS PACIENTES PARA LA TERMINACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Los clientes de tratamientos psicoterapéuticos reportan tres motivos principales respecto al término de sus procesos. Como primera causa destacan la sensación y creencia de haber mejorado lo suficiente. La segunda razón recae en factores ambientales o externos al proceso terapéutico, como, por ejemplo, la reubicación geográfica y los costos económicos que esta conlleva. Finalmente, los clientes señalan la insatisfacción con el terapeuta o el tratamiento. Estas categorías se encuentran ligadas a reflejar casos de clientes que completaron su proceso terapéutico de forma satisfactoria, la segunda representa casos neutrales o indeterminados y la tercera motivación simboliza casos insatisfechos (Renk, & Dinger, 2002). Shafran, et al., (2019) destacan que el cumplimiento de los objetivos terapéuticos es calificado como la razón más valiosa para la terminación, en contraste, con las motivaciones externas o la insatisfacción con el tratamiento que fueron cuantificadas como las razones menos significativas.

3.4 PERSPECTIVAS DE LOS TERAPEUTAS ANTE LA TERMINACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Los terapeutas de pacientes que finalizaron su tratamiento, reconocen como causas y explicaciones del término la disminución, erradicación o cambio de la sintomatología. La segunda categoría se orienta al cumplimiento de metas terapéuticas instauradas durante el tratamiento. En la tercera categoría destacan el abandono del cliente en contra de las recomendaciones clínicas otorgadas. Otro elemento que consideran los profesionales responde a la noción de acuerdo mutuo sobre la finalización, dimensión que hace referencia a que los terapeutas y sus respectivos pacientes, concuerdan en que la terminación es apropiada en ese momento determinado de la psicoterapia (Bartholomew, et al., 2019).

Si bien la literatura teórica y empírica varía en función de la experiencia de terminación, los terapeutas suelen experimentar reacciones positivas frente al término. Esto debido al orgullo sentido a raíz de los logros alcanzados por los clientes durante el desarrollo del proceso, así como de sus propias habilidades para ayudar a los pacientes en sus temáticas conflictivas, informando pocos sentimientos de pérdida y dolor (Knox, et al., 2010).

3.5 APROXIMACIONES A LA EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LOS PACIENTES FRENTE A LA TERMINACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Bathia & Gelso (2017) señalan que todas las formas de psicoterapia tienen un principio y un final, lo que permite divisar el desenlace en la relación terapéutica. En este sentido, Yáñez (2005) refiere que la matriz donde se originan los procesos de cambio y el progreso de la estructura del sí mismo son las relaciones interpersonales, factor común a todos los modelos de psicoterapia. En esta línea, Yáñez (2005) describe la relación terapéutica como el encuentro entre dos o más subjetividades que, durante un periodo determinado de tiempo, acuerdan mantenerse en interacción para producir cambios en los niveles de organización sobre uno o más de los sujetos involucrados en este contexto interpersonal. Esta relación de carácter técnico-profesional posee características peculiares de unilateralidad, formalidad y temporalidad, que definen su modo y alcance en el encuadre psicoterapéutico. Estas características distintivas no se encuentran en las interacciones cotidianas, dado que son conformadas en una relación interpersonal significativa y de apego seguro en función de propiedades técnicas y cualidades personales de los participantes. Es así, que la relación terapéutica se encuentra orientada a sentar las bases mínimas que permitan la exploración de la historia personal del paciente y el despliegue de sus contenidos durante el desarrollo del proceso. Por lo tanto, el desprendimiento de respuestas emocionales del paciente ante el término de la psicoterapia, se manifiestan al interior de la relación terapéutica (Fragkiadaki, & Strauss, 2012).

En esta perspectiva, la literatura sobre el término de la psicoterapia se concentra tanto en las discusiones teóricas de los clínicos, como en las percepciones de clínicos y clientes evaluadas sistemáticamente. En términos generales, los datos se han desarrollado en función de dos lineamientos centrales: sentimientos positivos y sentimientos negativos. Por un lado,

dentro de los sentimientos positivos resaltan la alegría, el orgullo y los deseos de nuevas experiencias terapéuticas. Por otro lado, los sentimientos negativos incluyen la culpa, la rabia, la tristeza y la pérdida asociada al duelo del término permanente o temporal de la finalización de la relación terapéutica (Roe, et al., 2006).

Vélez & Restrepo (2008) reconocen que algunos de los sentimientos problemáticos experimentados por los pacientes durante la terminación pueden obedecer a la sensación de estar siendo desplazados o rechazados por el terapeuta. Esto trae consigo la aparición de sentimientos de ansiedad, angustia, ira, tristeza, desamparo o abandono.

Knox, et al., (2011) señalan que las reacciones y afectos positivos de los pacientes frente al término, encuentra sus causas en múltiples acciones, destacando:

- a. La planificación y/o discusión del cierre al interior de la psicoterapia.
- b. La revisión de metas y/o logros adquiridos durante el transcurso del tratamiento.
- c. La discusión sobre el trabajo terapéutico realizado.
- d. La reflexión sobre los aspectos fructíferos de la relación terapéutica.
- e. La revisión de planes de autocuidado posterior al término.
- f. La exposición libre de emociones y/o sentimientos ante el cierre.

En contraste, las terminaciones problemáticas y afectos negativos de los pacientes ante el término, encuentra sus atribuciones en:

- a. La escasa discusión sobre el proceso de terminación.
- b. La nula planificación del cierre al interior de la psicoterapia.
- c. La emergencia de cierre desde una decisión unilateral.
- d. La baja asesoría sobre los afectos negativos del paciente sobre el término.
- e. La autopercepción de fragilidad y vulnerabilidad psíquica.
- f. La implicancia de variables de apego.

3.6 TIPOS DE TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA: VARIABILIDAD DE ORIGENES

La naturaleza de la terminación en psicoterapia es multidimensional y puede tener distintos orígenes (Bartholomew, et al., 2019). A continuación, se desarrollan las principales conceptualizaciones sobre los tipos de terminación en la práctica clínica, según como es iniciada:

- a. La terminación acordada mutuamente: Se entiende como el término del proceso psicoterapéutico, que inicia desde una forma colaborativa entre el cliente y el clínico. Este tipo de terminación, se caracteriza por el rol activo que ambos participantes de la relación terapéutica tienen en la evaluación de que el consultante ha logrado sus metas terapéuticas. Dentro de estas metas se encuentran, la disminución o erradicación de los síntomas, el aumento de la capacidad de *insight*, el incremento de las habilidades de afrontamiento para la vida y un ímpetu positivo ante la terminación (Schnyders, & Bruns, 2019). En los casos de terminación acordada mutuamente, la discusión conjunta sobre elementos del proceso y los beneficios adquiridos a través de las prestaciones terapéuticas se constituye como un factor transformador y orientado al futuro que abre la oportunidad de despedirse y mirar hacia adelante. Por lo tanto, la terminación bajo estas circunstancias se posiciona como un componente sumativo de la experiencia de trabajo durante el tratamiento (Bartholomew, et al., 2019).

- b. La terminación unilateral iniciada por el clínico: Este tipo de terminación, corresponde a la acción unilateral del clínico, para elegir el momento de término del proceso terapéutico, a raíz de sus propios juicios clínicos. La elección unilateral del clínico sobre la terminación del tratamiento, debe ser considerada con especial cuidado, dado el potencial dañino no especificado en el paciente, particularmente en consultantes traumatizados y frágiles (Bartholomew, et al., 2019). Este tipo de terminación, puede presentarse a la base de características personales del paciente que no logran adecuarse al encuadre mínimo acordado para recibir la atención (Espinoza-Duque, et al., 2020). Otros acicates residen en situaciones que resulten amenazantes para el profesional, como también la emergencia de que los procedimientos no están siendo efectivos y por ende otros tipos de tratamientos debiesen ser considerados. La decisión de finalizar el tratamiento por parte del

clínico, trae consigo la responsabilidad ética de abrir posibilidades de otros métodos técnicos, a fin de respetar el imperativo ético de evitar abandonar a los clientes (Bartholomew, et al., 2019).

- c. La terminación unilateral iniciada por el cliente: Sucede cuando el paciente es quien está detrás de la fuerza conductora en la terminación de la relación terapéutica y por ende del tratamiento. Potencialmente un cliente podría generar la discusión sobre la terminación acorde a sus percepciones sobre los alcances de las metas terapéuticas, la sensación de satisfacción con el cumplimiento de estas y los grados de satisfacción o insatisfacción con el proceso. No obstante, la terminación unilateral por parte del cliente puede responder a numerosas y variadas razones. En términos generales, los terapeutas señalan que los pacientes pueden sentirse sobrepasados por el tratamiento y amenazados por el cambio, lo que produciría sentimientos de ansiedad, culpa o alivio. Es así, que los clínicos han calificado este tipo de terminación bajo las comprensiones subyacentes de la terminación prematura, destacando que la supervisión debiera configurarse como un espacio de exploración para las dinámicas asociadas a la terminación (Bartholomew, et al., 2019).

- d. La Terminación prematura: Las inasistencias previas del paciente a la terminación formal de la psicoterapia se denominan en la literatura como “terminación prematura” o “termino anticipado”. Este tipo de cierre se caracteriza porque el cliente no logra la adquisición de todos aquellos beneficios otorgados por las prestaciones terapéuticas establecidas al inicio del tratamiento. Habitualmente, se asocia con experiencias terapéuticas negativas y la sensación de insatisfacción respecto a los resultados terapéuticos esperados por parte de los consultantes. Los estudios empíricos en esta línea, concluyen que la aproximación al fenómeno de término, en función de un sistema binario de la asistencia y no asistencia del cliente, presenta una perspectiva limitada acerca de las motivaciones que gatillan esta forma de término (Bartholomew, et al., 2019). Swift & Greenberg (2014) establecen que las características personales del paciente, la disposición al cambio y la alianza de trabajo, podrían ser considerados elementos que facilitarían la predicción de una terminación prematura de los clientes frente al proceso.

- e. Abandono o deserción: Se comprende como la terminación del proceso psicoterapéutico por resolución del paciente, en un punto en el que no ha finalizado la intervención y no se han logrado los objetivos del tratamiento. Algunas características del paciente asociadas al abandono residen en problemas de adicciones, trastornos de la personalidad, creencias frente a la enfermedad, expectativas y creencias sobre la terapia, estigmas asociados a la terapia y enfermedad mental. Asimismo, se distinguen factores sociodemográficos relacionados con el abandono como: condiciones de acceso, distancia y tiempo de desplazamiento, nivel socioeconómico bajo, angustia financiera, bajo nivel educativo y la pertenencia a grupos etarios extremos (Espinoza-Duque, et al., 2020).

Cabe destacar, que la variabilidad de las terminaciones en psicoterapia conduce a tensionar los conceptos referentes al término del tratamiento. Los trabajos empíricos y metaanálisis que abordan la temática, ofrecen diferentes definiciones sobre los tipos de cierre, lo que provoca que las comparaciones sean difíciles de realizar (Santangelo, 2020).

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS FRENTE A LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

La terminación es uno de los componentes más relevantes del proceso terapéutico, si bien, aún existe limitada literatura sobre la terminación, en contraste, a otros aspectos de la práctica clínica, la terminación requiere, de que los clientes y los clínicos puedan revisar las metas terapéuticas, describir los cambios significativos durante el curso del tratamiento y discutir sobre los sentimientos asociados al proceso de terminación (Schnyders, & Bruns, 2019).

De acuerdo con Vasquez (2008) cuando la terminación es ejecutada de buena manera, respondiendo a parámetros o formas éticas, el término del proceso terapéutico se constituye en sí mismo, como un medio dirigido a promover el cuidado del paciente y la prevención de daño a los clientes.

Los *principios éticos de los psicólogos y el código de conducta* (APA, 2010). aluden a proveer normas específicas que cubran una amplia diversidad de dilemas en los que puedan

verse envueltos los psicólogos durante el desarrollo de actividades propias del ejercicio profesional, considerando las normativas éticas vigentes de la disciplina. En este contexto, el vínculo entre la ética y la psicología, recae en principios éticos generales que encuadran la práctica profesional (Restrepo, 2013). En función de esto, los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia, autonomía y respeto por los derechos y dignidad de las personas, se constituyen como criterios que debiesen guiar la práctica psicológica en todos sus formatos y líneas de intervención (Schnyders & Bruns, 2019).

Ante la finalización de la terapia, la *American Psychological Association* (2002) establece que los psicólogos deben estimar cuando es razonablemente evidente que el consultante no requiere más del servicio, si este no le está siendo beneficioso o está siendo dañado por su continuación. Al igual, menciona que los profesionales pueden terminar la terapia cuando sean amenazados o puestos en riesgo por un cliente u otra persona con quien el paciente tenga una relación. Por último, en la terminación o interrupción del tratamiento, los psicólogos deben ofrecer asesoramientos y sugerencias de servicios alternativos de otros profesionales cuando estos sean requeridos, respaldando siempre el bienestar del cliente.

En la misma línea, el *Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile* (1999). Señala que el psicólogo pondrá término a la relación profesional cuando desde su rol, considere que se han cumplido los objetivos estipulados en el tratamiento. Asimismo, reconoce que cualquiera de las partes involucradas puede poner término a la relación profesional al estimarse innecesaria las prestaciones del servicio, o que la prolongación no beneficie al consultante, o que simplemente este quiera hacer uso de su derecho a cambiar de profesional.

Por otro lado, una responsabilidad clínica importante, previa a la terminación del tratamiento recae en el acto profesional de expresar y declarar los límites de la intervención terapéutica desde un principio. Esto para que el consultante comprenda cabalmente la sucesión del procedimiento técnico, así como también, que la finalización es parte de ese proceso (Vasquez, 2008). Al respecto, Delgado & Strawn (2012) sostienen que la terminación de la psicoterapia, es un elemento que debe ser discutido desde el inicio de la misma, con el objetivo de que el paciente logre interiorizar en el curso del tratamiento, que

los finales son parte de la vida, generando a la vez un esquema idóneo de cómo deben terminar las relaciones saludables, a fin de que el cliente pueda resolver esta temática de forma más adaptativa a lo que quizás fueron sus relaciones pasadas.

En concordancia con lo anterior, Vasquez (2008) propone un listado de recomendaciones prácticas que pueden resultar útiles para garantizar una recisión adecuada y efectiva con los pacientes, indicando:

- a. Proporcionar a los pacientes una descripción completa y detallada del proceso psicoterapéutico, que incluya la terminación.
- b. Comprobar que los pacientes comprenden la terminación, el abandono y sus posibles efectos.
- c. Ayudar a los pacientes a elaborar planes de salud y derivación, para la vida posterior a la terminación.
- d. Establecer contacto con los pacientes que terminan prematuramente, ya sea por teléfono o carta, para expresar preocupación y ofrecer ayuda.
- e. Utilizar el Código de Ética APA (2002) y consultar con colegas expertos aspectos referentes a la terminación para robustecer la comprensión del fenómeno.
- f. Hacer que el tema de la terminación forme parte de la educación continua y regular en el desarrollo profesional.
- g. Prestar atención a la afectividad clínica y angustia personal ante la terminación.

3.8 LAS PROBLEMÁTICAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL FENÓMENO DE TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA

Los estudios e investigaciones empíricas acerca de la terminación en psicoterapia, presentan múltiples limitaciones sobre sus aspectos metodológicos y la dificultad de estos, para abordar las considerables variables involucradas en la terminación. Si bien, las conclusiones de los estudios que abordan la terminación, se direccionan a ofrecer una perspectiva más informada y sofisticada sobre este fenómeno, aún se torna compleja la aplicabilidad de sus hallazgos a una población diversa de clínicos, clientes y tratamientos (Knox, et al., 2011).

Varias limitaciones restringen la medida en que las investigaciones sobre la terminación puedan ser generalizadas (Bartholomew, et al., 2019). La dificultad de precisión conceptual, una orientación teórica específica y las objeciones metodológicas que presentan los estudios para alcanzar sus cometidos en esta materia son algunas de ellas (Knox, et al., 2011). En términos generales, las investigaciones apuntan a iluminar el concepto de terminación sobre la base de ser considerado un fenómeno intrincado, que no puede limitarse a una gama específica de factores bajo una investigación (Bathia & Gelso, 2017).

Esto trae consigo, que los desafíos en esta área apunten a ofrecer una visión más amplia sobre las experiencias de terminación desde diferentes disciplinas y modelos (Fragkiadaki & Strauss, 2012). Así mismo, que la investigación futura sea orientada a explorar mejor este aspecto o etapa del tratamiento, en función de la integración de contenidos y experiencias en otros modelos teóricos y contextos de psicoterapia (Bartholomew, et al., 2019).

3.9 COMPRESIONES TEÓRICAS SOBRE LA TERMINACIÓN O PROCESOS DE CIERRE EN PSICOTERAPIA

3.9.1 La terminación desde la orientación psicoanalítica.

Freud (1937) en su escrito: *“Análisis Terminable e Interminable”* tensionaba las ideas que se generaban al momento de reflexionar sobre el término del proceso analítico, señalando que, mientras el paciente viviera y se mantuvieran activos procesos mentales cambiantes y sucesos emocionales fluctuantes desde el mismo y su entorno, se podría llegar a entender el análisis como un proceso interminable. Desde esta premisa, la persona debería someterse a nuevos y actualizados análisis periódicamente. No obstante, en la misma obra clarifica cómo esto en la práctica analítica acontece de forma diferente, indicando criterios para una correcta finalización, proponiendo elementos que se orientan a generar condiciones psicológicas favorables para las funciones del Yo y su mantenimiento. Frieda Fromm Reichmann (como se citó en Vélez & Restrepo, 2008) establece que la terminación debe llevarse a cabo cuando la persona en un tiempo duradero haya logrado un nivel suficiente de compenetración en sus operaciones mentales e interpersonales, para que estas dinámicas le

permitan ver a la gente y a las situaciones tal como son, en vez de ver las sombras de sus experiencias pasadas.

En palabras de Aranda (2003) hablar de la terminación es uno de los aspectos más inciertos de la técnica analítica, ya que el acto de definir el momento en que ha de terminar un proceso de análisis levanta interrogantes válidas tanto para el paciente como para el analista, destacando, que al interior de esta etapa la función del analista consiste en hacer una evaluación general de las metas o logros alcanzados, las reacciones del paciente sobre la separación, su capacidad para elaborar el duelo, el retorno de los síntomas y estados regresivos, entre otros fenómenos que aparecerán por motivo de la terminación.

Méndez (2009) ha expuesto que la terminación del análisis se configura como una fase normal del proceso analítico que inicia con la internalización de los trabajos del analista, resaltando que esta etapa es un periodo que evoca variados sentimientos de dolor y pesar en los participantes de la relación frente a la separación, duelo que debe ser elaborado por ambos. Cuando la transferencia neurótica se ha resuelto y los analizados son capaces de reconocer y analizar sus conflictos por sí solos, hasta llegar al autoanálisis, siempre existe una intuición simultánea entre el terapeuta y analizado de que ha llegado el momento de la culminación (Méndez, 2009).

En esta línea, Murillo (2016) ofrece una síntesis sobre las ideas desplegadas.

- a. “Fin de análisis” significa que el análisis produce salidas al padecimiento psicológico del paciente.
- b. “Fin de análisis” es un concepto espacial, que remite a un lugar, un espacio, una estructura.
- c. “Fin de análisis” no es un concepto temporal, no obedece a ningún tipo de cronología o tiempo lógico.
- d. “Fin de análisis” produce efectos, pero no crea ningún sujeto nuevo.
- e. “Fin de análisis” no supone ningún fin al cual el paciente debe llegar en el análisis.
- f. “Un análisis interminable”, es por definición un análisis que no produce salidas.
- g. “El análisis terminable”, aun cuando nunca termine, es un análisis que produce salidas.

- h. “El análisis” colabora en la producción de salidas, pero no empuja al paciente a salir por ninguna de ellas. En ese sentido quien sale hacia algún lugar es siempre el paciente.

3.9.2 La terminación desde la orientación humanista.

En contraste al psicoanálisis, que considera una etapa de terminación predefinida en existencia con sus respectivas problemáticas subyacentes, la perspectiva humanista ofrece adoptar una posición alternativa sobre el termino, ya que, en un enfoque experiencial, cada sesión se acepta como como una terapia encapsulada, con su correspondiente fase de apertura, fases medias de cambios y una etapa final de transformación del ser y su comportamiento. En este sentido, las sesiones adquieren una composición abierta, que pueden culminar cuando el paciente y el terapeuta acuerdan que el trabajo de la sesión se ha completado y ambos están listos para el termino de está. En este modo de organizar sesiones hay poca o ninguna base para predeterminar una fase de terminación con sus respectivos problemas característicos. En este sentido, más que adentrarse en una etapa final y problemática de la terapia, las cuestiones sobre la terminación surgen y se resuelven en cada sesión (Mahrer, Howard & Boulet, 1991).

Rogers (1956) respecto a la terminación de la terapia, alude a los conceptos de “*funcionamiento pleno*” y “*desarrollo personal constructivo*”, que consisten en que los clientes sean capaces de vivir y experimentar todos y cada uno de sus sentimientos en una temporalidad presente, para llegar a ser las personas que realmente son. Esto con el objetivo de desarrollar un mayor conocimiento respecto a sí mismas y adquirir un mayor nivel de confianza en función de la toma de sus decisiones vitales futuras. Planteando que el proceso terapéutico no se dirige limitadamente al abordaje y resolución de un asunto circunscripto y detallado, sino más bien, al progreso y crecimiento de la persona en el encuentro humano, subjetivo y altamente personal con su terapeuta, el cual debe presentar habilidades de calidad en sus gestos, tono de voz y comportamientos no verbales, como sujetar su mano y/o tocar su hombro, brindando junto con esto una mirada y/o una sonrisa, a fin de que el cliente logre enfrentar sus acontecimientos de una forma coherente, organizada y responsiva en una constante (Bland & Robertis, 2017).

El convertirse en la persona que uno realmente es, en la séptima o última etapa del proceso, implica que el terapeuta pueda observar y experimentar con el paciente los siguientes elementos: el abandono de las máscaras, el dejar de sentir los deberías y expectativas impuestas, el dejar de agrandar a los demás, la capacidad de autorientarse, la posibilidad de mirarse como un proceso y a la misma vez, aceptar ser toda la complejidad de su sí mismo para optar a una tendencia de un funcionamiento pleno y desarrollo personal constructivo (Rogers, 1956).

