



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EXPERIENCIA DE TERAPEUTAS HUMANISTAS
EXPERIENCIALES AL ATENDER A UN CONSULTANTE
CON PROCESAMIENTO FRÁGIL

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORAS: Camila Francisca Aranguiz Bustamante
Katharine Del Pilar Castro Atenas
Jazmina Montserrat Meza Reyes
Valentina Edith Palma Paredes

PROFESOR GUÍA: Rocío Cerda Lobos
Grado Académico: Psicóloga, Magíster en
Psicología, Mención Clínica Adultos

Santiago, Chile

2018

RESUMEN

El terapeuta es un sujeto independiente más allá de su rol psicoterapéutico ya que, no solo ayuda y entrega herramientas, sino que, al estar implicado en la terapia, también recibe de los consultantes elementos que pueden causar algún impacto en su rol como terapeuta, así como en su persona fuera de terapia. Así, la presente investigación se centra en la relevancia de la variable del terapeuta en las áreas cognitiva, corporal, emocional y en sus relaciones interpersonales, en el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos en relación a consultantes con procesamiento frágil.

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó un diseño de investigación cualitativo, de carácter exploratorio-descriptivo. La información se recolectó mediante entrevistas semi-estructuradas realizadas a 8 psicólogos humanistas experienciales, las que fueron transcritas y codificadas para su posterior análisis, en donde emergieron tres categorías principales: procesamiento frágil, características del proceso psicoterapéutico con estos consultantes e impacto en la persona del terapeuta al atender procesamiento frágil.

Lo anterior permitió obtener resultados claros con respecto a los efectos que puede generar en la vida personal y profesional el trabajo con consultantes con procesamiento frágil, lo cual resulta relevante para la psicología experiencial, dada la poca información que existe en este campo.

Palabras clave: Experiencia, experiencing, persona del terapeuta, procesamiento frágil.

ABSTRACT

The present investigation focuses on the experience of experiential humanist therapists in dealing with a consultant with fragile processing, emphasizing the interest for the therapist's person considering the cognitive, emotional, corporal and personal relationships of the therapist, understanding that the therapist is an independent subject beyond his psychotherapeutic role since, not only helps and delivers tools, but also being involved in therapy also receives from the consultants elements that may cause some impact on his role as a therapist, as well as in his person out of therapy.

So for the development of the research, semi-structured interviews were used to 8 humanistic experiential psychologists, which were transcribed and coded for further analysis, where three main categories emerged: fragile processing, characteristics of the psychotherapeutic process with These consultants and impact on the person of the therapist when dealing with fragile processing.

This was done through a qualitative, exploratory-descriptive research design, which allowed obtaining clear results regarding the effects that can be generated in personal and professional life by working with consultants with fragile processing, which results relevant to experiential psychology, given the little information that exists in this field.

Keywords: Experience, experiencing, therapist person, fragile processing.

DEDICATORIA

A mi madre porque a pesar de nuestras grandes diferencias siempre estuvo ahí para apoyarme de una forma u otra, porque en los momentos de mayor crisis y cuando sentía que todo se venía abajo ella estaba ahí para mostrarme que no todo es tan terrible y que siempre hay más opciones en la vida. Gracias infinitas a ella quien ha sido padre y madre, por ser una de las mujeres más fuertes y valientes que he conocido en mis 23 años de vida, por enseñarme que sin importar cuantas dificultades te ponga la vida en el camino siempre se puede salir adelante si lo deseas y te esfuerzas lo necesario, porque no debes dejar nunca que nadie arrebatte tus sueños porque solo son tuyos, y sin importar lo que el mundo diga solo tú conoces que clase de personas eres y quieres llegar a ser realmente.

A mi abuela Nancy por ser mi segunda madre, ella la que enseñó sobre el amor incondicional, la bondad y amabilidad en su forma más bella y pura. No sería la persona que soy hoy en día si no fuera por su influencia, porque me enseñó que no importa cuántos golpes recibas en tu vida, ni las lágrimas que llores en silencio, nada puede arrebatte el amor que sientes y entregas a los demás. Gracias por siempre estar ahí para darme su amor y recibirme con una sonrisa de afecto y un abrazo lleno de calidez, porque en mi corazón es mi madre y la llevare conmigo en la eternidad de mi existencia.

Finalmente, a mis amigos que siempre han estado ahí para escucharme y darme palabras de aliento, porque siempre han sido un pilar fundamental para mi crecimiento, gracias a todos por siempre iluminar esos días que son más oscuros.

- “¿Me podrías indicar, por favor, hacia dónde tengo que ir desde aquí?”.
- “Eso depende de a dónde quieras llegar”, contestó el Gato.
- “A mí no me importa demasiado a dónde...”, empezó a explicar Alicia.
- “En ese caso, da igual hacia dónde vayas”, interrumpió el Gato.
- “...siempre que llegue a alguna parte”, terminó Alicia a modo de explicación.
- “¡Oh! Siempre llegarás a alguna parte”, dijo el Gato, “si caminas lo bastante”.
A Alicia le pareció que esto era innegable, de forma que intentó preguntarle algo más: “¿Qué clase de gente vive por estos parajes?”.
- “Por ahí”, contestó el Gato volviendo una

pata hacia su derecha, “vive un sombrerero; y por allá”, continuó volviendo la otra pata, “vive una liebre de marzo. Visita al que te plazca: ambos están igual de locos”.
- “Pero es que a mí no me gusta estar entre locos”, observó Alicia.
- “Eso sí que no lo puedes evitar”, repuso el gato; “todos estamos locos por aquí. Yo estoy loco; tú también lo estás”.
- “Y ¿cómo sabes tú si yo estoy loca?” le preguntó Alicia.
- “Has de estarlo a la fuerza”, le contestó el Gato; “de lo contrario no habrías venido aquí”.

Alicia en el país de las maravilla

Camila Aranguiz Bustamante

Quisiera agradecer en una primera instancia a la vida por permitirme haber realizado esta tesis donde he aprendido mucho para mi vida profesional y personal, ha sido una gran experiencia.

Fue un camino largo, sin embargo, mis hijas, Belén y Maite fueron la fuerza y la luz que me guiaba día a día en cada paso que daba, gracias por su inmenso amor.

También agradezco a mi familia, mis padres y mis hermanos, que me acompañaron siempre en cada instancia, gracias por su apoyo incondicional y amor. Sin su ayuda nada de esto hubiera sido posible.

A mis amigas, gracias por su compañía, sostén y comprensión, sus palabras siempre me llenaron de confianza.

Finalmente agradezco a esas personas especiales que fueron apareciendo en mi vida, que me entregaron aliento cuando más lo necesitaba, y que con sus conversas me ayudaron a confiar en mí, en mis capacidades y talentos, muchas gracias a todos por siempre estar y por creer en mí.

Katharine Castro Atenas

A mi familia, por su paciencia y apoyo incondicional.

Jazmina Meza Reyes

A mis padres, quienes han sido mi pilar en todos estos años y que durante este proceso de tesis han sido quienes han soportado todos mis enojos y frustraciones, y que cuando estaba cansada, siempre encontraban la manera de animarme y mantenerme en el camino, y es que ellos han sido mi apoyo incondicional durante todo mi proceso y por eso les agradezco.

Valentina Palma Paredes

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	ii
Dedicatorias.....	iv
Tabla de contenido.....	vi
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Justificación.....	4
1.2 Relevancia.....	5
3.1.1 Teórica.....	5
3.1.2 Práctica.....	6
2. Pregunta y objetivos.....	9
3. Marco Teórico.....	10
3.2 Psicología Humanista.....	10
3.3 Teoría Experiencial.....	10
3.3.1 Concepto de Experiencing.....	13
3.3.2 Sensación sentida (felt- sense)	15
3.3.3 Teoría de la personalidad.....	16
3.3.3.1 El proceso de cambio desde la perspectiva experiencial.....	18
3.3.3.2 Consultantes con procesos frágiles.....	22
3.3.3.3 Autopropulsión.....	24

3.4 El terapeuta y el consultante en psicoterapia experiencial.....	25
3.5 La persona del terapeuta.....	28
3.5.1 Experiencia del terapeuta.....	31
3.5.1.1 Experiencia del terapeuta en lo emocional.....	33
3.5.1.2 Experiencia del terapeuta en lo cognitivo.....	35
3.5.1.3 Experiencia del terapeuta en lo corporal.....	38
3.5.1.4 Experiencia del terapeuta en lo relacional (relaciones personales).....	40
4. Marco Metodológico.....	41
4.1 Enfoque metodológico.....	41
4.2 Tipo de estudio.....	42
4.3 Población y tamaño muestral.....	44
4.4 Técnicas de recolección de información.....	45
4.5 Plan de análisis.....	46
4.6 Resguardos éticos.....	48
5. Resultados.....	49
6. Discusión.....	80
7. Conclusiones.....	90
8. Referencias Bibliográficas.....	97
9. Anexos.....	114
9.1 Anexo 1.....	114
9.2 Anexo 2.....	115
9.3 Anexo 3.....	117

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación en psicoterapia se ha desarrollado desde hace varios años, siendo Eysenck en el año 1952 quien marcaría el comienzo de estos estudios (Krause, 2005), los cuales han ido complejizando y delimitando más sus fenómenos de investigación. Fernández (2017) presenta el énfasis cada vez mayor que comienza a tener la metodología cualitativa en temas como el resultado de la terapia, los procesos de cambio, la evaluación del proceso terapéutico, la relación consultante-terapeuta, el terapeuta, junto a la información y comunicación en los tratamientos clínicos.

Precisamente, el interés por la persona del terapeuta ha sido un tema que se ha ido intensificando a lo largo de los años, el que se manifiesta con gran importancia en estudios de variables en psicología clínica y en psicoterapia (Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irabarra y Müller, 2008). Sin embargo, pareciera que aún se les da mayor importancia a los consultantes y/o a los procesos terapéuticos, y se va dejando de lado al terapeuta, generando un vacío en la investigación en psicoterapia (Szmulewicz, 2013).

De hecho, en el año 2011 se llevó a cabo un estudio realizado por Riffo, el cual revisaba las temáticas más investigadas en psicología clínica en Chile, Latinoamérica y España entre los años 2004 y 2010, dando como resultado que las más investigadas eran la psicopatología, la psicoterapia y la evaluación psicológica, en tanto la variable menos

estudiada era la persona del terapeuta (Moncada, Guerra, Concha y Carvajal, 2014). Asimismo, en el contexto nacional, en el año 2014 se realizó un estudio respecto a la investigación de la persona del terapeuta en cuatro revistas chilenas importantes, obteniendo como resultado la existencia de solo 16 artículos empíricos referidos a la persona y variable del terapeuta, lo cual corresponde al 1,9% de artículos publicados por dichas revistas entre los años 2003 a 2011 (Moncada, Guerra, Concha y Carvajal, 2014). Por lo que, si bien existen estudios sobre la problemática, estos son pocos en el idioma español, existiendo mayoritariamente en inglés, generando un vacío en la investigación hispana, además de que las investigaciones en el campo de la psicología humanista en general, son escasas.

En virtud de lo señalado, desde la psicología humanista se ha explorado el interés por el terapeuta, en el cual el concepto “persona del terapeuta” es un asunto explicado por las características, actitudes y motivaciones que posee el psicólogo. Las investigaciones sobre la persona del terapeuta apuntan en su mayoría al estilo y otras características que posea el psicólogo, mientras que se han dejado de lado los procesos vivenciados por ellos (Orlinsky, 2009), a pesar de que Beutler (1995), demostró que la persona del psicólogo, entendida como las características y vivencias de éste, influye ocho veces más que la orientación teórica, y/o el uso de técnicas específicas que posea (Chazenbalk, Mammi, Nachman, Perera, Reizes, Arcuschin, y Álvarez, 2004). Tal es la influencia del terapeuta que inclusive se puede advertir en las investigaciones realizadas por Orlinsky, Grawe y Parks (1994), donde en un 66% de los casos examinados, el éxito de la terapia está

fuertemente asociado al vínculo terapéutico, y que la colaboración del terapeuta al vínculo se relaciona con el éxito de la terapia en un 53%.

Precisamente el campo de investigación de la psicoterapia experiencial ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años (Elliot, 2009). En el contexto nacional encontramos las investigaciones elaboradas por Lara (2013) y Concha (2015) en lo relativo a la persona del terapeuta desde una mirada bajo el modelo experiencial, en las que se da cuenta lo importante que son los estudios sobre el terapeuta, ya que el sí mismo de éste ocupa un lugar fundamental en los procesos psicoterapéuticos.

Como menciona Minuchin (2016), el trabajo del terapeuta comprende un permanente contacto con las emociones de los consultantes, por lo cual, el terapeuta es de gran importancia durante el proceso terapéutico, porque si bien no es el que inicia el proceso, sí se posiciona en un rol de facilitador en el cual dialoga con el consultante. Es durante este proceso en que su personalidad se ve interpelada, debido a que hay factores que entran en conflicto, muchos de los cuales son personales, es decir, no sólo intervienen factores personales objetivos que se relacionan con la habilidad o destrezas terapéuticas, el conocimiento y la experiencia, sino que también intervienen los factores personales subjetivos, en los que se encuentra la historia personal y las motivaciones (Corveleyn, 1998).

Del mismo modo, se evidencia que uno de los problemas en la práctica de profesiones vinculadas a la salud mental, específicamente en el ámbito de la psicología, vendría a ser la ubicación del psicólogo clínico en el rol profesional que le corresponde, ya que la práctica de la terapia repercute en la vida y el quehacer del psicólogo al estar incorporado de forma íntima en la vida de los consultantes (White, 2002). Lo anterior se observa en la relación del terapeuta con el mundo, en los significados que le atribuye a su sí mismo, a su trabajo, a su vida y en cómo se refiere a su identidad personal. Inclusive, las experiencias significativas de su quehacer pueden modificar el quién es y aquello que lo compone (White, 2002).

Desde el interés que se ha desarrollado en la persona del terapeuta, se despliegan interrogantes en cuanto a las problemáticas que surgen en relación a consultantes con procesamiento frágil, así como al enojo y la agresión, además de problemas de salud en relación a estas emociones, entre otros; antecedentes que proveen datos en relación al autocuidado y el efecto que puede causar en quienes trabajan con problemas emocionales (Cárcamo & Moncada, 2010; Moncada, 2011). Motivo por el cual esta investigación se enfoca en los terapeutas que trabajan con consultantes con procesamiento frágil, los cuales son desde la psicología humanista experiencial los que suponen un mayor reto.

Cuando se habla de procesamiento frágil, se hace referencia a un estilo más bien débil, es decir, tienden a tener dificultad en el momento de empezar o de detener sus propias experiencias las cuales son personalmente significativas o a las cuales se encuentran

emocionalmente conectadas (Warner, 1991). Es por lo anterior que, con frecuencia los terapeutas encuentran complejo comprender las experiencias de estos consultantes, además de sentirse frustrados por sus esfuerzos en el proceso psicoterapéutico (Warner, 1991).

Si bien todos los consultantes generan un cambio en el terapeuta, se considera a nivel de utilidad investigativa, que con los consultantes con procesamiento frágil se puede dar cuenta de un impacto más visible en el terapeuta que con los otros consultantes, ya que a menudo presenta dificultades para la focalización de su propia experiencia, debido a que suelen tener problemas en la regulación con respecto a la intensidad del experimentar y el poder sostenerlo en su atención, lo que genera que se le presenten dificultades para permanecer en contacto con él (Vanaerschot, 2004). Por eso es que tienden a requerir de un trabajo terapéutico más complejo, en donde el terapeuta no puede hacer uso de las habituales sugerencias del focusing, puesto que, a diferencia de los otros consultantes, con estos sujetos se debe trabajar de forma gradual, velando por la paz interior del sujeto (Depestele, 2012).

Se ha considerado importante investigar este fenómeno desde la perspectiva del terapeuta debido a que, en el contexto nacional, se encontró que en Chile entre los años 1990 y 1999 seis revistas que son un referente para psicólogos y psiquiatras, contenían 216 artículos, de los cuales 28 corresponden al terapeuta y al consultante, y solo 11 de ellos eran publicaciones sobre los terapeutas (Moncada, 2007). Siendo importante la visión del

terapeuta porque él es parte fundamental también del proceso psicoterapéutico, su visión puede dar luces de fenómenos no estudiados o poco investigados, y es que a partir de la resignificación que los consultantes van generando a lo largo de la terapia, se podrían producir cambios simbólicos significativos en los terapeutas tanto en ámbito profesional y personal, ya que las experiencias importantes de su labor pueden alterar el quién es y qué le es constitutivo. Los terapeutas son capaces de sostener y alentar, al mismo tiempo, la tarea terapéutica (White, 2002), por lo que es necesario que se tenga una preocupación respecto a la organización de su mundo interno, su historia y el contexto durante el cual se desarrolla el proceso de terapia, permitiendo que las dificultades a las que se vean enfrentados se puedan transformar en recursos, para la terapia actual o futuras, por lo tanto, no se debe olvidar que, de acuerdo con Szmulewicz (2013), el terapeuta no se caracteriza por ser alguien neutral que sea apto para percibir de forma correcta a otra persona y lo acoja de una manera íntegra. Por el contrario, el terapeuta se presenta en el proceso psicoterapéutico sin dejar de lado sus sentimientos, percepciones, pensamientos, y además, su biografía, la cual revelan su propia persona continuamente frente al consultante y que, a su vez, tiene como consecuencia la implicancia en relación al consultante, la cual transforma no sólo la realidad de éste, sino que también la propia realidad del terapeuta.

Con esta investigación se pretende generar un aporte importante con respecto a la persona del terapeuta, en relación a su experiencia personal trabajando con consultantes que representan un alto grado de dificultad, mediante relatos de los propios terapeutas. Se busca proporcionar nueva información de un espacio interpersonal al cual se le habría

prestado poca atención, lo cual pueda ayudar en el desarrollo de los psicólogos, y a su vez sirva como sustento teórico que enriquezca el conocimiento existente en el campo de la psicología, especialmente en la psicología humanista experiencial.

Por consiguiente, el estudiar cuál es la experiencia de los terapeutas podría ayudar a las prácticas de la clínica, ya que permitiría poder generar una descripción con respecto al fenómeno que vivencia el psicólogo y se lograría definir el fenómeno intersubjetivo que se produce entre psicólogo y consultante, el cual se va desarrollando entre sesión y sesión, pudiendo así observar el impacto que éste genera, es decir, qué tipo de perturbaciones se pueden dar y cómo estas incluso pueden llegar a afectar el desempeño del psicólogo. Con este conocimiento se podría generar una invitación para desarrollar posibles acciones teórico-prácticas, que se tengan en consideración a la hora de estructurar mallas curriculares, o incluso en el proceso de desarrollo de las habilidades y destrezas que permitan la correcta formación de una autorrealización como psicólogo, influyendo en la creación de un mejor espacio para la supervisión y formación de las prácticas, así como también para poder contribuir al enriquecimiento con respecto a la modalidad de las técnicas usadas en la intervención, siendo beneficioso tanto para los consultantes como para los terapeutas.

Por lo tanto, se podría pensar que el terapeuta al estar también implicado en el proceso terapéutico, su visión y la forma en que concibe aquellas experiencias con consultantes

con procesamiento frágil, influirá en el proceso de la terapia, en sus técnicas, así como en la relación terapéutica que se desarrolle con el propio consultante.

Dicho lo anterior, la presente investigación se enfocará en el campo de la psicología clínica, con la finalidad de dar a conocer las experiencias del terapeuta humanista experiencial al atender a un consultante con procesamiento frágil, en la Región Metropolitana. Al indagar lo que le sucede y experimenta el terapeuta, se encontrará una nueva mirada sobre este proceso tan relevante para el quehacer del psicólogo en psicoterapia. De esta forma, se espera contribuir con conocimiento que podría beneficiar al campo de la psicología humanista experiencial.

PREGUNTA Y OBJETIVOS

¿Cómo es la experiencia de atender a un consultante con procesamiento frágil, en terapeutas humanistas experienciales pertenecientes al Sector Oriente, en la Región Metropolitana?

Objetivo general: Analizar la experiencia de atender a un consultante con procesamiento frágil, en terapeutas humanistas experienciales pertenecientes al Sector Oriente, en la Región Metropolitana, durante el año 2018.

Objetivos específicos:

- Comprender la experiencia emocional de terapeutas humanistas experienciales al trabajar con un consultante con procesamiento frágil.
- Conocer la experiencia cognitiva de terapeutas humanistas experienciales al trabajar con un consultante con procesamiento frágil.
- Describir la experiencia corporal de terapeutas humanistas experienciales al trabajar con un consultante con procesamiento frágil.
- Conocer la experiencia del terapeuta en sus relaciones interpersonales a partir del trabajo como clínico con un consultante con procesamiento frágil.

MARCO TEÓRICO

1. Psicología Humanista

La psicología humanista parte en contrarespuesta al conductismo y psicoanálisis en la década del '60, con una visión holística del ser humano, como aquel que es más que la suma de sus partes, además de ser consciente y poseer capacidad de elección, en donde lo central pasa a ser la dimensión subjetiva, es decir, la experiencia interna (Riveros, 2014).

De acuerdo con esta dicotomía, tanto el psicoanálisis como el conductismo tendrían una visión pasiva y reduccionista del sujeto, propia de la tradición lockeana. Ambos serían deterministas, con respecto a abandonar al ser humano en cuanto a estímulos internos (pulsiones) o externos (medio-ambiente) dejando poco o ningún lugar para la espontaneidad, creatividad y responsabilidad (Villegas, 1986). El rechazo a esta visión sería, de acuerdo con Berlyne (1981), casi el único punto en común en que coincidirían todos los humanistas. Es así que, dentro del paradigma humanista comienzan a desarrollarse nuevas corrientes humanistas como la Gestalt, Corporal, Rogeriana, Existencial, entre muchas otras.

2. Teoría Experiencial

Algunos precursores a lo largo de la historia siempre le han dado importancia a la corporalidad, así en la década de 1970 el cuerpo logra posicionarse en la psicoterapia y

cobra real importancia en el desarrollo de ésta. Una vez que el cuerpo tiene un lugar importante en la psicología, pasa a ser fundamental en la psicoterapia experiencial y el focusing (Alemany, 2007).

La teoría experiencial, fue fundada por Eugene Gendlin, luego de unirse al equipo de Carl Rogers en 1953 en Viena (Rivero, 2014). Esta teoría nace de la corriente existencial, la fenomenología y de aportes de Carl Rogers, siendo este último de quien Gendlin aprende y rescata la idea de que los procesos más profundos se originan desde el interior de los individuos, no obstante, se centra en cómo funciona este proceso en las personas y no en definir dicho proceso, como mencionaba Rogers.

Asimismo, lo esencial para Gendlin no va a ser la orientación del terapeuta, sino más bien, desde dónde el consultante responde, desde qué lugar crea la historia, si toca sentimientos o no y qué sensaciones corporales presenta (Wolfenson, 2015), ya que con respecto a esto último, las sensaciones corporales representan “una especie de conciencia corporal que influye profundamente en nuestras vidas y que puede usarse como instrumento para ayudarnos a alcanzar metas personales” (Gendlin, 1983, p. 46), sin embargo, no se le ha prestado la atención que requiere.

Siguiendo lo anterior, Gendlin (1983), desarrolla su trabajo mediante la premisa de por qué algunas experiencias terminan siendo significativas y otras no:

“Nosotros reaccionamos en formas acostumbradas, volviendo a empaquetar nuestras experiencias en los mismos viejos conceptos, cuando lo que necesitamos es dejar que algo más amplio entre. Si el ejercitante permanece con la sensación corporal de la constelación cambiante, el lenguaje nuevo y las nuevas metáforas, apropiadas al nuevo y fresco entender, surgirán al fin” (Gendlin, 1983, p. 16).

