

DESCRIPCIÓN DE LA ALIANZA PSICOTERAPÉUTICA EN LA ATENCIÓN
PSICOLÓGICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD SANTA
CLARA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, BOGOTÁ, 2018

YENIFER ANDREA GUERRERO VALDERRAMA

JEIMMY PAOLA MONTAÑEZ OLAYA

DOCENTE TUTOR: JORGE IVAN TORO BERMUDEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ

2019-1

Descripción de la alianza psicoterapéutica en la atención psicológica en el servicio de consulta externa de la unidad santa clara de la subred centro oriente, Bogotá, 2018

Proyecto de grado

Presentado como requisito para optar por el título de Psicólogo.

Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Presentado por:

Yenifer Andrea Guerrero Valderrama

Jeimmy Paola Montañez Olaya

Dirigido por:

Jorge Iván Toro Bermúdez

2019-1

1. INTRODUCCIÓN

La alianza psicoterapéutica se puede comprender como un elemento relacional activo que subyace a toda relación que pretende cambio y comprende tres dimensiones según lo menciona Bordin (1979): En primer instancia está el vínculo, el cual incluye aspectos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación; en segundo lugar, está el común acuerdo en las tareas; y por último, encontramos el acuerdo paciente-terapeuta, respecto a los objetivos de la psicoterapia.

Para Arango y Moreno (2009) es necesario tener presente que la alianza psicoterapéutica puede tener un significado y una mirada diferente para cada enfoque:

Desde una orientación psicodinámica consiste en “la comunicación cercana que surge entre dos interlocutores que sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal, teniendo en común una tarea en una relación igualitaria, con roles diferentes” (p. 136). Este modelo pone el énfasis en el fenómeno de la transferencia, correspondiente a todos los elementos inconscientes que el paciente pone en el terapeuta (aspectos de su yo, ello o superyó). Según la forma que tome la transferencia el terapeuta responderá a ella de maneras diversas. El manejo que el terapeuta le dé a lo que el paciente pone en él (contratransferencia), influirá en el vínculo, en el desarrollo de las sesiones y en los resultados del proceso psicoterapéutico (Arango y Moreno, 2009).

En la terapia conductual se le brinda especial importancia al rol que tiene el terapeuta durante el proceso, en donde debe contar con diferentes habilidades profesionales y personales. Según Arango y Moreno (2009) las más importantes pueden ser, una actitud educativa para que el paciente desarrolle conductas adaptativas y se vaya anulando el malestar, la flexibilidad, la cual le permite al

terapeuta ceñirse a diferentes teorías y técnicas para tratar el problema en específico, por último, el establecimiento del *rapport*, ya que, permitirá al paciente estar confiado y seguro, por ello es importante mantenerlo durante todo el proceso psicoterapéutico, puesto que influirá en los resultados del mismo.

En la terapia cognitiva, el desarrollo del concepto de alianza psicoterapéutica ha estado fundamentado con base en la teoría psicoanalítica y sus conceptos de transferencia y contratransferencia, así como lo afirman Arango y Moreno (2009), los aspectos relacionales de la terapia, se generan a partir de la aplicación de los prototipos personales del paciente y de cómo responde el terapeuta ante estos, debido a que como seres humanos solemos reaccionar emocionalmente ante lo que los demás expresan, es imposible que el terapeuta no sea movilizado, no obstante, es importante que el terapeuta identifique si estos estímulos afectan el proceso y/o cómo puede valerse de los mismo en beneficio el proceso de psicoterapia.

Además, Arango & Moreno (2009) indican que en la terapia familiar es de suma importancia establecer y mantener una relación terapéutica positiva con la familia, señalando adicionalmente, cuatro aspectos teóricos y clínicos que pueden influenciar la relación terapéutica en la terapia familiar, y que marcan la diferencia con la terapia individual:

El primero, es la necesidad de establecer múltiples alianzas simultáneamente en las sesiones de terapia. El segundo, es la triangulación, concepto que inicialmente se refirió a la construcción de coaliciones con los miembros más débiles del sistema, pero que posteriormente se amplía a la pertenencia del terapeuta, dentro del sistema familiar en el momento de comenzar un proceso terapéutico. El tercero, es la influencia del terapeuta sobre la familia. El cuarto

y último, es la posición del terapeuta, entendida como las diferentes perspectivas o paradigmas teórico-clínicos adoptados por éste (p.139).

Se puede evidenciar que, cada enfoque tiene una concepción del papel del terapeuta en el proceso de psicoterapia y en cómo se construye la alianza terapéutica, sin embargo, también se debe dar cuenta de que coinciden en resaltar que para establecerla de forma asertiva y continua, se requiere que el terapeuta mantenga una actitud de empatía, apertura, apoyo y comprensión, siempre validando al paciente como ser humano, sin olvidar que en los momentos en los que no se perciba la condición, preparación o disposición para llevar a cabo un proceso terapéutico con cierto paciente, se debe asegurar en primera instancia la salud del mismo y evitarle un daño mayor, para lo cual, se puede recurrir a un estudio de caso en colegaje, supervisión por otro profesional capacitado o en su defecto a la remisión del caso (Arango & Moreno, 2009).