3.9.3 La terminación desde la orientación sistémica.

Para Ortiz (2008) la tercera fase o el cierre de la terapia sistémica, consiste en realizar una evaluación final del tratamiento en conjunto con el sistema consultante, entendiendo a este como una persona, una pareja o una familia. La evaluación final en este último tramo de la psicoterapia puede conducir a diferentes opciones, dentro de las que destacan: la posibilidad de seguimiento para verificar que los cambios se mantienen a través del tiempo, la emergencia de una nueva demanda, ya que existe la factibilidad de que aparezcan nuevos aspectos que el sistema considere que merecen ser tratados, y el cierre del proceso psicoterapéutico cuando los signos así lo indican. En esta perspectiva, la fase final de evaluación se torna imprescindible ante las innumerables vertientes del proceso, por lo que el terapeuta debe revisar y contrastar aspectos que pueda creer que están definitivamente integrados. Esto a raíz de que el proceso terapéutico es una construcción que, si bien se puede realizar mediante la aplicación de ciertas técnicas, también es contemplado como un arte que se configura a través de múltiples conexiones, señalando el nexo entre las personas, lo psíquico y lo orgánico, las generaciones pasadas, presentes y futuras, entre yo y mi otro, mis dudas y mis esperanzas, entre mi ser y el mundo que me rodea (Ortiz, 2008).

En esta línea Pote, et al., (2008) reconocen que el momento apropiado para finalizar una psicoterapia no es siempre evidente, por lo que el terapeuta debe estar alerta a una serie de señales durante las sesiones que pueden estar indicando que la terapia esta próxima al cierre, desarrollando los siguientes elementos:

- a. Retroalimentación positiva de parte del sistema consultante: los reportes sobre la situación problemática presentada tienen cambios o va direccionada a procesos de mejora.
- b. Retroalimentación negativa por parte del sistema consultante: los reportes sobre la terapia se orientan a la sensación de insatisfacción respecto a la terapia.
- c. El terapeuta percibe cambios: el sistema consultante se encuentra más confiado en sus habilidades, recursos y soluciones.

De acuerdo a Ortiz (2008) la fase de cierre confronta al sistema y al terapeuta a la cuestión de las despedidas, instancias que pueden ser más dolorosas cuanto menos procesadas estén, motivo por el cual el terapeuta debe cuestionarse sobre su forma de cerrar un proceso. Es así como Pote, et al., (2008) establecen que en el caso de que finalizar la terapia parezca ser lo más apropiado, es importante que el terapeuta escuche los pensamientos e ideas que el sistema consultante tienen acerca de la terminación y haga del proceso una decisión colaborativa. Para hacer esto, el terapeuta debe compartir sus impresiones sobre finalizar la terapia como también brindar el tiempo y el espacio de que el sistema lo haga (Pote, et al., 2008). Ya que el cierre de un proceso y a la vez la muerte del sistema terapéutico, permite sin duda la apertura de otros procesos y una nueva vida (Otero, 2008).

Pote, et al., (2008) señalan que las metas para las sesiones finales, radican en recopilar información y enfocar la discusión, seguir trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias, desarrollar el entendimiento sobre las conductas y creencias por parte de otros sistemas, la revisión del proceso de psicoterapia y favorecer decisiones colaborativas de cierre (Pote, et al., 2008).

3.9.4 La terminación desde la orientación cognitiva conductual.

De acuerdo a Rodríguez & Vetere (2011) las sesiones finales de la terapia cognitiva conductual se orientan a estimular la independencia del paciente respecto a la figura del terapeuta y promover la estabilidad de los logros a través de sesiones de mantenimiento y prevención de recaídas. Esto debido a que los pacientes frecuentemente denotan su

preocupación acerca del final del tratamiento (Vidair, Feyjinmi & Feindler, 2016). Por lo que es importante que el terapeuta enfatice en que ahora los pacientes tienen los conocimientos y habilidades necesarias para manejar sus emociones y responder de forma efectiva ante las situaciones (Barlow, et al., 2019).

A medida que el tratamiento va concluyendo, el terapeuta va tomando progresivamente un rol menos activo y directivo en el proceso, con el objetivo de que el paciente logre verse así mismo como capaz de afrontar las posibles vicisitudes del futuro (Rodríguez & Vetere, 2011). Para Barlow, et al., (2019) el terapeuta debe ayudar al paciente a evaluar su progreso durante el tratamiento, como también, ayudarlo a comprender los motivos cuando no se evidencia tal avance, a modo que la etapa final del proceso pueda presentarse como una oportunidad de evaluar el progreso, continuar practicando y anticipar las dificultades.

Rodríguez & Vetere (2011) ofrecen una lista de elementos terapéuticos empleados para promover la prevención de recaídas y preparar al paciente para el término del tratamiento, destacando: la psicoeducación respecto a la naturaleza y curso del cuadro, el aumento del entendimiento sobre los principales aspectos del cuadro, la identificación de situaciones estresantes o amenazantes, los ensayos continuos de nuevas conductas de afrontamiento ante situaciones problemáticas, la exploración y detección de creencias residuales, los lineamientos realistas sobre las expectativas, acto que implica el reconocimiento de nuevos y posibles periodos de preocupación, la evaluación de las expectativas del paciente sobre su futuro y la revalorización del rol del paciente en el proceso de cambio.

Es así como Barlow, et al., (2019) explicitan que el módulo final de la terapia, implica la revisión de los conceptos claves del tratamiento y las habilidades para afrontar las emociones, la evaluación del progreso y las áreas susceptibles de mejora, como también, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo para mantener los beneficios de este y seguir progresando.

En compendio, la literatura cognitiva conductual recomienda discutir los pensamientos automáticos y sentimientos desprendidos del paciente sobre la terminación, revisar las habilidades que el paciente ha aprendido en el curso de la terapia, anticipar

situaciones de alto riesgo y señales de peligro, proporcionando referencias apropiadas y creando una guía de mantenimiento con el paciente. Para estos cometidos, aconseja reducir la frecuencia de sesiones una vez el paciente haya obtenido las ganancias esperadas y formular sesiones de “refuerzo” a diferentes intervalos después de la terminación (Sullivan, Zeff & Zweig, 2018).

3.9.5 La terminación desde la orientación constructivista cognitiva.

La psicoterapia constructivista cognitiva establece que la duración del proceso terapéutico es un factor relativo, dado el tipo de paciente y las problemáticas que presenta. No obstante, el modelo reconoce que la fase de cierre de una psicoterapia breve es menos compleja que la de un tratamiento de tiempo ilimitado. Esto a raíz de que existe un acuerdo previo a su encuadre, expresado en la fase de devolución, que dispone, tanto al paciente como al terapeuta, a ir concluyendo el procedimiento en una temporalidad flexible, pero estipulada (Yáñez, 2005).

Los enunciados desarrollados en el modelo acerca de la fase de cierre de su psicoterapia, recaen en una asociación directa y natural con el fenómeno de la devolución. El primer elemento corresponde al logro parcial o total de los compromisos y metas terapéuticas establecidas al inicio del tratamiento. Dado que su revisión, permite la elaboración de una noción, de cuan eficiente y productivo ha sido para el consultante la acción de disponerse a un proceso lleno de experiencias, amenazas, ideas y resistencias. El segundo elemento, alude a la evaluación que el paciente realiza de su experiencia en un proceso de relación interpersonal, en términos de éxito y no éxito. La valoración de este segundo aspecto en relación con el primero puede constituirse como un –“acicate”- para que en su vida natural opere bajo el principio general, de que es viable procurar experiencias relacionales potencialmente productivas para el sí mismo, a través de su incorporación como una vivencia válida (Yáñez, 2005).

Kleinke (como se citó en Yáñez, 2005) propone la factibilidad de que el clínico deje abierta la relación paciente-terapeuta, frente a la posibilidad de que el cliente considere necesario retomar otro proceso psicoterapéutico cuando lo estime conveniente y apropiado.

Ante lo cual el profesional debe limitarse solo a otorgar indicaciones en función de fundamentos técnicos y apreciaciones personales, como también, mostrarse emocionalmente disponible para acoger cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que pueda desprenderse por parte del consultante ante la terminación.

En función de estos elementos, Yáñez (2005) propone para las dos o tres sesiones presupuestadas para el cierre, abordar los siguientes objetivos:

- a. Revisar los logros de las metas terapéuticas: La revisión de estas metas no obedece a una revisión objetiva, sino más bien a un proceso de entendimiento mutuo dirigido a pesquisar el nivel de logro alcanzados en ellas. Destacando dos principios fundamentales, las metas relativas a la remisión sintomática y las metas asociadas a la reorganización del funcionamiento profundo del paciente.
- b. Evaluar la participación y los beneficios para el paciente de haber estado sometido a una experiencia psicoterapéutica: Evaluación dirigida a demostrar con evidencias al paciente, que puede vivir relaciones interpersonales significativas, intensas y correctivas.
- c. Evaluar la disposición del paciente al cierre: La evaluación sobre la disposición al cierre se torna un eje fundamental producto de la experiencia intensa de psicoterapia, ya que pueden acontecer emociones de angustia o de pérdida frente a la inminencia del cierre por lo que estas situaciones deben ser resueltas antes de la finalización del proceso.
- d. Decidir el cierre o continuidad de la terapia: En muchos casos se hace necesario indicar o sugerir la continuidad del tratamiento o bien la derivación a otras especialidades y/o formatos de psicoterapia, esto debido a los contenidos desarrollados durante el proceso.

Al respecto, Aguilera (2017) reconoce que la consigna referida al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva, debe ser expresada durante la fase de evaluación, específicamente en la devolución ejecutada al final de esta etapa y debe tener en

consideración asuntos vinculados a los compromisos y las metas terapéuticas, el logro parcial o total de ellas y el cumplimiento del número de sesiones estipuladas. Por último, señala que la fase de cierre implica que el terapeuta conduzca al paciente a producir análisis más amplios sobre el proceso terapéutico del cual fue protagonista, junto con destacar aquellos elementos que favorecieron el cambio y enunciar las dificultades encontradas durante el tratamiento, que deben seguir siendo objetos de trabajo individual.

IV. MARCO METODOLÓGICO

Diseño de investigación

La presente investigación utilizó un diseño metodológico cualitativo de alcance descriptivo comprensivo. Se realizó el análisis mediante la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) con el fin de construir una teoría que emerja de los datos empíricos (Glaser, & Strauss, 1967; Corbin, & Strauss, 1990; Páramo 2015) en el campo de la psicoterapia.

Diseño muestral y estrategias de muestreo

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

La muestra se compuso por psicoterapeutas y expacientes. En cuanto a los criterios de inclusión para este estudio, los participantes en calidad de psicoterapeutas, debían contar con: a) Ser psicoterapeuta formado bajo el modelo Constructivista Cognitivo de adultos con posesión del grado académico de magister, b) Contar con experiencia clínica de un mínimo de tres años una vez culminada su formación de postgrado y c) Haber realizado procesos de cierre psicoterapéutico con sus respectivos pacientes en la práctica clínica. Por otro lado, para los participantes en calidad de expacientes, se consideraron: a) Ser mayor de edad (18 años), b) Haber finalizado un proceso psicoterapéutico bajo el modelo Constructivista Cognitivo y c) Que su proceso terapéutico haya terminado hace mínimo tres meses y máximo un año a la fecha de su participación en este estudio. Referente a los criterios de exclusión, se determinaron: a) Expacientes que hayan cursado con daño orgánico o psicosis y b) Psicoterapeutas y expacientes que no deseen participar.

Procedimiento de muestreo

El muestreo seleccionado para el estudio correspondió a uno de expertos y no probabilístico intencional, cuyo propósito fue acudir a sujetos que maximizaran la riqueza en la recolección y el análisis de los datos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). Con base en los criterios de inclusión señalados previamente, se realizó una búsqueda en línea de psicoterapeutas a través del repositorio académico de la Universidad de Chile, y se elaboró una lista de posibles candidatos que cumplieran con el perfil procurado, como también, que

pudiesen facilitar el acceso a los expacientes requeridos para la ejecución de esta investigación. Se propuso un arranque muestral de quince participantes (ocho psicoterapeutas y siete expacientes), los cuales fueron entrevistados de forma individual, debido que, al tratarse de un análisis por medio de la Teoría Fundamentada, fue conveniente sostener una revisión constante y paralela de la nueva información que se iba recogiendo, a modo de verificar la emergencia de nuevas unidades de análisis (Chun, Birks, & Francis, 2019) que debían ser integradas al protocolo de entrevista para así otorgar mayor información sobre el objeto de estudio. La saturación de información en el caso de los psicoterapeutas fue obtenida en la séptima entrevista, mientras en el caso de los expacientes, fue alcanzada en la quinta entrevista, realizándose las últimas tres con el motivo de consolidar y ratificar los resultados obtenidos.

Consideraciones éticas

La presente investigación se adhirió en su totalidad a los requerimientos estipulados por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (CEI, 2014), organismo institucional basado en un carácter ético – científico, destinado a fortalecer la dimensión ética de la investigación en las ciencias sociales.

La muestra del estudio se conformó por psicoterapeutas y expacientes. El acceso a los participantes de esta investigación se detalló de forma diferenciada en el protocolo de contacto (Ver Anexo 1), el cual decretó que los psicoterapeutas fueron seleccionados en función del cumplimiento de los criterios de inclusión requeridos para este estudio. Una vez realizado el primer acercamiento y estos decidieron participar libre y voluntariamente, se les solicitó enviar una carta de invitación (Ver Anexo 2) a sus pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión ahí señalados. Mediante una reunión individual ambas calidades de participantes fueron informados en términos familiares y comprensibles sobre aspectos formales y metodológicos de esta investigación, facilitándoles a la vez los formularios de consentimiento informado según correspondía a su caso (Ver Anexo 3 y 4), documentos que al mismo tiempo explicitaban y detallaban el título de la investigación, los objetivos que esta perseguía, su modalidad de participación y sobre qué contenidos serían consultados,

acentuando que no se solicitarían contenidos específicos relativos a los procesos psicoterapéuticos cursados; los riesgos y beneficios asociados, el carácter de voluntariedad y confidencialidad, el conocimiento de los resultados y los datos de contacto del investigador responsable. Finalmente, una vez acordadas estas condiciones y sin dudas de por medio, aceptando libremente y sin ningún tipo de condicionalidad ni coerción, se procedió a la firma del consentimiento informado.

Respecto a los datos obtenidos, estos fueron estrictamente de carácter privado, confidenciales y solo se usaron para los fines de la investigación, dando especial protección a su información personal. En el caso del nombre completo, este fue reemplazado por códigos de identificación (por ejemplo, E1) y se procesaron de forma anónima, distorsionando datos como: nombre, edad, sexo, profesión u otro. El material recolectado fue de uso exclusivo del investigador responsable y profesor guía. Las entrevistas audio grabadas fueron destruidas en su totalidad una vez culminada la investigación y la base de datos transcrita es mantenida y encriptada en el ordenador personal del investigador responsable por un periodo máximo de cinco años. Transcurrida esa cantidad de tiempo, todo el material será eliminado.

Basándose en la participación de expacientes en este estudio, se contempló la probabilidad de implicancias estimadas en un riesgo mayor que el mínimo, ya que si bien, el objetivo de esta investigación no apuntaba directamente a abordar las problemáticas subjetivas que cada entrevistado trabajó en sus respectivos procesos psicoterapéuticos, igualmente se consideró factible la posibilidad de una condición preexistente de sufrimiento o la emergencia de contenido personal sensible que pudiese generar malestar emocional en el desarrollo de la entrevista. Ante esto, se estipuló que los participantes tenían pleno derecho a suspender o cancelar su participación en cualquier momento que estimasen conveniente, sin que esto represente perjuicio alguno. Por esta razón la presente investigación contó con un protocolo de desestabilización emocional (Ver Anexo 5) el cual delimitó las acciones a ejecutar por parte del entrevistador e investigador responsable frente a un posible afloramiento de desborde emocional. Esta medida tuvo por finalidad salvaguardar el bienestar integral del participante.

En caso de que los participantes persistieran con malestar o solicitaran la emergencia de retomar asistencia psicológica, se formuló un protocolo de derivación (Ver Anexo 6) el

cual garantizó la extensión de proveedores de salud mental para una debida y oportuna atención. Para este cometido, se redactó una carta de solicitud institucional (Ver Anexo 7 y 8) al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs) la cual esclareció y delimitó el propósito y los alcances de esta investigación, la forma de acceso a la muestra, la modalidad de participación y sobre qué contenidos serían consultados, los riesgos y beneficios asociados, el carácter de voluntariedad y confidencialidad, el conocimiento de los resultados y los datos de contacto del investigador responsable; subrayando que la institución a través de su colaboración en facilitar proveedores de salud mental en la línea constructivista cognitiva, sería beneficiada con una retroalimentación de tipo global acerca de los resultados del estudio una vez finalizada la investigación, a fin de brindar una autorización y prestación informada.

Caracterización de los participantes

La muestra estuvo conformada por un total de quince participantes, ocho psicoterapeutas y siete expacientes:

-La muestra de psicoterapeutas fue compuesta por cinco mujeres y tres hombres, con un rango de edad entre los treinta y uno y cincuenta y siete años. Todos los psicoterapeutas atendían principalmente a población adulta y su rango de experiencia clínica una vez terminada su formación de postgrado variaba entre los cinco y diez años de ejercicio clínico. En cuanto al modelo teórico de formación, todos señalaron el enfoque constructivista cognitivo y afirmaron haber realizado procesos de cierre psicoterapéutico en su práctica clínica

-La muestra de expacientes fue constituida por cinco mujeres y dos hombres, con un rango etario entre los veintidós y sesenta y nueve años. Todos los expacientes reconocieron haber terminado su proceso psicoterapéutico bajo un terapeuta formado en el modelo constructivista cognitivo. En cuanto a la duración de sus procesos psicoterapéuticos, señalaron variaciones en el tiempo que abarcaban entre los siete meses a un año y dos meses de psicoterapia. Ante la terminación de sus tratamientos, indicaron diferentes

temporalidades, que iban desde los tres meses a once meses a su participación en el presente estudio, resguardando el criterio temporal establecido.

Técnicas de recolección de datos

La información se recolectó a través de dos entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron desarrolladas a partir de los aportes teóricos y empíricos localizados sobre el fenómeno de la terminación en psicoterapia. Ambos formatos contaron con diversas interrogantes, que a la vez estaban estrechamente ligadas con las preguntas directrices de esta investigación y el objetivo que esta contempla. Las entrevistas se pilotearon tres veces antes de su aplicación oficial, consultando a psicoterapeutas voluntarios respecto al nivel de claridad y comprensión de lo que se pretendía indagar con cada una de ellas. En función de la retroalimentación obtenida se reformularon algunas preguntas originales o se agregaron notas aclaratorias para que estas fuesen más comprensibles a los participantes. Asimismo, se anularon preguntas que durante el curso de la entrevista resultaron ser reiterativas. Al cierre, se añadió un ítem para que el entrevistado tuviese la oportunidad de agregar cualquier comentario que no hubiese sido explorado de forma explícita en el transcurso de la entrevista y que pudiese haber sido de utilidad para el objeto de esta investigación (Sautu, et al., 2005; Adams, 2015). La estructura final de las entrevistas semiestructuradas se encuentra al término de este documento (Ver Anexo 9 y 10). Dichas entrevistas mantuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos en el caso de los psicoterapeutas y treinta minutos en los expacientes. Finalmente, se realizó una transcripción detallada de sus contenidos para llevar a cabo la organización y el análisis preliminar de la información emergente. Este procedimiento se repitió consecutivamente cada dos entrevistas, a modo de pesquisar el alcance de saturación teórica requerida, vale decir, cuando dejaron de surgir nuevas unidades de análisis que contribuyeran a desplegar con mayor hondura el objeto de estudio.

Plan de análisis de información

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

Codificación abierta

En un principio, se realizó una *codificación inicial* por medio de códigos simples, activos y analíticos acerca de las condiciones e indicaciones clínicas para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Esta codificación fue provisoria, comparativa y sostenida en la información que brindaban los participantes de este estudio, ya que podía involucrar la aparición de otras áreas factibles de ser revisadas y por consecuencia, ser integradas al protocolo de entrevista. Luego, se llevó a cabo un *análisis comparativo* a fin de esclarecer similitudes y diferencias en los contenidos desarrollados intra-entrevista e inter-entrevistas. Por último, se ejecutó una *codificación enfocada*, la cual se orientó a destacar aquellos códigos más significativos y/o frecuentes de la codificación inicial, para así filtrar la gran cantidad de información desprendida y fusionar aquellos códigos en la construcción de categorías más generales que pudiesen agrupar y representar a dichos elementos (Strauss, & Corbin, 2002; Chun, Birks, & Francis, 2019). Al término de este procedimiento, se obtuvieron tres categorías centrales que serán desglosadas en el próximo apartado.

Codificación axial

Por consiguiente, se procedió a establecer relaciones entre las categorías y subcategorías obtenidas, reagrupando los datos que se fracturaron durante la codificación abierta (Strauss, & Corbin, 2002). Esto se produjo mediante la combinación de un análisis inductivo y deductivo de las propiedades y dimensiones de cada categoría, a efecto de generar una explicación más precisa y completa sobre el fenómeno que atañe a esta investigación (Restrepo, 2013). Finalmente, el análisis de los datos fue realizado con el uso del software ATLAS.ti9.1.1.6 programa especializado para la elaboración de una Teoría Fundamentada (Bonilla, & López, 2016).

V. RESULTADOS

Esta sección presenta los datos obtenidos a lo largo de la investigación. Durante el análisis de codificación abierta se procedió a reunir los códigos en categorías. Luego, en el análisis axial, se agruparon las categorías en tres ejes temáticos: 1. Condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva, 2. Operaciones de preparación al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva y 3. Consideraciones para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Finalmente, con base en los ejes axiales que integran las categorías de la codificación abierta se realizó el diseño de una propuesta de cierre para la psicoterapia en un marco constructivista cognitivo.

5.1 CONDICIONES CLÍNICAS DE ENTRADA AL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.

Desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes, las condiciones clínicas de entrada para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva se encuentran supeditadas a la noción de cambio psicoterapéutico. En este sentido, los entrevistados destacan que los cambios percibidos por el terapeuta y el paciente emergen como indicadores de progreso en el proceso psicoterapéutico, de igual modo, como hitos y/o señales que abren la posibilidad de vislumbrar la factibilidad de cierre o término del tratamiento. El siguiente eje temático contempla: 1. Condiciones de proceso, 2. Condiciones del paciente y 3. Condiciones de la relación terapéutica; elementos que a la vez se conciben entrelazados en la práctica clínica.