Es decir, esta sabiduría corporal, refiere a una capacidad que desarrolla la persona en el proceso de las experiencias y los símbolos que se generan, el cual va dando un significado, un sentido a las vivencias ocurridas por la persona, en este caso, por el terapeuta, logrando así una experiencia significativa.

Para Eugene Gendlin, cada persona se desarrolla y se transforma en el día a día, en este sentido, “la persona es existencia y en su devenir puede vivir abierto a las alternativas que la vida le confiere” (Barceló, 2008, p. 417). Para llevar a cabo esto, encuentra su inspiración en los postulados de la fenomenología y el existencialismo. La experiencia de cada individuo, no sólo está compuesta por el repertorio de recuerdos de acontecimientos pasados, sino que, además, nos reconocemos a nosotros mismos por medio de la historia y los demás, es decir, por medio de las interacciones y las vivencias en el aquí y ahora. Por lo que se puede hablar significativamente de aquello que ya hemos experimentado de algún modo, dando a entender que ya se ha formado algún tipo de representación ideacional (Barceló, 2015). Es por esto que el terapeuta desarrolla representaciones con respecto a las vivencias que tiene con el consultante, pudiendo así reconocerse a sí mismo, generando también esto en el consultante, mediante las experiencias que van construyendo.

La existencia para Gendlin es preconceptual e internamente diferenciable, por lo que la persona experimenta sucesos que no se asemejan a conceptos, ni estructuras, menos a definiciones de ningún tipo. Por lo que la experiencia nunca será igual a la contada con palabras. Sin embargo, existe la oportunidad de crear desde un fragmento de la experiencia diversos significados, lo que la caracteriza por ser internamente diferenciable. Articula de esta manera el concepto clave para su concepción filosófica, el “experiencing” (Barceló, 2008).

Asimismo, comparte la idea de que el individuo es un ser en el mundo en el cual todo es interacción. “Para Gendlin lo que sentimos en cualquier momento siempre es interaccional. La experiencia no es subjetiva ni intrafísica, sino interaccional y ocurre en el presente” (Barceló, 2008, p.427). Nuestras interacciones son constantes, y nos afectan mediante sensaciones corporalmente sentidas, caracterizadas con diversos significados sentidos de manera corporal, lo que nos otorga una relación experiencial diferente a la del otro, logrando así que el individuo experimente una vivencia única en relación a sus interacciones ocurridas en el aquí y ahora.

2.1 Concepto de Experiencing:

El experiencing viene a precisar la experiencia según Gendlin, la cual va más allá de un repertorio de recuerdos, de sucesos a lo largo de nuestra vida; sostiene toda nuestra existencia. Nuestra experiencia nos permite reconocernos en relación a la historia, el

mundo y los demás individuos. Por este motivo, es de suma importancia indagar la experiencia, ya que, a partir de su análisis y posterior reflexión, se explorará la subjetividad humana y se lograría comprender de una manera más profunda.

En el día a día, estamos inmersos a un sin fin de fenómenos que nos afectan por medio de estímulos, los cuales inciden de manera distinta, produciendo material para la experiencia, en modo de sensaciones que pueden ser significadas. Es decir, la experiencia es diferente en cada persona, aunque el estímulo sea similar afectará de forma distinta en cada individuo (Barceló, 2015).

Por otro lado, es relevante la pregunta sobre cómo se puede reconstruir de sentido la experiencia propia, por lo que Gendlin postula que se debe explorar la subjetividad y adentrarse al concepto de experiencia, para así obtener una comprensión nueva. “El experiencing se experimenta como vivencia corporal, se va construyendo a partir de sensaciones físicamente sentidas que van encadenando un continuum temporal” (Barceló, 2015, p. 8). Nuestro cuerpo logra registrar las experiencias a través de las sensaciones, sin embargo, no las guarda en contenidos.

El experiencing es un proceso de interacción que es permanente, ocurre entre los sentimientos personales, corporales, los símbolos propios y/o los del ambiente interactuante, por lo cual, se puede decir que nace de la interacción entre el individuo y su entorno. En otras palabras, primero es sentido interiormente, luego puede ser pensado o verbalizado, y tiene un funcionamiento implícito en cada individuo.

2.2 Sensación Sentida (Felt-Sense):

“El cuerpo vive la experiencia por medio de una sensación sentida (felt-sense) que es prelógica pero que implícitamente contiene un significado” (Barceló, 2008, p. 426). Esta sensación es experimentada como una manifestación del experiencing concreta y corporal, es decir, “es una sensación corporal que lleva implícito un determinado significado” (Gendlin, 1982, p. 26). Es sentida en el centro de nuestro cuerpo, puede ser en el pecho, la garganta, las vísceras, u otro lugar específico. Primeramente, esto aparece como algo confuso, no es algo que lo veamos o sintamos con claridad. Debemos dejarlo aparecer, es una experiencia compleja que nace de una sola sensación e implica un todo muy complejo (Barceló, 2008).

El felt-sense se sitúa en la zona limítrofe existente entre lo consciente y lo inconsciente, es una sensación corporal especial e interna, además de ser una sensación sentida respecto a algún aspecto que afecta nuestra existencia en un contexto, es una sensación física con complejidad implícita, la cual tiene un significado (Barceló, 2015).

En Alemany (2006), se explica que a través de la sensación sentida se accede a la profundidad del mundo interno y se produce el proceso de cambio, donde se encuentran significados nuevos, propios de cada persona a través de una correcta simbolización de la experiencia. El terapeuta debe ayudar al consultante a que se conecte con habitualidad con

todo su organismo, escuchando la sabiduría de su cuerpo, y no solo la mente. Cada cuerpo siempre está en interacción con el ambiente, y contextualiza lo que siente desde ese lugar. Por lo que el cambio no es mental, o solo mental, sino más bien es corporal y se da en el cuerpo por medio de una sensación física. “Pero también tendremos que decir que, si el cambio en principio es corporal, no es «solo corporal», porque poco a poco se van a dar también cambios en los aspectos cognitivos, perceptivos y emocionales” (Alemany, 2006, p.520).

En relación a la búsqueda de cambio, Gendlin explica que lo central está en valorar el proceso que nos lleva a él, hay que dejar el apuro y disfrutar este proceso de sí mismo, el aprendizaje de caminar junto a las experiencias y la sensación sentida, pues bien, el enfoque corporal va a fortalecer en el consultante el focalizar, ayudándolo a conectar con su experiencia, para permitir que el mundo interno pueda emerger y expresar.

2.3 Teoría de la Personalidad (Gendlin):

En conjunto con el estudio del experiencing, desarrollado por Gendlin, nace la teoría del cambio de la personalidad en donde realiza una crítica en este ámbito a las teorías de la personalidad del pasado que estaban en boga, ya que él ve que estas teorías clásicas de personalidad ponen su énfasis en “los factores que explican por qué un individuo es como es, cómo llegó a ser así, y cómo esos factores lo mantienen así, a pesar de las circunstancias, de la fortuna y de las oportunidades” (Riveros, 2000, p. 3-4). Se pone un

énfasis en los aspectos de contenido y estructura, y el poder dar cuenta del cambio de la personalidad se vuelve problemático, por lo tanto, se da a entender que la personalidad permanece, pero esto se vuelve una paradoja, ya que los terapeutas han podido observar el cambio en los consultantes.

A partir de esto, Gendlin genera su teoría del cambio de la personalidad, partiendo de que en las teorías anteriores había dos problemas básicos, el del paradigma de la represión (el llegar a ser consciente) y el paradigma del contenido (cambio en la naturaleza de los contenidos) (Riveros, 2000), considerando así, ambos contenidos, como el origen en el proceso de la personalidad del individuo.

Luego de formular los problemas básicos del cambio en la personalidad, nos podemos centrar en las observaciones, las que están ligadas al cambio de la personalidad, donde se encuentra el proceso del sentimiento, los que según Gendlin (1964) es cuando ocurre un cambio significativo en la personalidad en donde se pueden observar generalmente sucesos sentidos de manera intensa, emocional e internamente, y es que durante el cambio de la personalidad la persona siente una remoción interna, y la relación interpersonal; donde la persona piensa con respecto a sus experiencias y emociones, suele existir poco cambio, pero cuando él conversa sobre las experiencias con alguna persona, también pueden verse pocos cambios, pero si se recurre a una relación personal terapéutica o afectiva permite que se pueda hacer consciente de lo que no podía darse cuenta, que el consultante podría “vencer” las transferencias, su “balance de la libido” se altera, de

alguna manera “percibe las actitudes” del terapeuta, donde siempre ha distorsionado o anticipado las actitudes de los otros” (Gendlin, 1964, p.111), es decir, que de alguna manera obvia los factores moldean la experiencia del consultante y sus relaciones personales, permiten que se pueda generar un cambio en su persona.

Dado lo anterior, el proceso de sentir, y los sentimientos en general como fundamento y guía del proceso de conceptualización, se convierten en un aspecto fundamental que ha sido aportado por la teoría del experienting, y es que estas variables al operar en conjunto permiten poner en movimiento el proceso que se ve producido en el consultante, el que es concretamente dado y sentido corporalmente (Gendlin, 1964).

2.3.1 El proceso de cambio desde la perspectiva experiencial:

El concepto de experienting, Gendlin (1964) lo define como un proceso de experiencia sentida corporalmente, en donde la sustancia de la personalidad sería este fluir del sentir corporal, por lo que es “un proceso de interacción incesante entre los sentimientos personales y corporales y los símbolos propios o del medio ambiente interactuante.” (Riveros, 2000, p.13). En el que se vuelve importante hacer notar el concepto de interacción, ya que en la naturaleza hay presente un constante proceso de interacción, el cual puede ser aplicable al experimentar, debido a que “si hay una respuesta, entonces habrá un proceso de interacción en marcha” (Gendlin, 1970, p. 155). Y por lo tanto esto generará que aspectos de la personalidad entren y estén durante el proceso, se debe rescatar

que se habla de un tipo de respuesta especial, ya que es necesario una respuesta experiencial (Gendlin, 1968). Donde la importancia que presenta esta respuesta durante la terapia, es que el consultante es “alguien que funciona en su experiencin de una manera solo parcial, habiendo ciertos aspectos internos que estarían detenidos y cuya interacción [entre sentimientos y símbolos] habría dejado de acontecer” (Riveros, 2000, p. 18). Esto quiere decir, que la interacción entre los sentimientos y los símbolos, no sucede de una manera inmediata o presente, lo que genera que aspectos de la personalidad no se encuentren en ningún tipo de interacción, y por lo tanto no se complementan o terminan de ningún sentido, y por ese motivo este tipo de experiencia rígida, le produce al consultante una incapacidad para poder simbolizar los significados sentidos en la interacción (Larios-Aguilar, 2009).

Y por ese motivo cuando las personas presentan un experiencin rígido, reaccionan con un esquema gastado, es decir, se repite “un esquema que siempre es el mismo, y no se modifica por una nueva situación” (Alemany, 1997, p. 165). Donde se puede sentir algo, pero no saber lo que esto significa, o en algunos casos reaccionar con una respuesta estereotipada y no saber el motivo, y en casos más extremos estar completamente desconectado con respecto a sus sentimientos, y por lo tanto si puede obtener nuevos significados, al no poder tener la posibilidad de combinar con las diferentes facetas que en cada situación y experiencia se presentan (Larios-Aguilar, 2009). Tradicionalmente estos tratamientos eran llamados, encubiertos, inhibidos, etc. por lo que lo novedoso que

trae el “planteamiento de Gendlin es que explica de qué manera se reactiva este proceso de interacción que se encuentra detenido” (Larios-Aguilar, 2009, p. 47).

Por lo que Gendlin (1970), describe el concepto conocido como “llevar adelante o “autopropulsión”, el que es un proceso que logra darle una terminación explícita al significado originalmente implícito y sentido, por medio de una simbolización precisa donde una sensación sentida implícita se ve completa y por lo tanto se genera un nuevo significado; por lo que es durante el proceso de llevar adelante donde se propicia el proceso de cambio en la persona, y es que se da a través de una simbolización precisa por parte del consultante con respecto a la experiencia concreta y sentida, (Larios-Aguilar, 2009).

Por lo que en conclusión según Larios-Aguilar (2009) la manera en que se reinicia el experimentar y también el estar en contacto con la vida y poder sentir las complejidad de las experiencias, se puede lograr a través de un proceso de simbolización precisa del experimentar, a partir de las respuestas del terapeuta, y es que con todo este proceso de las respuesta del terapeuta y también el de llevar adelante la experiencia, se ven que entran nuevo aspectos de la personalidad que antes “no estaban en interacción y solo ahora entran en proceso y pueden empezar a ser sentidos y subsecuentemente simbolizados, lo que hará nuevamente que aspectos antes detenidos, entren en el campo perceptual sentido del consultante” (Larios-Aguilar, 2009, p.49).

El “llevar adelante” se caracteriza por una gran fuerza que empuja desde atrás, poniendo en marcha algo, que cobra significación al alcanzar símbolos certeros para el crecimiento y el óptimo desarrollo personal. Este proceso reside “en un ir y venir de la sensación corporalmente sentida a la cognición, y viceversa, hasta que encaja. Cuando notamos que se ajusta notamos cómo algo se mueve y sentimos que nuestro organismo nos indica la dirección correcta” (Barceló, 2008, p. 429).

Toda experiencia para Gendlin se produce en interacción con el entorno, por lo tanto, se lleva hacia adelante de manera continua el cambio propio, y este proceso se define como la autenticidad (Barceló, 2008).

Gendlin (2006) explica que lo importante es saber que el cambio es corporal, es decir, está determinado por correlatos corporales. Este proceso no sucede en la mente, o solo en la mente, sino más bien es una sensación sentida corporalmente por cada individuo. “El cambio se produce entonces cuando se encuentran significados frescos, reales y personales. Y se encuentran por la interacción entre el cuerpo como organismo y una correcta simbolización de la experiencia” (Gendlin, 2006, p. 520). La sensación sentida es posible de comunicar solo en el momento en que se transforma en palabras, sin embargo, en una primera instancia se debe permitir que se desarrolle y se manifieste en nuestro cuerpo. Por lo que “si el cambio en principio es corporal, no es «solo corporal», porque poco a poco se van a dar también cambios en los aspectos cognitivos, perceptivos y emocionales” (Gendlin, 2006, p. 520).

2.3.2 Consultante con procesos frágiles:

Según Warner (1991), los consultantes que poseen un estilo de procesamiento frágil, experimentan vivencias importantes con niveles de intensidad muy altos, o muy bajos. Lo que los lleva a tener dificultades para comenzar y detener experiencias que tienen una real significación para ellos y que a la vez se presentan muy conectadas emocionalmente. Es esencial la presencia de una persona empática y que también contenga al consultante, facilitando su conexión con su sensación sentida para que pueda desarrollar la habilidad y no se sienta abrumado. Esto quiere decir, que los consultantes muchas veces sienten que sus maneras de experimentar no tienen derecho de existir en el mundo. Por lo tanto, según esta autora, el proceso frágil va a ser la incapacidad que tiene una persona para permanecer en contacto con su experiencia propia, llevando un experimentar de manera deficiente, ya que presentan dificultades para focalizar y sostener sus experiencias.

Para estos consultantes es muy difícil tomar el punto de vista de otra persona al estar conectados con su experiencia, ya que esto implicaría en ellos la pérdida de su propia experiencia. Debido a que presentan grandes dificultades para aceptar diferentes experiencias al respecto con otras personas, viéndose debilitadas sus relaciones con otros, dudan constantemente por sus experiencias, sobre si éstas tienen derecho de existir en el mundo (Vanaerschot, 2004).

Se está involucrado en un proceso frágil cuando un consultante presenta una manera problemática de experimentar, esto puede ocurrir en sólo un aspecto o área de su vida, mientras que, en las otras, posee una forma de experimentar más consolidada e interaccional; por lo tanto, los procesos frágiles se viven en diferentes niveles (Vanaerschot, 2004).

Warner (1991) explica que los consultantes con proceso frágil lo pueden vivenciar con baja o alta intensidad. Esto quiere decir, que los de baja intensidad presenten una manera de experimentar tenue y con sombras emocionales, donde es difícil sostenerse porque se presentan como hilos de experiencia que no se pueden reunir y siempre dudando de si lo que sienten es verdaderamente importante. Les cuesta darse cuenta de su actuar, tomando sus reacciones personales de forma poco seria, interrumpen sus conexiones personales al sentir que pueden ser descubiertos por los demás, de la idea de que profundamente puedan presentar algún problema. Por lo que se sitúan de manera muy apartada y viven de una forma aparentemente funcional, aunque desprovistos de vitalidad.

Mientras que los de alta intensidad, presentan experiencias de manera muy intensa, desean ser validados experiencialmente y sentirse atendidos, por lo que cualquier comentario que no sienta muy adecuado, hará que se sienta incomprendido y un poco violentado de cierta manera. Suelen expresarse de manera frecuente, sin embargo, los demás los visualizan dispuestos, obstinados e irracionalmente enojados, provocando una molestia y rechazo por parte de los otros. De esta manera se refuerza la idea que tienen los consultantes de

que existe algo malo en su existencia. Suelen tener relaciones volátiles, ya que al comienzo van muy bien, pero no logran mantenerse en el tiempo y decaen estropeándose en algún modo.

Independientemente de la intensidad del estilo de procesamiento frágil este desarrolla en las personas sentimientos de vacíos o de caos en el diario vivir. Suelen ser personas que han sido diagnosticadas con narcisismo, personalidad esquizoide y borderline, por lo que ocuparían defensas arcaicas (Warner, 1991).

2.3.3 La Autopropulsión:

Gendlin propone el término de autopropulsión que deriva de la tendencia actualizante, término rogeriano, y la define como una energía universal que posee cada organismo, que le permite la expansión hacia el crecimiento propio, proporcionado genéticamente y a la vez específica que ocurre algo al interior de los individuos y lo describe como la rueda experiencial. Esta rueda comprende las cuatro etapas en que ocurre el cambio y se movería para la construcción de significados, gracias a la energía de cada organismo, la autopropulsión. La rueda experiencial contiene las siguientes etapas, un Referente Directo, una Develación, una aplicación global, la cual, al culminar su primera vuelta, se obtendría un movimiento del referente (Riveros, 2012). La autopropulsión sería la fuerza del acontecer en las personas, en donde al contactar con el significado implícito de la vivencia presente, se activa la autoexploración, conectando por completo con el proceso

de cambio que se está viviendo. Para Gendlin (Riveros, 2012) este término nos ayuda a comprender el hecho de que el consultante no requiere una motivación externa, sino más bien necesita continuar su propia huella experiencial, el terapeuta debe brindarle empatía, por lo que cada persona seguiría su autenticidad y su propio camino experiencial.

3. El Terapeuta y el Consultante en Psicoterapia Experiencial:

En el proceso de psicoterapia experiencial y en la psicoterapia en general, se plantea que la terapia se lleve a cabo de un modo cara a cara, en este modelo el terapeuta como persona es muy importante, y más crucial que su orientación oficial. La persona del terapeuta va a ser relevante en lo que conlleva el cómo vive personalmente hacia el consultante (Wolfenson, 2015).

En este tipo de terapia lo importante es cómo responde el consultante, la subjetividad que tiene y el significado que le da a las experiencias. Gendlin advierte que los diversos cambios que se dan en la terapia no son solo por lo que hace el terapeuta, sino que se deben principalmente a las diversas capacidades del consultante (Alemany, 2011), es decir que se espera que cualquier intervención que el terapeuta realice esté dirigido a causar algún tipo de impacto en la subjetividad del consultante. “Si ese cambio no se da ni el cliente lo experimenta, la intervención es vista como fallida en lo que se refiere a tener un efecto experiencial, y por tanto sin tener ninguna utilidad terapéutica” (Alemany, 2011, p. 449).

Como explica Alemany (2011), la terapia experiencial se enfoca en cómo poder trabajar el problema que aqueja al consultante, es un enfoque más práctico, en donde no se tiene en consideración la naturaleza misma del problema que se trata, sino que el significado que se le da al problema. Se habla del cambio no como algo mental, más bien se habla como que conlleva a algo corporal. “No es pura intuición, imaginación o idea, aunque todo ello puede intervenir” (Alemany, 2006, p. 520). En este sentido, se encuentran los relatos vivenciales de los consultantes, pero no es lo fundamental, sino que el énfasis está en la experiencia vivida a través del cuerpo, es decir, los cambios son ocasionados por éste último, siendo un proceso de cambio físico. “Se encuentran por la interacción entre el cuerpo como organismo y una correcta simbolización de la experiencia” (Alemany, 2006, p. 520). Se entiende que la experiencia siempre tiene un fin y un sentido, pero no todos los pasos nos llevan hacia adelante, solo algunos son los que nos desplazan, por lo que este proceso podría estancarse si no se tiene cuidado.

Con respecto a lo anterior, y según Warner (1991), desde un comienzo el terapeuta debe permanecer empáticamente vinculado a las experiencias significativas que presentan los consultantes, ya que es posible que éstos sientan satisfacción como resultado de permanecer con las experiencias de una forma más aceptable. Primeramente, esto tiende a la ambigüedad, puesto que estas experiencias en sí, con frecuencia, son angustiosas, y el consultante puede convencerse además de que son vergonzosas y que les puede producir un daño.

Una terapia eficaz con el procesamiento frágil, exige un alto nivel de habilidades de escucha por parte del terapeuta. Los consultantes tienen la necesidad de requerir una presencia aceptable, es decir, necesitan saber que el terapeuta ha comprendido lo que el consultante está experimentando o sintiendo. Los terapeutas requieren estar atentos cuando los consultantes tienen experiencias para las cuales aún no le adjudican significado (Warner, 1991). En este sentido, si el terapeuta desarrolla un espacio para esto que es confuso aún para el consultante, es probable que el consultante encuentre sus propios significados o palabras para darle explicación a lo que experimenta (Warner, 1991). Por otro lado, si el terapeuta desarrolla el significado del consultante, éste último probablemente se sienta incomprendido y disgustado, o se apartará de seguir buscando sus propios significados o palabras correctas que expresen su experiencia.

Siguiendo lo anterior, Warner (1991) menciona que los terapeutas que ponen su observación y análisis al proceso que desarrolla el consultante, se le facilita el poder interpretar la comunicación que expresa el consultante de manera más eficaz. Cuando el consultante muestra indicios de encontrarse en medio de un proceso frágil, el terapeuta debe intentar comprender aquellos sentimientos que se mantienen como un modo de comunicar y que, en algún momento, no tuvo la oportunidad de existir. Cuando el terapeuta comprende el problema de interés, es probable que descubra que, con una interacción eficaz, los consultantes se sentirán más comprendidos.

4. La Persona del Terapeuta

Se entiende que es fundamental la participación del terapeuta durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico, ya que la principal herramienta de trabajo que posee es su propia persona. Razón por lo cual es necesario que el terapeuta posea un pensamiento crítico, que realice un constante cuestionamiento de su quehacer científico, además de cuestionarse a sí mismo, es decir, su personalidad, su conciencia, sus motivaciones, deseos y fantasías, además de su “subjetivismo; la percepción de su mundo interno y de la realidad externa; la regulación de sus afectos; su conducta; y el control de sus impulsos; así como la modalidad de relacionarse consigo mismo y con los demás” (Harrsch, 2005, p. 11).