En ese orden de ideas, la relación terapéutica que se construya con el paciente influye no sólo en cómo se lleve el proceso, sino en los resultados del mismo, ya que un proceso terapéutico no “termina” siempre de la misma forma; entonces “nos encontramos aquí con una paradoja y es que terminación hay solo una, la que se logra por acuerdo entre el analizado y el analista” (Etchegoyen, 1985, p.587). Hay situaciones en las que la decisión de finalizar la terapia es unilateral y se le denomina terminación irregular o anticipada, ésta se encuentra influenciada por diversos factores que serán enunciados más adelante. Además, Etchegoyen, (1985), indica que otra causa para la terminación irregular es el impasse, en donde el curso del proceso analítico queda detenido o estancado y por ende se interrumpe.

En este punto es relevante definir el proceso de análisis como un proceso interminable ya que mientras el paciente esté vivo, estará actuando procesos mentales

cambiantes y experiencias emocionales fluctuantes, que no solo vienen de sí mismo sino también del entorno en el que está inmerso, lo que haría necesario que el paciente deba estar en análisis periódicamente. Por esta razón, uno de los objetivos de la psicoterapia es brindarle al paciente las condiciones psicológicas y las herramientas para que desarrolle sus propias estrategias de afrontamiento, que le permitan superar por sí solo situaciones que puedan llegar a desbordarlo (Vélez & Restrepo, 2008).

Dicho lo anterior, es de suma importancia comprender que un proceso psicoterapéutico debe ser construido entre el paciente y el terapeuta, de modo que, el cierre y la finalización del mismo también deben ser de común acuerdo.

Por lo tanto, se puede hacer hincapié no solo en las consecuencias que tiene la terminación anticipada del proceso terapéutico, sino que, además, en cuáles son esos aspectos que el terapeuta como ser humano y como profesional debe tener en cuenta para desarrollar su labor dentro de la terapia, ya que como menciona Ruiz (2013, p.10) “actualmente se dispone de ciertas técnicas que influyen en la motivación del paciente, en la adherencia al tratamiento y por tanto en la propia relación terapéutica, como pueden ser la aceptación incondicional, la empatía, la autenticidad o la calidez del terapeuta hacia el paciente”.

Aquí ya se empieza a tener en consideración el estilo terapéutico en donde se evidencian las formas en las que el profesional emplea los diferentes instrumentos de los que dispone y los pone en práctica junto con los conocimientos teóricos adquiridos en el transcurso de su formación. El estilo terapéutico se desarrolla por medio de la experiencia en la atención a pacientes, pero basado principalmente en todo ese sustento teórico y práctico que da la academia (Jiménez, 2005).

Frente al problema señalado anteriormente Castillo (2010) refiere un hallazgo sobre la finalización de los tratamientos de terapias psicoanalíticas en países

occidentales, encontrando que solamente el 1% de los pacientes que llegan a consulta permanecen después de la sesión número 50. Se observa un alto índice de terminaciones anticipadas frente al tratamiento, por lo que el paciente no logra recibir todos los beneficios de la terapia y tampoco se cumplen los objetivos planteados dentro de la misma. La terminación del proceso de atención psicológica es una acción adelantada conjuntamente entre paciente y terapeuta. Por lo que la terminación irregular implica por lo general una decisión unilateral de algunas de las partes por lo general del paciente, o la aparición de elementos externos al proceso que lo interfieren. Por el bien del plan de atención y del bienestar de los pacientes se hace importante comprender las razones que llevan a uno u otro desenlace del vínculo terapéutico. Al respecto, Castillo, et al., (1996) mencionan que la terminación anticipada de la psicoterapia puede darse por factores internos del paciente (por ejemplo, intereses y posturas personales) o factores externos, tales como:

Bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta (...) se hace mención a una gran variedad de variables de todo tipo: demográficas, de personalidad, de la relación terapeuta-paciente, para describir el fenómeno del abandono en psicoterapia (Citados en Porcel, 2005, p.4)

Dichos factores pueden limitar los alcances de la psicoterapia y por lo tanto deben ser considerados por el psicoterapeuta y el paciente para que juntos trabajen en la medida de lo posible sobre estos y puedan darle continuidad al proceso terapéutico. Es por esto, que nos compete investigar desde la práctica clínica cómo son los episodios de aumento, mantenimiento, debilitamiento y rompimiento de la alianza terapéutica en la atención psicológica a pacientes neuróticos, ya que desde el campo

de la salud mental pueden haber implicaciones éticas y políticas en tanto no haya éxito en el tratamiento terapéutico, pues más personas padecerán de problemas mentales y por lo tanto esto tendrá un efecto negativo para la sociedad por el costo que genera.