Figura 1: Condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia

Condiciones de proceso	Condiciones del paciente	Condiciones de la relación terapéutica
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Destrabo del motivo de consulta</i> • <i>Logro de objetivos terapéuticos</i> • <i>Ausencia de nuevas tematizaciones</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambios superficiales</i> • <i>Remisión sintomática</i> • <i>Mayores niveles de autoobservación</i> • <i>Aumento de la consciencia operativa</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambios profundos</i> • <i>Nuevas lecturas de sí mismo</i> • <i>Cambios en la posición interpersonal</i> • <i>Agencia de sí mismo</i> • <i>Mayores niveles de organización</i> • <i>Aumento de la consciencia procedural</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Posición del terapeuta en la relación al cierre</i> • <i>Posición del paciente en la relación al cierre</i> • <i>-Mayor protagonismo del paciente</i> • <i>-Desapego del paciente</i>

5.1.1 Condiciones de proceso

Esta categoría da cuenta de cómo psicoterapeutas y expacientes describen los hitos que deben ser considerados sobre el proceso psicoterapéutico para comenzar a divisar el cierre de la psicoterapia. A partir del análisis de sus diversas interpretaciones, es posible dilucidar que, tras el avance del tratamiento se presenta un distanciamiento significativo respecto a los temas del inicio, que se materializa con el destrabo del motivo de consulta, el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y la disminución de contenidos. De esta categoría se desprenden tres códigos: 1. Destrabo del motivo de consulta, 2. Logro de objetivos terapéuticos y 3. Ausencia de nuevas tematizaciones.

5.1.1.1 Destrabo del motivo de consulta

Todos los psicoterapeutas manifiestan que, el proceso psicoterapéutico llega a un momento en que el motivo de consulta y los distintos elementos que se trabajaron en relación a él, alcanzan un estado de equilibrio que hacen pertinente el pensar un cierre.

“Entonces se percibe cuando el paciente se destraba, como que trasciende el motivo de consulta.” (T2)

“Como poder evaluar o entender que la persona que vino a consultar... ya no tiene ese motivo de consulta y puede seguir con los desafíos que su vida le propone por supuesto... como con temas más cerrados, es decir que lo que estabas trabajando con ellos se logró integrar.” (T6)

“Se han llegado a conseguir algunos hitos... algunas expectativas del motivo de consulta y que va en dirección para que la persona pueda seguir sin terapeuta y que pueda vivir la vida sin la dificultad del motivo de consulta.” (T4)

A este respecto, todos los expacientes declaran que las temáticas centrales que los motivaron a consultar, se habían resuelto tras el curso del proceso y a la vez no representaban nudos problemáticos en el diario vivir al cierre de la psicoterapia.

“Creo que principalmente la razón por la que había ido ya no era tema. Yo sentía que lo estaba resolviendo bien... sentía que ya podía solventarlo mejor.” (P5)

“Yo ya me sentía mejor respecto de lo que había consultado en ese momento... por lo que consulte ya no era un tema para mí” (P4)

“Mi motivo de consulta en ese minuto era... se habían acumulado tantas cosas que puede abordar muchas cosas del pasado que no sabía que me estaban afectando en el presente, y lo pudimos resolver en un periodo relativamente corto la verdad.” (P3)

La mayoría de los psicoterapeutas realiza el alcance de que la queja inicial o el motivo de consulta explícito en un principio puede ser reformulado a lo largo del proceso y se debe tener en consideración estas transformaciones y/o añadiduras de contenido a la hora de evaluar la resolución del material desplegado por el paciente.

“Porque a lo mejor puede ser que el motivo de consulta lo trajó por “A” y en terapia empezaste a ver como “B”, “C” y “D” y claro, tienes cerrado “A”, pero esas otras cosas no... entonces no necesariamente es exclusivo del motivo de consulta.” (T6)

En este sentido, los psicoterapeutas concuerdan que el destrabado del motivo de consulta involucra también aquellas aristas desprendidas del mismo y sus constantes reformulaciones durante el transcurso del tratamiento.

5.1.1.2 Logro de objetivos terapéuticos

El cumplimiento de objetivos terapéuticos es un componente destacado por todos los psicoterapeutas al momento de pensar el cierre de la psicoterapia. De esta manera, señalan que el logro de tales objetivos, trazados en un inicio del proceso, se constituye como un indicador objetivo que abre paso al término del trabajo psicoterapéutico con el paciente.

“Primero que se cumplan los objetivos terapéuticos. Yo creo que el terapeuta debiera ver un cambio evidente y el paciente asimismo manifestarlo... creo que eso es primordial para poder pensar en un cierre.” (T2)

“Cuando se comienzan a ver los objetivos logrados. Obviamente esto es un trabajo sesión a sesión, pero cuando se comienza a ver como logrado eso ya es una pista de cierre, no es necesariamente el cierre, pero ya es una pista... digo no necesariamente porque muchas veces aparecen nuevas cosas en el camino ¿no?” (T3)

En este punto, psicoterapeutas estiman que los objetivos que orientan el proceso psicoterapéutico pueden ser reestructurados y/o modificados en función de lo que vaya apareciendo en el transcurrir de la psicoterapia.

“Entonces en la etapa de cierre es cuando cumpliste tus objetivos estipulados, y que pueden ser modificados... si uno tampoco es alguien que calibra una máquina y listo, no, no es así de fácil.” (T4)

Esto implica que, el terapeuta debe adoptar una posición flexible ante la evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos con el paciente, ya que, en el desarrollo de la psicoterapia existe la probabilidad de que estos sean reelaborados o de plano delimiten nuevos fines que deben ser provistos antes de proceder al cierre.

Por otro lado, expacientes coinciden en que el logro de objetivos se configura como un evento estrechamente relacionado con la factibilidad de dar término al proceso psicoterapéutico.

“Y eso me hizo saber que estaba preparada para dejar la terapia, que se habían cumplido los objetivos.” (P1)

“Había cosas super específicas... ósea habíamos logrado objetivos que trazamos en conjunto al inicio y situaciones que descubrimos al poco andar.” (P6)

Expacientes remarcan que el logro de objetivos terapéuticos es una señal clara al momento de reflexionar finalizar la psicoterapia.

5.1.1.3 Ausencia de nuevas tematizaciones

Otro factor para la mayoría de psicoterapeutas y expacientes, es que previo al cierre de la psicoterapia no emergen nuevas temáticas y el espacio terapéutico carece de contenidos que guíen y doten de sentido el trabajo colaborativo entre terapeuta y paciente al interior del setting.

“Cuando veo que la demanda inicial cierto ya está trabajada y ya no, ya no, no veo cuando se aborda un tema en particular.” (T5)

“Cuando siento que de forma natural no ha surgido en la terapia una nueva tematización o problematización por parte del paciente.” (T7)

“Sabes que venía caminando a la consulta y no tengo nada que contarte, nada que decirte y como que siento que estoy bien y yo le dije, así como: Que buena noticia, creo entonces que tenemos algo por delante.” (T3)

Con base en el extracto anterior, se aprecia que de forma natural comienza a ocurrir que hay menos temas para abordar en la psicoterapia y tanto el paciente como el psicoterapeuta empiezan a notarlo.

Asimismo, expacientes distinguen que los asuntos tratados con antelación al cierre, obedecen a situaciones propias de la cotidianeidad, las cuales ya no son significadas como temáticas sensibles o dificultosas de plantear.

“En ese minuto ya no tenía más temas para problematizar, entonces no tenía sentido que vaya a hablar más de lo mismo... entonces al final terminábamos hablando prácticamente de cosas de la semana, pero nada en particular o nada grave como en un comienzo.” (P3)

“Siempre tenía una intención para cada sesión que iba... tenía claridad de lo que quería hablar y todo el tema, y ya después no tenía como mucho que decir.” (P4)

En esta condicionante, una psicoterapeuta explicita la salvedad sobre el hecho de que se acote la exposición de contenidos por parte del paciente, también puede estar vinculado a resistencias del consultante que traban el flujo del proceso.

“Ahora en lo que hay que tener cuidado con eso, es que de pronto puede estar ocurriendo eso... y eso puede responder más que al cambio y por tanto a la factibilidad de cierre, a ciertos mecanismos con los cuales el paciente evita enfrentar ciertas situaciones y por tanto estar trabando el proceso psicoterapéutico.” (T8)

Asociado a esto, el clínico debe procurar que la ausencia de nuevas tematizaciones responda a un acontecimiento natural y no al estar limitando el despliegue de contenidos centrales para la consecución del tratamiento.

5.1.2 Condiciones del paciente

Esta categoría comprende cómo psicoterapeutas y expacientes aluden a los cambios experimentados por el sistema consultante, que a la vez, permiten avistar el cierre de la psicoterapia. En esta línea, resaltan la manifestación de cambios en diferentes niveles, los cuales se retroalimentan mutuamente y dan cuenta del progreso en función del estado inicial de la persona. La siguiente categoría aborda dos subcategorías: 1. Cambios superficiales y 2. Cambios profundos.

5.1.2.1 Cambios superficiales

Todos los psicoterapeutas y expacientes, remiten cambios orientados a resolver la tensión cotidiana originada por las demandas ambientales y que implican optar a un mayor grado de funcionamiento en sus quehaceres diarios con un menor desgaste emocional, logrando mejorías notables y concretas que impactan significativamente las formas de operar del sujeto en el acontecer de la experiencia en curso. Esta subcategoría engloba tres códigos: 1. Remisión sintomática, 2. Mayores niveles de autoobservación y 3. Aumento de la conciencia operativa.

5.1.2.1.1 Remisión sintomática

Transversalmente, psicoterapeutas y expacientes indican que al término de la psicoterapia se evidencia una remisión de los síntomas presentados inicialmente por el paciente.

“Lo segundo tiene que ver con el reporte de su remisión sintomática, que ese es el otro elemento como más descriptivo.” (T5)

“La remisión de síntomas que tenía cuando llego, la percepción de bienestar emocional, la eliminación de conductas iniciales... estoy siendo así como super puntual.” (T4)

“Yo creo que hay como una disminución del síntoma y hay un aumento de autoeficacia de alguna manera, que está asociada a la reducción del síntoma.” (T6)

En efecto, los psicoterapeutas refieren que la disminución o erradicación de la sintomatología está estrechamente relacionada con la autopercepción de bienestar del paciente, como también, con el incremento de autoeficacia en sus actividades.

En perspectiva, expacientes puntualizan que el alivio y control de la sintomatología es una pieza clave al instante de pensar el cierre del tratamiento.

“Primero lo sintomático, que era que la labilidad emocional ya no estaba presente. Obviamente mejoraron los síntomas y también los pensamientos, mejoro la rutina... un montón de cosas.” (P2)

“Ya no tenía intentos de suicidio... ni me cortaba... creo que eso es uno de los logros más grandes... además de aprender a controlar un poco mi fobia social o mis crisis de angustia.” (P3)

La mayoría de los psicoterapeutas enfatiza que, la remisión de sintomatología se configura como una premisa fundamental, pero que no es un elemento aislado y exclusivo para el cierre de la psicoterapia.

“Las personas creen que están bien porque hay una remisión sintomática, pero claro... hay un cambio visible y concreto... superficial podríamos decir.” (T7)

“A mí me parece super bueno cuando se reduce la sintomatología del paciente durante el proceso de psicoterapia, porque quiere decir que entre el paciente y yo algo bueno hacemos, pero que no es suficiente. No es suficiente porque primero se quedaría pegado conmigo o reproduciría la sintomatología y volvería una y otra vez... lo daría de alta y volvería” (T1)

A raíz de este fragmento, se comprende que para psicoterapeutas la remisión de síntomas emerge como un signo positivo, pero que el cierre de la psicoterapia demanda de otros componentes subyacentes a este fenómeno.

5.1.2.1.2 Mayores niveles de autoobservación

Psicoterapeutas y expacientes reconocen que, tras el avance del proceso de psicoterapia, el consultante va adquiriendo de forma progresiva un mayor nivel de conocimiento respecto a sí mismo, tanto en dimensiones concretas como abstractas.

“Que el paciente sea capaz de conocerse mejor... idealmente en una paleta de grados, no solo en lo concreto, sino que también en lo abstracto.” (T1)

“Me gustaba mucho ir a terapia, era divertido aprender a conocerme, reconocer mis emociones y muchas cosas que realizaba que no me daba cuenta.” (P1)

“Bueno... que ahora tengo un mejor autoconocimiento. Es parte de la psicoterapia haber visto todo lo que me envolvía en ese momento.” (P2)

Expacientes expresan que al cierre de la psicoterapia pesquisan un aumento en la capacidad de autoobservación sobre sí mismo y el entorno que lo rodea. A partir de esta premisa, una psicoterapeuta explicita que la obtención de esta capacidad no se produce por un solo acto, sino más bien responde a una acumulación de vivencias al interior de la psicoterapia.

“Esto ocurre en un tiempo que no es menor... en el cual justamente el paciente va reconociendo, va ampliando sus niveles de consciencia, va de alguna manera reconociendo los estados emocionales que le provocan las distintas experiencias, las distintas relaciones en las que vive cotidianamente.” (T8)

Es así, que el incremento en los niveles de autoobservación se conforma como una condicionante valiosa para los psicoterapeutas y expaciente al momento de pensar en la terminación de la psicoterapia.

5.1.2.1.3 Aumento de la consciencia operativa

En conexión a los componentes previamente descritos, psicoterapeutas y expacientes apuntan a que el consultante comienza a visualizar sus problemáticas, como también, reconocer su participación en las perturbaciones internas y externas que se configuran como fuentes de padecimiento para el sí mismo. Este acrecentamiento de consciencia, trae consigo que tanto el paciente como el psicoterapeuta, comiencen a vislumbrar un aumento en la

capacidad de autoobservación y una disminución significativa de malestar en términos sintomáticos, lo que deriva en una percepción subjetiva de bienestar, estabilidad y menor desgaste emocional, que se traduce finalmente en un mayor grado de funcionalidad respecto a sus operaciones cotidianas.

“El terapeuta siente que el paciente esta mejor, que está resolviendo, que hay cambios, que se va destrabando el motivo de consulta y se ve que las cosas están menos cargadas emocionalmente... casi más planas o ves el equilibrio del paciente que te da a entender que ya se siente mucho mejor.” (T2)

“El paciente siente que puede hacer cosas de una manera más autovalente y tener menos costos emocionales... que se desgasta menos en la vida”. (T1)

“Yo veo muchos pacientes deprimidos... ansiosos. Entonces el paciente que esta mejor efectivamente hace más cosas” (T3)

“También en cómo se ha ido enfrentando a situaciones de otra manera... como más adaptativa, más tranquila, ha podido manejar mejor sus problemas, cuando empiezan a traer ejemplos de cosas que antes no podían hacer y que ahora sí.” (T6)

“El paciente comienza a reconocer de alguna manera los elementos que ha ido vislumbrando con el terapeuta... y tiene que ver con poder reconocer por ejemplo sus propios recursos, poder reconocer cuál es su responsabilidad en las dinámicas interpersonales, poder reconocer esos elementos positivos o negativo en esas dinámicas, poder mirar distintas alternativas dentro de lo que podría estar viviendo”. (T8)

En función de los extractos anteriores, psicoterapeutas observan que hay un mayor nivel de consciencia en el paciente y que por lo tanto, es capaz de visibilizar ciertas dificultades, ciertas dimensiones personales, pero que todavía no se ha instalado el recurso como un elemento propio del consultante en la manera de enfrentar la cotidianeidad.

A modo de ejemplificar y sostener estas apreciaciones, expacientes mencionan aspectos de su experiencia en la misma línea:

“Fueron muchos beneficios porque me cambio la rutina, el ánimo, la relación con mi pareja y mi adaptabilidad al trabajo.” (P1)

“Fue aprender a apagar los incendios... que las crisis disminuyan y eso. Que yo pudiese seguir con mi vida y día a día.” (P3)

“Siento que puede ordenar algunas cosas y tomar decisiones en ese momento.” (P4)

“Tenía mayor claridad... no siento que sepa muchas cosas, pero si las cosas están más claras. Se lo que quiero hacer y cuales son mis recursos, eso me tiene más tranquilo.” (P5)

“Bueno, pude operativamente hacer más cosas, terminar ciertos procesos, empezar trabajos.” (P6)

El aumento de la consciencia operativa se torna un fenómeno crucial como condición al cierre de la psicoterapia. En tanto, simultáneamente genera las bases para la producción, desarrollo y mantenimiento de potenciales cambios profundos acorde a las necesidades, inquietudes y disponibilidad de cada paciente.

5.1.2.2 Cambios profundos

En concordancia con el componente anterior, psicoterapeutas y expacientes señalan cambios que obedecen a una actualización y reorganización sostenida de la configuración del sistema de conocimiento, los cuales otorgan las bases para la apropiación de la complejidad humana y permiten optar a un mayor grado de agencia de sí en sus operaciones mentales, que a la vez, facilitan su adaptabilidad y familiaridad con el mundo circundante. Esta subcategoría agrupa cinco códigos: 1. Nuevas lecturas de sí mismo, 2. Cambios en la posición interpersonal, 3. Agencia de sí mismo, 4. Mayores niveles de organización y 5. Aumento de la conciencia procedural.

5.1.2.2.1 Nuevas lecturas de sí mismo

De acuerdo a la mayoría de psicoterapeutas y expacientes, el consultante comienza a desarrollar una mayor lectura y comprensión de su experiencia en el mundo. Elemento que se trasluce en la elaboración de nuevas narrativas por parte del paciente.

“Se va modificando, elaborando desde una reelaboración constructiva de sí mismo o sí misma. Esa sensación comienza a deslumbrarse en la fase de cierre de la psicoterapia.” (T1)

“Entonces se percibe cuando el paciente se destraba, tiene una nueva lectura de lo que le pasa.” (T2)

“Otro elemento tiene que ver con que el paciente... aprende a narrarse a sí mismo de una manera diferente.” (T5)

“Me sentí muy aliviada, me hizo ver que tenía muchos recursos para enfrentar la vida y que a veces estas cosas que yo veo como mis defectos o las cosas que me hacen rara, en realidad son mi mayor plus a la hora de dar la pelea con las cosas.” (P4)

“En mi psicoterapia, en algún momento... con todas las cosas que vi viendo de mí misma encontré nuevos conceptos sobre mí misma... nuevas declaraciones de mí que

las empecé a vivir. No era solamente decir que era buena mamá, era sentirme buena mamá.” (P6)

Las nuevas lecturas que el paciente efectúa sobre sí mismo y su experiencia, indican para el terapeuta la manifestación de una reelaboración identitaria que compromete cambios a un nivel procedural. El paciente al construir nuevos conceptos sobre sí mismo en la experiencia, comienza a experimentarse de una forma diferente y actualizada que produce una sensación de alivio y mayor familiaridad.

5.1.2.2 Cambios en la posición interpersonal

Otro aspecto identificado por psicoterapeutas y expacientes, responde al cambio del consultante sobre su posición vincular y la tendencia a explorar nuevas posiciones en relaciones interpersonales.

“El paciente también se va relacionando de mejor manera con uno como terapeuta y con los otros, de una forma más funcional, más sana, más adaptativa por así decirlo y en la cual se siente más cómodo.” (T3)

“El sujeto también se va reconociendo. Yo diría dos cosas... uno, su responsabilidad y su lugar en el mundo y que lo que haga o no haga tiene ciertas consecuencias que de alguna manera puede anticipar, puede visibilizar, puede ver incluso que podría provocarle a él o a los otros etc.” (T8)

Esto queda de manifiesto en los siguientes extractos referidos por expacientes:

“Un poco hablar de lo que se siente... siempre yo tenía como todo muy guardadito, pensando siempre en que esto no voy hacer capaz de decirlo, de verbalizarlo, y no sé, de pronto llego un momento en el que si podía hacerlo con mi terapeuta y también darme cuenta que tenía la capacidad de expresarlo con otras personas y no siempre estar en silencio por el temor de lastimar y me di cuenta que puedo decir esto, las cosas que me pasan y no pasa nada, eso fue muy bacán.” (P1)

“Mi vida dio un giro demasiado fuerte durante el proceso de psicoterapia... la partí terminando una relación y la terminé iniciando otra sin buscarlo y todo. Yo estaba como muy no quiero, no quiero... estoy sanándome estoy sanándome, y en eso como que aparece una persona que suma muchas cosas positivas a mi vida y a mi trabajo mental... una persona que se trabajaba mentalmente y que también asistía a psicoterapia y todo. Era muy evidente el cambio.” (P2)

“Sobre todo me trajo beneficios en los vínculos de mi vida. Me empecé a llevar mejor con mi familia, fue una reparación super importante en los vínculos más trascendentales de mi vida, pero no porque los otros cambiaran, sino estaban en psicoterapia... tuvo que ver con como yo me moví en esas relaciones y como yo me moví conmigo misma.” (P6)

Los cambios en la posición interpersonal del paciente muestran la expresión de nuevas formas de relacionarse en los vínculos trascendentales. El poder flexibilizar las bases de esquemas interpersonales a una forma más adaptativa y sana trae beneficios al interior del proceso psicoterapéutico, al igual que, en contextos externos y naturales en los cuales se desenvuelve diariamente.

5.1.2.2.3 Agencia de sí mismo

Psicoterapeutas acuerdan en términos evolutivos que, la mayor tarea en todos los ciclos vitales es la autonomía. Facultad que le permite a la persona actuar con responsabilidad, criterio personal y un alto nivel de independencia en la gestión de su experiencia.

“Cuando los das de alta están más decantados, ósea la vida tiene menos costos porque no solo toman decisiones, sino que están conformes con lo que deciden... con los giros que el da.” (T1)

“Este cambio tiene que ver con la responsabilidad que él tiene consigo mismo.” (T5)

“Creo que tiene también que ver con el ejercicio del objetivo general de la psicoterapia, que es que la persona recupere ese control sobre sí mismo, esa propiedad, esa libertad, esa autonomía.” (T7)

“Yo creo que la autonomía también es uno de los elementos centrales en términos de tarea... entonces que yo evalué que el paciente ya está autónomo porque logra hacer los análisis, tiene consciencia... es capaz de gestionar su propio recurso.” (T8)

Con base en los fragmentos anteriores, psicoterapeutas explicitan que al cierre de la psicoterapia la agencia del paciente sobre sí mismo es fundamental a la hora de evaluar la viabilidad de terminar el trabajo psicoterapéutico.