Dado lo anterior, el psicólogo debe enfrentarse a dos tareas fundamentales, la búsqueda de su identidad personal y la formación por su identidad profesional, las cuales se encuentran vinculadas, ya que, durante su proceso de crecimiento como profesional, también está creciendo como persona. Motivo por el cual, es importante que el terapeuta reconozca su obligación de ser mejor, ya que se enfrenta a la responsabilidad de ayudar a un otro que necesita que esté presente durante el proceso de terapia. Respecto a esto, Concha (2015), señala que, en el autocuidado del propio terapeuta, la presencia de otros los ayudará a ser cada vez más capaces de cuidarse y de orientarse hacia aquello que el terapeuta “debe ser” o a su “posibilidad más propia”.

También, Harry Aponte et al. (2009), proponen la necesidad que tiene el psicólogo de desarrollar una habilidad especial para hacer uso de su biografía y de sus experiencias

emocionales internas a favor de reconocerse y, a la vez, buscar la singularidad de sí mismo en relación a sus consultantes. Es por esto, que cada experiencia en la terapia se transforma en única e irrepetible, sin embargo, no significa que el psicólogo se enfrente a una improvisación o que haya una carencia de técnicas y conocimientos pertinentes, sino que el psicólogo posee una variada gama de herramientas de carácter interno o externo, que puede utilizar en pos del beneficio de la terapia. Donde es primordial según Aponte (1992), que presente la capacidad de alejarse o distanciarse emocionalmente del sistema consultante para centrarse en la representación que desde los consultantes surge y, a la vez, debe estar lo suficientemente implicado para ser empático.

Harlene Anderson (citada por Rober, 2005), plantea la presión constante entre el aspecto cándido que el terapeuta debe exhibir frente al consultante y el aspecto reflexivo. El tener en consideración las voces internas, puede implicar el utilizarlas o no de forma evidente en la terapia. El terapeuta debe prepararse para resolver esta incertidumbre: en qué momento usar sus vulnerabilidades y en qué momento no; de qué forma equilibrar el uso de su sí mismo experiencial con la habilidad en el manejo de técnicas y conceptos afines al proceso que observa (Lutz y Spell, 2009).

Para Moncada (2007) el terapeuta humanista experiencial debe tener ciertas habilidades como el acompañamiento, el ser sensible, ético y ser capaz de reconocer sus propios límites, todo esto con el fin de facilitar el proceso de cambio, por lo cual es importante en el rol que cumple en el espacio terapéutico.

El terapeuta experiencial tiene mayor efectividad en la terapia por medio de su respuesta terapéutica, ya que el consultante necesita sentirse aceptado por el terapeuta, y de esta manera, podrá sentirse con mayor libertad para auto-explorarse y poder conocerse a sí mismo. El terapeuta debe generar una buena atmósfera terapéutica, donde prevalezca la empatía y así el consultante sentirá más y se podrán abordar temas más profundos (Dufey y Wilson, 2014).

Otra habilidad central es poder ofrecer símbolos empáticos y más certeros al consultante para lograr tener una resonancia real para éste. Estas respuestas certeras responden a procesos del propio terapeuta, que lo ayudan a poner su sensibilidad y autenticidad al servicio del consultante en terapia (Riveros, 2000).

Desde lo experiencial, se vuelve crucial que el terapeuta se centre en su desarrollo como persona, ya que como lo plantea Mearns y Schmid (2006), éste utilizará todo su ser de forma completa al relacionarse con un consultante, en la búsqueda de la resonancia emocional. Por lo tanto, resulta imprescindible que el terapeuta elabore sus experiencias de vida y, de esta manera, logre sobreponerse a miedos o aspectos que quizás no tenga elaborados. Esto le otorgará una mayor auto-aceptación, se fortalecerá internamente y se sentirá más preparado para abrirse afectivamente a otro, con el propósito de ofrecer elementos de su resonancia emocional y de sus experiencias.

Dado que el procedimiento hacia el conocimiento personal es un camino sin fin, esto debido a que mientras se viva, se siguen desarrollando experiencias, el ajuste terapéutico también es constante, de modo que la tarea de ver o entender al otro está en correlación con la tarea de verse o entenderse a sí mismo.

4.1. Experiencia del Terapeuta:

En relación a la experiencia de terapeutas en el trabajo terapéutico, Carvajal (2012), menciona dos dimensiones que desarrollan Orlinsky & Rønnestad (2005). Respecto a esto:

1. La experiencia de involucrarse en una conexión sanadora: La conexión sanadora tiene relación con el nivel de habilidad que presenta el terapeuta, ya sea en cuanto a nivel de dificultades, uso de habilidades constructivas que manejen las situaciones que se presenten, desarrollo de un compromiso auténtico que ayude a establecer relaciones positivas y receptivas con los consultantes, vivencia de experiencias óptimas dentro de las sesiones, etc.

Siguiendo con lo anterior, se visibilizó que aquellas variables que mejor predecían las experiencias de conexión sanadora con consultantes eran: la dimensión teórica del terapeuta, el apoyo y satisfacción en el lugar laboral, entre otras (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

2. La experiencia de involucrarse en una conexión estresante: En cuanto a la conexión estresante que desarrollan los terapeutas, ésta se relacionaba con la presencia de problemáticas en el proceso psicoterapéutico, el cual se acompañaba de uso de técnicas defensivas en el manejo de las situaciones, además de sentimientos de monotonía y ansiedad durante las sesiones de terapia.

Estos autores hallaron que muy pocas características de los terapeutas otorgan prever una conexión estresante, lo cual sugiere que este aspecto de la experiencia tiene relación mayormente a las características de cada caso y de la práctica profesional del terapeuta. No obstante, es relevante mencionar que los terapeutas que manifestaban aumento en el nivel de estrés eran aquellos que sentían poco respaldo, estaban descontentos con su lugar de trabajo o se encontraban en un estado de abatimiento (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Otro aspecto relevante de mencionar, es en relación a la experiencia de terapia que lleva consigo el terapeuta, y cómo es que la práctica terapéutica puede mejorar dependiendo de estos factores. Es por lo anterior, que en estudios realizados por Rake & Paley (2009) identifican cinco aspectos beneficiosos para una terapia eficaz tanto para el terapeuta y la experiencia de terapia, como para el consultante:

1. Ayuda al terapeuta a trabajar aspectos estresantes del oficio clínico y a conservar una buena salud mental.

2. El terapeuta puede desarrollar una mejor auto-conciencia con respecto a sus dificultades, lo que posibilita que estas dificultades no se interpongan en el proceso psicoterapéutico con sus consultantes.
3. El terapeuta logra la experiencia de ser consultante, lo que permite desarrollar la empatía en el proceso psicoterapéutico.
4. El terapeuta, en su rol de consultante, aprende de nuevas técnicas terapéuticas, además de experimentar un modo de comportarse como terapeuta.
5. Una experiencia beneficiosa de terapia personal, puede ayudar al desarrollo del sentimiento de confianza en el proceso psicoterapéutico.

4.1.1 Experiencia del terapeuta en lo emocional:

Es primordial que el terapeuta tenga en consideración sus emociones durante el proceso de terapia, ya que si bien tiende a verse más como un facilitador, la manera en que actúa y responde, también puede afectar en la alianza terapéutica y en que la terapia se lleve de la mejor manera para el consultante, ya que cuando se tiene en consideración su propio bienestar emocional, le permite ser más consciente de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional, lo que podría hacerlos ser más sensibles y más capaces a la hora de responder terapéuticamente a los problemas emocionales de sus consultantes (Horvarth, Orlinsky y Trattner, 1970).

Además, según Stierlin (1972), puede ocurrir que si el terapeuta no tiene una correcta apreciación por su bienestar emocional puede llegar a que necesite al consultante para que le ayude en su propia realización, lo que termina por explotarlos y en muchos casos que genere una dependencia hacia ellos por mucho tiempo. Pero en cambio, si tiene un correcto bienestar emocional, no presenta una necesidad hacia sus consultantes para su propia satisfacción emocional, permitiendo mejorar su motivación, para invertir en su capacidad de trabajo y de esa manera también poder tener una mayor empatía.

En el estudio realizado por el Dr. Hatcher y colaboradores (2012), los terapeutas explican que el trabajar con consultantes de más edad les ayudaba a considerar cómo era que querían ser recordados en su vida, además les ayudaba a pensar en su futuro, pero sobretodo, una de las respuestas que casi todos ellos dieron era que solían pensar que existía un momento durante la terapia o en la vida, donde las cosas se resolvían y entonces todo sería más fácil, sin embargo han podido llegar a entender que los conflictos se van resolviendo de manera lenta y es que los consultantes han generado grandes cambios en los terapeutas. En relación a lo anterior, en este estudio un psicólogo comenta que un consultante le enseñó con respecto a su necesidad de mantener su mundo de la manera que él quería, que no era algo tan simple y posible como él pensaba, sino que en la vida existía una ambigüedad y era necesario el aceptar que no existe un control total de la vida.

Asimismo, mientras trabajan con los consultantes, debe existir un reconocimiento de mantener su límite profesional, ya que sin importar los años que se lleve trabajando, el terapeuta aún puede ser arrastrado al “drama”, si no es cuidadoso (Hatcher, et. al, 2012).

4.1.2 Experiencia del terapeuta en lo cognitivo:

Gómez y Salgueiro (2007), plantean que los factores cognitivos regulan las acciones en pos de un autodesarrollo beneficioso a través del tiempo. Los cambios que fomenta el proceso psicoterapéutico se ven relacionados en este sentido por un incremento de los grados de libertad, en la medida en que los sujetos experimentan su propia implicación como determinante en la producción de los cambios que los benefician.

Un concepto importante desde un factor cognitivo, es el de agencia personal. Se trata de la sensación del sujeto, en este caso la persona del terapeuta, el cual puede tener un efecto hacia su entorno, de que es capaz y competente. La agencia personal tiene un papel fundamental: se menciona que, según Lyubomirsky (2008), el 40% de la felicidad no depende del aspecto genético ni de las circunstancias, sino de la voluntad, de lo que se decide hacer en la vida. La falta de agencia personal está en la base de la falta de esperanza aprendida, propuesta por Seligman como una de las herramientas que provocan la depresión, y, por el contrario, tener un sentido de agencia personal promueve el optimismo y la fortaleza (Tarragona, 2013).

Dado lo anterior, la experiencia cognitiva del terapeuta es de gran importancia, porque quien tiene una mayor comprensión y dominio de sí puede ofrecer un servicio mejor (Aponte y Winter, 2000), ya que un terapeuta que no limita su visión, es capaz de ampliar su conocimiento y práctica terapéutica. Para esto es importante que el terapeuta tenga un pensamiento crítico que le permita realizar un trabajo constante de cuestionar los discursos existentes en los diferentes ámbitos de su labor y de la realidad en la que está inserto, ya que “las tipificaciones que una persona particular o cultura usa no son las únicas posibles” (Fernández y Rodríguez, 2001, p. 38).

Asimismo, es importante que independiente de su lugar de trabajo, no deje que sus principios y criterios se vean influenciados por la institucionalización, ya que “las instituciones se originan alrededor de un conjunto de tipificaciones” (Fernández y Rodríguez, 2001, p. 38), y esto puede generar que el terapeuta no vea más allá de lo que se le impone. “Pensar en todo esto implica romper estereotipos, maneras anquilosadas y naturalizadas de posicionarse y de pensar el mundo” (Idiáquez, 2017, p. 75).

En este sentido, se vuelve sumamente importante el estado mental del terapeuta, ya que como dicen Consoli y Machado (2004) la persona del terapeuta es la herramienta principal en la psicoterapia. Por lo tanto podemos decir que cuando el terapeuta cuenta con las herramientas necesarias de autocuidado a nivel cognitivo adquiere un mayor nivel de seguridad dentro de su ambiente laboral, debido a la gradual incorporación de experiencias y conocimientos terapéuticos, puesto que según la investigación realizada por Rihacek y

Danelova (2015), los terapeutas consultados comentaron que cualquier psicólogo sin importar cuál sea su orientación teórica, tenían como obligación la de conocer los hallazgos e investigaciones clínicas relevantes con respecto a los problemas que puede estar tratando, ya que con el conocimiento que se encuentra a disposición, no solo puede brindar ayuda, sino que en ciertos casos algunos incluso pueden reconsiderar sus suposiciones teóricas y generar un cambio con respecto a la investigación empírica.

Dado que con la diversidad de consultantes que atienden se ven enfrentados a la dificultad de que no siempre las técnicas o intervenciones son especialmente útiles o eficaces, deben estar en constante búsqueda de conocimiento, además de la “continua búsqueda de su identidad como psicólogo; de su rol como profesional; de su Yo como psicólogo, que implicaría un proceso cada vez más sintetizador e integrador del Yo teórico, del Yo empírico y del Yo individual” (Harrsch, 2005, p.239).

Además, el constante y evidente trabajo que se efectúa en la actividad laboral realizada durante los procesos de terapia con los consultantes, pone en evidencia situaciones que se vincularían estrechamente en posibles perturbaciones que pueden ser provocadas en los terapeutas. Una de estas situaciones es el “estrés vicario”, éste es el proceso de comportamientos y emociones naturales derivados de conocer acerca de un incidente traumático sufrido por un otro significativo o el estrés resultante de ayudar o desear ayudar a una persona que sufre o está traumatizada (Figley, 1995), la cual se observa como efecto al estar en contacto con consultantes en situaciones traumáticas, que podrían generar en

el terapeuta efectos similares a los que vivencian los consultantes o incluso generar síntomas de estrés, que pueden afectar el cómo se desarrolla la terapia, ya que el terapeuta al prestar ayuda al consultante que sufre de manera voluntaria, llega a empatizar con el dolor, lo que puede llegar a terminar afectándoles.

4.1.3 Experiencia del terapeuta en lo corporal:

Por otra parte, se habla sobre sensación corporal compleja y poco definida a la que refiere el focusing, la cual es denominada sensación sentida. Ésta corresponde al conocimiento interno del sujeto, en este caso, del terapeuta sobre sí mismo, que sucesivamente se abrirá en la interacción terapéutica y desde donde surgirán los nuevos significados (Leijssen, 1998). Así, mediante el proceso de focusing, la persona del terapeuta presenta un movimiento desde toda la sensación sentida en relación a una experiencia en torno a una resolución corporal del tema, el cual se denomina cambio sentido (Klagsbrun, 2004).

Además, se observa que los terapeutas pueden llegar a sufrir de disociación instrumental (Fajardo, 2014), concepto propuesto por Bleger donde el terapeuta puede verse identificado con sus consultantes y los relatos de sus vivencias, pero al mismo tiempo se puede mantener una distancia de separación con respecto al objeto de observación, es decir mantenerse fuera de esta identificación. Según Laplanche y Pontalis (1971), es un proceso psicológico donde los profesionales adquieren atributos o incluso aspectos de los consultantes, cambiando de manera total o parcial, lo que generaría que la relación

profesional se viera afectada por los aspectos emocionales que, de llegar a ser muy excesivos, puedan afectar el proceso y generar una sobre identificación en el terapeuta. Ya que, si bien es ideal que el psicólogo se identifique con lo que está sufriendo el profesional, para poder comprender mejor a su consultante, debe tener cuidado con respecto a generar un desgaste profesional, ya que debe tener una objetividad de lo que ocurre y así “podrá dimensionar el impacto emocional y la desorganización ansiosa que puede causar el relato de situaciones que son violentas. De esta forma podrá evitar el aumento de ansiedad que le impida operar e intervenir” (Velázquez, 2003, p.270).

Lo que se puede agudizar y transformar en constantes somatizaciones y comportamientos que generan una inadaptación frente al estrés, la cual si llegara a ser crónica y a su máxima tensión se le consideraría estrés laboral y burnout, los cuales generan altas repercusiones en la calidad de vida y salud del terapeuta.

4.1.4 Experiencia del terapeuta en lo relacional (relaciones personales):

A través de un estudio exploratorio cualitativo, desarrollado por el Dr. Hatcher y colaboradores en el año 2012, se realizó una entrevista a 61 psicólogos de América del Norte con la finalidad de detectar lo que pudieron haber aprendido y cómo se vieron afectados por sus consultantes, en donde el 95% indicó que sus propias relaciones se vieron afectadas por su práctica, ya que la terapia les permite generar un cambio y una reflexión con respecto a sus relaciones personales, debido a que empezaron a pensar en

ellas con más cuidado, incluso aprendieron con respecto a lo que no deben hacer, por ejemplo “cuando ves cuánto tiempo y energía desperdiciados entran en lastimarse unos a otros, piensas que eso no es lo que quiero para mi vida personal” (Hatcher, et. al, 2012, p. 6). Pero no todo es positivo, ya que en algunos casos empiezan a tener una visión distorsionada de lo que sería una relación normal.

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico de la investigación corresponde al cualitativo, ya que se buscó conocer la subjetividad de los sujetos, y así poder acceder a las experiencias de los terapeutas. Entendiendo que este enfoque tiene el objetivo de proporcionar una variedad de métodos que le permitan a los investigadores “dejar al descubierto los significados que los sujetos ofrecen de sus propias experiencias” (Monje, 2011, p. 32). Por lo cual se consideró que el enfoque cualitativo era el más oportuno, ya que se buscó el poder describir, comprender e interpretar los fenómenos por medio de los significados y la percepción producidos por la experiencia de los participantes,

“los objetos no se reducen a variables individuales, sino que se estudian en su complejidad y totalidad en su contexto cotidiano. Por tanto, los campos de estudio no son situaciones artificiales en el laboratorio, sino las prácticas e interacciones de los sujetos en la vida cotidiana” (Flick, 2004, p. 19).

La perspectiva cualitativa pone al sujeto en un lugar de constructor de la realidad, mediante las interpretaciones significativas que crean de las acciones de todos aquellos que los rodean, de las situaciones y de los objetos, es por eso que su “proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores de un

sistema social previamente definido” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 9). Según lo anteriormente explicado, es que se consideró que la metodología cualitativa es la más conveniente para la presente investigación, ya que como se entiende en Della Porta y Keating (2013), permite obtener una mayor profundidad, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas en la investigación, puesto que se le da mayor importancia al punto de vista del sujeto investigado y se considera todo aquello que pueda influir en el sujeto y en el resultado final del estudio, incluyendo la presencia del investigador.

4.2. Tipo de Estudio

Para la realización de la presente investigación, se utilizó un diseño de investigación cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo, ya que el fenómeno de investigación se desarrolló de forma inductiva, enfocándose primeramente en examinar la literatura relacionada con el objeto de investigación, para luego describir las propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Asimismo, durante el estudio sobre la experiencia de terapeutas humanistas experienciales al tratar con un consultante con procesamiento frágil, se consideró que estudiarlo desde una aproximación del enfoque fenomenológico era lo más adecuado para llevarlo a cabo, ya que “el diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos,

así como en la búsqueda de sus posibles significados” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 515), en donde se otorga gran importancia al estudio de “las experiencias individuales subjetivas de los participantes” (p. 515). Entendiendo también que “la base de la fenomenología es que existen diversas formas de interpretar la misma experiencia, y que el significado de la experiencia para cada participante es lo que constituye la realidad” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 712).

Los autores Rodríguez, Gil, y García (1996) en su texto indican que la fenomenología estudia la experiencia de la vida, intentando develar las estructuras significativas internas en lo cotidiano de la existencia. Es decir, los fenómenos se estudian en su cotidianidad, logrando descubrir su naturaleza, siendo esto precisamente lo que se busca estudiar en esta investigación, ya que se esperaba llegar a conocer la esencia del terapeuta humanista experiencial, y a su vez conocer la experiencia del mismo al tratar consultantes con procesamiento frágil. De esta forma se pudo comprender el impacto que esto puede producir a su vida personal.

Lo relevante fue lograr conocer el punto de vista que poseen los terapeutas, para poder describir sus experiencias, así como comprender su subjetividad e interpretarla, y de esta forma saber cómo construyen y definen su mundo.

4.3. Población y Tamaño Muestral

La presente investigación se realizó con psicólogos/a humanistas-experienciales que ejercen el ejercicio de la psicoterapia, ya que se buscó conocer la experiencia de los terapeutas al trabajar con un consultante con procesamiento frágil, a través de sus relatos, mediante lo cual se pudo dar cuenta de cómo los impacta en su quehacer de psicólogo humanista experiencial, y a su vez, como persona, fuera de su rol de terapeuta.

La cantidad de profesionales que se entrevistaron, fueron 8 psicólogos hasta llegar a saturación teórica, los cuales fueron seleccionados por una variedad en el género, la experiencia que posean con respecto a consultantes con procesamiento frágil y la cantidad de consultantes con procesamiento frágil que hayan atendido. Como menciona, Hernández, Fernández y Baptista (2010), el objetivo principal de este tipo de muestra no es la cantidad de información que se obtiene con las técnicas de producción de información a utilizar, sino la calidad de información que puedan entregar los profesionales al respecto. Por lo que resultó necesario que los psicólogos/a que participaron del estudio cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Ser psicólogo/a clínico/a.
2. Que se desempeñen actualmente en el rol de psicoterapeuta humanista experiencial.
3. Que tengan a lo menos tres años de ejercicio con entrenamiento en el enfoque.

4. Que hayan atendido al menos a tres consultantes con procesamiento frágil.
5. Que tengan la disponibilidad de participar en el proceso de la investigación.

Criterios de Exclusión:

1. Psicólogos que estén pasando por un proceso de burnout, estrés, depresión, etc.

4.4. Técnicas de Recolección de Información

Con respecto a las técnicas para la recolección de la información, se hizo uso de entrevistas, ya que éstas permiten la obtención de la información durante un proceso comunicativo, generando una relación interpersonal entre el investigador y el entrevistado donde se busca obtener respuesta sobre el tema a tratar (Canales, 2006).

Por este motivo, se utilizó la entrevista semiestructurada, ya que estas parten con preguntas planteadas, las que pueden ser modificadas a lo largo de la conversación permitiendo así la adaptación de ésta (Díaz-Bravo, Torruco-Gracia, Martínez- Hernández y Varela-Ruiz, 2013), lo que produjo un ambiente fluido y menos rígido, lo cual resultó ideal para esta investigación, donde se tiene un fenómeno de investigación, para el cual fue importante la profundización de la experiencia subjetiva del sujeto de investigación y así poder reafirmar los supuestos planteados.

4.5. Plan de Análisis

Para el análisis de la información se hizo uso de elementos pertenecientes a la teoría fundamentada, ya que “desde esta perspectiva el investigador espera construir lo que los participantes ven como su realidad social” (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 24). Y en relación a los métodos de análisis cualitativo, en la teoría fundamentada se utilizó como fuente de datos: entrevistas y grabaciones de audio e incluso se hizo uso de datos cualitativos.

“El planteamiento básico del diseño de la teoría fundamentada es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 493), procedimiento que trabaja de forma práctica y concreta, representando todo aquello que se descubre durante el proceso de investigación, a la vez que considera las expresiones de los individuos pertenecientes al contexto de la investigación.

Este procedimiento se desarrolla en cuatro etapas: la primera implica la comparación de los datos; la segunda supone una integración en cada categoría con sus propiedades; la tercera requiere delimitar la teoría que comienza a desarrollarse; por último, en la cuarta etapa, que se produce tras un proceso de saturación de los incidentes pertenecientes a cada categoría, recoge la redacción de la teoría. (Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 25)

De la teoría fundamentada se hizo uso de las etapas de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva; ya que estas etapas posibilitaron trabajar de forma eficaz los objetivos planteados en esta investigación de diseño exploratorio-descriptivo.