Esta condicionalidad, es reconocida por todos los expacientes como una habilidad patente al término de la psicoterapia.

“El lograr tomar decisiones, el ponerme como yo primero, porque mi rollo era siempre estar en función de los demás... entonces de pronto logre ir dándome cuenta de que, si puedo tomar decisiones, de que si es bueno plantear lo que quiero sin pensar que iba a dañar al otro y mejor me quedo callada. Me di cuenta que de pronto podía hacer eso, es decir que no, no quiero, no puedo o no quiero por esto... entonces lo sentía como bien impregnado en mí.” (P1)

“Tuve la sensación de que todo dependía más de mí, que no había respuestas dadas... que no iba aparecer una linterna mágica muchas veces.” (P5)

En perspectiva, la sensación de autonomía y agencia de sí conlleva un sentido de responsabilidad inminente sobre la propia vida.

5.1.2.2.4 Mayores niveles de organización

Otra señal de cierre para psicoterapeutas y expacientes, radica en la presencia de un mayor nivel de organización en la persona. Esto involucra que el paciente logra percibir que enceta a resolver y gestionar su recurso de manera autosuficiente en la vida.

“Llega una fase en la que el paciente es más autosuficiente y yo puedo constatar que esta autogestionando y yo me puedo cerciorar que esta más organizado. Es una etapa en la cual el paciente tiene una conversación consigo mismo y comulga con él por así decirlo... juega con los vaivenes de la vida, con los pros y los contras y con todo eso se mantiene más estable, más descansadito” (T1)

“Entonces al principio hay un temor y cada vez que se hablaba de su padre lloraba por ejemplo, y ahora si habla de su padre se conversa, hasta puede ser el mismo contenido, pero la tonalidad afectiva ha cambiado. El paciente sabe que lo vas a perturbar, pero te da una postura coherente, trabajada.” (T3)

Los niveles de organización que presenta el paciente promueven la mantención de la coherencia interna y a la vez las activaciones emotivas tienden hacer más equilibradas.

A este respecto, expacientes declaran que la psicoterapia facilitaba los procesos de ordenamiento interno:

“Es que la psicoterapia me ayudaba mucho a ordenar las ideas, a calmarme, a tener una visión diferente de las cosas, más que nada como a ordenar los sentimientos, aceptar, procesar y todo eso.” (P2)

“Mis desbalances emocionales comenzaron hacer menos bruscos, yo ya podía contenerlos y no caer en crisis tan grandes como esa por la que llegue pidiendo ayuda.” (P3)

“Me fui de alta en un momento difícil de mi vida... no estaba toda mi vida super ordenada, sino que era yo las más ordenada frente a mi vida. Una persona con más equilibrio, más sana, más conectada, fluyendo”. (P6)

De este modo, el procesamiento de emociones y pensamientos se traducen en una persona con las habilidades para autoorganizarse y autogestionarse.

5.1.2.2.5 Aumento de la consciencia procedural

En correspondencia a los componentes previamente descritos, psicoterapeutas y expacientes relatan que el consultante efectivamente ha ido desarrollando ciertos recursos

personales que le permiten reorganizar sus experiencias y poder habitar una cotidianeidad más armónica, mucho más consciente tanto en la relación consigo mismo, los otros y el mundo en términos generales. Este incremento de consciencia acarrea que el paciente vaya considerando sus recursos personales y lo despliegue de forma adaptativa en múltiples contextos, lo que origina percibirse como una persona diferente y a la vez con un sentido de propiedad sobre los cambios experimentados.

“Cuando comienzo a indagar sobre lo que ocurre fuera de la psicoterapia, el paciente está funcionando bien ya...ya no hay una necesidad real, una real angustia... hay un cambio en profundidad y un efecto de sentido que el paciente ya está funcionando con estos cambios que adquirió gracias al proceso psicoterapéutico.” (T3)

“La toma de consciencia que tiene que ver con la integración en el fondo, con el poder ahora mirar los elementos y poder ir integrándolos y reconocer la complejidad humana. La complejidad humana implica que no somos polares, que no somos esto o lo otro, sino que en el fondo transitamos distintos aspectos entre distintos elementos y que por lo tanto es muy difícil pensarse a uno mismo, a los otros o al mundo de una manera única, sino que hace que la comprensión sobre lo humano sea mucho más compleja y por lo tanto implica la integración de todos estos elementos.” (T8)

Expacientes apoyan aquellos elementos enunciados por los psicoterapeutas, expresando:

“Porque tuve consciencia conversándolo con mi terapeuta... consciencia de mi sentir y de las cosas que habían cambiado... no lo tenía muy consciente hasta ese momento y me di cuenta que ahora podía lidiar con mi vida sin mayor dificultad.” (P1)

“En esas últimas sesiones yo pude hacer consciente esas necesidades... yo pude hacer consciente algo que estaba ahí, pero que no había podido poner en palabras antes... entonces eso fue super importante y profundizar más en ese conocimiento, poder conocerme más e identificar qué es lo que me está ocurriendo o comprender esas emociones. Poder conectarme más y que mis emociones sean aliadas, estar más segura de las decisiones que estaba tomando. Siento que llegue a lo más profundo y me aliviano mucho, sentí que me saque una mochila de encima.” (P7)

El aumento de la consciencia procedural se torna un fenómeno valioso como condicionante al cierre de la psicoterapia, ya que este le permite al paciente realizar análisis de forma autónoma, automática, propia y con un nivel de consciencia pertinente.

5.1.3 Condiciones de la relación terapéutica

Esta categoría capta como psicoterapeutas y expacientes dan a conocer características de la relación terapéutica al cierre de la psicoterapia. En este sentido, la relación de quienes componen la diada terapéutica va sufriendo transformaciones en la autopercepción del terapeuta y la autopercepción del paciente. Esta categoría considera un código y una subcategoría: 1. Posición del terapeuta y 2. Posición del paciente.

5.1.3.1 Posición del terapeuta en la relación al cierre

Todos los psicoterapeutas asienten que las particularidades de la relación terapéutica que propician las bases para la ejecución de la psicoterapia se mantienen, pero el cambio se refleja en que el terapeuta se experimenta desde una nueva posición, adoptando un rol en el que aumenta la escucha y disminuye sus intervenciones. En tanto, la disposición de exploración y explicación del terapeuta se sostiene, pero disminuye en frecuencia e intensidad.

“Yo voy teniendo intervenciones muy pequeñas ajustando lo que el paciente me explica y él pone los puntos sobre la “I” y empiezan a hablar de cómo están haciendo las cosas. El paciente está resolviendo... dejo de aparecer.” (T1)

“El sentir que ya se agotó la terapia, el sentir que ya no puedo aportar más en esa persona, que ya está bien”. (T7)

“Uno también se pregunta ¿ya y que seguimos trabajando?, el paciente lo está haciendo todo, ya está bien, esta estabilizado, ha logrado reconocer sus recursos, se ve bien en la vida cotidiana y como que tú dices ¿y ahora qué?, ¿cuál es mi rol aquí?... uno empieza a ver que ya no tiene un rol ahí y el paciente tampoco ve que tu tengas un rol ahí porque ya lo está manejando todo autónomamente.” (T8)

A raíz que el consultante comienza a gestionar sus procesos personales, los psicoterapeutas declaran experimentar un cambio de posición en la relación intersubjetiva con el paciente. En este sentido, no solo cambia el paciente al cierre de la psicoterapia, sino también el terapeuta.

5.1.3.2 Posición del paciente en la relación al cierre

La mayoría de los expacientes refiere experimentarse desde una nueva posición en la relación terapéutica, en un rol que le permite tomar distancia del terapeuta asumiendo un protagonismo en el despliegue de sus temáticas, como también, en la resolución de las

mismas, evidenciando un proceso de cambio que permite atisbar una apropiación de los resultados tras el curso del proceso. Esta subcategoría conlleva dos códigos: 1. Mayor protagonismo del paciente y 2. Desapego del paciente.

5.1.3.2.1 Mayor protagonismo del paciente

En las sesiones de cierre, el paciente adquiere mayor protagonismo al desplegar acciones que evidencian un mayor grado de autonomía en sus operaciones dentro y fuera del espacio terapéutico.

“Ellos deciden cuando sienten que deben irse, no cuando tu sientas que deben irse. No cuando tu creas que están perfectamente bien para irse.” (T1)

“Creo que las sesiones de cierre son tan abiertas, que por eso te digo... una o dos para las conclusiones, porque esas conclusiones en general las lleva el paciente.” (T3)

Es importante que el proceso de cierre a mi juicio venga desde el paciente, porque es el paciente quien de alguna manera debe tomar esa decisión ¿no?” (T7)

“Yo iba a decidir y tener la confianza en mi salud para decidir el alta... fue lo que finalmente terminé de cerrar mi idea de que estoy tan sana que puedo decidir darme de alta... entonces es super importante que uno se siente el protagonista del proceso.” (P6).

Al cierre, el paciente aparece en el primer plano de la escena y el terapeuta se torna un mero exportador de su desplante.

5.1.3.2.2 Desapego del paciente

En las sesiones próximas al cierre, psicoterapeutas subrayan que los pacientes ya no tienen la necesidad indispensable de compartir contenidos personales (experienciales – vivenciales) con el terapeuta.

“Un desapego en donde hay pacientes que se transforma en un principio indispensable hablar conmigo, y luego ya no es indispensable hablar conmigo.” (T1)

“Muchas veces cuando uno ya está cerca de la fase de cierre, te comienzan a cancelar... chuta mañana es el cumpleaños de mi hermano ¿podemos dejarla para la otra semana?... si no te preocupes... ¡Oh! mira, justo ocurrió que un amigo me invitó a su piscina ¿te tincan nos veamos la próxima semana?... si no te preocupes, pero comienza a pasar eso. Mi hipótesis es que eso significa que el espacio terapéutico deja de ser algo trascendental o un espacio en el cual sino no funcionan.” (T3)

“Lo que tiene que ir ocurriendo en términos de vínculo y en términos de alianza, es que se tiene que ir avanzando desde una consolidación de una relación de mayor dependencia a una consolidación, a una relación de mucha mayor independencia.” (T8)

Asimismo, expacientes reflexionan sobre el distanciamiento que se produce con la figura del terapeuta al término de la psicoterapia.

“Uno igual se involucra con esa persona, no sé si de cariño, del momento mío, de eso que no juntábamos todas las semanas... pero yo esperaba el día, yo esperaba ese día, para mí era muy importante... entonces fue como una mezcla entre sorpresa, alegría y no sé si tanta pena, pero tal vez como un poco de angustia... como ya no voy a tener ese apoyo, como que va a suceder ahora conmigo, como que eso fue lo que más predominó, pero sucedió que llegó ese día y no me morí y aquí estoy.” (P1)

“Si, como que de cierta manera cuando estas triste o mal como que necesitas a tu terapeuta, como el llamarle o hablarle, pero cuando me empecé a sentir bien como que ya no lo necesitaba mucho.” (P3)

“Mmm... si, como que después las sesiones ya no eran tan necesarias.” (P4)

“Ósea, tienes la capacidad de tomar distancia de esa persona que fue tan importante para ti.” (P6)

Finalmente, el desapego del paciente al terapeuta y al proceso es un indicador del equilibrio al que se ha llegado.

5.2 OPERACIONES DE PREPARACIÓN AL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.

Desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes, las operaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva implican el despliegue de maniobras para su presentación explícita, la consideración de elementos técnicos e indicaciones específicas para la sesión de cierre. En esta línea, los movimientos dirigidos al término del proceso se constituyen como fenómenos notorios para el terapeuta y el paciente. El siguiente eje temático estima: 1. Indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia, 2. Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia y 3. Indicaciones hacia la sesión de cierre.

Figura 2: Operaciones de preparación al cierre de la psicoterapia



5.2.1 Indicaciones técnicas para el cierre de la psicoterapia

Esta categoría establece los actos y técnicas que el terapeuta ejecuta durante el cierre de la psicoterapia. En este marco, el psicoterapeuta es el responsable de generar condiciones de encuadre y adaptar las técnicas psicoterapéuticas para esta fase del proceso. La siguiente categoría comprende dos códigos: 1. Encuadre de cierre y 2. Cambios en la intención del uso de la técnica.

5.2.1.1 Encuadre de cierre

Todos los psicoterapeutas sintonizan que fijar la estructura y los límites del proceso psicoterapéutico se torna una acción fundamental para el paciente. En este aspecto, el encuadre debe aclarar y delimitar las etapas del proceso, a fin de que el consultante pueda orientarse respecto a la consecución del tratamiento.

“Yo creo que le sirve mucho al paciente saber que esperar en términos de tiempo igual, porque la gente no sabe cómo trabajamos. Por eso es que mis pacientes vienen bastante en sobre aviso de cuando comienzan los cierres, salvo excepciones. El paciente sabe también que esto no está pensado para toda la vida.” (T3)

“Siempre el proceso de cierre lo dejo como bien explícito al principio, en las primeras sesiones, donde es el paciente quien decide cuando o no pone termino.” (T5)

La transparentación del setting en un inicio de la psicoterapia debe incluir lineamientos respecto a la terminación del proceso, acordando que la posibilidad y decisión de cierre es un acto que recae en la responsabilidad del paciente.

“Plantear explícitamente que siempre es una decisión del paciente o la paciente esto de entrar o salir de la terapia... forma parte de mi encuadre.” (T7)

“La posibilidad de terminar yo la hablo desde el día uno. Desde el día uno, cuando uno hace el encuadre en términos de proceso, yo le establezco al consultante que la posibilidad de termino a la psicoterapia es una posibilidad que el consultante siempre tiene disponible... y que ojalá haya un espacio de conversación, un espacio en el cual podamos evaluar lo que está pasando para poder vislumbrar que pudiese implicar un cierre.” (T8)

Psicoterapeutas dejan entrever que la factibilidad de cierre es un elemento expuesto al principio del proceso y restituido con base a la evidencia de procesos de cambio en el paciente o que el mismo demande la necesidad de culminar.

Igualmente, expacientes declaran que sus terapeutas brindaron claridad sobre las fases del proceso y que este era direccionado a encontrar un término.

“Desde el principio ella me dijo que iban hacer tantas sesiones, con frecuencia de tiempo y que igual podía flexibilizarse, pero más o menos la estructura. Me dijo que era un proceso planificado y que en la medida que llegáramos a eso lo retomáramos.” (P2)

“En un inicio se me clarifico que el proceso tenía “x” cantidad de sesiones, pero que al mismo tiempo la psicoterapia era suficientemente flexible y que no necesariamente iban hacer esas “x” cantidad de sesiones, sino que en función del mismo proceso y de lo que vaya ocurriendo en estas sesiones podría prolongarse o incluso ser menos de las que se me habían dicho, pero que siempre iba a recaer en mi la continuidad o el cese del proceso.” (P5)

Expacientes describen los lineamientos otorgados por sus psicoterapeutas y destacan que la continuidad o finalización del proceso era un acontecimiento que ellos podían gatillar.

5.2.1.2 Cambio en la intención del uso de la técnica

Psicoterapeutas no reportan el uso de técnicas específicas al cierre de la psicoterapia, sino que enfatizan un cambio en la intención del uso de la técnica. En este punto, las técnicas empleadas por los terapeutas no varían según las diferentes etapas del proceso, sino más bien se adaptan acorde a los objetivos que la orientan en cada fase.

“Yo diría dos cosas... creo que las técnicas son las mismas siempre, y en ese sentido las técnicas operativas o las técnicas procedurales, vale decir, la exploración experiencial y la metacomunicación son las técnicas que yo utilizo a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. De pronto una más que otra dependiendo de la situación

y de las características del paciente, pero en realidad esas son las técnicas que yo ocupé al principio, al medio y al final.” (T8)

Psicoterapeutas aclaran que, al inicio del proceso el objetivo del uso de la técnica responde a una necesidad indagatoria sobre la historicidad del paciente y al cierre de la psicoterapia, el uso de la técnica está destinada a una intención terapéutica de mostrar la diferencia y evidenciar el progreso del paciente.

“En la fase final... yo hago este tipo de intervenciones que suelen ir a mostrar la diferencia. Así como: mira en ese momento estas eran cosas que tú de verdad no podías hacer y ahora eso es distinto.” (T3)

“Al final hago como resúmenes o recuentos, lo utilizo como herramienta terapéutica para mostrar algunas cosas de donde estamos, de donde estábamos, y que sigue hacia adelante si es que sigue. Hago muchas intervenciones de proceso reflexivo, es la técnica que ocupé para empoderar al paciente dentro de su rol consigo mismo. Estas técnicas ya las he utilizado antes y no son exclusivas para el final La exploración experiencial, por ejemplo, tiene que ver con un proceso dentro de la terapia, no es que la haga solo en las sesiones finales, sino que también las utilizo previamente y seguramente en las finales podrían abordar un poco acerca de ese autoconocimiento emocional, evidenciar eso y sacarlo como tema de la terapia, creo que eso es lo que principalmente hago.” (T4)

Los fragmentos anteriores, clarifican la intención terapéutica respecto al uso de la técnica en el cierre de la psicoterapia. En este sentido, el eje deja de estar puesto en conocer dominios existenciales del consultante y pasa a estar dirigida a brindar la oportunidad al paciente de reconocer cómo opera en el mundo y cómo puede sobrellevar las múltiples situaciones.

5.2.2 Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia

Esta categoría apila acciones que el terapeuta realiza en la antesala del término de la psicoterapia. Desde el análisis de sus diversas interpretaciones es hacedero congeniar que, previo al cierre de la psicoterapia, el terapeuta despliega estrategias encaminadas a registrar los cambios del paciente y a la vez, indicar un distanciamiento entre sesiones para comprobar estos cambios en el mundo. Esta categoría incorpora dos códigos: 1. Monitoreo del terapeuta al paciente y 2. Distanciamiento entre sesiones.

5.2.2.1 Monitoreo del terapeuta al paciente

Todos los psicoterapeutas enuncian que antes de finalizar el tratamiento, se torna imprescindible pesquisar los cambios sedimentados por el paciente.

Lo que yo estoy haciendo mientras el paciente me habla de su vida y como está gestionando, resolviendo. Yo estoy tratando de ver cuanto costo emocional le provoca eso que está haciendo, cuanto le está costando resolver su vida y mis preguntas van dirigidas a poder evaluar y valorar cuanto costo emocional le está costando estar en el mundo.” (T1)

“Yo estoy activamente escuchando al paciente, pero también estoy pendiente de tratar de hacer el paneo general de ese paciente.” (T6)

A este respecto, psicoterapeutas se abocan a evaluar los cambios del paciente y cómo se desenvuelve con ellos en la cotidianeidad. Asimismo, explicitan que monitorear estas transformaciones implican que el clínico este pendiente a las señales expresadas por el paciente.

“Yo creo que uno debe estar atento a las señales del paciente, y de ahí depende de las habilidades de observación. Yo creo que tiene que ver con las habilidades del terapeuta de poder darse cuenta de las señales que le está enviando el paciente.” (T3)

Expacientes confirman que, terapeutas se orientan a indagar sobre sus sensaciones, percepciones de cambio y actualización de nuevos contenidos.

“Ya cuando estábamos en el último mes, mi terapeuta me iba preguntando si yo tenía algún otro motivo de consulta o algún otro tema que quiera tratar, y yo en ese minuto le dije que no, que me sentía bien, que estaba sorprendida con lo que había avanzado con ella.” (P3)

“Mi terapeuta empezó a indagar en si quería hablar de otras cosas antes de que termináramos, pero como que empezó a consultar temas puntuales, como estaba haciendo yo las cosas principalmente... así que eso fue más que nada, yo ya me sentía tranquilo, me sentía bien.” (P5)

“Antes de planteármelo... ella hizo esto de como ir revisando los temas iniciales que me llevaron a consultar y como los temas que yo planteo de manera inicial en la psicoterapia. Ella me fue preguntando ¿y como estas con eso?” (P7)

La ejecución de monitoreo por parte del terapeuta se centra en evaluar a modo general el estado del paciente en contraste al inicio. Esto involucra la revisión del motivo de consulta y las temáticas trabajadas en el curso de la psicoterapia.

5.2.2.2 Distanciamiento entre sesiones

Psicoterapeutas siguieren espaciar las sesiones previo al cierre del proceso. Esto tiene como objetivo prepara al paciente para el cierre definitivo del tratamiento y verificar en el entorno natural los cambios observados por ambos. A la vez, el paciente tiene la oportunidad de comprobar entre sesiones los recursos adquiridos tras el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

“El paciente te dice que se siente mejor... entonces yo les digo que, si les parece bien vernos en quince días, que yo también los veo mucho mejor.” (T2)

“Cuando doy un alta veo a mis pacientes cada quince días, luego al mes y después doy un alta completa, y podemos quedarnos en esa modalidad todo lo que el paciente quiera.” (T3)

“Se produce un cambio en la estrategia para ir haciendo sesiones más distanciadas, como ir haciendo una cosa más de cierre, pero paulatino... no quedarme con el ahora no te veo más.” (T6)

La mayoría de los psicoterapeutas hace hincapié en la importancia de espaciar las sesiones para que el paciente no interprete el cierre como un evento inesperado o abrupto.

“Yo considero y atiendo las aprensiones de mi paciente... entonces si mi paciente dice que lo evaluemos, que nos veamos en quince días, yo le doy la tranquilidad y vamos viendo. Hay un tiempo del paciente, el cual yo no voy a cuestionar, al contrario, yo quiero fortalecer su autonomía.” (T8)

Por otro lado, expacientes reflejan que el cierre de la psicoterapia se presenta como una fase gradual.

“Recuerdo que no fue de golpe, fue paulatino... empezó a distanciar las sesiones porque en un principio nos veíamos todas las semanas y luego se fue distanciando, y en ese momento ella me dice que estábamos llegando al final.” (P1)

“Mi terapeuta, el último mes me dijo. No fue así de golpe... al principio de la terapia nos estábamos viendo dos veces por semana y luego ya fue una por semana y luego ya eran más separadas.” (P2)

“Mmm... después de que conversamos sobre el cierre fueron unas seis o siete sesiones más.... Después fue más tranquilo principalmente, estaba más tranquilo.... ¡Miento! fueron cinco o seis sesiones, pero intercaladas... al principio fueron más continuas y después cada una o dos semanas recuerdo.” (P5)

La acción de distanciar las sesiones queda supeditada al efecto de sentido en el paciente. En tanto, psicoterapeutas y pacientes pueden proponer y flexibilizar esta metodología.

“Yo le propuse que fuera así. Le dije quiero que lo hagamos así... quiero tener unas sesiones más, no quiero que esta sea la última y tampoco quiero que se alargue mucho el proceso, pero si me gustaría verte un tiempo más, porque si hay cosas que siento que necesitan tiempo para cuajar en la realidad... como coexistir en el mundo sin la psicoterapia.” (P6)

“Lo planteo la terapeuta... ella me planteo que comencemos a vernos cada quince días para después ya vernos una vez al mes y comenzar a planificar el cierre.” (P7)

Es así que, el distanciamiento entre sesiones marca una planificación al cierre de la psicoterapia.

5.2.3 Indicaciones hacia la sesión de cierre

Esta categoría conglomerada aquellas menciones que psicoterapeutas consideran necesarias efectuar en la última sesión del proceso psicoterapéutico. En referencia a estas, se vislumbra que es el paciente el que debe realizar una valoración subjetiva del proceso cursado, mientras los terapeutas pueden optar por reforzar aquellos acicates que favorecieron los procesos de cambio. A la vez, esto genera un espacio propicio para que psicoterapeuta y paciente intercambien enseñanzas y reflexiones sobre el proceso llevado a cabo. Esta categoría reúne cuatro códigos: 1. Evaluación del paciente sobre su proceso, 2. Refuerzos del terapeuta al paciente, 3. Enseñanzas del terapeuta y 4. Relación abierta paciente – terapeuta.

5.2.3.1 Evaluación del paciente sobre su proceso

Todos los psicoterapeutas manifiestan que al término de la psicoterapia es significativo que el paciente declare en primera persona una valoración subjetiva sobre su proceso psicoterapéutico.

“Es un momento en donde los pacientes dicen u hacen una especie de resumen de lo vivido, lo bueno y lo malo del proceso y le dan más o menos al terapeuta sus impresiones de en qué condiciones se van. En el fondo de qué manera siente que termina el proceso.” (T2)

“Si bien yo entrego mis apreciaciones, le pido al paciente que me cuente las suyas, lo que el paciente siente que ha logrado.” (T3)

“Uno debe poner luces con eso, es decir... empezar a ver en opinión del paciente como se siente, como va, como cree que lo que lo trajo a consultar esta trabajado o no.” (T6)

El terapeuta orienta al paciente a concebir su experiencia de psicoterapia en palabras.

“Con mi terapeuta nos llevábamos super bien y recuerdo que la última sesión me hacía preguntas sobre cómo me había sentido en el proceso... como lo evaluaba en el fondo.” (P3)

“Me acuerdo que en los últimos minutos, el terapeuta me consulto respecto a mi experiencia en psicoterapia, y de cómo había impactado de cierta forma en mi vida, a lo que primeramente no supe más que decir que fue relevante y marcó un antes y un después en mi vida, pero era porque sinceramente no sabía expresar todo lo que había significado para mí el proceso.” (P5)

Esta indicación forma una situación indispensable para la última sesión del proceso psicoterapéutico.

5.2.3.2 Refuerzos del terapeuta al paciente

Psicoterapeutas develan como un acto pertinente el señalar al paciente la importancia que tuvo la decisión de adentrarse a un proceso psicoterapéutico y mantenerse en el tiempo.

“Siempre refuerzo la pertinencia que tuvo al querer acercarse a un espacio como este que todavía tiene estigma siempre. Hay que ser valiente para entregarse a otro, siempre refuerzo eso, porque es una inversión de dinero, de tiempo y esfuerzo emocional.” (T1)

“Hicimos una buena pega, te felicito, lo hiciste bien.” (T2)

“También reforzaba características del ser paciente, desde cosas tan básicas como la puntualidad hasta la disposición que le pusieron, ósea me preocupaba de dejar eso reflejado y también utilizaba mucho el refuerzo positivo de las conductas o creencias o elementos que habían cambiado. Yo creo que es importante fortalecerlos en lo que han podido lograr.” (T6)

“Fue una conversación sobre todo lo que estaba creciendo con lo que me estaba pasando, y recuerdo que me dijo: ahora que me cuentas de tu vida parece que todo fuera una fiesta y fue como ¡oh! sí, que lindo... esas frases que dicen ustedes los terapeutas que son como bacanes.” (P2)

“Me dijo que sentía que había avanzado rápido... que me veía muy cambiada, fue lindo eso.” (P3)

Expacientes destacan que el acto sutil del terapeuta, de referir un antes y un después del paciente, se configura como un evento en el cual reconocen en sí mismo un progreso.

5.2.3.3 Enseñanzas del terapeuta

La mayoría de los terapeutas señalan la necesidad de expresar como la vida misma excede a la comprensión y al lenguaje, exhibiendo de manera explícita el rol de la ipseidad en la experiencia.

“Yo creo que es bueno que el paciente se dé cuenta que en la vida pasan cosas y que a veces nos van a superar y es bueno que lo sepa.” (T1)

“La vida es incerteza, creer que con la psicoterapia tengo todo listo es muy megalomaniaco que un terapeuta diga: con este trabajo quedaste impeque, la vida no es así.” (T2)

“La vida tiene sus circunstancias y el paciente puede volver a necesitar un proceso.” (T3)

“Creo que el ejercicio de ir comprendiéndose es algo que no se acaba y lo explícito de esa forma también. El camino de ir comprendiéndose no acaba con el fin de la terapia.” (T7)

Psicoterapeutas consideran necesario aclarar la imposibilidad de un bienestar subjetivo perpetuo a raíz de las inevitables perturbaciones que se presentan y configuran la vida.

5.2.3.4 Relación abierta paciente - terapeuta

Todos los psicoterapeutas establecen que la relación terapéutica queda posibilitada en el cierre hacia un futuro.

“La relación siempre la dejo abierta, porque uno no sabe lo que puede pasar en la vida. Es bueno dejar la puerta abierta, numero, email.” (T1)

“Les dejo abierta la opción de que el día de mañana podemos vernos en otra cosa más... como la sensación... le das a entender de que seguirás ahí si lo vuelve a necesitar y le devuelves su autonomía, pero ahí estoy por si me necesitas. (T2)

“Jamás las puertas están cerradas por si quiere volver.” (T3)

“Dejo la invitación a futuros encuentros en caso de que ocurra algo más, y he visto que también los pacientes lo connotan positivamente.” (T5)

De igual modo, expacientes mencionan que la relación profesional queda abierta para futuros encuentros en caso de que ellos lo consideren necesario.

“Me dijo que si yo requiriera de algo nuevamente podía retomar esto o que se yo. No era que después de esto no podía volver a tomar una terapia o algo así, entonces mi terapeuta me dejo las cosas muy claras.” (P1)

“La terapeuta me dijo que cualquier cosa podíamos volver hablar, como saber en el fondo que el recurso está ahí disponible... es super comfortable eso.” (P2)

“Entonces me dijo que cualquier cosa ella iba a seguir disponible para mí. No fue como se cerró la terapia y no podía volver haberla... quedaba la puerta abierta.” (P3)

“Si, siempre tuvo esa actitud hacia mí, que de cualquier cosa lo buscara.” (P4)

“Nos dimos un abrazo, nos deseamos un buen viaje a casa. Ella me deseo buenos deseos, nos deseamos una buena vida, y también como que no hicimos el compromiso de volver a vernos, pero si, obviamente dejamos una relación constituida. Yo sé que podía volver, no lo dijimos en la última sesión, pero se había explicitado en algún momento del proceso.” (P6)

Una psicoterapeuta delimita que la relación terapéutica queda abierta solo desde el lado del paciente y no así del terapeuta.

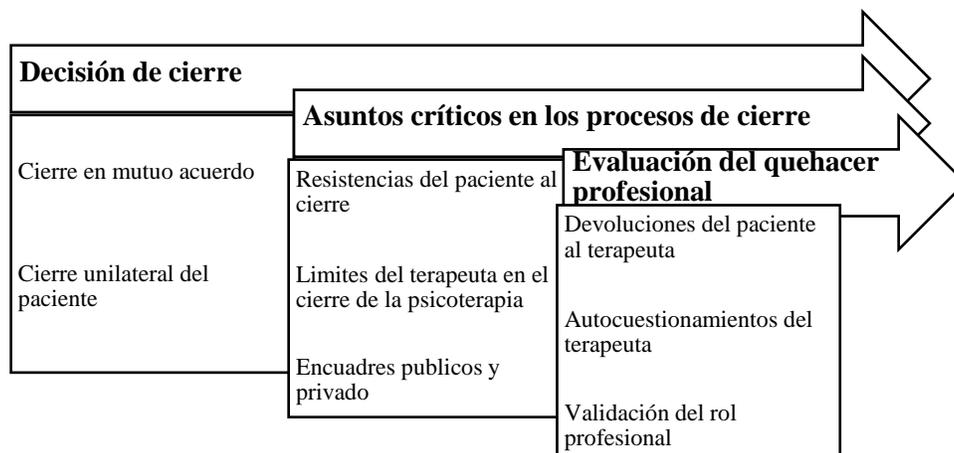
“Este acto de vinculo profesional, implica siempre que el eje central este puesto en el paciente, y por ende es el paciente quien decide cuando se contacta conmigo para poder responder a sus inquietudes personales y no a mis inquietudes personales.” (T8)

Finalmente, esta indicación es orientada a satisfacer las necesidades futuras del paciente y no del psicoterapeuta.

5.3 CONSIDERACIONES PARA EL CIERRE DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.

Desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes, el término de la psicoterapia constructivista cognitiva demanda ciertas aprensiones en relación a quien toma la decisión de finalizar el proceso psicoterapéutico, la emergencia de asuntos críticos al cierre y la valoración que el paciente realiza sobre la gestión del terapeuta, elementos que el clínico debe tener en deferencia. El siguiente eje temático recoge tres categorías: 1. Decisión de cierre, 2. Asuntos críticos en los procesos de cierre y 3. Evaluación del quehacer profesional.

Figura 3: Consideraciones para el cierre de la psicoterapia



5.3.1 Decisión de cierre

Esta categoría enmarca diferentes formas en las que se puede producir un cierre psicoterapéutico en función del tipo de resolución que la subyace. En este punto, psicoterapeutas señalan que la terminación de la psicoterapia puede obedecer a un mutuo acuerdo o a una elección unilateral del consultante. Esta categoría entiende dos códigos: 1. Cierre en mutuo acuerdo y 2. Cierre unilateral del paciente

5.3.1.1 Cierre en mutuo acuerdo

Todos los psicoterapeutas clarifican que el cierre de la psicoterapia debiera ocurrir idealmente tras un acuerdo entre el paciente y el terapeuta.

“Se va co-construyendo, pero ambos tenemos protagonismo. Yo cumplo mi rol, yo también hago mi tarea y aplico mi criterio, y el paciente también dice y coincidimos... es mutuo, pero nunca sale tan espontáneamente cincuenta y cincuenta”. (T1)

“Eso tiene que ser para mi gusto algo compartido entre el terapeuta y el paciente para decir: ya es hora de terminar, llegamos hasta acá.” (T2)

“Yo creo que es algo que se va dando como en conjunto.” (T6)

“Claro... uno diría que en un cierre entre comillas exitoso la decisión pasa por ambos.” (T8)

Expacientes señalan que la decisión respecto al cierre de la psicoterapia se efectuó bajo un lineamiento colaborativo.

“Como que igual fue colaborativo, no fue para nada directivo.... Como que igual lo conversamos y lo fui consultando.” (P2)

“El cierre fue algo super conversado porque para mí era un espacio muy seguro”.
(P3)

“Fue un acuerdo con mi terapeuta el terminar la terapia.” (P5)

El cierre en mutuo acuerdo implica un encuentro intersubjetivo, en donde terapeuta y paciente dialogan sobre la factibilidad de término, y deciden entrar en comunión para este cometido.

5.3.1.2 Cierre unilateral del paciente

La mayoría de psicoterapeutas enuncia que en la práctica clínica el cierre puede responder a un acto unilateral del consultante. Bajo esta premisa, psicoterapeutas indican que el cierre se presenta de forma abrupta, prematura y no pertinente para el proceso psicoterapéutico.

“Los pacientes también pueden decidir terminar la psicoterapia en cualquier momento. Finalmente es el paciente el que va, y si tu como terapeuta le dices que no estás de acuerdo con que cerremos ahora y el paciente ya lo tiene decidido, no va a ir mas no más.” (T6)

“Esa decisión puede ser una decisión unilateral, que puede ser en cualquier momento de la psicoterapia y puede deberse a distintas razones.” (T8)

El cierre unilateral del paciente, esta intrincado a múltiples causas. Psicoterapeutas destacan la disponibilidad de tiempo, ámbito económico y cambios de residencia. Estas variables exceden a la psicoterapia e igualmente, logran la configuración de condiciones emergentes para el cierre.

“Pueden ocurrir también eventos específicos, como un cambio de región, por ejemplo.” (T4)

“Hay otros elementos o eventos específicos que comienzan a jugar ahí, que pueden también tener que ver con el tema económico o que no pueda culminar el proceso terapéutico por temas de tiempo etc.” (T5)

Una expaciente, devela su experiencia de cierre unilateral:

“Yo sabía que esa sesión iba hacer mi última sesión, no lo tenía conversado con mi terapeuta, pero yo sabía lo que quería de esa sesión, lo que quería plantear y todo el tema, pero lo viví como algo super bonito igual... el igual lo entendió” (P4)

En presencia de un cierre unilateral del paciente, psicoterapeutas señalan que un primer esfuerzo radica en poder descifrar las causas para poder acompañar al paciente en esta decisión.

“En cierres prematuros uno igual debe escudriñar las causas que lo originaron” (T1)

“Uno igual acompaña a ese paciente en esa decisión unilateral.” (T5)

“Si bien no se ha llegado a un cierre como más técnico, uno debe esforzarse en poder acompañar al paciente en ese cierre y ahí también puede haber un acuerdo, aunque

técnicamente no esté terminado el proceso. Lo que sí no puede pasar, es que uno entorpezca la decisión autónoma de ese paciente.” (T8)

Psicoterapeutas remarcan que, aunque técnicamente el proceso no está finalizado, el terapeuta debe generar un acuerdo y, asimismo, procurar no obstaculizar la gestión del paciente sobre su proceso.

Además, psicoterapeutas enfatizan como necesario indicar prescripciones acerca de temas que no se alcanzaron a cerrar, pero que si lograron vislumbrarse.

“En caso de que yo considere que hay elementos que están pendientes, también dejarlos como elementos a trabajar en futuras instancias.” (T5)

“Suelo plantearlo... esta es una decisión del paciente, sin embargo, como ojo, unas prescripciones. Me parece super bien, pero debes tener ojo con tal cosa que dejamos a media en la terapia. Yo creo que esa sería la forma, una prescripción de ojo con esto.” (T7)

“Mmm y de alguna manera poner en alerta a ese consultante sobre los riesgos y las situaciones que pudiesen vislumbrarse como problemáticas en un futuro próximo.” (T8)

El cierre unilateral del paciente, trae consigo que los psicoterapeutas pongan en alerta al consultante sobre lo que pudiese implicar un cierre bajo esos términos, y a la vez facilitar prescripciones a modo de resguardo.

5.3.2 Asuntos críticos en los procesos de cierre

Esta categoría presenta temáticas complejas al cierre de la psicoterapia. En esta línea, psicoterapeutas realizan alcances respecto a la resistencia del paciente a cerrar el proceso psicoterapéutico, los límites que encuadran al terapeuta en la fase final y las distinciones entre encuadres públicos y privado. Esta categoría acoge tres códigos: 1. Resistencias del paciente al cierre 2. Límites del terapeuta en el cierre y 3. Encuadres públicos y privado.

5.3.2.1 Resistencias del paciente al cierre

La mayoría de los psicoterapeutas comparte que de forma habitual el paciente se resiste a cerrar el proceso psicoterapéutico.

“Me pasa que el paciente muchas veces no quiere cerrar” (T2)

“Yo he reconocido que hay un problema en mis cierres terapéuticos, que es que suele ocurrir que el paciente no quiere cerrar. Suele ocurrir que los pacientes están muy

cómodos en la psicoterapia y que seguirían en esa para siempre. Siento que ocurre más de lo que debería.” (T3)

“Hay pacientes que muestran una suerte de mayor adhesividad con los procesos de cierre, y que representan temas bastante complejos para ellos, y la maniobra terapéutica ahí es bastante compleja.” (T5)

La psicoterapia se configura como un espacio seguro para el paciente. Esto trae consigo que el psicoterapeuta despliegue técnicas e intervenciones que movilicen al paciente a explorar y construir en sus relaciones cotidianas diferentes tipos de espacios seguros, a fin de que la psicoterapia no se torne el único lugar en el cual el paciente pueda encontrarse consigo mismo frente a un otro.

“Hay que tener cuidado con la resistencia al cierre... tuve una paciente que era así como: “¡No me dejes!” Entonces ahí es algo que uno puede reflejar también para trabajarlo, porque uno tampoco puede generar una dependencia a la terapia.” (T6)

“Hay pacientes que son más ansiosos y como que al principio igual les cuesta más perder este espacio, porque igual es un espacio ganado.” (T8)

En efecto, los psicoterapeutas explicitan el cuidado que se debe tener frente a la pesquisa de resistencias del paciente al cierre de la psicoterapia.

5.3.2.2 Límites del terapeuta en el cierre de la psicoterapia

Todos los psicoterapeutas establecen que al cierre de la psicoterapia deben tomar conciencia de los límites de su disciplina y el acceso a un otro.

“Los pacientes no van a abrir todo o uno como terapeuta abrir algo que ellos no quieran trabajar. Si el paciente no lo plantea, no se abre... se trabaja lo que el paciente quiere trabajar y no todo, sino que uno hace un foco de lo que se quiere trabajar.” (T2)

“Yo he tenido pacientes que en la primera sesión me dicen que ellos solo quieren “matar” el síntoma. Se hace y todo bien.” (T3)

Psicoterapeutas enfatizan que deben respetar los límites del paciente ante el despliegue de contenidos y regular la intención a “curar” toda la vida del paciente.

“Uno puede sugerir en función de cuanto algo le molesta, cuanto le duele, cuanto le impide hacer su vida etc. Puedes sugerir, nada más.” (T6).

“Uno puede seguir hurgueteando siempre o seguir revisando las cosas del corazón, pero en ese momento no quería... estaba bien con las cosas que había trabajado... en ese momento necesitaba algo más funcional más que nada.” (P2)

Finalmente, el terapeuta debe abstenerse a sugerir y no presionar al paciente a querer trabajar aspectos que él no considere pertinentes.

5.3.2.3 Encuadres públicos y privado

Psicoterapeutas y expacientes reconocen la distinción sobre procesos de cierre psicoterapéutico en contextos públicos y privado.

“En la consulta particular puedes hacer estos ejercicios más reflexivos que involucran más tiempo, pero que son difíciles en el sistema público, porque en el sistema público se prioriza mucho el tema de los rendimientos por la atención... entonces quizás cambie el encuadre o los tiempos de este.” (T6)

“Es diferente el trabajo que se hace en atención primaria para cerrar procesos. Uno debe adecuarse con el paciente.” (T5)

“Este cierre con mi terapeuta fue distinto a los que había tenido anteriormente con psicólogos del “CESFAM” sentí como me iba preparando y respetando los tiempos... no fue como ya estas bien, estamos listos y chao.” (P1)

Los procesos de cierre en dispositivos públicos deben ajustarse a los lineamientos basales de la institución. Por otro lado, el encuadre privado resguarda los procesos de cierre en función de las características del paciente, y la relación de quienes componen la diada terapéutica.

“El cierre debe ser ajustado a cada paciente... cada paciente es un mundo.” (T1)

“El mayor patrón aquí es centrarse en el paciente e ir respondiendo dependiendo de quien es ese paciente.” (T8)

En este sentido, el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva adquiere características únicas que están dadas por la preminencia de la experiencia del paciente por sobre una teoría y/o un encuadre particular.

5.3.3 Evaluación del quehacer profesional

Esta categoría informa el balance que psicoterapeutas cristalizan sobre la conducción del proceso psicoterapéutico y su desempeño al interior del setting. Esta categoría incrusta tres códigos: 1. Devoluciones del paciente al terapeuta, 2. Autocuestionamientos del terapeuta y 3. Validación del rol profesional.

5.3.3.1 Devoluciones del paciente al terapeuta

Psicoterapeutas y expacientes permiten columbrar que en la fase de cierre de la psicoterapia las devoluciones no solo emanan del terapeuta, sino también del paciente.

“Entonces en ese despedirse, el paciente también te dice algo de como fuiste como terapeuta, y uno tiene que ser muy agudo para mara mirar ese tipo de cosas.” (T2)

“Ellos al final te devuelven en que, y como los ayudaste, y eso te ayuda para saber en qué fuiste útil o cuales son las cosas que le sirvieron de la terapia para ir incorporando en el repertorio. Hay que hacer ese feedback.” (T6)

Psicoterapeutas explicitan la importancia de permitir estos espacios al paciente en el término del proceso psicoterapéutico.

“Es importante en el cierre dar estos espacios para que de alguna manera el paciente pueda entrar a reconocer lo que tú le provocas por así decirlo. Poder reconocer como eso humano del terapeuta.” (T8)

Por efecto, expacientes entregan devoluciones al clínico. A modo de ejemplo, se presentan las siguientes citas:

“Yo le dije a mi terapeuta que el proceso fue una maravilla, aparte que el trato es otro, el sentirse como contenida, como sin presionar, sin sentir que estaba obligada, me sentía importante y eso fue super valioso, el sentirse importante para la persona que está trabajando contigo.” (P1)

“Fue algo super humano... fue el poder darle las gracias a mi terapeuta por su trabajo conmigo.” (P2)

“La vi a ella como mucho más real, no tan en este nivel más alto del terapeuta sino en una relación de tú a tú mucho más horizontal, fue el compartir la verdad, el poder tener la sensación de cerrar el ciclo, de poder compartir y darle las gracias también, eso era importante para mí.” (P6)

Al cierre definitivo, las devoluciones del paciente al terapeuta abordan elementos sobre la dirección del proceso psicoterapéutico y ámbitos de la persona del terapeuta. En perspectiva, la mayoría de los psicoterapeutas subraya la importancia de que se pueda acceder a estos contenidos a la base de una relación horizontal.