En la etapa de codificación abierta se hizo uso de todos los segmentos del material obtenido de las entrevistas, observaciones, anotaciones u otros datos, para analizar y desarrollar códigos y categorías iniciales.

Luego en la etapa de codificación axial, se analizaron las partes de los datos identificados y separados anteriormente en la etapa de codificación abierta, de esta forma se crearon conexiones entre temas y categorías, asimismo se desarrollaron dos esquemas del fenómeno estudiado, los cuales contienen las causas, el contexto, las condiciones intervinientes, las estrategias de acción/interacción y las consecuencias que se pueden observar.

Finalmente, en la etapa de codificación selectiva, Strauss y Corbin (2002) señalan que este proceso se lleva a cabo por medio de la interacción de los datos obtenidos y los analistas. En esta etapa se afinaron las categorías, de modo que éstas se integraron en un concepto central.

4.6. Resguardos Éticos

Para efectos de la presente investigación y considerando que se realizó mediante el uso de entrevistas con psicólogos humanistas experienciales, es importante especificar los aspectos éticos que se consideraron para la protección y respaldo de la integridad de los participantes, para lo cual, se usaron criterios en base al código de ética profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), del cual se extrajo lo siguiente:

1. Consentimiento informado para la información de la investigación, donde contenga información con respecto a la temática, objetivos, importancia y la finalidad de la investigación, como una manera de respeto hacia los participantes.
2. Información con respecto a la relación riesgo/beneficio.
3. Informar con respecto al uso de grabaciones para el proceso de entrevistas, las que serán confidenciales y sólo para el uso exclusivo de la investigación.
4. La participación es de manera voluntaria y no existe ningún tipo de recompensa monetaria.
5. Existirá un resguardo con respecto a la identidad y confidencialidad de cada participante.
6. Posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento y también el de no contestar alguna pregunta.

RESULTADOS

En este capítulo, se lograron encontrar tres temáticas centrales, las cuales son procesamiento frágil, que da cuenta de definiciones más generales en relación al tipo de consultante; características del proceso psicoterapéutico con estos consultantes, en relación a las condiciones que se desarrollan en el proceso mismo; y finalmente, impacto en la persona del terapeuta, lo cual refiere a aspectos más específicos en relación al efecto que genera el trabajar con este tipo de consultantes. Estas tres categorías centrales están compuestas de subcategorías, estando todas éstas explicadas y ejemplificadas con testimonios de los participantes de las entrevistas, y expuestas en el siguiente cuadro:

I.	Procesamiento frágil
	1. Concepto
	2. Características para identificar el procesamiento frágil
II.	Características del proceso psicoterapéutico con estos consultantes
	1. Momentos del proceso
	2. Lo que demanda al terapeuta
	3. Influencia de la experiencia en el trabajo terapéutico
	4. El cambio en el proceso psicoterapéutico
	5. Recursos que utiliza el terapeuta cuando se detiene el proceso de cambio
III.	Impacto en la persona del terapeuta al atender procesamiento frágil
	1. Pensamientos del terapeuta en el proceso psicoterapéutico
	2. Emociones y sensaciones que surgen en el terapeuta
	3. Efectos corporales en el terapeuta
	4. Efectos en la persona del terapeuta y en sus relaciones

I. Procesamiento frágil

En esta categoría se puede identificar la forma en que los sujetos entrevistados entienden el procesamiento frágil, estando éste ligado principalmente con consultantes que cursan o han cursado a lo largo de su historia de vida por momentos vitales difíciles o traumáticos que los han fragilizado. También se pueden encontrar las características principales que usan los terapeutas entrevistados para identificar a los consultantes con procesamiento frágil, estando estas relacionadas con la forma de relacionarse, de contactar con su experiencia y de estar en terapia.

1. Concepto

Subcategoría que abarca la forma en que los participantes definen el procesamiento frágil, es decir, cómo entienden ellos que es un consultante con procesamiento frágil, siendo estos principalmente sujetos que tienen una historia de vida marcada por acontecimientos traumáticos, los cuales suelen tener diagnósticos previos de trastornos de personalidad límite o que presentan un procesamiento incongruente de sí mismo, con un contacto experiencial interrumpido, un estilo de relacionamiento distante o hermético, a la vez que tienen problemas con los límites, siendo estos en gran parte de los casos difusos.

“Es una forma de definir experiencialmente las manifestaciones clínicas que se observan en personas que tradicionalmente se han categorizado dentro de grupos clínicos psicopatológicos, llámense personalidad limítrofes, procesos psicóticos, entre otros (...) Implica que las personas puedan cursar por momentos vitales que

los fragiliza, que está asociado muchas veces a condiciones estresoras, y que claro estas personas por su constitución por su historia tienden a manifestar mucha más vulnerabilidad en estos periodos, en estos episodios” (Participante 6).

2. Características para identificar el procesamiento frágil

Esta subcategoría está compuesta por tres áreas que abarcan las características que los terapeutas entrevistados reconocen a la hora de atender a un consultante con procesamiento frágil, es decir, las características que a ellos les permiten darse cuenta o reconocer cuando están ante un procesamiento frágil.

a. Forma de relacionarse

Se puede observar que los consultantes con procesamiento frágil tienen relaciones interpersonales y consigo mismos frágiles, les cuesta reconocer los límites internos, tienen comportamientos impulsivos que pueden ser de riesgo y que les generan angustia. Es así que estos consultantes se caracterizan por una “dificultad para mantener relaciones interpersonales más o menos estables, incluso en la relación terapéutica también, tendencia a generar espacios donde se generen muchos conflictos” (Participante 5).

b. Forma de contactar con su experiencia

Se puede observar a consultantes con un yo frágil, problemas para integrar su experiencia y que pueden ser de intensidad muy alta o muy baja. Esta área se divide en:

b.1 Distantes

Se caracterizan por la dificultad o imposibilidad de conectar con su experiencing, teniendo dificultad para enfrentar temas o situaciones difíciles y que pueden ser de manera temporal y/o estructural.

b.2 Invadidos

Se caracteriza por presentar dificultad para conectar, lo que a su vez provoca que sean incapaces de lidiar con la angustia que se presenta cuando logran contactar con sus emociones, siendo esto depositado en el terapeuta para que se haga cargo.

“Lo entiendo como una persona que le cuesta hacer contacto con su experiencing, eh porque o no contacta o se contacta mucho, entonces tampoco es capaz de llevar a cabo todo el proceso experiencial, en el fondo, no es capaz de diferenciar, simbolizar porque o no conecta y se queda como en la intelectualización o se inunda” (Participante 4).

c. Forma de estar en terapia

Se observa que estos consultantes se suelen mostrar intelectualizados, demandando mayor trabajo al terapeuta, puesto que, al estar alejados de su experiencia interna, cuesta profundizar generando una incongruencia entre la demanda y la necesidad, asimismo, son consultantes que suelen tener conductas autolesivas y que llevan al terapeuta a un nivel alto de intensidad.

“Cuando nos acercamos a un tema complejo, como la intelectualización como irse a la mente (...), dificultad para conectar, y si conecta se inundan, entonces aparece como el llanto, y como que no pueden mantener como la distancia para poder seguir mirando y conectando y mirando, (entonces) mucha dificultad para acercarse a los temas difíciles, si cuando nos hemos ido acercando es como que puff se arrancan no, y se ponen a hablar de cualquier otra cosa y/o con un locus de control muy externo también” (Participante 4).

II. Características del proceso psicoterapéutico con estos consultantes

En esta categoría, se logra identificar que los participantes consideran que las características principales que presenta el proceso psicoterapéutico con este tipo de consultante, consiste en un proceso difícil, donde no hay ningún orden establecido y por lo tanto este se vuelve un proceso más lento, largo y continuo en el tiempo, ya que el

“proceso en general de terapia va a ser más complejo, va a costar más establecer un vínculo, una alianza, va a costar más que la persona confíe en ti, entonces, uno tiene que ir tomando todos esos resguardos y ser lo suficientemente cauta y ocupar como la aceptación, o sea ser una terapeuta aceptadora, ser condicional, empático” (Participante 7).

Además, resulta difícil el poder diferenciar si es algo circunscrito o un momento vital concreto, debido a que todo depende del consultante y cada uno de estos presenta un nivel de profundidad distinto, por lo que es importante tener un diagnóstico experiencial al inicio de la terapia y constantemente durante ésta.

Siguiendo lo anterior, es importante no entrar directamente al conflicto del consultante sino que “ir lento, tanteando, probando, como a ver si hago esta intervención veo como el resultado, veo que es lo que pasa” (Participante 1), ya que lo que necesitan principalmente es poder contar con el terapeuta en un rol de contención que estructure y posibilite las narrativas respecto a las sensaciones que los consultantes presentan, a través de una conversación cotidiana que permita la reparación del vínculo, por lo que resulta relevante que, antes que todo, se tenga un encuadre claro.

Por otro lado, es importante mencionar que para algunos terapeutas en estos procesos suele ocurrir una fuerte contratransferencia, entendiendo “el tema de la contratransferencia de que como terapeuta te están pasando cosas, te empieza a dar rabia, te empieza a dar angustia, te empiezan a pasar cosas que normalmente no te pasan con los pacientes” (Participante 8), lo cual los motiva a dar inicio de una terapia personal que le permita lidiar con todo lo que trae y les provoca el consultante en la sesión.

Esta categoría se dividió en 5 subcategorías, las cuales son:

1. Momentos del proceso

Se observa que, durante el transcurso del proceso de terapia, los participantes se encuentran con la dificultad de estar en un estado en donde no saben hacia dónde se va, sienten una sensación tanto de avance como de retroceso, en donde por momento algunos

terapeutas sintieron que todo se resuelve muy rápido, mientras que otros sienten que el proceso queda estancado y no se visualizan cambios.

“el cambio súper lento, ocurre muy... con mucha oscilación, o sea la sensación de que volvemos al punto cero es muy recurrente a través de la terapia, o sea no al punto cero, pero más bien la sensación como de avance retroceso es recurrente” (Participante 6).

Por otro lado, es importante que el terapeuta inicialmente en la terapia evite ser confrontacional, ya que es necesario que el proceso se dé mediante un acompañamiento empático y es que “se requiere de una capacidad enorme de empatizar y de aceptar a la persona tal cual se está manifestando, tal cual se está mostrando, a veces se muestran de manera súper limitada” (Participante 7). Dado esto, se menciona que durante el proceso los terapeutas deben estar siguiendo de cerca la experiencia del otro, debido a que el vínculo y la alianza son frágiles al inicio o simplemente cuesta establecerlas y por eso es necesario que se transmita un mensaje de confianza al consultante, por lo que es importante tener confianza en el vínculo, la construcción de éste y ponerlo a prueba durante el proceso, no olvidando el percibir los límites en el consultante.

Por otra parte, los entrevistados mencionan que durante los diferentes momentos del proceso resulta necesario el tener una especial atención, pero no solo en el consultante, sino que también en él mismo y en la relación que se genera, ya que estos consultantes generan en los entrevistados un sentimiento de preocupación.

2. Lo que demanda al terapeuta

Con respecto a esta subcategoría, según los relatos entregados por los entrevistados, se subdividió en 4 áreas;

a. Lo técnico del terapeuta

Los entrevistados refieren que existe una demanda en la que se genera una constante actualización del conocimiento y en la atención metodológica, lo que permite el poder tener una alta preparación previa del caso, ya que, en el trabajo con estos consultantes, mencionan que existiría un cierto desafío a la observación clínica, siendo necesario buscar herramientas creativas. Es por esto que resulta importante con estos consultantes el “no imponer una técnica jamás, sino que más bien que sea algo natural, que fluya dentro del proceso” (Participante 7) donde incluso, en algunos casos, han tenido que prestarle funcionamiento psíquico al consultante, o realizar intervenciones que

“Tengan que ver con mover a paciente, con hacerlo integrar cosas, o cuestiones así, si es que no está antes una primera etapa en la cual haya una seguridad relacional, que en el fondo la persona se sienta segura y tranquila hablando contigo, en la cual además haya una, como una seguridad intrapsíquica por así decirlo, como que en el fondo la persona pueda, eh, aunque uno lo vea que la persona pueda sostener un poco su experiencia” (Participante 8).

Es por lo anterior que mencionan lo importante que es el tener una especial cualidad atencional, y en este sentido, el participante 2 menciona que “hay una cualidad atencional

como especial, estar especialmente atenta a pequeñas matices en la persona como para chequear específicamente cómo se está relacionando con su experiencia interna” (Participante 2), que les permita darse cuenta cuando es necesario cambiar el foco de la conversación, ya que es importante parafrasear poco o solo cuando hay seguridad y de esta manera se pueda validar la conexión con el consultante que permita “validar el conectarme con el consultante en el proceso y que de alguna manera tolerar esa incertidumbre, aprender a tolerarla y que eso me vaya guiando hacia donde ir trabajando” (Participante 1).

b. Desarrollo constante

Con respecto a esta área, se puede observar que los terapeutas necesitan estar en un constante desarrollo, ya que se encuentran en muchos casos teniendo que desligarse de lo pautado, en donde con respecto a los consultantes, deben tener que refinar su empatía “empatizar mucho con su historia, sus dificultades, con sus recursos también, como de empatizar mucho con cosas que ella iba haciendo, con decisiones que iba tomando que implicaban ciertos logros también” (Participante 6), además de desarrollar solidez, seguridad y aplomo experiencial, debido a que deben dejar de ver a los consultantes como un síntoma, sino que todo lo contrario, ellos se refieren a que es necesario que se realice una aceptación de la persona tal y como ésta se muestra y de esa manera poder confiar en la sabiduría orgánica de ella, es decir, que pueden y que poseen los recursos, y que las recaídas son parte del proceso psicoterapéutico. Además, con respecto a los terapeutas,

dan cuenta que, al pensar en el caso, es necesario poder ver qué sucede con ellos y hacerse cargo de esto.

“Darse cuenta de lo que a mí me está pasando para hacerme cargo, para que eso no interfiera en lo que el paciente necesita, porque hay una necesidad propia como terapeuta de protegerme, la dejo desprotegida, eso no puede pasar (...) con estos pacientes particularmente, porque nos llevan a estados extremos, nos llevan a sentir mucho temor, nos llevan a sentir mucha angustia, sentir que las cosas se nos van de las manos” (Participante 5)

Es fundamental para esto que el terapeuta esté atento a lo que le pueda estar pasando, y es ahí donde toma mayor relevancia el estar en constante supervisión y desarrollar diversas formas de autocuidado, ya que suelen estar expuestos a una cierta traumatización vicaria.

c. Habilidades personales del terapeuta

Con respecto a esta área, los entrevistados refieren que con estos consultantes es necesario dejar de lado en un inicio las habilidades y concentrarse en la contención, puesto que resulta fundamental el poder ofrecer espacios de escucha para el consultante manteniendo cuidado con respecto al lenguaje que se utiliza. Como explica uno de los participantes, “hay que ir muy de apoco, muy cuidadoso, entonces no uso mucha técnica, sino más bien de contención, aspectos más de cerrar que de abrir” (Participante 1)

Principalmente, mencionan que es importante estar en conexión con ellos mismos, permitiéndole a los terapeutas poder fortalecer sus recursos personales, “poder desarrollar

suficiente aplomo experiencial, solidez, seguridad, eh (...), lo primero darse cuenta de lo que a mí me está pasando para hacerme cargo, para que eso no interfiera en lo que el paciente necesita” (Participante 5), y de esa manera poder aprender a tolerar la incertidumbre que generan estos consultantes, ya que se requiere de gran esfuerzo el poder comprenderlos. Es por lo anterior que es necesario el desarrollo de la tolerancia a la frustración, la cual permite acompañar a los consultantes sin sobreprotegerlos, y en algunos casos, es necesario el poder estar disponible más allá de la sesión, como por ejemplo “si necesitas otra sesión, si necesitas hablar por teléfono, si necesitas mandar un mensaje, como esta sensación de estoy más allá de la sesión (...), eso también muchas veces genera la sensación de “estoy acompañada en el proceso”” (Participante 1).

d. Recursos de protección

Los entrevistados se refieren a que durante el trabajo que se realiza con estos consultantes es importante el poder tener espacios fuera de la terapia, que su rol de terapeuta “no sea lo único que haces, creo que es super importante siendo uno psicólogo, pero sobre todo si trabajas con procesos frágiles, no puede girar tu vida en torno a ello porque la verdad que la pasai mal” (Participante 8), entonces es de gran importancia poder realizar actividades como meditar, escribir, trotar, hacer yoga, el poder descansar bien, y de esta manera, poder estar atento y despierto durante la terapia; además de poder juntarse con amigos e incorporar el placer en la cotidianidad.

Los recursos que ocupa en los espacios de terapia son con respecto a evitar quedar pegados en cosas que no son importantes, a través de la realización de autofocusing que permite el

“poder atender a mis sentimientos, el poder comprenderlos, el poder sostenerlos. El autochequeo es súper importante, también la supervisión, el hacerse supervisar también es un elemento de autocuidado, porque muchas cosas que como sutiles que se pueden escapar de repente cuando uno mira las cosas como más aisladas, la mirada del otro es siempre potente. Yo creo que el estar atenta en lo que está ocurriendo en sesión, estar atenta también en las cosas que a uno le van pasan como entre sesiones” (Participante 6).

Además de no impregnarse demasiado de la relación terapéutica y cultivar espacios que permitan hablar con respecto a lo que le pasó con los consultantes, como por ejemplo asistir a supervisiones, sesiones de emergencia de ser necesario, psicoterapia personal, el conversar con colegas y poder participar en grupos de intervención, además de no atender solo a consultantes con procesamiento frágil.

3. Influencia de la experiencia en el trabajo terapéutico

Con respecto al tipo de influencia que tendría la experiencia en el trabajo terapéutico con este tipo de consultantes, los entrevistados expresan que es fundamental y que tendría relación con respecto a cómo se sostiene el proceso de terapia, ya que a través de estas es que se desarrollan las habilidades de trabajo, ya que “un 80 o 70 por ciento de las habilidades que uno necesita para trabajar con procesos frágiles se desarrollan a través de la práctica” (Participante 8). Esta experiencia puede influenciar a los terapeutas personalmente; abre una mejor comprensión de la realidad y experiencia del otro, que

puede ayudar a tener una mejor comprensión empática o un mayor desgaste por lo que resulta importante que se realice harta supervisión y psicoterapia. Profesionalmente, dota de herramientas que permiten transformar la forma en que se acompaña y manejan los diagnósticos, ya que se genera una maduración en el aspecto profesional al poder detectar mejor lo que sucede con uno y así menos cosas sorprenden durante el proceso de terapia con estos consultantes.

4. El cambio en el proceso psicoterapéutico

Con respecto al cambio, los entrevistados se refieren a que

“pueden pasar dos cosas pueden ser bien graduales, en términos de que de repente como que pareciera que nada está pasando, cómo que no está habiendo un cambio ehhs y también lo otro que ocurre, importante con esta persona, que de repente hay como un salto, y de repente se hacen evidente todos estos cambios que han ido ocurriendo y se logra evidenciar un cambio bien cualitativo en la forma en que la persona se relaciona consigo mismo por sobretodo” (Participante 3).

Lo anterior permite a los consultantes el poder sostenerse y así ellos poder empezar a tomar sus propias decisiones sin desarmarse, y ahí puede observarse que se encuentran más relajados, con mayor distensión y fluidez. Estos cambios se pueden observar principalmente en relación a la forma de relacionarse; “un avance de que pueden relacionarse con otro o establecer por lo menos una relación íntima, como es la relación terapéutica” (Participante 5), emocionalmente; “empieza a validar su propia experiencia, a validar sus sensaciones, a tolerar el entrar en contacto con ciertas ehhs,

emociones, experiencias que pueden ser confusas” (Participante 3) y experiencialmente; “hay una revolución o un acomodo de la distancia que tienen con su experiencin,” (Participante 2).

5. Recursos que utiliza el terapeuta cuando se detiene el proceso de cambio

Cuando el proceso se detiene, los entrevistados se mencionan que es necesario abrir el tema con el consultante, ya que hay veces en que solo el terapeuta tiene esta sensación, y por eso es esencial que se tenga paciencia, puesto que como se explicó anteriormente con estos consultantes siempre existe un sentimiento de avance y retroceso y es necesario

“Supervisar cómo reconocer mis limitaciones, estar viendo lo que está pasando, exponerlo a un tercero o a varios terceros, y recibir el feedback, (...) ponerlo sobre la mesa con el otro, y (...) en el fondo como ir planteando la conversación de cómo los estamos percibiendo los dos si estamos avanzando o no estamos avanzando y (...) volver a las bases, refugiarme mucho en Rogers, refugiarse mucho como en aceptación incondicional del otro” (Participante 3)

III. Impacto en la persona del terapeuta al atender procesamiento frágil.

En esta categoría, se pudieron observar las siguientes subcategorías:

1. Pensamientos que surgen en el terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico con consultantes con procesamiento frágil.
2. Emociones y sensaciones que surgen en el terapeuta.

3. Efectos corporales que se generan en el terapeuta al momento de atender a consultantes con procesamiento frágil.
4. Efectos en la persona del terapeuta y en su relación con el mundo.

1. Pensamientos del terapeuta en el proceso psicoterapéutico

Los participantes expresan que durante el proceso de terapia sienten inseguridad al momento de atender a consultantes con procesamiento frágil, se presentan cuestionamientos en el sentido de no estar seguros de si la terapia está siendo eficaz, si es realmente eficiente, si se logra contención en momentos de crisis, etc. En este sentido, el participante número 3 menciona en la entrevista realizada lo siguiente:

“Con esta persona apareció muchas inseguridades en mi persona, como “chuta, lo estoy haciendo bien, hay algo que no estoy cachando, cómo seré capaz de seguir con este caso”, eh está haciendo astrogénica mis intervenciones, o le estoy aportando en algo, como varios cuestionamientos personales” (Participante 3).

También al leer y analizar los relatos de los terapeutas, se logra vislumbrar que las inseguridades y cuestionamientos que sienten están muy vinculados al ego del terapeuta, el cual se vería afectado en cierta medida durante el trabajo con estos consultantes que resultan ser un reto tan importante para su rol terapéutico, causando que este se cuestione sus propias habilidades y conocimientos, empujándolo a su vez a desarrollar aún más sus habilidades ya sean técnicas, personales o de protección. Este “ataque al ego” del terapeuta

también está relacionado con los pensamientos de inseguridad constante, sentir que lo hacen mal, que son ineficientes e incompetentes, así como también los pensamientos de miedo y rechazo hacia el consultante que se mencionan más adelante. Es por este motivo que resultan tan importantes los recursos de protección y los elementos de autocuidado que utilice el terapeuta durante su trabajo con estos consultantes, ya que como se mencionó anteriormente, le permiten darse cuenta de lo que le va pasando, lo que es propio de su persona tanto en su rol como terapeuta como fuera de este y lo que es del consultante.

“aparece una parte crítica que es muy violenta, y que tiende a devaluar al paciente y a devaluar al terapeuta, y yo me doy cuenta que muchas veces los pensamientos que aparecen espontáneamente tienden a girar en mi propia experiencia en torno a una visión muy crítica, muy agresiva, muy lapidaria, eh, y es junto con eso también muchas fantasías de querer que la paciente no vuelva , eh, ojalá que algo pase que el proceso llegue hasta acá, ganas de escapar, susto, miedo, temor, (...) y ahí viene todos los pensamientos de como el hacerse cargo de todo eso que está pasando, cuestionarlo, darle una vuelta, que estoy contribuyendo yo, qué áreas más vulnerables y más débiles me están tocando con este caso, y en qué medida me identifico con cierta temáticas de la paciente” (Participante 5).

Sin embargo, también se puede divisar a lo largo de las entrevistas que existe cierta confianza en el terapeuta al momento de atender a este tipo de consultantes. En este sentido, surge la sensación de estarlo haciendo bien en cuanto al proceso en terapia, además de la empatía con lo sano, el ver a la persona más allá y no sólo quedarse con aquello que está mal, que está enfermo, ya que estos consultantes se caracterizan por ser “personas llenas de sustos, máscaras y defensas y hay que ver detrás de ellos” (Participante 4), es decir, no mantenerse ni quedarse solo con lo externo de la persona.

Por otra parte, surgen otro tipo de pensamientos en el terapeuta en relación al consultante ligados a muchas veces a desear que este último no llegue a la terapia, e inclusive, debido a ser consultantes con características complejas, deben prepararse muchas veces a la posibilidad de que el consultante pueda suicidarse o tomar conductas que ponen en peligro su vida. Es por esto último que en muchos terapeutas surge el temor a que el consultante se mate o se haga daño, como menciona el participante 5 a continuación:

“Muchas veces me ocurre a mí que tengo temor de que vayan a hacer algo obviamente que atente contra su vida, se corten, qué se yo, eh, y se despiertan en mí fantasías de castigo, si es que mi paciente se llega a hacer algo, que va a pasar conmigo como terapeuta” (Participante 5).

2. Emociones y sensaciones que surgen en el terapeuta

Al momento de atender a consultantes con procesamiento frágil, se puede observar que varios terapeutas dan énfasis a sentir tanto ansiedad como angustia al momento del proceso psicoterapéutico, “muchas veces salir de la consulta, así cuestionando ehhhh angustiada” (Participante 4). En las emociones y sensaciones que se generan en el terapeuta encontramos que se presentaban en tres momentos:

a. Antes de la sesión

Los terapeutas expresan que momentos previos a realizar las sesiones con este tipo de consultantes, sienten incertidumbre por el hecho de que no saben qué es lo que traen los

consultantes a sesión. “¿Qué va a pasar? ¿Qué va a pasar hoy día? Casi que preparada para lo peor” (Participante 1). Además, les produce mucha inseguridad y nerviosismo sentir que la sesión va a tornarse pesada, una sensación de cansancio precedente, donde las emociones se viven como un termómetro.

b. Durante la sesión

Los terapeutas pudieron sentir diversas emociones, que van desde la rabia, sintiendo disgusto de atender a ese consultante; a la preocupación por ir demasiado lento en la terapia, además como ya se ha mencionado anteriormente, son consultantes que desafían mucho en el proceso terapéutico. “En el fondo tú estás al frente de la persona y te empiezan a pasar ciertas cosas por ejemplo te empiezas a sentir incómodo, disgustado” (Participante 8).

Hasta llegar a la compasión, ya sea por las historias que relatan, o por el sufrimiento que expresan los consultantes con procesos frágiles. Por lo que la incomodidad se presenta en los terapeutas en muchos momentos de la terapia.

c. Después de la sesión

Al terminar las sesiones, algunos de los terapeutas sienten pena profunda por el sufrimiento de los consultantes y por verlos tan fragilizados, generando también

preocupación por ellos, incluso mencionan llevarse esta pena y preocupación por el consultante a la casa.

“Entonces durante una semana, estar recordando al paciente más que a otros pacientes, pensando como en lo que me hablo, cómo podríamos abordar tal tema, como me acerco a tal tema, como que estoy más implicada, lo tengo más presente” (Participante 4).

Otras de las emociones sentidas son rabia y frustración por las actitudes de los consultantes, que muchas veces presentan una gran resistencia y hostilidad hacia el terapeuta. Por lo que hay mucho agotamiento por parte de los terapeutas después de las sesiones, quedando incluso hasta en algunas ocasiones fragilizados.

“A uno como terapeuta le pasan cosas como que en el fondo tú te angustiai, te sentí mal, eh, te asustai, o sea, a mí hay pacientes que me han dicho al salir de la sesión que posiblemente se maten, entonces como que ese tipo de cosas a uno lo dejan frágil a uno como terapeuta” (Participante 8).

Suelen seguir cuestionando lo sucedido en sesión; sin embargo, también hay emociones de gratificación, “me ponía muy contenta por los logros, porque ella podía procesar algunas cosas de mejor manera” (Participante 1).

d. Implicación emocional del terapeuta

Los participantes expresan que puede presentarse con casos de consultantes con procesamiento frágil, dentro de la cual se encuentran:

d.1 Temática de mayor implicación

En esta área los terapeutas expresan sentirse afectados por temáticas como el maltrato infantil, la violencia en varios aspectos, el machismo; donde se visualizan situaciones de gran vulnerabilidad que han vivido y/o que siguen presentando en su cotidianidad los consultantes. Por lo que quedan expuestas experiencias infantiles muy fuertes y traumáticas que implican al terapeuta según su persona, su propia historia.

d.2 Forma en las que trabaja las emociones

Acá se percibe en primer lugar que la aceptación de las propias emociones es importante, recordar que no hay que ser perfecto o siempre saber hacerlo bien, es fundamental.

“La aceptó, a veces cuesta, pero entiendo como profundamente que es una emoción mía. O sea, no como que es una emoción de la persona y hay que sacarla, no, esto me está pasando a mí por tanto le doy espacio, a veces si tengo tiempo después de la sesión puedo darme unos minutos para poder chequear que es lo que me está pasando y eso en general ayuda mucho para como para integrar las sensaciones y las emociones” (Participante 1).

Por otra parte, es clave diferenciar si la emoción que sienten es propia, o es del consultante, que en cierta medida la deposita, entonces es relevante atender a la contratransferencia, ya que las emociones influyen en el accionar terapéutico, por lo tanto, se vuelve imprescindible darse cuenta si lo que pasa tiene que ver con el terapeuta, así es honesto consigo mismo, y se puede cuidar emocionalmente.

2. Efectos corporales en el terapeuta

Al momento de atender a un consultante con procesamiento frágil, se puede observar que muchos mencionan tener una sensación en diversas partes del cuerpo, como por ejemplo el pecho, el estómago, el cuello, e inclusive algunos indican haber presentado cefaleas e incomodidad en el proceso psicoterapéutico. En relación a esto último, el participante número 8 menciona “yo tiendo a somatizar en la cabeza, a veces tengo cefaleas tensionales y estos pacientes hacen que me empiece apretar la cabeza” (Participante 8).

a. Efectos que genera en terapeuta el implicarse

Siguiendo en la línea de lo corporal, los participantes hacen mención a lo que sienten en el cuerpo cuando se implican con el consultante de procesamiento frágil, y en este sentido, varios participantes indicaron haber sentido tensión corporal al momento del proceso psicoterapéutico. En relación a esto, el participante número 3 menciona: “estoy pensando como en colon irritable, como una tensión en el cuello, como cosas así no, eran solamente como en las sesiones y tenía que ver como con una mayor tensión corporal” (Participante 3), también mencionan haber tenido episodios de crisis de pánico, y hasta un aumento en el consumo de tabaco.

3. Efectos en la persona del terapeuta y en sus relaciones

Esta subcategoría se divide en tres áreas:

a. Profesional

En relación al ámbito profesional del terapeuta, se puede divisar que el atender a consultantes con procesamiento frágil, afecta en cuanto al aprendizaje que se genera a nivel de formación psicoterapéutica. Sin embargo, también se puede observar que afecta en otras áreas, como por ejemplo “a partir del desafío importante que significa trabajar con alguien con ese tipo de funcionamiento repercute en términos de tanto aprendizaje y de tanto como de salir de la zona de confort, de darme cuenta de puntos débiles” (Participante 2).

b. Personal

b.1. Positivas

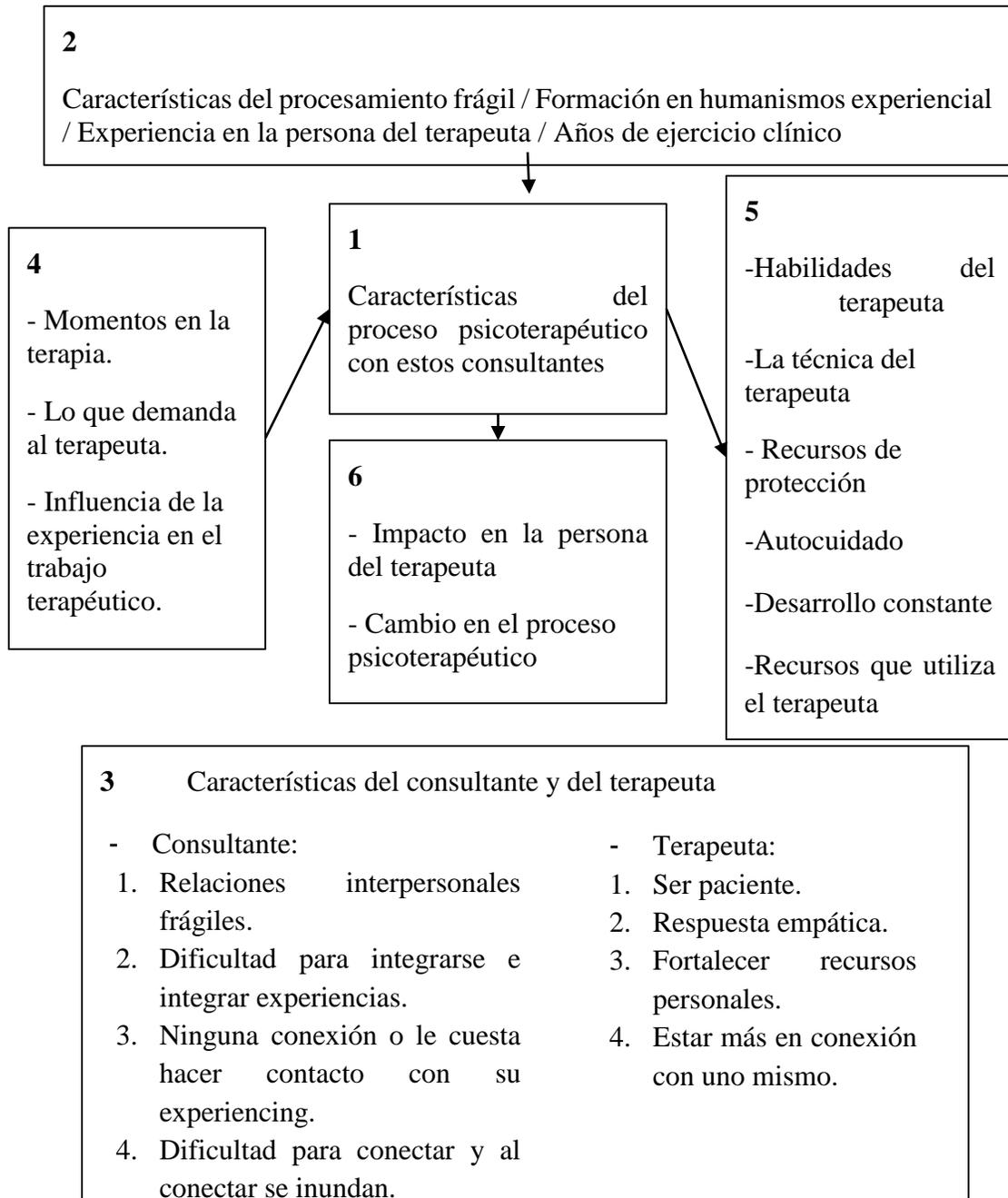
En cuanto al entorno más personal del terapeuta, se puede observar que de una u otra forma también afecta de forma positiva el atender a este tipo de consultantes en el sentido de mostrarle al terapeuta nuevas formas de relacionarse, tener otras perspectivas, otras realidades, rescatar de la experiencia psicoterapéutica un aprendizaje propio para el mismo terapeuta, como menciona el participante número 1: “igual para mí como que abre mundo,

o sea me muestra formas distintas... a veces mundos súper concretos a los que no tengo acceso'' (Participante 1).

b.2. Negativas

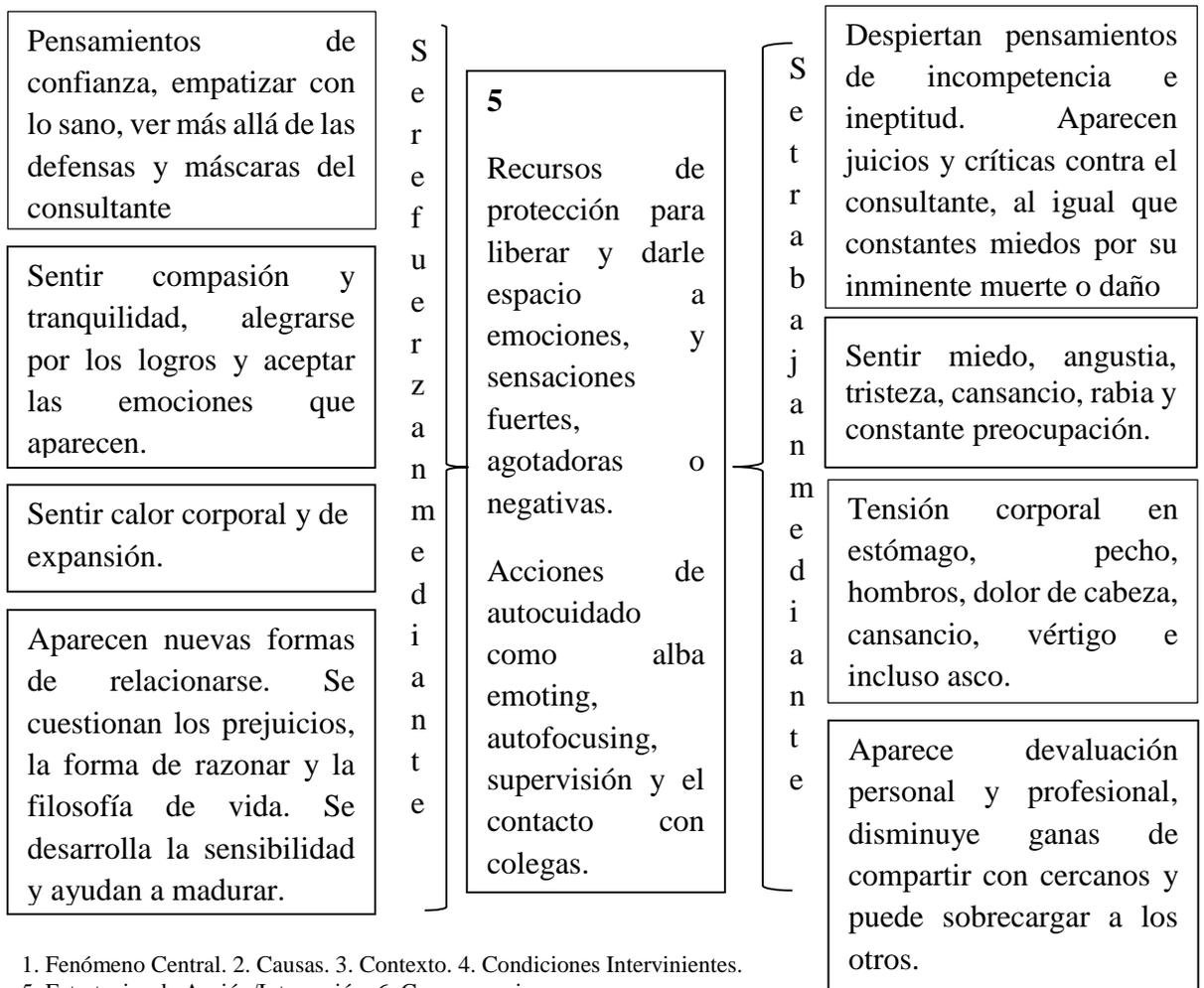
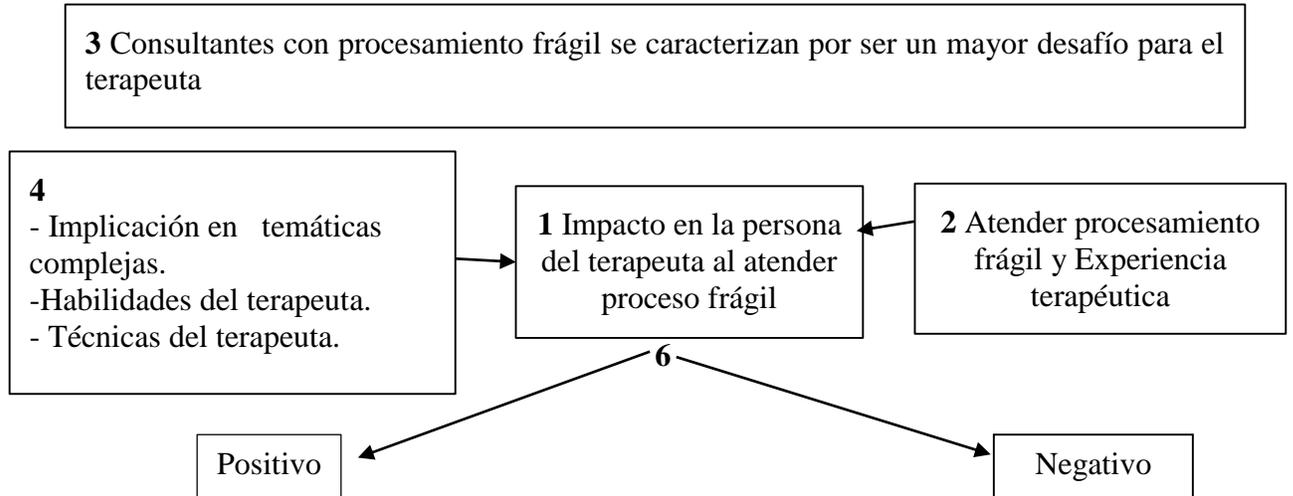
Por último, ya que el atender a este tipo de consultantes afecta en lo personal en el terapeuta de forma positiva, también lo hace de forma negativa, y en este sentido se divisa que los terapeutas hacen mención a que al momento de realizar el proceso psicoterapéutico, tienen muchas veces la sensación de cierta devaluación personal que le provoca el consultante, además afecta la vida en pareja o con cercanos, como menciona el participante número 5: ‘‘al otro día amanecer con angustia y no saber porque y en ese sentido tener problemas de relación de pareja, no pescar a tu hijo, cosas así’’ (Participante 5).

CODIFICACIÓN AXIAL: RESULTADOS RELACIONALES



1. Fenómeno Central. 2. Causas. 3. Contexto. 4. Condiciones Intervinientes.
5. Estrategias de Acción/Interacción. 6. Consecuencias.

CODIFICACIÓN SELECTIVA



1. Fenómeno Central. 2. Causas. 3. Contexto. 4. Condiciones Intervinientes. 5. Estrategias de Acción/Interacción. 6. Consecuencias.

Como fenómeno central de la investigación encontramos el Impacto en la persona del terapeuta al atender a consultantes con procesamiento frágil, área que está determinada por causas, un contexto, ciertas condiciones, que motivan a su vez que se desarrollen estrategias de acción/interacción como medidas ante las consecuencias que se generan de la interacción de estos elementos.

En primera instancia el impacto en la persona del terapeuta se debe a su trabajo con consultantes de procesamiento frágil y a la experiencia que tenga tanto en su rol de terapeuta como en su ámbito fuera de terapia, esto porque el terapeuta se encuentra situado en un contexto con un consultante que es más frágil en varias áreas de su aspecto como persona, el cual tiene una serie de características que influyen mucho en el espacio de interacción de la terapia, por lo que el trabajo terapéutico va a ser más difícil, más lento, más ambiguo en algunos momentos incluso, lo que significara un mayor reto para el terapeuta, obligándolo a estar más atento,

“demanda una alta, al menos en mi experiencia, una alta preparación del caso, no es como un curso flotante, que uno ¡ah ya me toca atender!, entró a atender y listo, ehh en lo personal me demanda una preparación previa (...), entonces necesita en una parte una alta preparación como en lo metodológico, en lo técnico, y harta preparación en lo personal también” (Participante 3).

Asimismo, hay factores que son determinantes para el desarrollo del trabajo con estos consultantes y que intervienen directamente en el impacto que esto pueda causar en el

terapeuta. Como se ha mencionado antes, estos consultantes resultan demandar mucho del terapeuta, provocando en estos un nivel mayor de preocupación por el desarrollo de sus habilidades técnicas y personales, a la vez que deben tener un especial cuidado con la implicación emocional que se genera en terapia, porque “en el caso de los procesamiento frágil a mí por lo menos me pasa eso, como por lo menos yo entiendo los procesos frágiles, me empiezan a pasar cosas también a mí, tengo que andar con mucho cuidado” (Participante 8), entonces

“siento que desafía mucho más como a la persona del terapeuta, yo no tenía duda respecto de qué hacer con ella en lo técnico, sino más bien en cómo acompañarla, y claro, ponerle también como también yo no sobre exponerme, yo no impregnarme demasiado de lo que aparecía ahí en la relación terapéutica” (Participante 6).

Es de esta forma que dependiendo de las habilidades y recursos con los que cuente el terapeuta para su trabajo con estos consultantes, se puede observar que el impacto que se genere en él será en mayor medida positivo o negativo, lo cual no significa que no se den a la vez, ya que estos procesos al ser tan largos en el tiempo y difíciles causan en el terapeuta una variedad de emociones, sensaciones y pensamientos que pueden pasar de un estado de tensión o tristeza a uno de calma y alegría.

Cuando hablamos de impacto positivos vemos que este se manifiesta de diversas formas, como con pensamientos orientados a la empatía, a la confianza en el proceso tanto de la persona como de lo realizado por el terapeuta, en ser capaz de ver más allá de la fragilidad

con la que se presenta el consultante, también con sensaciones de gratificación y tranquilidad cuando se observan cambios positivos en el otro, generando sensaciones corporales de expansión, calor corporal en el pecho y un cierto nivel de relajo muscular, como si se liberara una presión. Es así también que se observa que el proceso de sanación del consultante de procesamiento frágil, también es sanador para el terapeuta, ya que, “esa persona puede entregarte cosas muy valiosas para el terapeuta, todo el proceso terapéutico, puede demostrarnos cosas de nosotros mismos, podemos conocer personas muy valiosas, podemos vernos incluso como sanados por el otro en algún nivel” (Participante 2), lo que influiría en la forma de relacionarse del terapeuta, entregándole una nueva visión de las cosas, dándole a conocer mundos a los cuales antes tal vez no tenía acceso, incluso generando un mayor nivel de madurez en el cual comienza a cuestionarse ciertas creencias y lo ayudan a avanzar tanto como psicólogo así como persona.

Por otro lado, también se observa que se puede dar un impacto negativo en el terapeuta. A nivel de pensamientos estos se pueden ser inseguros e incompetentes, se comienzan a cuestionar sus propias capacidades, a la vez que pueden desarrollar críticas y juicios en contra del consultante al sentir que estos representan un cierto nivel de ataque contra su rol de terapeuta, por ejemplo, como relata el Participante 2:

“me ha pasado que muchas veces también he visto el estancamiento ligado a que o yo estoy impaciente o a mí me da rabia algo del otro o yo siento que el otro no está muy comprometido en el espacio, o me está tocando alguna fibra más personal”.