5.3.3.2 Autocuestionamientos del terapeuta

En relación al componente anterior se desprende que, psicoterapeutas se ven interpelados al momento de cerrar una psicoterapia y ser tocados por las palabras del paciente.

“Los pacientes son bien espaciales, son generosos... te da un feedback. He tenido pacientes que me han dicho que en un principio me encontraron super dura pero que al tiempo les sirvió entonces... yo quedo como ha ¡chuta! parece que fui demasiado dura, o confrontacional, o cuestionadora, o demasiado critica. Normalmente me cuestiono, donde estuvieron mis errores o como puede haberlo ayudado mejor.” (T2)

“Yo creo que sin salirse de los elementos del encuadre que para el modelo son importantes y quiero destacarlo... yo puedo estar dispuesta a que algún paciente pueda criticarme y eso me parece interesante que ocurra, que un paciente te lo pueda decir y que incluso se pueda trabajar y uno pueda reconocer errores como terapeuta en la psicoterapia para ir mejorando.” (T8)

De esta manera, se hace imperante que el psicoterapeuta genere espacios de autoobservación y reflexión ante la comprensión procedural del proceso psicoterapéutico, puesto que en el mismo la persona del terapeuta despliega conocimientos técnicos y recursos personales que entran en juego.

“También pienso en cómo me ven como terapeuta esas personas ¿cachay? Yo creo que hay mucho trabajo terapéutico que hacer en el cuerpo del terapeuta.” (T4)

“Como que a mí me pasa siempre que quedo con una cierta responsabilidad. De alguna manera siempre quedan elementos que es una rica fuente de trabajo consigo mismo, porque de alguna manera siempre te van dando elementos de mejora.” (T5)

El término de la psicoterapia posibilita que, el terapeuta realice valoraciones críticas sobre la ejecución del proceso y sus formas de operar en el mismo, con el objetivo de refinar el repertorio y mejorar su práctica clínica.

5.3.3.3 Validación del rol profesional

En correspondencia a los componentes previamente descritos, psicoterapeutas vislumbran que la validación del rol profesional está profundamente vinculada a los procesos de cierre psicoterapéutico en óptimas condiciones.

“Cuando se produce el alta, le dijo al paciente el honor que tuve de tenerlo como paciente y claro, el sentir que la persona sea autovalente y no dependa de nadie me pone muy feliz, me pone muy contenta y reafirma mi profesión.” (T1)

“Por ejemplo, es super tranquilizador cuando el paciente te envía a alguien y esa persona te recomendó y te cita en los comentarios, ahí cachas que al paciente le sirvió, quedo contenta y te recomienda.” (T2)

“Uno también quiere que su nombre lo asocien a un proceso exitoso de terapia. Eso igual es gratificante.” (T6)

El reconocimiento de competencias psicoterapéuticas, al encontrarse con lo manifestado por el paciente, produce afectos positivos que reafirman la autopercepción de competencias profesionales.

5.4 DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE CIERRE HACIA LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA.

En primer lugar, se hace necesario subrayar que este aporte favorece el ejercicio de la psicoterapia constructivista cognitiva, al incluir apreciaciones y valoraciones realizadas por psicoterapeutas y expacientes sobre la práctica profesional en procesos de cierre.

A continuación, se delimitarán las bases de una propuesta de cierre para la psicoterapia constructivista cognitiva. Estos lineamientos pretenden orientar al psicoterapeuta respecto a las condiciones clínicas de entrada, las operaciones de preparación y las consideraciones al cierre.

5.4.1 Pesquisa y evaluación de las condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.

Desde el modelo constructivista cognitivo emergen condiciones clínicas que permiten avistar la fase de cierre en la psicoterapia constructivista cognitiva. Estas condiciones adquieren significatividad en los momentos precedentes al término, ya que el psicoterapeuta, debe pesquisar y evaluar estos componentes en conjunto con el paciente para abrir la factibilidad de finalizar la psicoterapia.

Las condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva responden a tres tópicos: 1. Condiciones de proceso, 2. Condiciones del paciente y 3. Condiciones de la relación terapéutica.

5.4.1.1 Condiciones de proceso:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe estar alerta a las señales del proceso psicoterapéutico que vislumbran un término. En esta línea, la psicoterapia va adquiriendo características perceptibles que se materializan en el destrabo del motivo de consulta, el cumplimiento de objetivos psicoterapéuticos y la ausencia de nuevas tematizaciones.

Observaciones que se constituyen como indicadores de proceso que posibilitan el cierre del trabajo psicoterapéutico.

- El destrabado del motivo de consulta implica la resolución de todas aquellas temáticas centrales que el paciente expuso en el curso de la psicoterapia.

- El cumplimiento de objetivos psicoterapéuticos conlleva el alcance de las metas acordadas en un inicio del proceso psicoterapéutico.

- La ausencia de nuevas tematizaciones evidencia la falta de contenidos para tratar en psicoterapia.

5.4.1.2 Condiciones del paciente:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe estar atento a los cambios experimentados por el paciente tras el curso del proceso psicoterapéutico. En este sentido, los cambios pueden obedecer a dos niveles (superficial – profundo) y la primacía de cualquiera de ellos será mediada por el consultante. Estas aprensiones se configuran como indicadores del paciente al cierre de la psicoterapia.

- El nivel superficial, apunta a cambios dirigidos a resolver la tensión cotidiana originada por las demandas ambientales. Este nivel involucra remisión sintomática, mayores niveles de autoobservación y aumento de la conciencia operativa.

- El nivel profundo, señala cambios en la actualización y reorganización sostenida del sistema de conocimiento. Este nivel envuelve nuevas lecturas de sí mismo, cambios en la posición interpersonal, agencia de sí mismo, mayores niveles de organización y aumento de la conciencia procedural.

5.4.1.3 Condiciones de la relación terapéutica:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe experimentar transformaciones en la relación terapéutica a raíz de la prosperidad del proceso y avance del paciente. A este respecto, se produce un cambio en la autopercepción del terapeuta y la autopercepción del paciente sobre la relación profesional que han construido. Fenómeno bidireccional que se configura como indicador de la relación terapéutica al cierre del proceso psicoterapéutico.

- La posición del terapeuta en la relación al cierre de la psicoterapia se caracteriza por un rol en el que disminuye la ejecución de intervenciones orientadas a perturbar al paciente y mantener la escucha activa a la voz de este.
- La posición del paciente en la relación al cierre de la psicoterapia se caracteriza por un rol que compromete mayor protagonismo, el cual desemboca en un distanciamiento con la figura del terapeuta.

5.4.2 Elaboración y ejecución de operaciones de preparación en el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva

Desde el modelo constructivista cognitivo emergen operaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Estas operaciones son dirigidas a elaborar y dotar de sentido la culminación del proceso psicoterapéutico con el paciente.

Las operaciones de preparación al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva responden a tres tópicos: 1. Indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia, 2. Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia y 3. Indicaciones hacia la sesión de cierre.

5.4.2.1 Indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe desplegar acciones encaminadas a esclarecer los aspectos formales del proceso psicoterapéutico y la consecución de este. Por otro lado, el psicoterapeuta debe adaptar el uso de intervenciones y técnicas en vinculación a la intención terapéutica de exponer la diferencia del paciente.

-El encuadre debe delimitar las fases de la psicoterapia y explicitar que el término es un asunto que será retomado en función de los avances.

-Las intervenciones y técnicas deben ser adaptadas con base a la intención terapéutica de mostrar el progreso y diferencia del paciente.

5.4.2.2 Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe evaluar y contrastar los procesos de cambio visibilizados en el discurso del paciente. Esto implica un acto de monitoreo continuo al cierre de la psicoterapia. Además, el psicoterapeuta puede indicar un distanciamiento entre sesiones para preparar al paciente al término del proceso psicoterapéutico. Por efecto, esta indicación debe tener sentido para ambos (psicoterapeuta – paciente), al estar dirigida a que el consultante constate la actualización de recursos adquiridos.

- El monitoreo debe centrarse en los cambios adquiridos por el paciente y la forma en que se desenvuelve con ellos en el mundo.

-El distanciamiento entre sesiones queda supeditado al efecto de sentido que le provoque al paciente. Esto, con el objetivo de presentar el cierre como una fase gradual en la cual se tiene la oportunidad de apreciar los cambios sedimentados.

5.4.2.3 Indicaciones hacia la sesión de cierre:

El Psicoterapeuta constructivista cognitivo debe ejecutar procedimientos específicos en la última sesión de psicoterapia. Esto conlleva que el psicoterapeuta despliegue maniobras orientadas a que el paciente realice una valoración crítica del proceso psicoterapéutico, reforzar elementos que favorecieron los procesos de cambio en el paciente y reconocer junto a él la complejidad humana. Asimismo, el psicoterapeuta debe explicitar que la relación profesional queda posibilitada a futuros encuentros según el paciente considere pertinente.

- Al cierre de la psicoterapia, es fundamental que el paciente realice una valoración de su proceso.
- Al cierre de la psicoterapia, es sustancial que el terapeuta refuerce aquellos acicates que movilizaron al paciente en los procesos de cambio.
- Al cierre de la psicoterapia, es esencial que el terapeuta manifieste al paciente la complejidad de la experiencia humana.
- Al cierre de la psicoterapia, es invariable que el terapeuta deje la relación profesional abierta para acoger nuevas inquietudes del paciente.

5.4.3 Reconocimiento de consideraciones sobre los procesos de cierre en la práctica clínica.

El modelo constructivista cognitivo considera que el psicoterapeuta debe tener en deferencia múltiples aspectos que pueden acontecer en los procesos de cierre psicoterapéutico. Las consideraciones se abocan a reconocer la complejidad de la experiencia de cierre en la psicoterapia.

Las consideraciones para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva responden a tres tópicos: 1. Decisión de cierre, 2. Asuntos críticos en los procesos de cierre y 3. Evaluación del quehacer profesional.

5.4.3.1 Decisión de cierre:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe promover las condiciones para que la resolución de finalizar la psicoterapia se produzca sobre la base de un mutuo acuerdo con el paciente. En caso de que esta obedezca a una decisión unilateral por parte del consultante, el psicoterapeuta se debe inclinar a escudriñar los factores involucrados en ella, como también, otorgar prescripciones en situaciones que considere pertinente, a fin de acompañar esa decisión autónoma del paciente.

5.4.3.2 Asuntos críticos en los procesos de cierre:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe trabajar al interior del setting la presencia de resistencias del paciente ante la finalización de la psicoterapia. Otro elemento, reside en la toma de consciencia del psicoterapeuta sobre los límites de la disciplina y la posible intención a querer “curar” todos los dominios del paciente. Al igual, el psicoterapeuta debe adaptar y flexibilizar los procesos de cierre en función de si un encuadre es público o privado. Este último, permite centrarse en las particularidades del paciente y a la vez, resguarda el criterio de unicidad al momento de ejecutar un cierre en la práctica clínica.

5.4.3.3 Evaluación del quehacer profesional:

El psicoterapeuta constructivista cognitivo debe estar disponible a la evaluación del paciente respecto a la conducción del proceso psicoterapéutico y su forma de operar en él. Esto trae consigo, que el psicoterapeuta deba estar abierto a ser tocado por las palabras del paciente para reconocer y mejorar la práctica clínica. Finalmente, el psicoterapeuta tiene la posibilidad de validar sus competencias y rol profesional al término de la psicoterapia con un paciente.

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se abocó a escudriñar desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes las condiciones e indicaciones clínicas para la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo. El análisis de los datos permitió diseñar una propuesta de cierre que orienta al terapeuta sobre el término de la psicoterapia bajo dicho modelo. Finalmente, la propuesta de cierre contempló la existencia de condiciones clínicas de entrada, operaciones de preparación y consideraciones al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.

Este apartado discute los tres objetivos específicos presupuestados para la consecución del objetivo general. Asimismo, se contrastan los hallazgos de la investigación con diversos aportes empíricos relacionados al fenómeno de la terminación en psicoterapia, a modo de constatar las implicancias de los resultados en la práctica clínica. Por último, se declaran las limitaciones del estudio y se proponen futuras líneas de trabajo.

El primer objetivo específico pretendió identificar y describir las condiciones de la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo. Para ello, se exploró desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes los elementos que abrieron la factibilidad de dar término a la psicoterapia. En este punto, emergen tres hallazgos: 1. Condiciones de proceso, 2. Condiciones del paciente y 3. Condiciones de la relación terapéutica.

Las condiciones de proceso abarcan un destrabo del motivo de consulta, el logro de objetivos psicoterapéuticos y la ausencia de nuevas tematizaciones. Estas premisas implican que el proceso psicoterapéutico adquiere peculiaridades que hacen pertinente el pensar un cierre.

El constructivismo cognitivo sostiene que el motivo de consulta es el material que da inicio al trabajo psicoterapéutico (Yáñez, 2005). En este sentido, psicoterapeutas y expacientes coinciden en que el destrabo o resolución del motivo de consulta emerge como una condición imperante al cierre de la psicoterapia. Según Yáñez (2005) las metas y objetivos terapéuticos regulan la marcha del proceso y al cierre de la psicoterapia estas deben ser revisadas por el terapeuta y el paciente. En esta línea, psicoterapeutas y expacientes

concuerdan en que el logro de tales objetivos se torna una condición fundamental al momento de culminar la psicoterapia. Además, el destrabo del motivo de consulta junto al logro de objetivos psicoterapéuticos produce la ausencia de nuevas tematizaciones. Esto implica que el proceso comienza a carecer de contenidos y nuevas problematizaciones por parte del paciente. La presencia de este fenómeno se constituye como el último indicador del proceso para el cierre de la psicoterapia.

Las condiciones del paciente contemplan cambios en un nivel superficial y otro profundo. Los cambios superficiales entienden una remisión sintomática, mayores niveles de autoobservación y aumento de la conciencia operativa. Por otro lado, los cambios profundos conciben nuevas lecturas de sí mismo, cambios en la posición interpersonal, agencia de sí mismo, mayores niveles de organización y aumento de la consciencia procedural. Estos constructos dan cuenta del cambio en el consultante tras el desarrollo del proceso psicoterapéutico y se convierten en indicadores del paciente para abrir la viabilidad de cierre.

En perspectiva, la psicoterapia constructivista cognitiva comprende el cambio como una condición inherente al desarrollo de los sistemas de conocimiento, a partir de las perturbaciones del medio físico y psíquico que lo impactan el curso de la vida natural. Así, los procesos de cambio permiten recuperar el equilibrio del sistema tanto en un acto autónomo del sujeto, o bien, mediante un proceso de psicoterapia (Yáñez, 2005). Con base en este marco conceptual, el cambio no obedece al retorno de un nivel ideal, normal y correcto de vivir, sino que busca generar las condiciones para que el paciente utilice sus capacidades autoorganizativas en la asimilación de la experiencia en curso (Chacón, 2010).

A este respecto, psicoterapeutas y expacientes aluden que al término de la psicoterapia se evidencian procesos de cambio. En primer lugar, señalan cambios a un nivel superficial, que permiten optar a un mayor grado de funcionamiento en las actividades cotidianas y, en segundo lugar, refieren cambios a un nivel profundo, que sientan las bases para una actualización y reorganización sostenida del sistema de conocimiento.

Lo anterior, guarda cohesión con los niveles de cambio presupuestados por el modelo constructivista cognitivo. Según Yáñez (2005) los cambios superficiales implican el reporte de una sensación de mejoría en los aspectos operativos del vivir y los cambios profundos

suponen un aumento en los niveles de autoconciencia que facilitan la mantención estable de la coherencia del sí mismo.

Las condiciones de la relación terapéutica dan cuenta de cambios en la autopercepción del terapeuta y el paciente sobre el rol que ejercen en el espacio intersubjetivo de la psicoterapia. Esto se trasluce en que el paciente adquiere de forma progresiva mayor protagonismo en el despliegue de operaciones mentales dentro y fuera del espacio psicoterapéutico, lo cual permite atisbar un desapego del paciente al terapeuta y el proceso. Por otra parte, el terapeuta observa los recursos integrados por el paciente, de tal manera que disminuye el uso de técnicas y aumenta la escucha.

En concordancia con lo expuesto, Duarte (2012) describe que el contexto psicoterapéutico se caracteriza por una influencia mutua, recíproca e interaccional de cada uno de los integrantes sobre el otro y la relación conformada entre ambos. Esto trae consigo que la formación y desarrollo del proceso psicoterapéutico se constituya desde un impacto mutuo y entrecruzado por las acciones y reacciones subjetivas del terapeuta y el paciente. Es así, que al cierre de la psicoterapia no solo cambia el paciente, sino también el terapeuta al interior de la relación que han establecido.

Como conclusión del primer objetivo, se vislumbran condiciones clínicas de entrada al cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Esto resulta un hallazgo valioso para el análisis y ejecución del procedimiento psicoterapéutico, ya que, la pesquisa de estos elementos abre la factibilidad de exponer el asunto del cierre.

El segundo objetivo específico se centró en identificar y caracterizar las indicaciones de la fase de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo. Para ello, se exploró desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes los actos que guiaron el término de la psicoterapia. En cuanto a esto, emergen tres hallazgos: 1. Indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia, 2. Indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia y 3. Indicaciones hacia la sesión de cierre.

Las indicaciones técnicas en el cierre de la psicoterapia implican que el psicoterapeuta esclarezca elementos del encuadre, como también, realice un cambio en la intención del uso de la técnica.

La psicoterapia constructivista cognitiva enfatiza que el encuadre psicoterapéutico propicia las bases para la situación y relación terapéutica al delimitar las reglas de funcionamiento en el desarrollo del proceso terapéutico (Gómez, 2021). Asimismo, psicoterapeutas y expacientes convienen en la responsabilidad del terapeuta de transparentar y delimitar las fases de la psicoterapia desde un inicio a fin de que el paciente logre situarse respecto a la consecución del tratamiento. En este aspecto, el psicoterapeuta debe explicitar que el cierre es un elemento que será restituido en función de los procesos de cambio o que el mismo consultante demande la inquietud de finalizar y que por tanto, la decisión de cierre siempre es un acto que recae en la responsabilidad del paciente.

Acerca de eso, la literatura hace hincapié en la relevancia que el paciente obtenga una descripción detallada del proceso psicoterapéutico y en el hacer que la temática de la terminación sea parte del proceso de forma previa al término definitivo (Vasquez, 2008).

El cambio en la intención del uso de la técnica compromete que el psicoterapeuta favorezca técnicas dirigidas a evidenciar el contraste del consultante respecto al inicio. Para este cometido, psicoterapeutas declaran una inclinación hacia el uso de técnicas procedurales (exploración experiencial y metacomunicación). En relación con eso, Yáñez (2005) define las ventajas de las técnicas procedurales con base en poder abordar la dinámica de las estructuras profundas e incluso los aspectos operativos superficiales del sujeto.

Las indicaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia estiman un monitoreo del terapeuta al paciente y un distanciamiento entre sesiones. Estas acciones marcan el pródromo del cierre de la psicoterapia.

El operar del monitoreo se orienta a observar y dar seguimiento a los cambios experimentados por el paciente tras el curso de la psicoterapia. La acción y efecto de monitorear radica en poder evaluar el estado general del paciente y evidenciar los recursos desplegados en el mundo.

Referente a eso, la psicoterapia constructivista cognitiva propone revisar las metas del proceso psicoterapéutico, la disposición del paciente al cierre y la toma de consciencia respecto a continuar o terminar el tratamiento (Yáñez, 2005). A esto, es importante agregar la evaluación de dimensiones operativas, ítem de información genérica acerca de la

movilidad del paciente en distintos ejes y dominios existenciales, como también, el nivel de explicación o de significación que ordena y constituye los componentes de la estructura profunda.

Sullivan, Zeff & Zweig (2018) informan que la reducción de frecuencia sobre las sesiones debe ser efectuada una vez el psicoterapeuta pesquise la obtención de ganancias esperadas por el consultante.

En este aspecto, psicoterapeutas señalan que el distanciamiento entre sesiones es una estrategia supeditada a un efecto de sentido por parte del paciente. En términos generales, esta operación prepara al paciente para el final de la psicoterapia y permite al terapeuta y el paciente apreciar los cambios adoptados en el entorno natural. Esta acción involucra flexibilizar y ajustar el encuadre a las demandas y necesidades de cada paciente.

Las indicaciones hacia la sesión de cierre establecen aquellas maniobras que el terapeuta hace al término de la psicoterapia. En este sentido, la evaluación del paciente sobre su proceso, los refuerzos y enseñanzas del terapeuta y la declaración de una relación profesional abierta se configuran en acciones trascendentales al cierre del proceso.

En la última sesión de psicoterapia, el terapeuta dirige al paciente a materializar una evaluación y valoración del proceso psicoterapéutico cursado. Esta indicación se torna un procedimiento indispensable al cierre de la terapia.

A este respecto, Yáñez (2005) enuncia que la revisión del consultante permite construir una noción acerca de cuan eficiente y productivo ha sido para el paciente la acción de disponerse a un proceso terapéutico. En la misma línea, Aguilera (2017) propone que el psicoterapeuta conduzca al paciente a realizar análisis más amplios sobre el tratamiento del cual fue protagonista.

Psicoterapeutas y expacientes afirman que los refuerzos del terapeuta al paciente son significados de forma positiva en la sesión final de psicoterapia. En este punto, destacan fortificar el hecho de haberse adentrado a una psicoterapia y realzar el reconocimiento del progreso en el paciente.

La evaluación del paciente sobre su proceso, en conjunto a los refuerzos del terapeuta, trae consigo que este provea al paciente de enseñanzas respecto al bienestar psicológico. En

relación con esto, psicoterapeutas subrayan aclarar la imposibilidad de un bienestar subjetivo perpetuo a raíz de las insoslayables perturbaciones que configuran la existencia humana.

Dado que la persona puede volver a experimentar malestar psicológico, es factible dar a conocer de manera explícita que la relación profesional queda posibilitada hacia un futuro. Asimismo, el enfoque constructivista cognitivo garantiza una relación profesional abierta al cierre de su psicoterapia (Yáñez, 2005).

Los hallazgos en función del segundo objetivo, ilustran la elaboración y ejecución de operaciones de preparación para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Estos resultados aclaran y dotan de sentido el discurrir de la última etapa del proceso.

El tercer objetivo específico se orientó a identificar y analizar las consideraciones para el cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. Para ello, se exploró desde la perspectiva de psicoterapeutas y expacientes las deferencias al término del proceso. Referente a esto, emergen tres hallazgos: 1. Decisión de cierre, 2. Asuntos críticos en los procesos de cierre y 3. Evaluación del quehacer profesional.