Pero también se despiertan pensamientos de miedo e intranquilidad ante la idea de que el consultante se pueda provocar algún tipo de daño o se ponga en una situación peligrosa e incluso que llegue a matarse. Provocando todo esto que el terapeuta este un estado de tensión y preocupación constante por el desarrollo del proceso, por lo que le pasa a él, por el consultante antes, durante y después de la terapia, ya que

“son pacientes que te llevan a un nivel de intensidad muy alto, entonces todo el tiempo uno a veces tiene que reconocer “esta persona me cansa” o “esta persona me hace sentir un ahogo que tengo ganas de abrir la ventana y sacar la cabeza” o sea, a mí me ha pasado con pacientes, o que el paciente se va y quedo así como hecha un trapo” (Participante 7).

También se observa que estos pensamientos negativos tienen una reacción emocional y corporal, que se presentan como angustia, tristeza, rabia, miedos. También a nivel corporal “normalmente salgo como tensa, como que normalmente lo siento en los hombros, como que hacia el final de la sesión me duelen los hombros, como que siento que tengo el cuello contracturado (Participante 4), entonces se puede observar en los terapeutas tensión en el cuerpo, sensación de ahogo, cansancio y vértigo, llegando incluso al punto de asco en algunos casos. Siendo todas estas sensaciones y emociones de alto impacto para el terapeuta al ser más constantes durante el proceso.

Lo cual finalmente genera un impacto negativo en las relaciones del terapeuta con el mundo, ya que al provocar en este una devaluación personal y profesional, se despiertan también la necesidad de alejarse de los otros, causando que disminuyan sus ganas por reunirse con sus cercanos o preocupándose por ser una carga para sus seres queridos, ya

que al ellos estar sobrecargados con emociones y sensaciones negativas, estas pueden ser depositadas en aquellos con los que se relacionan más íntimamente.

Finalmente, se logró determinar que los recursos de protección y de autocuidado son sumamente importantes para el terapeuta al trabajar con consultantes de procesamiento frágil, ya que estos serán un medio para reforzar el impacto positivo o para disminuir el impacto negativo. Esto se puede apreciar en todos los relatos de los terapeutas entrevistados, quienes recalcaron que al trabajar con estos casos es sumamente importante darle espacio a las emociones, trabajar su sensación sentida, ya sea con actividades recreativas de diversos tipos que les permitan liberar todo lo que sientes,

“tener actividades eh, fuera de tu trabajo, que no sea lo único que haces, creo que es súper importante siendo uno psicólogo, pero sobre todo si trabajas con procesos frágiles, no puede girar tu vida en torno a ello porque la verdad que la pasai mal, eh, cultivar relaciones personales saludables, cultivar espacios en los cuales poder hablar” (Participante 8),

Como así también las acciones de autocuidado, como autofocusing, alba emoting y siendo en este caso transversal la importancia de la constante supervisión y el espacio con pares que puedan tener.

“Supervisarlo ehh oficial y extraoficialmente, me refiero a supervisarlos en espacios como oficiales de supervisión de labor clínica (...) y supervisiones informales que con el colega amigo, tomándose una cerveza, hablar sobre esto “oye sabi estoy súper aterrado con esto, no sé por dónde ir, te ha pasado antes” como más en la supervisión informal, como en el fondo es hablar por contar,

ponerlo afuera como no encerrarme y engeuecer solo de mi punto de vista y viendo lo que está pasando, como compartirlo con otro” (Participante 3).

“El autochequeo es súper importante, también la supervisión, el hacerse supervisar también es un elemento de autocuidado, porque muchas cosas que como sutiles que se pueden escapar de repente cuando uno mira las cosas como más aisladas, la mirada del otro es siempre potente” (Participante 6).

DISCUSIÓN

A partir de los resultados desarrollados en el apartado anterior, es posible reconocer un modo de ser terapeuta que se ha ido afinando a partir de los resultados que fueron emergiendo. Así, en el presente apartado, se discutirá en relación a este modo de trabajo en psicoterapia a la luz de la teoría presentada.

Es posible ver que los resultados obtenidos refieren a lo relevante que implica el poder observar lo que le genera al propio terapeuta el atender a un consultante con procesamiento frágil, lo cual representa un nivel de complejidad alto en muchos aspectos, como lo es en el proceso psicoterapéutico, ya que les demanda mayor atención, contención, además de tener un encuadre bien claro, y un nivel de profundidad distinto; y en la implicación personal del terapeuta, debido a las inseguridades y emociones en sesión que le surgen, en relación a temáticas complejas que traen los consultantes consigo, lo anterior como elemento transversal en las áreas exploradas, y es que estos consultantes, quienes se caracterizan por tener un estilo frágil de contactar con su propia experiencia, son consultantes que generalmente se les diagnostica con trastornos como borderline, narcisista, o con algún tipo de desorden de personalidad esquizoide (Warner, 1991), lo que puede permitir comprender por qué son tan complejos. Estos temas mencionados serán profundizados a lo largo del desarrollo del presente capítulo.

En primer lugar, en las entrevistas realizadas se reconocen los aspectos vinculares en el proceso psicoterapéutico para el desarrollo de una terapia eficaz, y en este sentido, Gendlin menciona que es relevante el cambio que se da en la terapia, la cual va a depender principalmente de las capacidades que desarrolle el consultante, y no siempre por aquello que realice directamente el terapeuta (Alemany, 2011). Siguiendo con lo anterior y en relación al cambio, en las entrevistas realizadas se observa generalmente una manifestación por parte de los consultantes, que se da de forma lenta y gradual, lo cual refiere a un cambio mucho más lento en la propia terapia, provocando así, un bajo impacto en la subjetividad del consultante y en su propio experiencing, es por esto que Alemany (2011) menciona lo relevante que es el que haya un cambio y que el propio consultante lo experimente, haciendo referencia a que, inclusive, si ese cambio no se percibe, la terapia puede presentarse sin utilidad alguna.

En segundo lugar, Alemany (2011) menciona que en el momento en que el consultante presenta un proceso frágil, el terapeuta debe intentar comprender aquellos sentimientos que le son complejos de comunicar. Cuando el terapeuta comprende el problema, descubre que, con una interacción eficaz, los consultantes se sentirán más comprendidos (Alemany, 2011). En relación a esto, en las entrevistas realizadas se pudo observar que los terapeutas mencionaron que existe una gran influencia con respecto a los relatos e historias de vida que entregan los consultantes con procesamiento frágil durante la terapia, lo cual les permite a los terapeutas aprender de ellos, y además, aprender de que la demanda que ellos generan permite que se den cuenta de la importancia de adquirir un mayor desarrollo de

nuevas habilidades y técnicas terapéuticas y de actualización de conocimiento, lo cual concuerda con lo propuesto por el autor, en relación a lo que demanda al terapeuta para la mejor comprensión y contención de los propios consultantes, permitiéndoles un mejor desarrollo como terapeutas en distintas áreas fundamentales durante su trabajo.

Por otro lado, es importante mencionar que durante la revisión bibliográfica se pudo tener acercamiento a un estudio con respecto a los efectos en distintas áreas que se generan en los terapeutas al trabajar con consultantes, en donde Hatcher y colaboradores (2012) mencionan que en el área de las relaciones personales existen grandes efectos en los terapeutas, ya que al trabajar con estos consultantes, fue relevante el aprendizaje con respecto a sus relaciones familiares, pareja, amigos, entre otros; teniendo relación con el trato hacia sus hijos o hacia su pareja, cometiendo, de vez en cuando, los mismos errores que sus consultantes, o, por el contrario, aprendiendo lo que no debieran hacer en sus relaciones, por lo que según el estudio, los terapeutas lograron un alto aprendizaje, el cual les permitió comprender y mejorar mejor en su área personal.

Por el contrario, se observó en muchas ocasiones que los terapeutas no se referían con respecto a los efectos en sus relaciones interpersonales. Dado esto, la información más relevante que entregaron los terapeutas entrevistados, fue que no suelen verse afectadas sus relaciones, siempre y cuando desarrollen recursos de protección y se preocupen de poner límites seguros, además de tener algún tipo de autocuidado, ya que todos estos elementos son imprescindibles para la persona del terapeuta, y para poder ejercer su labor

clínica y terapéutica, debido a que si no se desarrolla un correcto autocuidado, podría llegar a afectar el cómo se relacionan con sus cercanos, sin embargo, en sus experiencias esto no había ocurrido, y resulta ser un tema relevante ya que se consideraba que podría ser uno de los temas que se podrían dar con mayor frecuencia durante las entrevistas, dado lo revisado en el estudio de Hatcher y colaboradores (2012), sin embargo, durante el proceso de esta investigación resultó ser unos de los efectos menos hablados o mencionados por los terapeutas.

Lo anterior se puede deber a que los entrevistados tendían a referirse mucho más a los efectos que el trabajo con este tipo de consultantes genera en el área profesional más que en lo personal. En relación a esto último, los participantes mencionan que los consultantes habían tenido grandes efectos sobre ellos, ya que estos provocaron mayor comprensión hacia los consultantes con procesamiento frágil y hacia aquellos que no lo presentaban, provocando mayor desarrollo en relación a la empatía, la comprensión y en el modo de ver a las personas, comprender mejor la historia que estas personas traen, además de una mejor manera de acercarse a los consultantes, entre otros.

A lo largo de la investigación, se intenta comprender la repercusión emocional en los terapeutas, y los resultados indican que efectivamente hay muchos efectos en la emocionalidad del terapeuta humanista experiencial, donde estos expresaron sentirse altamente afectados, por muchas y diversas emociones, como, por ejemplo; la mayor parte de los participantes referían sentir ansiedad y angustia, en relación a el proceso de terapia.

Estas emociones se ven intensificadas, en comparación al atender a otro tipo de consultantes, ya que atender procesamiento frágil es muy difícil y más complejo debido a que en las primeras instancias no se puede trabajar directamente, sino que se debe contener y enfocar en el desarrollo del vínculo, debido a la dificultad que presenta el consultante para generarlo, lo que implica un avance más lento, donde el terapeuta se ve demandado fuertemente desde esta esfera de su persona. Resulta necesario recalcar lo crucial que es saber identificar sus emociones, si son propias, o son del consultante; atender lo que le está afectando, es decir, darse cuenta. para evitar perder la objetividad de lo que ocurre con el consultante, evitando el caer en una sobre-implicación. Siguiendo con esto, resulta fundamental saber trabajar con sus emociones, donde el primer paso es la aceptación, para luego poder monitorearlas, ya que éstas influyen directamente en el proceso psicoterapéutico. Esto último coincide con la información obtenida de Hatcher y colaboradores (2012), donde se especifica que es clave para el terapeuta cuidarse y preocuparse de la implicación emocional, ya que siempre se corre un riesgo a ser arrastrado al drama que traen los consultantes, donde es evidente que los que presentan procesos frágiles, poseen características muy complejas, donde muchas veces es difícil entender su experiencia, por lo que el trabajo terapéutico se vuelve muy exigente y cauteloso.

Por otro lado, desde el área cognitiva del terapeuta, se logró conocer un gran impacto en sus pensamientos, el cual se caracteriza por muchas inseguridades del terapeuta a las que se ve enfrentado en el proceso de la terapia, cuestionando su capacidad personal, y su

eficacia como terapeuta; además, los pensamientos de preocupación con este tipo de consultantes son constantes debido a sus características, como por ejemplo el no poder contactar con su experiencia, la posible ambivalencia con la que puede llegar a sesión, entre otras, por lo que es sumamente importante cuidar el estado mental del terapeuta coincidiendo con lo mencionado por Consoli y Machado (2004), en donde lo fundamental es contar con herramientas necesarias de autocuidado a nivel cognitivo para que el terapeuta pueda tener un nivel de seguridad mayor para enfrentar sesiones más difíciles como lo es en el caso de consultantes con procesos frágiles.

Por otra parte y en relación al área corporal, los terapeutas relatan en sus entrevistas que desarrollan varios efectos y sensaciones, las cuales se dan con mayor frecuencia en la zona del estómago, el pecho, el cuello, entre otras; por lo que los terapeutas entrevistados expresan sentirse muy agotados al atender a este tipo de consultantes, dado que estas sensaciones muchas veces perduran más allá de la sesión, por lo que se ven afectados en relación a un desgaste de energía durante el transcurso del día, incluso antes de que los consultantes lleguen a sesión. Por lo que resulta relevante prestarles atención a estas sensaciones, las cuales reflejan aspectos importantes sobre su persona, sobre el consultante con proceso frágil, y en especial, sobre la relación entre ambos, ya que lo relevante desde lo experiencial, es entender que en ocasiones no se pueden evitar estas sensaciones corporales, ya que son propias de la sensación sentida, por lo tanto lo mejor es atenderlas y escucharlas para conocer por qué está sucediendo, ya que lo corporal es

característico desde este enfoque, en donde no se considera como algo que debe evitar, sino que todo lo contrario.

En una última instancia, se logra conocer que los terapeutas se ven fuertemente influenciados en la imagen de sí mismos. Dicen lograr grandes aprendizajes, que interfieren su forma de ver las cosas y a sí mismos, por lo que al presentarse un alto nivel de fragilidad en los consultantes, el terapeuta se ve con la necesidad de desarrollar herramientas, sobretodo personales, para poder llevar a cabo la terapia con este tipo de consultantes, los cuales llegan a terapia con grandes dificultades de integrar su propia experiencia, presentan incongruencia, estilos de relacionamiento complejos, ponen a prueba al terapeuta constantemente al inicio de la terapia, el vínculo se pone a prueba en variadas ocasiones, además de una actitud hostil y agresiva en algunos casos, o están tan fragilizados que la angustia es muy alta. Por lo que resulta evidente que, en este tipo de consultantes, el terapeuta se ve fuertemente demandado a desarrollar habilidades que lo van ayudando tanto a nivel personal como profesional, además de lograr desarrollar un aprendizaje que los marca como personas.

Por otro lado, es necesario señalar que la presente investigación tiene como relevancia el conocer, por medio de la experiencia de los terapeutas entrevistados, la importancia de la persona del terapeuta, donde es evidente que el terapeuta en casos más complejos, como lo es el atender a consultantes con procesos frágiles, que desde una visión más tradicional, se consideran propios de los trastornos de personalidad límite; éste debe tener un

conocimiento teórico, que le dé una base para llevar a cabo las sesiones y adquirir técnicas especiales desde su enfoque que lo ayuden a guiar el proceso terapéutico. Sin embargo, lo más fundamental es el trabajo personal que deben desarrollar a lo largo de su experiencia clínica; este trabajo debe ser constante y permanente, porque siempre habrá algo nuevo, algo que aprender, algo que dificulte, algo que precisar, algo que descubrir en terapia.

El impacto al terapeuta en sus diferentes esferas es evidente, y es intensificado con este tipo de consultantes, los cuales traen una forma muy particular de ser, donde el terapeuta se ve exigido y desafiado en un grado mayor, por lo que es crucial la experiencia que van adquiriendo a lo largo del tiempo, y conocer cómo estos procesos van dotando al terapeuta de aprendizaje, lo que es muy enriquecedor para la psicología clínica y en particular, para la psicoterapia experiencial. El terapeuta es un actor principal dentro de la terapia, junto al consultante, sobre todo en la relación vincular que genera con él, y esto es lo más importante con los procesos frágiles, donde las personas necesitan sentirse seguras y contenidas para poder llegar a conectar con su experiencia, que muchas veces contienen historias muy traumatizadas, llenas de sufrimiento, de dolor, donde el terapeuta, de manera muy empática, intentar acompañarlos en el proceso, para que logren integrarse, para que puedan de manera más saludable vivir el día a día, y logren tener una mayor regulación emocional.

Es importante mencionar la dificultad que se presentó en relación a la escasa información encontrada en el idioma español sobre estudios que den cuenta de la perspectiva de la

persona del terapeuta y su experiencia en el proceso psicoterapéutico, particularmente, en base a la línea teórica humanista experiencial, ya que lo que se encontró en relación a esto era escaso, y principalmente en inglés. Otra de las dificultades presentadas, tuvieron que ver con respecto a limitaciones teóricas presentes, debido a que las investigaciones encontradas pertenecían a la Universidad de Chile, ya que es desde aquí donde se desarrolla principalmente el desarrollo de investigaciones correspondientes a la línea humanista, por lo tanto, se tornó dificultoso encontrar información perteneciente a otras fuentes. Además, emergió una limitación con respecto al sesgo, debido a que la investigación fue realizada a través de un muestreo de bola de nieve, en el que los terapeutas ayudaron a reclutar a más participantes de entre sus conocidos, los que se encontraban en el mismo sector, es decir, en el Sector Oriente de la Región Metropolitana, lo cual pudo limitar nuestra investigación, al estar centrada en un solo sector, lo que genera una posible pérdida de información debido a que la visión de mundo podría ser diferente.

Por otro lado, en esta investigación se logró tener un mayor acercamiento a las características del procesamiento frágil, por lo que indagar de forma más profunda en este proceso aportaría a la psicología humanista experiencial, ya que las investigaciones que se encuentran suelen ser escasas en el idioma español. También se sugiere seguir investigando al terapeuta y a su propia persona, con la finalidad de ampliar los hallazgos de un modo más conceptual y experiencial, para así poder complementar aún más la escasa información que se tiene desde el área humanista y, de este modo, aportar en relación al impacto en la persona del terapeuta, debido a que resulta de gran importancia el poder

tener un mayor conocimiento de los efectos que se producen en la persona del terapeuta, ya que como se observó en los resultados de la investigación, estos tiene una gran influencia tanto en el área profesional como personal de los terapeutas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se consideró como eje principal a la persona del terapeuta y el impacto del oficio clínico sobre él, en relación a lo complejo que resulta hacer una distinción entre lo personal y lo profesional, ya que muchas veces se considera una imposibilidad de separar ambas dimensiones y a considerar una sin la importancia de la otra, puesto que ambas dimensiones forman parte de un sistema complejo. Dado lo anterior, es importante tener en consideración la implicancia que tiene el terapeuta en relación a estas dos dimensiones, las cuales se transforman en un compromiso diario que debe ejercer en el proceso de terapia, y que forman parte de él. Este compromiso comprende habilidades y técnicas que debe desarrollar en su experiencia y trayectoria como terapeuta, e ir perfeccionándose a lo largo de los años, lo cual siempre involucrará a su propia persona.

Lo anterior evidencia la importancia del oficio clínico, de la experiencia terapéutica y del rol que ocupa el terapeuta en ésta, resultando relevante generar un espacio en su vida cotidiana, donde se considere el lugar de ambas dimensiones, lo personal y lo profesional, es decir, prestar atención a lo que le sucede en el ejercicio de la psicoterapia y desarrollar habilidades que lo beneficien tanto a él como al consultante.

En consecuencia, de lo mencionado, los resultados obtenidos en la presente investigación, dan cuenta de la evidencia en relación a la complejidad que se desarrolla en el trabajo terapéutico, particularmente con consultantes con procesamiento frágil, y de la importancia de generar recursos de protección y autocuidado para trabajar el impacto que generan estos consultantes.

Por otro lado, es posible señalar que el conocer y analizar la experiencia de terapeutas humanistas experienciales al atender a un consultante con procesamiento frágil, contribuye a la psicoterapia humanista experiencial a poder identificar el impacto que este tipo de consultantes genera en la persona del terapeuta, afectando de manera personal y profesional, directamente en su labor clínica.

Por medio de los resultados obtenidos, se puede evidenciar que efectivamente los terapeutas se ven afectados por este tipo de consultantes en variadas dimensiones, ya que demandan de manera más exigente habilidades y recursos propios de la persona del terapeuta.

En primer lugar, desde la esfera cognitiva, en el terapeuta surgen pensamientos variados en el proceso terapéutico con estos consultantes, ya sea de constante inseguridad acerca de su capacidad personal y sobre su labor terapéutica, donde se cuestiona constantemente su efectividad; junto a eso, en otras ocasiones presentaban pensamientos acerca del consultante en relación a un sentimiento de disgusto debido a sus características

vinculares, y en otros momentos, de compasión por la historias mayormente traumáticas relatadas en sesión. Por otro lado, emergen otros pensamientos que están ligados a la confianza en la terapia, a estar siendo un buen terapeuta y a la confianza en la sabiduría organísmica del consultante, la cual debe ser constante.

En segundo lugar, desde la dimensión emocional del terapeuta se evidenció la existencia de mucha ansiedad y angustia en el proceso, que permanecía en el terapeuta incluso horas después de la sesión, hasta días, donde suelen sentirse preocupados por el bienestar de sus consultantes. Se logra diferenciar emociones en tres momentos, antes, durante y después de la sesión; donde hay variadas emociones, como la rabia, frustración, pena y alegría.

Se pudo llegar a conocer que, en estos casos más difíciles, el terapeuta se implicaba en mayor nivel que con otro tipo de consultantes; debido a que las temáticas que traen a terapia son más complejas de entender, y en muchos casos traumáticas, donde los terapeutas dicen sentirse muy exigidos por la fragilidad de los consultantes, y por la gran dificultad para conectar con su propia experiencia.

En tercer lugar, en relación a los efectos corporales expresaron sentir muchas sensaciones, donde el cuerpo es muy importante porque cumple el rol de guía en la terapia, el cual les indica lo que les produce el consultante, muy ligado a la emoción. Se encontraron diversas sensaciones corporales, mayormente en la zona del estómago, el pecho y el cuello; caracterizadas por dolores, incomodidades y mucha tensión corporal.

Y por último, está la repercusión en las relaciones interpersonales del terapeuta y en su persona, donde se vislumbra que estas últimas abarcan mucho aprendizaje tanto teórico-práctico, como personal; además de mucha sabiduría, lo cual los lleva a desarrollar nuevas perspectivas, nuevas formas de relacionamiento; donde se ven influenciados de muchas formas que potencian fuertemente su trabajo clínico, y fortalecen su visión de sí mismo, otorgándoles madurez y mejores recursos de protección, sobre todo para este tipo de consultantes con procesamiento frágil.

Por otra parte, para poder lograr analizar la experiencia de los entrevistados, se logró conocer además cómo se caracteriza el proceso psicoterapéutico con procesos frágiles, recorriendo diferentes episodios de la terapia, describiendo diversos elementos que el terapeuta se ve demandado a desarrollar, la alta exigencia al atender procesos frágiles y el cómo influye la experiencia a la hora de tratar a este tipo de consultantes. Los terapeutas dicen que es importante el saber poner límites, el acudir a supervisión y a terapia para no verse afectados en sus relaciones personales. El autocuidado junto a otros recursos de protección, es esencial para no verse impactado de manera más negativa.

Es por lo mencionado con anterioridad, que los resultados apuntan a que la persona del terapeuta es fundamental para el proceso terapéutico desde el enfoque humanista experiencial, ya que su propia persona es la herramienta que se utiliza con mayor frecuencia en casos más complejos, como lo son consultantes con procesamiento frágil.

De esta forma, para poder acompañar a una persona en el proceso, es necesario tener conocimiento de su propia experiencia, contactarse con ella para poder contactar con la del otro que nos vemos enfrentados en sesión. Es clave tener conocimientos teóricos, pero más importante es el conocimiento personal y potencialidades desarrolladas como terapeuta, el poder identificar sus emociones, y cómo estas influyen en la terapia.

El terapeuta es crucial para el proceso terapéutico, ya que es el que contiene y acompaña al consultante en un momento muy fragilizado, donde confía en la autopropulsión de cada persona, pero sabe que su rol es inicialmente clave para poder ayudar a conectar al consultante a su propia experiencia, donde por medio de sí mismo, de sus emociones, de lo que le pasa, es capaz de reconocer, identificarse y de comprender de manera más empática a este tipo de consultantes.