La literatura sobre la terminación en psicoterapia describe que los procesos terapéuticos pueden finalizar con base en tres tipos de resolución en la práctica clínica. Esto se traduce en que existe la posibilidad de un cierre en mutuo acuerdo y un cierre unidireccional del paciente o el clínico. Este último, se presenta como un acto no pertinente para el trabajo psicoterapéutico (Bartholomew, et al., 2019).

Psicoterapeutas y expacientes confluyen en que el cierre del proceso debiera ocurrir idealmente tras un mutuo acuerdo. Este tipo de resolución implica una coordinación entre los integrantes de la diada terapéutica a fin de resolver el término de la psicoterapia.

Por otro lado, el cierre unilateral del paciente se presenta de forma abrupta y sus causas pueden estar intrincadas a múltiples factores. Psicoterapeutas señalan que la tarea del clínico consiste en indagar las motivaciones que subyacen esta decisión, como también, facilitar prescripciones en caso de ser requeridas.

Los asuntos críticos en los procesos de cierre aluden a la factibilidad de resistencias del paciente para terminar la psicoterapia, de igual modo, la primacía de si un encuadre es público o privado complejiza la experiencia de finalización.

En perspectiva, Yáñez (2005) estipula que el profesional debe estar disponible para cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que se desprenda ante la terminación. Frente a la pesquisa de resistencias, la labor del terapeuta recae en movilizar al paciente a explorar y construir espacios seguros en sus relaciones cotidianas.

Psicoterapeutas y expacientes reconocen distinciones en los procesos de cierre psicoterapéutico bajo encuadres públicos y privados. El cierre en dispositivos públicos obliga al terapeuta a ajustar el término de la psicoterapia según lineamientos preestablecidos, mientras el encuadre particular, permite resguardar los procesos de cierre en función de la singularidad del paciente y la relación que mantienen. Otro aspecto fundamental en la terminación es que el profesional tome conciencia de los límites de la disciplina y regule la intención a querer “curar” todos los dominios del paciente. En este ámbito, el psicoterapeuta debe cuidar la acción de problematizar aspectos que se vislumbren, ya que, es el consultante quien media y determina los focos de trabajo.

Por último, el término de la psicoterapia brinda la oportunidad de evaluar el quehacer profesional. En tal sentido, al cierre definitivo no solo emanan devoluciones del terapeuta, sino también del paciente sobre la dirección del proceso psicoterapéutico y propiedades de la persona del terapeuta.

Se concluye entonces que los procesos de cierre psicoterapéutico en el modelo constructivista cognitivo no quedan absueltos de problemáticas particulares. Los resultados con base en el tercer objetivo especifican asuntos críticos al cierre y proponen consideraciones ante la culminación.

El presente estudio se basó en los testimonios de psicoterapeutas y expaciente respecto al término de la psicoterapia constructivista cognitiva. Estos hallazgos permiten robustecer la comprensión del fenómeno de cierre y delimitar una propuesta para la terminación en dicho enfoque clínico, de allí que los datos tengan que ser vistos con cautela, ya que, responden a una comprensión específica del cambio y el proceso psicoterapéutico. No obstante, la saturación de información se alcanzó en cada uno de los componentes presentados. Finalmente, se sugiere que las bases de la propuesta sean socializadas y las nuevas investigaciones apunten a evaluar la eficacia y efectividad en la operacionalización de la fase de cierre en el modelo de psicoterapia constructivista cognitiva.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, J. (2017). *Adaptación de la metodología terapéutica constructivista cognitiva, utilizada en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, para atención primaria de salud*. Universidad de Chile.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. (2010). 2010 amendments to the 2002 “Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.” *American Psychologist*, 65, 493.
- Aranda, M. (2003). *Cómo decir adiós: La terminación del tratamiento psicoanalítico*. Recuperado de http://sopac-leon.org/wp-content/uploads/2016/07/Articulos_Comodeciradios.pdf
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta*. Alianza Editorial.
- Bartholomew, T. T., Lockard, A. J., Folger, S. F., & Low, B. E. (2019). Symptom reduction and termination: client change and therapist identified reasons for saying goodbye. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(1), 81–99.
- Beck, J. G. (2000). Treatment. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*. Washington, DC: Oxford University Press.
- Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2017). The termination phase: Therapists’ perspective on the therapeutic relationship and outcome. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 54(1), 76–87. <https://doi.org/10.1037/pst0000100>
- Bonilla-García, M; López-Suárez, A. (2016) Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio*, 57: 305-315.
- Bostic, J. Q., Shadid, L. G., & Blotcky, M. J. (1996). Our Time Is Up: Forced Terminations during Psychotherapy Training. *The American Journal of Psychotherapy*, 50(3), 347–359.
- Cadavid, N., & Ocampo, D. (2017). *El umbral del cierre: comprensión clínica del cierre del proceso terapéutico (estudio de casos)*. Universidad del Norte. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10584/7839>
- Chacón, H. (2010). *El terapeuta como perturbador estratégicamente orientado*. Universidad de Chile.
- Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>

- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2021/06/1999-Codigo-de-Etica-2a-Edicion.pdf>
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21.
- Daset, L. R., & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: Algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209–220.
- Davis, D. D., & Younggren, J. N. (2009). Ethical Competence in Psychotherapy Termination. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 572–578. <https://doi.org/10.1037/a0017699>
- Del Castillo, C. (2010). *Escenarios de terminación en los procesos de psicoterapia psicoanalítica en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos*. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/20.500.12404/660>
- Duarte, J. (2012). *Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva*. Universidad de Chile.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 347–256.
- Espinosa-Duque, D., Ibarra, D. A., Ocampo, D. M., Montoya, L., Hoyos-Pérez, A., L. M., ... Zapata, J. (2020). Terminación de la psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes Psychotherapy Termination from the Patients' Perspective. *Revista CES Psicología*, 13(3), 201–221.
- Espinosa Duque, D., & Krause, M. (2020). El desafío de integrar teoría, investigación y práctica clínica en psicoterapia. *Revista CES Psicología*, 13(3), 1-9.
- Fragkiadaki, E., & Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: The journey of 10 psychoanalytic and psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 335–350. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02035.x>
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *The International Journal of Psychoanalysis*, 18, 373-405.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.
- Gómez, P. (2021). *El encuadre de terapia de pareja del modelo constructivista cognitivo como generador de condiciones para el ejercicio de una psicoterapia en pareja*. Universidad de Chile.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la*

Investigación. DF, México: McGraw Hill.

- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431–442.
- Hilsenroth, M. J. (2017). An introduction to the special issue on psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 54(1), 1–3.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154–167. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.534509>
- Llobell, J. P., Frías, M. D., & Monterde, H. (2004). Intervenciones con apoyo empírico: herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud. *Papeles Del Psicólogo*, 25(87).
- Medina, M. (2017). *Exploración de la devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador*. Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151079>
- Méndez, A. (2009). La finalización del análisis. *Psicoanálisis*, 21(1), 55–58.
- Moretti, L., & Basler, H. D. (2016). *Prácticas en salud basadas en la evidencia: Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas*. In L. Medrano & L. Moretti (Eds.), *Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud: Introducción a las Prácticas Basadas en la Evidencia*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Murillo, M. (2016). El concepto de fin de análisis y el problema de la puerta. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 16(1), 1–2.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica* (1st ed.). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Otero, I. (2004). *Fundamentación teórica y adaptación del manual de terapia familiar sistémica desarrollado por el Centro de Investigación y Terapia Familiar de la Universidad de Leeds, Inglaterra*. Universidad de Chile.
- Páramo, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 39, 119–146.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., & Amigo, I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. *Interdisciplinaria Revista de Psicología Y Ciencias Afines*, 23(1), 119–121.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell D., Boston, P., Shapiro, D., Hanks, H. (2004). *Manual de Terapia Familiar Sistémica*. Universidad de Leeds.
- Râbu, M., Binder, P.-E., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(3), 274–295.

- Renk, K., & Dinger, T. M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1173–1181.
- Restrepo-Ochoa, Diego. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122-133.
- Rodríguez, R., Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., & Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 529–538. <https://doi.org/10.1348/147608305X90412>
- Roe, D., Dekel, R., Harel, Galit, Fenning, S., & Fenning, S. (2006). Clients' feelings during termination of psychodynamically oriented psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(1), 68–81.
- Rogers, C. R. (1956). Client-centered theory. *Journal of Counseling Psychology*, 3(2), 115–120
- Rossi, J. L. (2014). *Hacia un modelo de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervencionales clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva*. Universidad de Chile.
- Santangelo, P. R. (2020). Terminación Prematura en Psicoterapia: una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 31, 181–195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>
- Schnyders, C. M., & Bruns, K. (2019). Therapeutic Termination: Translating Clinical Responsibility into Ethically-Informed Practice. *International Journal on Responsibility*, 3(2), 43–53.
- Shafran, N., Kline, K., Marks, E., Gupta, S., Kristen, G., Kanazawa, Y., & Hill, C. E. (2019). The final session of psychodynamic psychotherapy for satisfied and unsatisfied clients who initiate the end of treatment. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(4). <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1635435>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia.
- Sullivan, D. J., Zeff, P., & Zweig, R. A. (2018). Psychotherapy termination practices with older adults: impact of patient and therapist characteristics. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 399–411. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1437101>
- Trujillo, A., & Paz, C. (2020). Evidencia basada en la práctica en psicoterapia: el reto en Latinoamérica. *Revista CES Psicología*, 13(3), 1–14.

- Vasquez, M. J. T., Bingham, R. P., & Barnett, J. E. (2008). Psychotherapy termination: clinical and ethical responsibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 653–665.
- Vélez, P., & Restrepo, D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología*, 1(2), 58–68.
- Vidair, H. B., Feyijinmi, G. O., & Feindler, E. L. (2017). Termination in cognitive-behavioral therapy with children, adolescents, and parents. *Psychotherapy*, 54(1), 15–21.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1243–1261. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.006>
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965–977. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.20702>
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Universidad de Chile. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105993>

VIII. ANEXOS

ANEXO UNO: PROTOCOLO DE CONTACTO

Este documento, establece los lineamientos a través de los cuales se accederá a la muestra del estudio: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre Psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”. A cargo, del investigador responsable, Ps. Ignacio A. Subiabre A.

1. Psicoterapeutas:

1.1 Los psicoterapeutas serán seleccionados en función del cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos para esta investigación: 1) Ser psicoterapeuta formado bajo el modelo Constructivista Cognitivo de adultos con posesión del grado académico de magíster; 2) Contar con experiencia clínica de un mínimo de tres años una vez culminada su formación de post grado; y 3) Haber realizado procesos de cierre psicoterapéutico con sus respectivos pacientes en la práctica clínica.

1.2 El contacto se realizará vía telefónica o correo electrónico para coordinar una reunión, la cual estará orientada a explicar brevemente en lo que consiste el estudio, facilitar el consentimiento informado, resolver las dudas que se presenten respecto a la investigación y al documento, y coordinar el día y hora de la entrevista

1.3 Una vez, decidan participar de la investigación, se les solicitara a los terapeutas enviar una carta de invitación a sus respectivos expacientes que cumplan con los criterios de inclusión señalados para participar del presente estudio: 1) Ser mayor de edad (18 años); 2) Haber finalizado un proceso psicoterapéutico bajo el modelo Constructivista Cognitivo; y 3) Que su proceso terapéutico haya terminado hace mínimo 3 meses y máximo 1 año a la fecha de su participación en este estudio. Se precisará que no podrán ejercer ningún tipo de condicionalidad ni coerción, a fin de preservar la relación y alianza terapéutica junto con la confianza depositada en ellos como tratantes.

1.4 Se explicitará que la carta de invitación que envíen para sus expacientes, debe ser devueltas por ellos mismo (expacientes) al correo personal del investigador responsable: ps.ignaciosubiabre@gmail.com a fin, de resguardar la confidencialidad y el anonimato.

2. Expacientes:

- 2.1 Una vez los expacientes decidan participar voluntariamente del estudio, y ejecuten el acto de la devolución de la carta al investigador responsable, este estará facultado para tomar contacto con ellos vía telefónica o correo electrónico, y coordinar una reunión.
- 2.2 Esta reunión será orientada a explicar brevemente en lo que consiste el estudio, facilitar el documento de consentimiento informado, resolver las dudas que se presenten respecto a la investigación y al documento, y coordinar el día y hora de la entrevista.

ANEXO DOS: CARTA DE INVITACIÓN EXPACIENTE

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”, a cargo del investigador Ignacio Arturo Subiabre Aguilera, psicólogo y estudiante del programa de Magister en Psicología Clínica de Adulto, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. El objetivo de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El propósito general de este estudio es analizar los factores involucrados en el término de la psicoterapia para diseñar una propuesta de indicaciones clínicas orientadas a la fase de cierre de la psicoterapia Constructivista Cognitiva. Los resultados de esta investigación contribuirán a la comprensión y ejercicio de la practica psicoterapéutica.

Usted ha sido considerado(a) como un(a) posible participante de esta investigación, ya que su terapeuta ha evaluado que posee los criterios de inclusión necesarios para la ejecución de este estudio, los cuales son: 1). Ser mayor de edad (18 años); 2). Haber finalizado un proceso psicoterapéutico bajo el modelo Constructivista Cognitivo; y 3). Que su proceso terapéutico haya terminado hace mínimo 3 meses y máximo 1 año a la fecha de su participación en esta investigación.

Su participación en el estudio consistirá en responder una entrevista de tipo semi – estructurada, la cual implicara preguntas previamente formuladas en función de los objetivos de este estudio y la literatura previamente visada, que pueden ajustarse a cada participante. Esta entrevista tendrá una duración aproximada entre los 45 a 60 minutos, con la posibilidad de que usted sea citado(a) a una segunda entrevista, en caso de ser necesaria la profundización de algún contenido relevante para la presente investigación. Cabe destacar que las preguntas deben ser respondidas desde su experiencia e impresión personal respecto al proceso de terminación de su psicoterapia, ya que usted será consultado(a) por temas referentes a:

1. Su experiencia personal frente al cierre de su psicoterapia.
2. Cuáles fueron sus impresiones y participación en la fase culmine del tratamiento.
3. Su observación sobre aspectos referentes a la conducción ejecutada por su terapeuta.

Esta carta de invitación, es el primer acercamiento para que usted decida participar de este estudio. Su psicoterapeuta, quien en primera instancia es la única persona que tiene acceso a sus datos de contacto, le propondrá la posibilidad de participar libremente de esta investigación, bajo ningún tipo de condicionalidad ni coerción, a fin de preservar la relación y alianza terapéutica junto con la confianza depositada en su tratante.

Una vez manifestada su libre voluntad de participar, el investigador principal, ya identificado, establecerá contacto vía telefónica o correo electrónico con usted, con el objetivo de coordinar una reunión en la cual se facilitará el documento de consentimiento informado, misma instancia en que usted podrá realizar todas aquellas preguntas que

considere pertinentes y estas le serán aclaradas previamente a su confirmación como participante de la presente investigación.

Si acepta participar de este estudio, se solicita que haga clic en la celda de abajo, que indica que el investigador responsable queda facultado para establecer contacto vía telefónica y/o correo electrónico personal con usted, para proceder a coordinar una reunión que tiene por objetivo hacer entrega del documento de consentimiento informado, escrito que detalla elementos centrales sobre su modalidad de participación, riesgos asociados, beneficios potenciales, voluntariedad, confidencialidad, anonimato y el posterior conocimiento de los resultados de la investigación. A la misma vez, aclarar todas sus preguntas respecto de este estudio, sin que le queden dudas al respecto.

A continuación, usted podrá visualizar dos celdas y marcar con una “X” la opción acorde a sus intereses, si decide participar, debe marcar la celda correspondiente a: “Si, acepto voluntariamente que el investigador responsable establezca contacto”. Cabe destacar que la X en la celda marcada es un equivalente a su firma y por ende a su aprobación o rechazo. Si decide participar es necesario que complete la información solicitada de contacto telefónico personal y correo electrónico, junto con devolver este documento al correo del investigador principal: ps.ignaciosubiabre@gmail.com

Sí, acepto voluntariamente que el investigador responsable establezca contacto

No acepto, que el investigador responsable establezca contacto

Teléfono personal participante: _____

Correo electrónico personal participante: _____

Si tiene cualquier consulta acerca de esta investigación, puede contactar al investigador responsable Ignacio Arturo Subiabre Aguilera. Su teléfono es el +569 97176745 y su mail es ps.ignaciosubiabre@gmail.com. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a la presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Presidenta: Fabiola Maldonado

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfono: (56-2) 29772443

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

ANEXO TRES: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOTERAPEUTA

CONDICIONES E INDICACIONES CLÍNICAS PARA LA FASE DE CIERRE PSICOTERAPÉUTICO EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”. Su objetivo es: Analizar las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre psicoterapéutico para diseñar una propuesta de cierre de la psicoterapia Constructivista Cognitiva. Cabe destacar que usted ha sido seleccionado(a) porque reúne los criterios de inclusión necesarios para participar de dicho estudio, los cuales son: 1) Ser psicoterapeuta formado bajo el modelo Constructivista Cognitivo de adultos con posesión del grado académico de magíster; 2) Contar con experiencia clínica de un mínimo de tres años una vez culminada su formación de post grado; y 3) Haber realizado procesos de cierre psicoterapéutico con sus respectivos pacientes en la práctica clínica.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información, sin embargo, usted puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes y estas le serán respondidas.

El investigador responsable de este estudio es Ignacio A. Subiabre A. Psicólogo, alumno del Programa de Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile y tiene por profesor guía al Dr. Juan Yáñez Montecinos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

-Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista de tipo semi -estructurada, la cual implicará preguntas previamente formuladas en función de los objetivos de este estudio y la literatura previamente revisada, que pueden ajustarse a cada participante. La entrevista debe ser respondida desde sus conocimientos propios de la disciplina y su experiencia profesional frente a la conducción del proceso de cierre en psicoterapia por la línea de especialización Constructivista Cognitiva. Cada entrevista será realizada por el investigador principal. Estas tendrán una duración aproximada entre los 45 a 60 minutos, ya que será citado(a) a una segunda entrevista para la profundización de los contenidos emergentes en la primera ronda. Se abordarán temas referentes a: sus nociones sobre el proceso de cierre de la psicoterapia, la identificación de condiciones para proceder a ejecutar un cierre, la forma de conducir los procesos de cierre en términos de actitud, técnicas empleadas e indicaciones clínicas a fines al fenómeno, y sus experiencias en términos de impasses terapéuticos referentes al proceso de cierre en la psicoterapia. Es relevante señalar, que no se solicitará la presentación de casos en específico.

Cabe destacar que la modalidad de esta investigación fue adaptada para ser ejecutada de forma remota, por lo que la entrevista será realizada en el día y hora que usted estime conveniente. Esta vía nos permite mantener el beneficio del distanciamiento físico debido al contexto sanitario actual, sin embargo, conlleva riesgos en relación a la ciberseguridad para la mantención de información personal, por lo que la herramienta que provea la video llamada tendrá un encriptado de extremo a extremo y se hará envío del identificador y contraseña correspondiente de la llamada directamente al participante a través de su correo electrónico personal. La plataforma seleccionada para estos fines corresponde a Meet de Google, la cual ofrece un servicio audiovisual para el traspaso de información, siendo necesario clarificar que solo será audio grabada para su posterior transcripción y no se grabará, ni almacenará el registro visual para los efectos de este estudio, procediendo de forma inmediata a la destrucción del material visual para resguardar su identidad.

-Riesgo: La investigación no presenta riesgo alguno para su bienestar. Los temas a tratar en las entrevistas no corresponderán a temas personales o datos sensibles de su vida, sino que corresponderán únicamente a sus conocimientos y experiencias como profesional. A su vez toda información que usted brinde será considerada como conocimiento válido y no será juzgado en ningún momento su quehacer profesional, ya que usted está siendo contactado como un experto en el tema a abordar. Además, se enfatiza que, si usted lo desea, cuenta con total y absoluta libertad de finalizar la entrevista sin necesidad de justificación o excusa alguna

-Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información propicia y relevante para diseñar una propuesta de cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.

-Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo considere necesario. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

-Confidencialidad: Todas sus respuestas serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. Además, al obtener los datos desprendidos de su entrevista, se registrará el tipo de participante (terapeuta o paciente), luego se etiquetarán inmediatamente con un código de identificación (por ejemplo, E1) y se procesarán de forma anónima. Las entrevistas audio grabadas serán de utilización exclusiva del investigador responsable, siendo registradas y almacenadas en el computador personal de este, el que se encontrará en todo momento protegido por una clave de acceso de seguridad y todo el contenido en su interior encriptado para garantizar su absoluta protección, destacando que el material visual será destruido de forma inmediata una vez acabada la entrevista. Por otro lado, las transcripciones serán realizadas por el investigador responsable, utilizando códigos de identificación según se mencionó anteriormente (se reemplazarán también todos los nombres que mencione). Para su análisis, el material transcrito podría ser compartido en vivo con el profesor guía de esta

investigación para contrastar nociones y favorecer la evaluación de la información con mayor amplitud, diversidad, imparcialidad y objetividad. Al terminar la contrastación de visiones, el profesor guía respectivo hará devolución del material al investigador principal y responsable. Una vez finalizada la investigación, las entrevistas audio grabadas serán destruidas en su totalidad y la base de datos transcritos se mantendrá encriptada en el ordenador personal del investigador responsable por un periodo máximo de 5 años. Transcurrido esa cantidad de tiempo, todo el material será eliminado.

Por último, es importante destacar que, en la publicación y presentaciones de esta investigación, su identificación no aparecerá asociada a ningún contenido en particular.

-Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizada y aprobada por la Universidad, serán enviados a su correo electrónico personal.

-Datos de contacto: Si quiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a el investigador responsable Ignacio A. Subiabre A.

Ignacio A. Subiabre A.
Teléfono: +56997176745
Dirección: Avenida Macul 2470, Macul, Santiago.
Correo Electrónico: ps.ignaciosubiabre@gmail.com

También puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Presidenta: Fabiola Maldonado
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfono: (56-2) 29772443
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,
.....
..., acepto participar en el estudio: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

(La X en la celda respectiva, es un acto equivalente a su firma)

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

No acepto participar en este estudio.

Correo electrónico para devolución de información:

.....

Firma Investigador Responsable _____

Psicólogo Ignacio A. Subiabre A.

Lugar y Fecha:

Este documento consta de cuatro páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte

ANEXO CUATRO: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO **EXPACIENTE**

CONDICIONES E INDICACIONES CLÍNICAS PARA LA FASE DE CIERRE PSICOTERAPÉUTICO EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”. Su objetivo es: Analizar los factores involucrados en el término de la psicoterapia para diseñar una propuesta de indicaciones para la fase de cierre de la psicoterapia Constructivista Cognitiva. Cabe destacar que usted ha sido seleccionado(a) porque reúne los criterios de inclusión necesarios para participar de dicho estudio, los cuales son: 1) Ser mayor de edad (18 años); 2) Haber finalizado un proceso psicoterapéutico bajo el modelo Constructivista Cognitivo; y 3) Que su proceso terapéutico haya terminado hace mínimo 3 meses y máximo 1 año a la fecha de su participación en este estudio.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información, sin embargo, usted puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes y estas le serán respondidas.

El investigador responsable de este estudio es Ignacio A. Subiabre A. Psicólogo, alumno del Programa de Magister en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile y tiene por profesor guía al Dr. Juan Yáñez Montecinos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

-Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista de tipo semi -estructurada, la cual implicará preguntas previamente formuladas en función de los objetivos de este estudio y la literatura previamente revisada, que pueden ajustarse a cada participante. La entrevista debe ser respondida desde su experiencia e impresión personal respecto al proceso de cierre psicoterapéutico bajo el alero del modelo Constructivista Cognitivo. Cada entrevista será realizada por el investigador principal. Esta tendrá una duración aproximada entre los 45 a 60 minutos, con la posibilidad de que usted sea citado(a) a una segunda entrevista, en caso de ser necesaria la profundización de algún contenido relevante para la presente investigación. Se abordarán temas referentes a: su experiencia personal frente al cierre de su psicoterapia, cuáles fueron sus impresiones y participación en la fase culmine del tratamiento y su observación sobre aspectos referentes a la conducción realizada por su psicoterapeuta.

Cabe destacar que la modalidad de esta investigación fue adaptada para ser ejecutada de forma remota, por lo que la entrevista será realizada en el día y hora que usted estime conveniente. Esta vía nos permite mantener el beneficio del distanciamiento físico debido al contexto sanitario actual, sin embargo, conlleva riesgos en relación a la ciberseguridad para

la mantención de información personal, por lo que la herramienta que provea la video llamada tendrá un encriptado de extremo a extremo y se hará envío del identificador y contraseña correspondiente de la llamada directamente al participante a través de su correo electrónico personal. La plataforma seleccionada para estos fines corresponde a Meet de Google, la cual ofrece un servicio audiovisual para el traspaso de información, siendo necesario clarificar que solo será audio grabada para su posterior transcripción y no se grabará, ni almacenará el registro visual para los efectos de este estudio, procediendo de forma inmediata a la destrucción del material visual para resguardar su identidad.

-Riesgo: La entrevista implica un riesgo mayor que el mínimo, ya que no se descarta la posibilidad de aparición de contenido personal sensible. En este caso, y si el entrevistado se siente sobrepasado(a), se detendrá la entrevista y será contenido(a) por el entrevistador principal de manera inmediata. Cabe destacar, que esta investigación cuenta con un protocolo de desestabilización emocional, y otro protocolo de derivación en caso de ser requerida. Además, se enfatiza que, si usted lo desea, cuenta con total y absoluta libertad de finalizar la entrevista sin necesidad de justificación o excusa alguna.

-Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información propicia y relevante para diseñar una propuesta de cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva.

-Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo considere necesario. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

-Confidencialidad: Todas sus respuestas serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. Además, al obtener los datos desprendidos de su entrevista, se registrará el tipo de participante (terapeuta o paciente), luego se etiquetarán inmediatamente con un código de identificación (por ejemplo, E1) y se procesarán de forma anónima, distorsionando datos como: nombre, edad, sexo, profesión u otro. Las entrevistas audio grabadas serán de utilización exclusiva del investigador responsable, siendo registradas y almacenadas en el computador personal de este, el que se encontrará en todo momento protegido por una clave de acceso de seguridad y todo el contenido en su interior encriptado para garantizar su absoluta protección, destacando que el material visual será destruido de forma inmediata una vez acabada la entrevista. Por otro lado, las transcripciones serán realizadas por el investigador responsable, utilizando códigos de identificación según se mencionó anteriormente (se reemplazarán también todos los nombres que mencione). Para su análisis, el material transcrito podría ser compartido en vivo con el profesor guía de esta investigación para contrastar nociones y favorecer la evaluación de la información con mayor amplitud, diversidad, imparcialidad y objetividad. Al terminar la contrastación de visiones, el profesor guía respectivo hará devolución del material al investigador principal y responsable. Una vez finalizada la investigación, las entrevistas audio grabadas serán destruidas en su totalidad y la base de datos transcritos se mantendrá encriptada en el ordenador personal del investigador

responsable por un periodo máximo de 5 años. Transcurrido esa cantidad de tiempo, todo el material será eliminado.

Por último, es importante destacar que, en la publicación y presentaciones de esta investigación, su identificación no aparecerá asociada a ningún contenido en particular.

-Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizada y aprobada por la Universidad, serán enviados a su correo electrónico personal.

-Datos de contacto: Si quiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a el investigador Ignacio A. Subiabre A. responsable de este estudio.

Ignacio A. Subiabre A.
Teléfono: +56997176745
Dirección: Avenida Macul 2470, Macul, Santiago.
Correo Electrónico: ps.ignaciosubiabre@gmail.com

También puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Presidenta: Fabiola Maldonado
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfono: (56-2) 29772443
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....
..., acepto participar en el estudio: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

(La X en la celda respectiva, es un acto equivalente a su firma)

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

No acepto participar en este estudio.

Correo electrónico para devolución de información:

.....

Firma Investigador Responsable _____

Psicólogo Ignacio A. Subiabre A.

Lugar y Fecha:

Este documento consta de cuatro páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte

ANEXO CINCO: PROTOCOLO DE ABORDAJE FRENTE A DESESTABILIZACIÓN EMOCIONAL

Este documento detalla consideraciones y acciones frente a posibles situaciones de desestabilización emocional experimentadas por los participantes durante la entrevista semi-estructurada de la investigación: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre Psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”, en su calidad de expacientes.

El propósito de este documento es contar con un lineamiento de acciones específicas para el abordaje de una desestabilización emocional que pueda emerger durante el proceso de entrevista. Si bien los contenidos por los cuales los participantes serán consultados aluden a: 1. Sus experiencias personales frente al cierre de su psicoterapia. 2. Cuáles fueron sus impresiones y participación en la fase culmine del tratamiento y, 3. Sus observaciones sobre aspectos referentes a la conducción realizada por su psicoterapeuta; No se puede descartar o dejar de considerar que algunos(a) de estos(a) puedan padecer un episodio de desestabilización emocional en el transcurso de la actividad. Es por esto, que a continuación, se describen las acciones a considerar:

1. Respuesta:

1.1 Frente a la pesquisa o indicación de un episodio de desestabilización emocional, se procederá de forma inmediata a detener el curso de la entrevista para así resguardar la integridad física y psíquica del entrevistado.

1.2 Una vez detenida la entrevista, el investigador responsable, quien también es un profesional de salud mental, ofrecerá apoyo inmediato, evaluando:

-Pensamientos (¿Dime qué pensamientos estas teniendo?)

-Emociones (Dime qué estas sintiendo ahora mismo)

-Acciones (¿Estás seguro de poder continuar con el proceso de entrevista?)

2. Revisión/Contención:

2.2 Si el participante se siente capaz de continuar, el entrevistador podrá reanudar la entrevista.

2.3 Si el participante no puede continuar, el entrevistador no reanudará la entrevista y ofrecerá un espacio de contención emocional, la cual consistirá en:

2.3.1 Escucha activa: El entrevistador deberá mantenerse disponible para atender y comprender aquello que está experimentando el entrevistado.

2.3.2 Respuestas empáticas: A fin de validar la experiencia ofrecida y no entrar en cuestionamientos o juicios *a-priori*; El entrevistador desplegará estrategias y/o técnicas como el refuerzo positivo, la paráfrasis, la ampliación, el asentimiento y el silencio.

2.3.3 Ejercicios de respiración para manejo de emociones: El entrevistador dispondrá de un set de ejercicios orientados a la disminución de síntomas asociados al estrés y otras emociones; Como, por ejemplo, la respiración profunda, la respiración diafragmática o abdominal y la respiración alterna.

3. Orientación y/o activación de protocolo de derivación:

- 3.1 Ante la persistencia de malestar subjetivo por parte del entrevistado, el entrevistador prestará orientación respecto a la posible necesidad de volver a contactar a su psicoterapeuta por los motivos que este considere relevantes y pertinentes; Enunciando: “Si usted considera pertinente retomar o reiniciar un proceso psicoterapéutico podría comunicarse con su terapeuta”
- 3.2 Frente a la posibilidad de que el entrevistado explicita no querer volver a retomar un proceso con su psicoterapeuta respectivo, se activara el protocolo de derivación (Anexo X) que extiende las prestaciones de proveedores de salud mental.

4. Seguimiento:

- 4.1 Si el/la participante da su consentimiento, se ejecutará una llamada de cortesía entre los próximos tres días.

ANEXO SEIS: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

El presente documento, explicita la extensión de proveedores de salud mental ante la emergencia que participantes del estudio: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre Psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”, requieran y soliciten asistencia psicológica durante el desarrollo de la entrevista semi - estructurada propia de esta investigación.

A continuación, se describe el procedimiento de derivación:

1. Ante la persistencia de malestar subjetivo por parte de él/la participante, el entrevistador prestará orientación respecto a la posible necesidad de volver a contactar a su psicoterapeuta por los motivos que este(a) considere relevantes y pertinentes; Enunciando: “Si usted considera pertinente retomar o reiniciar un proceso psicoterapéutico podría comunicarse con su terapeuta”
2. Frente a la posibilidad que él/la participante explicita no querer volver a retomar un tratamiento con su psicoterapeuta respectivo, el entrevistador brindara la posibilidad de extender los proveedores de salud mental; Señalando: “Si usted lo considera necesario, podemos gestionar asistencia psicológica con otro terapeuta (...) y así, usted, podría iniciar y/o retomar proceso psicoterapéutico en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs)”
3. En caso que él/la participante establezca la necesidad que requerir asistencia psicológica por un psicoterapeuta del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs), el entrevistador explicitara: “Le enviare a su correo personal un documento breve, el cual solicita sus datos de contacto personal. Este documento debe ser rellenado por usted con la información requerida y, ser devuelto al correo del entrevistador, quien también es el investigador responsable de esta investigación. El correo electrónico es: ps.ignaciosubiabre@gmail.com”.
4. Una vez el documento sea devuelto con la información solicitada, Se le debe indicar al participante: “Ahora yo realizare las gestiones para que su solicitud de derivación sea acogida por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile”
5. El entrevistador, realizara las gestiones ante el CAPs, para que la solicitud de derivación se ejecute en el corto plazo.
6. Una vez, la solicitud de derivación sea aceptada por la institución, se retomará contacto con él/la participante para informarle sobre el estado actual de la prestación de servicios de salud mental, comentándole: “Le quería informar, que la solicitud fue aprobada y que, en los próximos días, se comunicara con usted el terapeuta designado para coordinar e iniciar atenciones”.
7. Para finalizar el proceso de derivación, el investigador responsable de este estudio, corroborara que el profesional asignado por CAPs, se haya puesto en contacto con él/la participante a través de un correo electrónico dirigido a quien

solicito la prestación en el siguiente formato: “Asunto: Confirmación de Atención”, “Estimado(a), el motivo del presente, es para verificar que usted ha sido contactado(a) para coordinar e iniciar su atención, quedo atento a su respuesta. Saludos Cordiales”.

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN

NOMBRE:	
RUT:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:	
TELEFONO DE CONTACTO:	
CORREO ELECTRONICO:	

ANEXO SIETE: CARTA DE SOLICITUD INSTITUCIONAL

Estimada María Isabel Salinas:

Mi nombre es Ignacio Arturo Subiabre Aguilera, psicólogo y estudiante del programa de Magister en Psicología Clínica de Adulto, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El motivo de esta carta, responde a mi proyecto de investigación: “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre Psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”; El cual tiene como Profesor Guía al Doctor Juan Orlando Yáñez Montecinos.

El propósito de este estudio, es analizar las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre psicoterapéutico para diseñar una propuesta de cierre de la psicoterapia constructivista cognitiva. La investigación se enmarca en un diseño cualitativo, de alcance descriptivo – comprensivo, basado en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) y el muestreo seleccionado para estos fines corresponde a uno de expertos y no probabilístico intencional. Se realizarán 8 entrevistas de tipo semi – estructuradas a psicoterapeutas formados en el modelo (CC), y 7 entrevistas semi – estructuradas a expacientes que hayan culminado su tratamiento bajo el mismo lineamiento. Así, lograr ofrecer una revisión extendida sobre las nociones de lo que implica un cierre psicoterapéutico tras los marcos del CC, resaltando en las condiciones y aquellas indicaciones que deben ser contempladas por aquellos terapeutas que estén en posición de llevar a cabo la ejecución de dicha fase culmine.

Los pacientes serán contactados por sus respectivos psicoterapeutas en una primera instancia, a través de una carta de invitación, la cual propondrá la posibilidad de participar libremente de esta investigación, bajo ningún tipo de condicionalidad ni coerción, a fin de preservar la relación y alianza terapéutica junto con la confianza depositada en su tratante. Una vez confirmada la libre voluntad de participar, el investigador responsable se encargará personalmente de contactar y coordinar la entrevista en cuestión.

Cabe destacar, que los participantes de esta investigación, en calidad de pacientes, serán consultados por: 1. Su experiencia personal frente al cierre de su psicoterapia. 2. Cuáles fueron sus impresiones y participación en la fase culmine del tratamiento y 3. Su observación sobre aspectos referentes a la conducción realizada por su psicoterapeuta en la etapa final; Es por esto, que para resguardar todos los aspectos éticos por los cuales se rige esta investigación, se formularon protocolos de contacto, una carta de invitación para los pacientes, documentos de consentimientos informados diferenciados para los participantes, un protocolo de desestabilización emocional y un protocolo de derivación en caso de ser requerido

La entrevista será grabada en audio y posteriormente transcrita para su análisis, material que será usado únicamente por el investigador responsable. Asimismo, toda la

información será debidamente almacenada y resguardada en el ordenador personal de éste.

La entrevista implica un riesgo mayor que el mínimo, ya que no se descarta la posibilidad de una condición pre existente de sufrimiento o la aparición de contenido personal sensible. En este caso, y si el entrevistado se siente sobrepasado(a), se detendrá la entrevista y será contenido(a) por el entrevistador principal de manera inmediata. Cabe destacar, que esta investigación cuenta con un protocolo de desestabilización emocional, y otro protocolo de derivación en caso de ser requerido. Además, se enfatiza que, si él participante lo desea, cuenta con total y absoluta libertad de finalizar la entrevista sin necesidad de justificación o excusa alguna.

Si bien, el proyecto se encuentra aprobado por el Profesor Guía respectivo y los profesores informantes establecidos; El Comité de Ética, exige, para la realización del proceso metodológico, ofrecer y extender las prestaciones de proveedores de salud mental, frente a la posibilidad de una condición pre – existente de sufrimiento o la emergencia de contenido personal sensible que genere perturbación o malestar emocional en el caso de pacientes durante el proceso de entrevista que amerita este estudio.

Es importante señalar, que se privilegiará que el expaciente, retome atenciones o reinicie tratamiento psicológico con su terapeuta, en caso de que el mismo considere necesitarlo, y solo se solicitará derivación a CAPs para aquellos participantes que de forma explícita no quieran retomar o continuar con su tratante.

Es por esto, que le solicito a usted, como directora del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs), en conjunto con mi Profesor Guía, el Doctor Juan Orlando Yáñez Montecinos, aceptar mi solicitud de prestación de servicios de salud mental frente a situaciones de desestabilización emocional que puedan experimentar los participantes (en calidad de expacientes) de mi investigación para ser derivados a asistencia psicológica en el lineamiento constructivista cognitivo a la institución que usted encabeza.

Para brindar una autorización informada, por favor considere los siguientes puntos. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

1. Beneficios: La institución puede beneficiarse a través de una retroalimentación de tipo global sobre los resultados que arroje esta investigación, (una vez finalizada) bajo un formato de exposición oral (charla).
2. Conocimiento de los resultados: La institución tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizada y aprobada por la Universidad, serán enviados al correo electrónico que usted explicita como representante.

Ante cualquier pregunta, que usted considere necesaria realizar acorde a la investigación, se puede comunicar directamente con el investigador responsable de este estudio, mismo que redacta esta solicitud, Ignacio Arturo Subiabre Aguilera, quien estará disponible para responder sus dudas y/o consultas.

Teléfono de contacto personal: +569 97176745

Correo electrónico personal: ps.ignaciosubiabre@gmail.com

Profesor Guía respectivo, Dr. Juan Orlando Yáñez Montecinos

Correo electrónico: yañez.montecinos@gmail.com

Presidenta Comité Ética de la Investigación Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Fabiola Maldonado

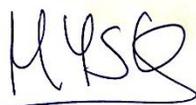
Teléfono: (56-2) 29772443

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

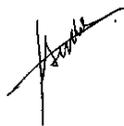
APARTADO DE FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

Yo Prof^{ra}. María Isabel Salinas, directora del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs), acepto la solicitud del investigador responsable de este estudio para los fines anteriormente señalados; y que este documento sea presentado ante el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, la invitación y mi contribución como institución en esta investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.



Firma Director(a) del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile



Firma Investigador Responsable

Lugar y Fecha: Santiago de Chile, 20 de mayo 2021

Correo electrónico para la devolución de información: direccioncaps@facso.cl

Este documento consta de tres páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte

ANEXO OCHO: CARTA DE COMPROMISO COLABORACIÓN

Yo, Prof^a. María Isabel Salinas, directora del Centro de Atención Psicológica (CAPs) dependiente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, señalo conocer el proyecto de investigación de Ignacio Arturo Subiabre Aguilera, psicólogo y estudiante del programa de Magister en Psicología Clínica de Adulto, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

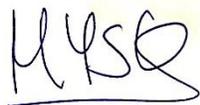
El proyecto se denomina “Condiciones e Indicaciones Clínicas para la Fase de Cierre Psicoterapéutico en el modelo Constructivista Cognitivo”; El cual tiene como Profesor Guía al Doctor Juan Orlando Yáñez Montecinos.

El propósito del estudio, es analizar las condiciones e indicaciones clínicas de la fase de cierre. Se realizarán 8 entrevistas de tipo semi – estructuradas a psicoterapeutas formados en el modelo y 7 entrevistas semi – estructuradas a expacientes que hayan culminado su tratamiento bajo el mismo lineamiento.

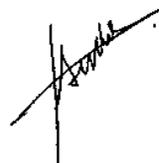
Dado que se realizarán entrevistas, no es posible descartar la posibilidad de aparición de contenido personal sensible, lo que puede generar perturbación o malestar emocional en los expacientes.

En ese escenario se privilegiará que el expaciente, retome atenciones o reinicie tratamiento psicológico con su terapeuta, en caso de que el mismo considere requerirlo. No obstante, lo anterior, el investigador considera necesario resguardar aquellos aspectos para los participantes que de forma explícita no quieran retomar o continuar con su tratante. Por esa razón se solicita la colaboración del Centro de Psicología Aplicada CAPs para asegurar la atención en caso de que fuera requerida

El CAPs compromete la prestación de servicios de salud mental frente a situaciones de desestabilización emocional que puedan experimentar los participantes (en calidad de expacientes) de la investigación para ser derivados a asistencia psicológica en el lineamiento constructivista cognitivo del Centro



Dra. María Isabel Salinas
Directora
Centro de Atención Psicológica



Ps. Ignacio Arturo Subiabre Aguilera
Investigador responsable

ANEXO NUEVE: GUIÓN DE ENTREVISTA PSICOTERAPEUTA

1. ¿Qué comprende usted por el concepto de fase de cierre psicoterapéutico?
2. ¿En qué momento abre usted la posibilidad de culminar la psicoterapia con el paciente?
3. ¿Cuál es su actitud frente al paciente al momento de exponer el cierre de la psicoterapia?
¿Cómo se lo explicita?
4. ¿Cuál es nivel de participación del propio paciente en lo que respecta a su proceso de cierre psicoterapéutico?
5. ¿Cuáles serían las condiciones (razones/ motivaciones/ factores) que usted considera necesarias que estén presentes para comenzar a pensar en cerrar la psicoterapia?
6. Una vez conversado el tema de finalizar la psicoterapia ¿Cuántas sesiones ha requerido para cerrar la psicoterapia?
7. ¿Cuáles son las técnicas que utiliza en la fase final de la psicoterapia? ¿Podría describirme que hace usted?
8. ¿Ha presentado problemáticas durante la fase de cierre de la psicoterapia? ¿Podría describirme cuales son estas?
9. ¿Considera relevante mencionar o comentar algún aspecto sobre el fenómeno de cierre psicoterapéutico, que no haya sido consultado de forma explícita en esta entrevista?

ANEXO DIEZ: GUIÓN DE ENTREVISTA EXPACIENTE

1. ¿Cómo reacciono usted una vez que su terapeuta le planteara el tema de terminar la psicoterapia? ¿Qué sintió?, ¿Qué pensó? y ¿Qué hizo su terapeuta frente a eso?
2. ¿Qué le hizo pensar o sentir a usted que estaba preparado para terminar su proceso psicoterapéutico?
3. ¿Como recuerda usted la última sesión de su psicoterapia? ¿Qué hizo con su terapeuta? ¿Hay algo que le haya llamado la atención?
4. ¿Usted tiene claridad de los motivos/razones por los cuales se decidió terminar su psicoterapia? Si es así, ¿podría comentármelos?
5. En su experiencia personal, ¿Cuál es su apreciación respecto a los beneficios obtenidos de su proceso psicoterapéutico?
6. ¿Usted ha pensado en volver a iniciar una psicoterapia? y si es así ¿Por qué?
7. ¿Considera relevante mencionar o comentar algún aspecto sobre el proceso de cierre de su psicoterapia, que no haya sido consultado de forma explícita en esta entrevista?