Los resultados mencionados contribuyen directamente a la psicología humanista experiencial, al conocer el impacto en los terapeutas humanistas experienciales en el proceso psicoterapéutico, debido a que las investigaciones, sobretodo en el idioma español y en el área humanista son más escasas, por lo que es necesario que existan mayores estudios sobre la perspectiva de los terapeutas en relación a los efectos que puede tener la terapia sobre ellos, tanto en su vida personal como profesional, además que aporta información relevante para conocer de mejor manera los procesos frágiles, y en el cómo se caracteriza el proceso psicoterapéutico con este tipo de consultantes, además de que

permite comprender mejor con respecto a todo lo que el terapeuta se ve exigido a desarrollar en varios aspectos, en especial en su propia persona.

Al conocer el impacto que se produce en los terapeutas con consultantes con procesos frágiles, se pudo vislumbrar que el desarrollo personal es clave, en el sentido de elaborar un mayor desarrollo de habilidades emocionales y de estrategias terapéuticas, las cuales ayudarán al terapeuta en los procesos psicoterapéuticos, en especial, de consultantes más difíciles y complejos de abordar.

A partir de ahí, el aporte de esta investigación refiere a la necesidad de dar cuenta de la importancia del terapeuta en todo proceso psicoterapéutico, donde desde un enfoque humanista experiencial es fundamental que éste tenga un buen desarrollo personal, que lo ayude a generar habilidades personales, las cuales pondrá al servicio de todo proceso terapéutico. Entendiendo también, que el desarrollo de una adecuada formación profesional y el desarrollo de la persona fuera de este rol van de la mano, ya que lo que el terapeuta aprenda en terapia, también lo implementara fuera de esta. Es así, que el autoconocimiento y la autorregulación que el terapeuta pueda desarrollar, antes y durante su ejercicio clínico son fundamentales, ya que será un aporte en su labor y le ayudará a conllevar de mejor manera los procesos, además de contar con las herramientas necesarias para enfrentar a consultantes con estilos frágiles, y a no verse tan afectados por éstos.

Por lo tanto, la subjetividad del terapeuta es realmente importante, ya que de aquí se generarán las características esenciales que pone en juego en terapia, donde es él quien sostiene al consultante en el proceso y pondrá grandes esfuerzos por llevar cada sesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, E. (2006). Alternativas de medición del "experienciar", de ET Gendlin. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 64(125), 529-568.

Alemany, C. (1997). *La Psicoterapia Experiencial y Focusing: la Aportación de E. T. Gendlin*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Alemany, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: la trayectoria de Eugene Gendlin. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 69(135), 443-469.

Alemany, C. (2016). El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de E. Gendlin. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 64(125), 503-528.
Recuperado
de <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/view/6622/6429>

Alemany, C. (2007). *Manual práctico del Focusing de Gendlin*. Bilbao: Ed. Desclée

Alemany, C. (2006). El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial de E. Gendlin. *Miscelánea Comillas*. Vol. 64, (núm. 125). 503-528.

- Alvarez, K., Molina, M.E., Rapaport, E., Maltraín, H., Ben-Dov, P., Tapia, C., & Farrán, A. (2009). Alliance, What clinicians don't know about therapeutic alliance. Santiago de Chile: 40th Meeting of the Society for Psychotherapy Research
- Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*, (15), 1-20. Recuperado en 27 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&tlng=es.
- Aponte, H. y Winter, J. (2000). The person and practice of the therapist: Treatment and training, en M. Baldwin (comp.), *The use of self in therapy* (2ª ed.), Binghamton, NY, Haworth, pp 127-165.
- Aponte HJ. (1992). Training the person of the therapist in structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*; 18 (3)
- Arratia, M. (2007). Efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, Vol. 1, N°2.
- Barceló, T. (2008). La filosofía de lo Implícito de Eugene Gendlin. Miscelánea Comillas. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 66 (129), 413-438.

Barceló, T. (2015). La creación de significado. El modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 73(142), 5-34.

Barros, P., y Matamoros, M. (2009). Percepción de Cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Chile. (Tesis de pregrado). *Repositorio de la Universidad de Chile*.

Berkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorders and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.

Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social: introducción a los oficios*. Santiago de Chile, Chile: LOM Ediciones.

Cárcamo, M. & Moncada, L. (2010). Un nuevo concepto para la comprensión e intervención en psicología y psicoterapia: Mindfulness o atención plena. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6, 1, 79-91.

Carvajal, C. (2012). Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional. Desde la mirada de los experimentados. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117054>

Chazenbalk, L. Mammi, K., Nachman, C., Perera, M., Reizes, M., Arcuschin, O. y Alvarez, H. (2004). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Rev. Psicodebate 3: Psicología, Cultura y Sociedad*, 107-116. Universidad de Palermo. Buenos Aires.

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*. Santiago, Chile: Autor.

Concha, F. (2015). El cuidado del Psicoterapeuta a la luz del cuidado nuclear. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137635>

Consoli, A. y Machado, P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicaciones para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En Héctor Fernández Álvarez y Roberto Opazo Castro (comps.) *La Integración en Psicoterapia* (pp. 385-451). Barcelona: Paidós.

Corveleyn, J. (1998). Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico. *Persona*, 0(001), 27-42. doi:<http://dx.doi.org/10.26439/persona1998.n001.690>

Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación.

Anales de psicología, 19(2).

Dasilva, F. (2010). El pensamiento de Merleau Ponty: la importancia de la percepción. *MIRÍADA*.

Año 3, No. 6, 93-118. Recuperado de

https://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/25/47#_ftn1

Della Porta, D., y Keating, M. (2013). Enfoques y metodologías en las Ciencias Sociales: Una perspectiva pluralista (Vol. 343). *Ediciones AKAL*.

Depestele, F. (2012). Cómo hacer la Terapia Experiencial: En la práctica de integrar focusing a la psicoterapia. Recuperado desde <https://www.focusing.org/fot/Como-hacer-la-Terapia-Experiencial-fd.pdf>

Díaz-Bravo, L. P., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica, 2(7)*, 162-167.

Dufey, M. y Wilson, J. E. (2014). Modulación psicofisiológica durante la experiencia de empatía: comprensión empática, nivel experiencial, frecuencia cardiaca y tono vagal a través de una conversación empática y una neutral. Tesis no publicada para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile.

- Elliott, R., Greenberg, L., & Lietaer, G. (2001). Investigation on Experiential Psychotherapies. En M. Lambert, A. Bergin, & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.139-193). New York: Wiley.
- Espinal, E. (2014). Sobre la percepción: aproximación desde Maurice Merleau- Ponty y Arnold Gehlen. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 7(7), 93-109. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2014000100008&lng=es&tlng=es.
- Fajardo, N. (2014). *Activación energética para el cambio según el modelo ecosistémico clínico*. Palibrio.
- Fernández, I. (2016). Aportes de la práctica de focusing al desarrollo de la persona del terapeuta humanista. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151152>
- Fernández, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XXVI (N°3), 255-266.

Fernández, A. y Rodríguez, B. (2001) La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Capítulo: Constructivismo y narrativas. Un nivel diferente para la integración. Pp. 29-48

Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. Ed. Brunner-Routledge: New York

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, Ediciones Morata S. L.

Francés, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects? *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2)

Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (eds.), *Personality change*, pp. 100-148. New York: John Wiley & Sons.

Gendlin, E.T. (1968). The Experiential Response. In E. Hammer (Ed.), *Use of Interpretation in Treatment*, pp. 208-227. New York: Grune & Stratton.

Gendlin, E. T. (1970). Cap. 7. A Theory of Personality Change. pp 129-173, En Hart, J. T., & Tomlinson, T.M. (eds) (1970). *New Directions in Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Gendlin, E.T. (1975). Una teoría del cambio de la personalidad. En E. Riveros (Comp.) (2000), *El nuevo paradigma del experiencing* (pp. 63-160). Santiago: LOM.

Gendlin, E.T. (1983). *Focusing: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal*, Bilbao: Mensajero

Gendlin, E.T. (1992). The primacy of the body, not the primacy of perception: How the body know the situation and philosophy. [Extracto de las páginas 343-353]. *Man and World*, 25(3-4), 341- 353. Traducción de Luis Robles Campos

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

Gendlin, E.T. (2006), *El cambio terapéutico en la psicoterapia experiencial*. *Revista Miscelánea Comillas* (64) 125: pp. 503-528

Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. *Málaga, España: Aljibe.*

Gómez, B., y Salgueiro, M. C. (2007). Terapia cognitiva y medicación: Un dilema en la trinchera.

Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16, 205 – 218.

Gondra R, J. (1986). El status científico de la psicología y psicoterapia humanista. Anuario de

psicología N° 34. (1). Universidad del País

Vasco. <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64550/885>

12

Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo* (4ª Ed.). México: Pearson Educación

Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J. M.,

Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from

Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative*

Report, 17(48), 1-21. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss48/1>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.).

México: McGraw Hill Educación.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª Ed.).

México: McGraw-Hill Educación.

Horvath, K., Orlinsky, D. & Trattner, N. (1970). Therapist Orientation and Patient Experience in Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 263-270.

Idiáquez, C. (2017) Medicina Mapuche y los modos de subjetivación contemporáneos, resistencia en la batalla etnocida. *Gradiva ICHPA VI* 1: 17-30. Santiago de Chile. Disponible en <https://ichpa.cl/gradiva-no-1-2017/>

Klagsbrun, J. (2004). Eliciting the Patient's Wisdom: Focusing, a New Tool for Effective Psychotherapy. *The Psychology of Health, Immunity & Disease Conference*.

Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., & Kiesler, D. J. (1969). The Experiencing Scale: A Research and Training Manual. *Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute*.

Knobel, M. (1965). El psicólogo en un servicio de psiquiatría infantil. *Revista Psicología* 2(37). Argentina: Universidad Nacional de La Plata.

Knobel, M. (2017). Diagnóstico y psicoterapia. Una concepción psicodinámica de la psiquiatría de urgencia y del rol del psicólogo. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 6(1 & 2).

Krause, M. (2011). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica Discusión Teórica y Presentación de un Estudio Empírico. *Psykhe*, 1(1).

- Laplanche, J. y J.B. Pontalis (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Labor, Barcelona.
- Lara, S. (2013). Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, acercamiento desde la teoría humanista-experiencial. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130480>
- Larios-Aguilar, R.J. (2009). La escucha experiencial en el proceso psicoterapéutico, reflexiones y aprendizajes desde un caso clínico. *ITESO*, Tlaquepaque, Jalisco
- Leijssen, M. (1998). *Focusing Microprocesses, Experiential Psychotherapy*. Guildford Press.
Traducción: Luis Robles Campos (2006). Obtenido de <http://www.focusing.org/microprocesos.html>
- Lutz L, Spell S. (2009). Reflections of the two trainees: person of the therapist training for marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family therapy*; 35 (4): 370-80.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. México, DF: Urano.
- Manzanera Ruiz, R., & Sierra Luque, F., & Borrego García, P. (2015). Formación universitaria e intervención social: una contribución de las técnicas gestálticas. *Revista Costarricense de Psicología*, 34 (2), 133-146

Mearns, D., & Schmid, P. (2006). Being with and being counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 255-265.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. New York: Humanities Press.

Merleau-Ponty, M. (2000). *Parcours Deux, 1951-1961*. [s.l.]: Verdier.

Méndez, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 171-180.

Minuchin, A. M. (2016). *La Persona del Terapeuta*. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Disponible en

<https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=RKFTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA159&dq=la+persona+del+terapeuta&ots=qFs4oUWXFY&sig=BW0nknmJKrpTAetAMPDEbFLkVTg#v=onepage&q=la%20persona%20del%20terapeuta&f=false>

Moncada, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/122060>

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. *Neiva: Universidad Surcolombiana*, 113.

Naranjo, C. (1990) *La vieja y Novísima Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.

Moncada, L., Guerra, C., Concha, F., Carvajal, C. (2014) ¿Qué revelan una década después los estudios chilenos sobre la variable del terapeuta? Un análisis bibliográfico. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, vol XXIII. N°I.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.

Orlinsky, D., (2009). Forty Years of Research and Relationship: A Personal Perspective on the Past, Present and Future of SPR. Closing Plenary. Santiago de Chile: 40th Meeting of the Society for Psychotherapy Research.

Orlinsky, D. & Rønnestad, M. (2005). *How Psychotherapists Develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association

Ortega y Gasset, J. (1955). Historia como Sistema. *Obras Completas*, Tomo VI. Madrid: Ediciones Altamira.

- Rake, C. & Paley, G. (2009). Personal therapy for psychotherapists: The impact on therapeutic practice. A qualitative study using interpretative phenomenological analysis. *Psychodynamic Practice*, 15 (3), 275–294.
- Ralón de Walton, G. (2014). La filosofía del quiasmo: Introducción al pensamiento de Merleau-Ponty. *Diánoia*, 59(73), 170-177. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-24502014000200011&lng=es&tlng=es.
- Riveros, E. (2000). *El Nuevo Paradigma del Experiencing*. Santiago: LOM Ediciones.
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 12(2), 135-186.
- Riveros, E. (2016) El experimentar y la creación del significado. *Una aproximación filosófica y psicológica a la Subjetividad. Parafraseando a Eugene Gendlin*. Alemania: Publivia.
- Rihacek, T., & Danelova, E. (2015). How therapists change: What motivates therapists towards integration. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 8, 5-31.

- Rodríguez, G. Gil, J. García, E., (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa. *Barcelona, ediciones Aljibe.*
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*,107 –114.
- Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de Educación, 15*, 103-124.
- Santibañez, P., Román, M. y Vinet, E. (2008). 52 Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria. Vol. 26, nº 2*, pp. 267 - 287.
- Stierlin, H. (1972). Self-actualization and philosophical awareness. *Twelve therapists*. San Francisco: Jossey-Bass, cit. in Sussman, MB, oc.
- Strauss, A. Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Szmulewicz, E. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51*(1), 61-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>

- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100011>
- Vallejo, A. P. (2009). Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Madrid: Eos.
- Vargas-Téllez, J. A., & Dorony-Saturno, L. M. (2013). Psicoterapia y acompañamiento: Un análisis conceptual desde el humanismo y la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología GEPU*, 4 (2), 142-153.
- Vanaerschot, G. (2004). It Takes Two to Tango: On Empathy With Fragile Processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 112-124.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas del género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Villegas, M. (1986). La psicología humanista: historia, concepto y método. *Anuario de psicología* 34(1): 7-45.

Warner, M. S. (1991). *Fragile Process*, En L. Fousek (ed.) *New Directions in Client-Centered Therapy: Practice with Difficult Client Populations (Monograph Series 1)* (41-58). Chicago, IL: Chicago Counseling and Psychotherapy Center

White, M. (2002). *El Enfoque Narrativo en la experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Wolfenson, Á. (2015). Explorando las bases de la psicoterapia experiencial. *Revista gpu. Psicoterapia. Paradigma Experiencial. 11 (2)*, 168 -174. Recuperado de http://revistagpu.cl/2015/GPU_junio_2015_PDF/REV_Explorando.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado

Mediante el presente comunicado, es grato darle nuestros más cordiales saludos, esperando poder aclarar la investigación que será desarrollada por las estudiantes de cuarto año de Psicología pertenecientes a la Universidad Católica Silva Henríquez, Camila Aranguiz B., Katharine Castro A., Jazmina Meza R. y Valentina Palma P. bajo la realización de seminario de grado.

El propósito de esta investigación es poder realizar entrevistas semiestructuradas a terapeutas humanistas experienciales que hayan atendido a un consultante con procesamiento frágil. Con el objetivo de conocer si la experiencia al trabajar con este tipo de consultantes tiene un efecto sobre las áreas emocionales, cognitivas, corporales y de las relaciones personales en los terapeutas, y también la contribución que se puede generar con la información entregada tanto para la teoría como para la práctica de la psicología humanista experiencial.

Yo _____, declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente y acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación “Experiencia de terapeutas humanistas experienciales al atender a un consultante con procesamiento frágil” realizada en el marco de desarrollo de tesis. Declaro que conozco y acepto que mi identidad será resguardada, y la información obtenida sólo será para el uso de esta investigación, y que poseo el derecho de retirarme en el cualquier momento.

Firma Investigadora

Firma Investigadora

Firma Investigadora

Firma Investigadora

Firma Terapeuta

Santiago, ____ de _____ de 2018

ANEXO 2: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

- I. Antecedentes del terapeuta
 - ¿Cuántos años de ejercicio clínico lleva ejerciendo?
 - ¿Qué formación tiene en experiencial?
 - ¿Ha trabajado con consultantes con procesamiento frágil?
- II. Procesamiento frágil
 - ¿Qué entiende usted por proceso frágil?
 - ¿De qué manera ha observado un proceso frágil en sus consultantes?, ¿qué le indica que tenga procesamiento frágil?
- III. Trabajo psicoterapéutico
 - ¿Qué aspectos del ejercicio clínico caracteriza la atención de personas con procesamiento frágil?
 - ¿Cómo es el proceso psicoterapéutico con ese tipo de consultante?
 - ¿Cómo percibe el cambio que ocurre con consultantes con procesamiento frágil?, ¿qué recursos ha utilizado cuando se detiene el proceso de cambio o no se visualizan cambios?
- IV. Desarrollo de habilidades o herramientas especiales
 - Según su experiencia, ¿ha sido necesario desarrollar habilidades o conocer herramientas especiales, ya sea para identificarse y/o diferenciarse de un consultante con procesamiento frágil?, si es así, ¿cuáles serían esas habilidades?
- V. Pensamientos que han surgido
 - ¿Qué pensamientos han surgido durante el proceso de atender a esta persona?, ¿qué cuestionamientos se le han venido a la mente respecto a la otra persona y de sí mismo?
- VI. Tipo de repercusiones
 - ¿Ha notado algún tipo de repercusión emocional?, describa.
 - ¿Qué emociones han surgido a partir de atender a esta persona?, (antes que llegara a las sesiones, durante, cuando se iba o si recuerda al consultante durante la semana).

- ¿De qué forma trabaja con las emociones que le provoca el consultante?, ¿qué hace con la implicación emocional?
 - ¿Este proceso generó una repercusión corporal en usted en algún momento?, Describa
 - ¿De qué manera repercute la actividad terapéutica con este consultante con procesamiento frágil, en la relación que tiene el terapeuta con el mundo? (Ej., relaciones, trabajo, significado que tiene de sí mismo, etc.)
- VII. Temáticas que implicó personalmente
- Durante el trabajo con este consultante, ¿hubo alguna temática que lo implicó más personalmente?
- VIII. Autocuidado
- ¿Qué elementos de autocuidado ha necesitado desarrollar al trabajar con consultantes con procesamiento frágil?
- IX. Influencia de la experiencia
- ¿De qué manera influye la experiencia del terapeuta al atender a consultantes con procesamiento frágil?

ANEXO 3: CODIFICACIÓN ABIERTA

Matriz de codificación abierta producto del análisis de las entrevistas. Resultados en bruto.

* **P**: Participante.

* **PF**: Párrafo.

I. Procesamiento frágil

1. Concepto

- Proceso experiencial con dificultad para integrar la experiencia. (PF5) = P5 / (PF4) = P7
- Procesamiento incongruente de sí mismo. (PF 5) = P5
- Visión tradicional, como estructura límite de la personalidad. (PF5) = P5
- Contacto experiencial interrumpido, obstaculizado o disociado. (PF5) = P5.
- Estilo de relacionamiento distante y hermético. (PF 5) = P1.
- Formas de definir manifestaciones clínicas que se categorizan en grupos psicopatológicos (PF 4) = P6
- Cursan momentos vitales que lo fragilizan asociados a condiciones estresoras (PF 4) = P6
- Características de un paciente borderline (PF6) = P5 / (PF5) = P7
- Se engarza con trastornos de personalidad límite. (PF5) = P8.
- Sospecha de un trastorno de personalidad. (PF8) = P8.
- Visualización de respuestas traumáticas. (PF8) = P8.
- Pacientes con límites difusos. (PF 22) = P8.

2. Características para identificar el procesamiento frágil

a. Forma de relacionarse

- Le cuesta relacionarse con los otros y consigo mismo. (PF 4) = P1.
- Relaciones interpersonales frágiles. (PF4) = P4. (PF6) = P5/ (PF5) = P6
- Vulnerabilidad en el contacto afectivo que no remite (PF5) = P6
- Comportamiento más impulsivo que genera mucha angustia (PF5) = P6
- Cuesta reconocer los límites internos (PF5) = P7
- Revisar seguridad relacional. (PF 17) = P8.
- Cierta intencionalidad de generar algo en los demás. (PF 13) = P8.

b. Forma de contactar con su experiencia

- Dificultad para integrarse e integrar experiencias. (PF 4) = P1 / (PF 5) = P1.
- Un yo frágil (PF4) = P4. (PF6) = P7
- Pacientes con alta intensidad y otros con baja intensidad. (PF 5) = P8.
- Afecta de manera temporal y/o estructural. (PF 5) = P8

b.1. Distantes

- Dificultad para acercarse a temas difíciles. (PF7) = P4
- Ninguna conexión o le cuesta hacer contacto con su experiencin. (PF4) = P4 / (PF4) = P3 / (PF4) = P2 / (PF5) = P4 / (PF4) = P7

- Incapacidad para sostener su propia experiencia. (PF5) = P8
- b.2. Invasivos**
- Dificultad para conectar y al conectar se inundan (PF7) = P4 / (PF 5) = P2/ (PF4) =P7
- Su propia angustia no se la logran bancar y se la pasa al terapeuta. (PF 9) = P5
- Les cuesta lidiar con la angustia. (PF5) = P6 / (PF6) =P7
- c. Forma de estar en terapia**
- Vínculo terapéutico, importante para el encuadre. (PF 5) = P3
- Intelectualización, como irse a la mente. (PF7) = P4
- Pacientes con historias traumáticas y/o muy dolorosas. (PF8) =P4 (PF6) = P5
- Tendencia más autolesiva, con intentos suicidas no tan francos, sino para llamar la atención. (PF6) = P5
- Cuesta profundizar porque el consultante está alejado de su experiencia interna. (PF 5) = P2
- Experiencia polarizada, es todo o es nada, o le afecta o no al consultante. (PF 5) = P3
- Dificultad para regular sus afectos. (PF6) = P5 / (PF8) =P7
- Incongruencia entre demanda y necesidad. (PF 7) = P1
- Proceso de terapia como una ensalada de emociones. (PF 10) =P1
- Lo que le genera al terapeuta lo vincular, qué emociones le genera. (PF 5) = P1.
- Pacientes sensibles a las fallas empáticas, lo sienten como una agresión. (PF9) = P5
- Llegan angustiados o se angustian en la sesión. (PF 6) = P6
- Comportamiento impulsivo autodestructivo. (PF 7) =P6
- Actitud demandante con la terapeuta. (PF 7) =P6
- Llevan al terapeuta a un nivel alto de intensidad. (PF9) =P7
- Hostilidad y resistencia en el paciente. (PF 8) = P8.

II. Características del proceso psicoterapéutico con estos consultantes

- No entrar directamente a lo conflictivo del consultante. (PF 6) =P1
- Rol de contención, estructurar y posibilitar narrativas respecto a las sensaciones. (PF 6) =P1
- Este proceso motivó que iniciara terapia. (PF 12) = P5
- No hay orden preestablecido. (PF 6) = P1
- Diagnóstico experiencial (inicio y constante en la terapia). (PF 6) = P1
- Procesos más lentos. (PF8) =P4 / (PF7) = P2 / (PF7) =P7
- Tener un encuadre bien claro. (PF9) =P5 / (PF7) =P7(PF 8) = P8.
- Depende del consultante. (PF 7) = P2.
- Nivel de profundidad distinto. (PF 7) = P1.
- Forma de conversación cotidiana, para la reparación del vínculo. (PF 7) = P1
- Procesamiento frágil continuo, con aumento en niveles experienciales. (PF9) =P2

- Proceso particularmente largo y continuado en el tiempo (PF 10) = P4
- Proceso difícil. (PF 12) = P5 / (PF 8) = P3 / (PF 7) = P1 / (PF6) =P7(PF 13) = P8.
- Difícil diferenciar si es algo circunscrito o un momento vital concreto. (PF 6) =P6
- Fuerte contratransferencia. (PF 8) = P8.
- Aliarse con procesamiento frágil (debido a poca experiencia). (PF 18) = P2

1. Momentos del proceso:

- No saben para donde van. (PF 8) = P1
- Todo se resuelve muy rápido. (PF 8) = P1
- Confiar en el vínculo, en su construcción y ponerlo a prueba. (PF 8) = P1
- Cuesta establecer un vínculo y alianza. (PF6) =P7
- Sentimiento de preocupación en el terapeuta. (PF 8) = P1.
- Queda pensando en el consultante. (PF 8) = P1.
- Integración de sus aspectos. (PF 8) = P1.
- Desafío darme cuenta del procesamiento frágil. (PF 12) = P5
- Sensación de avance y retroceso recurrente. (PF 8) =P6 / (PF7) =P7
- Percepción de los límites en el paciente. (PF 9) = P8.
- Cuidar vínculo que inicialmente es frágil. (PF 10) = P8.
- Al principio, seguir de cerca la experiencia del otro. (PF 11) = P8.
- Al inicio, no ser confrontacional. (PF 11) = P8.
- Primero, hacer acompañamiento empático. (PF 13) = P8.
- Transmitir mensaje implícito de confianza al paciente. (PF 13) = P8.
- A veces situaciones críticas en la terapia. (PF 13) = P8.
- Estar atento al paciente, al terapeuta y la relación. (PF17) = P8/ (PF 9) = P8.

2. Lo que demanda al terapeuta

a. Lo técnico del terapeuta

- Constante actualización de conocimiento. (PF 8) = P3 / (PF 10) = P6
- Demanda atención metodológica. (PF 6) = P3
- Poder validar la conexión con el consultante. (PF 11) = P1
- Especial cualidad atencional (atenta a claves sutiles/pequeños matices) (PF 6) = P2 / (PF 12) = P5 / (PF 33) = P4 / (PF7) =P7
- Alta preparación previa del caso. (PF 6) = P3
- Parafrasear poco, o cuando hay seguridad. (PF9) = P5
- Obliga a buscar herramientas creativas. (PF 19) = P4
- Prestarle funcionamiento psíquico al paciente. (PF 19) = P4
- Desafía la observación clínica. (PF 6) =P6
- No imponer una técnica, que se dé natural. (PF7) =P7
- Realizar intervenciones de movimiento e integración. (PF11) = P8.
- Cambiar la dirección, cambiar el foco de la conversación. (PF 13) = P8.

- Necesitas experiencia clínica. (PF 19) = P8.
- Formación en varias líneas. (PF 19) = P8.
- Tener acercamientos con la psicopatología general. (PF 19) = P8.

b. Desarrollo constante

- Pensar el caso. (PF 13) = P3
- Refinar la empatía (PF 14) = P5 / (PF6) =P6 / (PF6) =P7
- Desarrollar suficiente aplomo experiencial. (PF 14) = P5
- Desarrollar solidez, seguridad (PF 14) = P5
- Autocuidado (deporte, biodanza, yoga y trabajo espiritual) (PF15) = P4
- Darse cuenta de lo que me pasa a mí y hacerme cargo. (PF 14) = P5 / (PF 33) = P4 / (PF6) =P6 / (PF11) =P7 / (PF12) =P7
- Requieren de mucha supervisión para el terapeuta. (PF 10) =P4
- Desligarse de lo pautado. (PF 11) = P1/ (PF14) =P7
- Confiar en la sabiduría orgánica del paciente (que puede y tiene los recursos) (PF 10) = P4 / (PF 8) =P6
- Aceptar a la persona tal cual se está mostrando. (PF6) = P6 / (PF6) =P7
- Dejar de ver a la persona como un síntoma. (PF6) =P7
- Aceptar recaídas del paciente. (PF 13) = P8.
- Estar expuesto a cierta traumatización vicaria. (PF25) =P8

c. Habilidades personales del terapeuta

- Ser muy cuidadoso con el lenguaje que ocupa. (PF9) = P5
- Aprender a tolerar la incertidumbre. (PF 11) = P1
- Ser paciente (no yendo al centro del conflicto). (PF 12) = P1/ (PF 10) =P4/ (PF8) =P4 / (PF6) =6
- Menos habilidades y más contención. (PF 13) = P1/ (PF 7) =P6
- Disponibilidad más allá de la sesión. (PF 14) = P1 / (PF 14) =P7
- Respuesta empática. (PF 12) = P2 / (PF 14) = P1 / (PF 19) = P4
- Acercamiento orientado al focusing. (PF 12) = P2
- Acompañar al paciente. (PF15) = P4 / (PF14) =P7
- Trabajar bien con los encuadres. (PF 14) = P5
- Fortalecer recursos personales. (PF 14) = P5 / (PF 6) = P3/ (PF6) =P6
- Ofrecer un espacio de escucha. (PF 14) = P5 / (PF 7) =P6 / (PF9) =P7
- Requiere de creatividad. (PF 10) =P4
- No sobreproteger al paciente. (PF 10) =P4
- Ser auténtica. (PF 10) =P4
- Tolerancia a frustración del terapeuta. (PF 8) = P3
- Ser más detallista en la intervención. (PF 19) = P4
- Estar más en conexión con uno mismo. (PF 19) = P4 / (PF18) =P7
- Ser precavida y más cuidadosa. (PF7) =P7
- Mayor cuidado al tratar al paciente. (PF 5) = P8.
- Requiere esfuerzo, para entender al paciente. (PF 13) = P8.
- Ver coherencia de necesidad del paciente con trabajo terapéutico. (PF 17) = P8

d. Recursos de protección

- Espacio para meditación. (PF 27) = P1 / (PF11) =P7 / (PF28) =P8
- Darle espacio a la emoción/sensación. (PF 27) = P1 / (PF 9) = P6 /
- Delimitar espacios de trabajo y vida personal. (PF 21) = P3
- Trabajo permanente de autoobservación. (PF 33) = P4 / (PF19) =P7
- No quedarse pegada en cosas que no son importantes. (PF 33) = P4
- No sólo atender procesamiento frágil. (PF 17) = P1 / (PF12) =P7
- Incorporar el placer en la cotidianidad. (PF 33) = P4 / (PF19) =P7
- Cuidarse en términos afectivos. (PF 34) = P4
- Juntarse con amigos en día de semana. (PF 34) = P4
- Conversar con colegas. (PF 22) = P5 / (PF 33) = P4 / (PF 19) = P4 / (PF19) =P7
- Prepararse antes de sesión. (PF 19) = P4
- Dormir bien la noche anterior. (PF 19) = P4
- Estar bien, atenta y despierta. (PF 19) = P4 / (PF 20) =P6
- No impregnarse demasiado de la relación terapéutica. (PF 15) =P6
- Escribir. (PF19) =P7
- Ver lo que le pasa al terapeuta. (PF 17) = P8.
- Actividades fuera de tu trabajo. (PF28) =P8
- Cultivar relaciones personales saludables. (PF28) =P8
- Cultivar espacios para hablar lo que le pasa con pacientes. (PF28) =P8
- Trotar. (PF28)
- Hacer yoga. (PF28) =P8
- Atender la propia experiencia. (PF28) =P8
- Autocompasión, no somos súper héroes, aceptar errores (PF28) =P8

d.1 Autocuidado

- Autofocusing express. (PF 27) = P1 / (PF 14) =P6 / (PF9) =P7
- Supervisión y psicoterapia personal. (PF 25) = P2 / (PF 21) = P3/ (PF 22) = P5 / (PF 20) =P6 / (PF19) =P7
- Alba Emoting: modulación emocional. (PF 21) = P3
- Supervisión clínica recurrente. (PF 22) = P5 / = P4/ (PF 18) = P5.
- Co-supervisión con pares. (PF 27) = P1.
- Grupo de intervención (con colegas). (PF 22) = P5 / (PF19) =P7
- Sesión de emergencia. (PF19) =P7
- Autocuidado, de atender lo que al terapeuta le pasa. (PF 12) = P8.
- Generar espacios para hablar con alguien. (PF 12) = P8.
- Supervisión o cosupervisión. (PF 28) =P8
- Tener contacto con colegas. (PF 28) =P8 (PF 12) = P8
- Psicoterapia personal importante. (PF 28) =P8

3. Influencia de la experiencia en el trabajo terapéutico

- Como se narra lo que está pasando en el proceso. (PF 28) = P1.
- Relación con respecto a cómo sostiene el proceso de terapia. (PF 23) = P3
- Reflejar su experiencia. (PF 13) = P8.
- Es fundamental. (PF29) =P8
- Me ayuda a sostener mis intervenciones un 80 por ciento. (PF 29 =P8
- Experiencia con equipos funcionales fue muy útil (PF 29) =P8
- Por medio de la práctica se desarrollan habilidades de trabajo. (PF 29) =P8

a. Personales:

- Comprensión empática (PF 35) = P4 / (PF 21) =P6 / (PF20) =P7
- Mayor desgaste con consultantes más distanciados. (PF 27) = P2
- Importante tener harta supervisión y realizar psicoterapia. (PF 29) = P1.
- Ayuda a madurar aspecto profesional. (PF 23) = P3
- Abre a la comprensión de la realidad y experiencia del otro (PF 21) =P6

b. Profesional:

- Entre más detecte lo mío, menos cosas te sorprenden. (PF 35) = P4 / (PF20) =P7
- Manejar más los diagnósticos. (PF 25) = P5
- Poder leer literatura de otras corrientes clínicas (PF 25) = P5.
- Experiencia dota de herramientas. (PF 26) = P2
- Constante supervisión. (PF 28) = P2.
- Transforma la forma de acompañar. (PF 21) =P6

4. El cambio en el proceso psicoterapéutico

a. Como se percibe en el consultante

- Se manifiesta lentamente. (PF8) =P6 / (PF 13) = P5 / (PF10) =P7
- Cambios graduales a drásticos. (PF 10) = P3
- Aparecen microcambios. (PF13) = P4
- Cambio corporal, más relajado, mayor distensión y fluidez. (PF13) = P4
- Difícil verlos, pero no quiere decir que no hay. (PF 14) = P8.
- Ya no se desarman. (PF14) = P8.
- Pacientes empiezan a tomar sus propias decisiones. (PF14) = P8.
- Cambios desde adentro que lo ayudan a sostenerse. (PF 14) = P8.
- Al principio sin interés de cambio el trabajo terapéutico. (PF 13) = P8.

b. Forma de relacionarse

- Cambio en relaciones interpersonales. (PF 13) = P4
- Relacionarse con un otro con menos ansiedad y menos oscilación. (PF 13) = P5
- Mayor confianza con terapeuta. (PF 13) = P5
- A mayor confianza relacional, más posibilidades de movimiento en el paciente. (PF 13) = P8.

b.1. Emocionales

- Emociones y sensaciones se calman. (PF 10) = P1/ (PF8) =P6

- Capaz de sostener más la experiencia interna (menos abrumadora). (PF 11) = P2.
- Respuestas de sospecha empiezan a desaparecer. (PF 13) = P5
- Regulación afectiva más eficiente. (PF 13) = P5/ (PF 13) = P8.
- Aprender a vivir de manera saludable con su angustia. (PF 7) =P6

b.2. Experiencialmente

- Procesamiento más fluido. (PF 13) = P4 (PF 10) = P1.
- Hacen menos crisis. (PF 13) = P5
- Terminan estructurándose, un self más aglutinado, menos disperso. (PF 13) = P5
- Encontrar en la experiencia corporal una sensación sentida distinta y aliviadora. (PF8) =P7
- Pueda conectar con su experiencia. (PF10) =P7
- Al tener más contacto con su experiencia, se pueden hacer otro tipo de intervenciones. (PF 11) =P8.
- Paciente más capaz de estar con su propia experiencia. (PF 14) = P8.

5. Recursos que utiliza el terapeuta cuando se detiene el proceso de cambio

- Supervisar. (PF 11) = P3/ (PF 14) = P4
- Conversar con un otro. (PF 11) = P3
- Refugiarse en las bases. (PF 11) = P3
- Aceptación incondicional del otro. (PF 11) = P3 / (PF 8) =P6
- Paciencia. (PF14) = P4 / (PF 8) =P6
- Abrir el tema con el paciente. (PF14) = P4
- Focusing. (PF 8) =P6

III. Impacto en la persona del terapeuta al atender procesamiento frágil.

1. Pensamientos del terapeuta en el proceso psicoterapéutico

a. Inseguridades del terapeuta

- Frustraciones. (PF 14) = P3 / (PF 18) = P1
- Cuestionamientos. (PF 14) = P3 / (PF 11) =P6/ (PF12) =P7
- Soy inepto. (PF 15) = P5
- Soy ineficiente. (PF 15) = P5 / (PF12) =P7
- Incompetencia. (PF 17) = P5 / (PF 18) = P1
- Problemas para identificar la complejidad del consultante. (PF 13) = P2
- Inseguridades terapéuticas. (PF 14) = P3 / (PF 15) = P5 / (PF 18) = P1.
- No perderse en el diagnóstico. (PF 17) = P4
- Inquietud de si se está logrando contener. (PF 6) =P6 / (PF 15) =P6
- Cuál es el límite en la aceptación. (PF 11) =P6
- Te ponen a prueba. (PF 22) = P8.
- En crisis del paciente, lo hago como el ajo (mal). (PF 22) = P8.
- Inseguridad constante. (PF 22) = P8.
- No saber si lo estoy haciendo bien o mal. (PF20) = P8.

b. Confianza del terapeuta en el proceso

- Empatizar con lo sano. (PF 19) = P1.
- Personas llenas de sustos, máscaras y defensas y hay que ver detrás de ello. (PF 17) = P4
- No atraparse en lo aparente. (PF 17) = P4
- Lo estoy haciendo bien. (PF 22) = P8.

c. Sobre el consultante

- Paciente inmadura, cabra chica, manipuladora. (PF 15) = P5
- Deseos que paciente no vuelva. (PF 15) = P5 / (PF 22) = P8.
- Temor a que se mate o se haga daño. (PF 15) = P5 / (PF13) =P7
- No ver a la persona. (PF 16) = P4
- No juzgar, ni culpabilizar al paciente. (PF 17) = P8.
- Ambivalencia (si y no que lleguen). (PF 22) = P8.
- Tener la mente ocupada todo el día. (PF 22) = P8.
- Preparado a que un paciente grave se puede matar. (PF 28) = P8.
- Paciente no solo es responsabilidad mía. (PF 28) = P8.

2. Emociones y sensaciones que surgen en el terapeuta

- Compasión. (PF 17) = P5.
- Estancamiento. (PF 15) = P2
- Tristeza. (PF 17) = P5.
- Desgastante y emociones difíciles. (PF 16) = P5 / (PF12) =P7
- Ganas de escapar, susto, miedo, temor. (PF 15) = P5
- Rabia. (PF 14) = P3 / (PF 8= P8
- Ansiedad y angustia. (PF 20) = P5 / (PF 16) = P3 / (PF 15) = P2 / (PF 6) =P6 (PF 18) =P4
- Verse reflejado o amenazado por lo que expresa el paciente. (PF 18) = P5.
- Miedo a hacer daño (generar una crisis). (PF 12) =P7 (PF 20) = P8.
- Sensación de angustia. (PF 8) / (PF 12) = P8.
- Susto. (PF 12) = P8.
- Tranquilidad. (PF 22) = P8.
- Alegría. (PF 22) = P8
- Estar asustadísimo a que se maten. (PF20) = P8.
- Agotador emocionalmente. (PF 21) = P8.

a. Antes de la sesión

- Incertidumbre, se prepara emocionalmente. (PF 21) = P1.
- Cansancio, sensación de algo pesado, también naturalidad. (cuando el paciente no estaba en crisis). (PF 18) = P2 / (PF 16) =P6
- Harta inseguridad, nerviosismo. (PF 16) = P3
- Emociones como un termómetro (emociones son una guía). (PF 19) = P2

b. Durante

- Inseguridad, rabia y compasión. (PF 16) = P3 / (PF 15) = P3
- Ha pasado que me da lata atender a esta persona. (PF 19) = P4
- Verse enojada con pacientes (el cual no es el con el paciente). (PF 18) = P4
- Pacientes desafiantes, afectan (PF 18) = P4
- Preocupación por ir de a poco (PF 14) = P7
- Terapeuta se siente incómodo y disgustado. (PF 8) = P8.
- Incomodidad. (PF 22) = P8.

c. Después

- Pena profunda. (PF 21) = P1 / (PF 12) = P6
- Contenta por logros. (PF 21) = P1.
- Preocupada. (PF 21) = P1 / (PF 12) = P6 / (PF13) = P7
- Llevarlo a la casa, pensando en el caso. (PF 17) = P2 / (PF 19) = P4 / (PF 20) = P1 / (PF 18) = P4 / (PF 17) = P5. (PF 15) = P3 / (PF 12) = P6 / (PF 22) = P8.
- Agotamiento. (PF 20) = P4 (PF 16) = P2 / (PF9) = P7
- Gratificación. (PF 16) = P5 / (PF14) = P7
- Aceptar implicación emocional como parte del trabajo. (PF 20) = P1 (PF 19) = P4
- Frustración, rabia. (PF 16) = P2
- Quedar rumiando. (PF 15) = P3
- Cuestionando (angustiada con pena). (PF 18) = P4
- Obligan a mirarse. (PF18) = P4 / (PF9) = P7
- Quedar frágil, cuando te dicen que se pueden matar. (PF 12) = P8.
- Preocupaciones fuera de trabajo. (PF 21) = P8.

d. Implicación emocional del terapeuta

d.1. Temática de mayor implicación

- Maltrato infantil: Contacto con la vulnerabilidad (PF 26) = P1.
- Relaciones interpersonales. (PF 24) = P2.
- Pobreza en habilidades sociales. (PF 24) = P2.
- Ninguna temática. (PF 20) = P3
- Experiencias infantiles. (PF 32) = P4
- Lo que ella no lloraba, lo lloraba yo. (PF 32) = P4
- Violencia en manos de su pareja. (PF 21) = P5.
- Sentir que también puede ser víctima de un hombre violento. (PF 21) = P5.
- Conductas riesgosas. (PF 19) = P6
- Dolor de ella como hija. (PF 18) = P7
- el machismo. (PF 27). = P8
- violencia psicológica y económica. (PF 27). = P8

d.2. Forma en las que trabaja las emociones.

- Aceptación de emociones propias. (PF 22) = P1

- Importante espacio de pares. (PF 23) = P1/ (PF 21) = P4/ (PF 17) = P3 / (PF13) =P7
- Supervisión. (PF 23) = P1/ (PF 21) = P4/ (PF 17) = P3 / (PF 14) =P6 / (PF13) =P7
- Revisar que tiene que ver con uno. (PF 21) = P4 / (PF 23) =P8
- Autocuidado. (PF 17) = P3
- Alba Emoting. (PF 17) = P3
- Monitorear las emociones (PF 17) = P3 / (PF 19) = P2 / (PF 14) =P6 / (PF15) =P7
- Cuidarme y regalónearme. (PF 21) = P4
- Darse un baño de tina. (PF 21) = P4
- Recordar que no hay que ser perfecta o siempre saber hacerlo bien. (PF 21) = P4
- Honesto consigo mismo (delimitando). (PF 17) = P3
- Calibrar el lugar que se posiciona como terapeuta con el paciente. (PF 14) =P6
- Llevar una bitácora. (PF 15) =P7
- Focalizar emociones (PF 15) =P7
- Atender a las emociones. (PF 23) =P8
- Atender la contratransferencia. (PF 23) =P8
- No pensar que eres mal terapeuta por verse afectado. (PF 23) =P8
- Emociones influyen en el accionar terapéutico. (PF 23) =P8

3. Efectos corporales en el terapeuta.

- Variadas sensaciones. (PF 24) = P1.
- Negativas: incomodidad, frío, guata apretada. (PF 24) = P1.
- Positivas: calor interno, sensación de expansión. (PF 24) = P1.
- Sensación de rabia, en estómago y pecho. (PF 20) = P2
- Sensación de cautela que se manifiesta de forma corporal en el terapeuta. (PF 8) = P8.
- Sensación de quedar sin energía. (PF 22) = P8.
- En la guata, el pecho y el cuello, angustia. (PF24) =P8
- Somatizar en la cabeza, cefaleas. (PF 24) =P8
- Agarrar el pelo, al escuchar cosas difíciles. (PF 24) =P8
- Apretar los dedos. (PF 24) =P8
- Sensación de vértigo. (excitación, se me paran los pelos). (PF 24) =P8
- Hombros caídos. (PF 24) =P8

a. Efectos que genera en terapeuta el implicarse

- Asco (por transgresiones). (PF 20) = P2
- Tensión corporal. (PF 28) = P4 / (PF 18) = P3
- Duelen los hombros. (PF 28) = P4
- Cuello contracturado. (PF 28) = P4
- Sensación de presión en el pecho. (PF 19) = P5.
- Crisis de pánico. (PF 19) = P5.

- Guata apretada. (PF 19) = P5. / (PF 18) = P3
- Aumento en consumo de tabaco. (PF 19) = P5.
- Dolor corporal. (PF 19) = P5.
- Dolor de estómago. (PF 19) = P5.
- Soñar con el paciente. (PF 16) =P7

4. Efectos en la persona del terapeuta y en sus relaciones

a. Profesional

- Repercusión a persona del terapeuta (harto aprendizaje). (PF 21) = P2 / (PF 19) = P3
- Salir de la zona de confort terapéutica. (PF 21) = P2
- Solamente en la formación académica. (PF 19) = P3
- Hace a terapauta más sabia. (PF 31) = P4
- Encuentro que no, en la medida que uno sepa poner límites. (PF26) =P8

b. Personal

b.1. Positivas

- Abre mundo. (PF 25) = P1 / (PF 17) =P6
- Muestra formas distintas de relacionarse. (PF 25) = P1 / (PF 18) =P6
- Nuevas formas de razonamiento. (PF 25) = P1
- Aprendizaje propio. (PF 25) = P1 / (PF 17) =P7
- Poca repercusión personal (la nutren, la cambian y la afectan). (PF 21) = P2
- Pacientes que enseñan mucho. (PF 29) = P4
- Hacen cuestionar la filosofía de la vida. (PF 29) = P4 / (PF 17) =P6 / (PF17) =P7
- Cuestionar cómo se relaciona con el resto. (PF 29) = P4
- Cuestionar los prejuicios (PF 29) = P4 / (PF17) =P7
- Implicación personal que rebota en las relaciones con el mundo. (PF 29) = P4
- Sensibilizan. (PF 29) = P4 / (PF 17) =P6
- Desarrollo más compasivo, comprensivo y empático. (PF 29) = P4 / (PF17) =P7
- Hacen madurar. (PF 31) = P4
- Enseña dualidad entre fragilidad y fortaleza. (PF 18) =P6

b.2. Negativas

- Sensación de devaluación profesional. (PF 20) = P5.
- No sentirse capaz. (PF 20) = P5.
- Sentir que no es suficientemente bueno. (PF 20) = P5.
- Sin ganas de compartir con cercanos. (PF 20) = P5.
- Podría sobrecargar a mi pareja. (PF 26) =P8