Ahora bien, es importante contextualizar el objeto de estudio con la realidad de la sociedad actual, ya que las cifras de enfermedad mental cada vez son más altas. De acuerdo con la OMS (2017), los trastornos mentales más prevalentes son “la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo”. Además, según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia del año 2015, se logró identificar en la población infantil de 7 a 11 años la presencia de algún trastorno mental como: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista (oposicionista u oposicional) desafiante y trastorno de la conducta. La prevalencia de dichos trastornos en el año 2015 para los últimos 12 meses fue de 4,7% y para los últimos 30 días fue de 3%, se debe tener en consideración que la enfermedad mental en niños requiere de una intervención oportuna, ya que, si hay algún tipo de alteración en los procesos de desarrollo cerebral y en el sistema nervioso, existe la probabilidad de que aparezcan o se originen enfermedades mentales tempranas en la vida adulta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Los trastornos mentales en la población adolescente de 12 a 17 años que más se presentan son: trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y la fobia social. La prevalencia de dichos trastornos en el año 2015 para los últimos 12 meses es de 4,4% y para los últimos 30 días es de 2,5%, por lo tanto es de suma importancia reconocer el impacto

de dichos trastornos en la calidad de vida de los adolescentes ya que pueden llegar a ser discriminados o marginados por su condición, debido a esto casi no solicitan servicios de consulta y tienen una menor adherencia a los tratamientos, por lo tanto se dificulta el pronóstico de la enfermedad mental que padecen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En la población adulta de 18 años en adelante los trastornos mentales que se presentan son: trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y la fobia social. La prevalencia de dichos trastornos en el año 2015 para los últimos 12 meses fue de 4,0% y para los últimos 30 días fue de 1,6%, cabe resaltar que las personas que padecen alguno de estos trastornos tienden a vivir con discapacidad ya que se genera malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas y por ende se incrementa la dependencia financiera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Los trastornos mentales, además de implicar un efecto negativo en la vida de las personas pues los limitan y les impiden gozar de un buen estado de salud mental, implican un gran impacto en la salud pública colombiana. Adicionalmente, las implicaciones que tiene un trastorno psicológico en la vida del paciente para su desempeño laboral y social, lo afectan a él, a su familia y a las personas cercanas. Es por esto que al detener el proceso psicoterapéutico desde el modelo psicoanalítico el paciente se expone a que sus síntomas empeoren y lleguen a volverse incapacitantes (Vélez & Restrepo, 2008). Sin embargo, acudir a tiempo a servicios de atención psicológica puede contrarrestar y reducir los efectos negativos de dichos trastornos si se genera una buena alianza terapéutica.

Por lo tanto, la presente investigación se interesa principalmente en describir los elementos que llevan al establecimiento, aumento, mantenimiento, debilitamiento

o rompimiento de la alianza terapéutica en la atención psicológica brindada a 3 pacientes neuróticos por 3 profesionales de psicología en el servicio de consulta externa de la Unidad Santa Clara de la Red Centro Oriente durante el proceso de psicoterapia. Para lo cual, es necesario responder a la siguiente pregunta: ¿cómo se da la alianza psicoterapéutica y sus cambios durante la atención psicológica?

En el documento, se podrá encontrar la definición de los conceptos mencionados anteriormente, estos serán desarrollados en el marco teórico; se realizó una breve reseña sobre el estado del arte del objeto de investigación; y se presenta el informe sobre la construcción reducida de las temáticas por categorías, seguido de un análisis e interpretación del material que permitió identificar los aspectos directamente asociados con la alianza terapéutica y los diferentes momentos en que la misma fluctúa, además de aquellos que se correlacionan con la continuación de la psicoterapia psicoanalítica con pacientes neuróticos.

2. ANTECEDENTES

Con el fin de lograr un estado del arte de la problemática y alimentar el actual protocolo se llevaron a cabo dos actividades: primero, las estudiantes del semillero durante el año 2017, mientras cursaban la materia Investigación 2 y con el apoyo del líder de investigación desarrollaron una investigación mixta. Segundo se revisaron investigaciones realizadas en la ciudad de Bogotá recientemente sobre Alianza terapéutica.

2.1 Investigación del semillero

Se llevó a cabo una investigación mixta de carácter *transeccional* y *cuasi-experimental* (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 21), consistente en la aplicación de una escala Likert y una entrevista semiestructurada, aplicadas a 26

terapeutas de orientación psicoanalítica de la ciudad de Bogotá durante octubre y noviembre del 2017. A continuación, se presentan los principales resultados:

El análisis de los datos recolectados permitió observar que para los entrevistados las siguientes son las principales variables para el fortalecimiento del vínculo psicoterapéutico: la concepción de terapia psicológica, la actitud de empatía, la interpretación como instrumento técnico, la motivación y la calidad de la alianza; dando a entender de esta forma que esos aspectos son relevantes a la hora de desarrollar un proceso psicoterapéutico. También, se evidenció que para los entrevistados los principales instrumentos técnicos para fomentar la alianza psicoterapéutica son: la interpretación de resistencias, el señalamiento y el esclarecimiento; frente a las estrategias los analistas apostaban por un encuadre claro desde la primera entrevista, y si se hace necesario, reencuadres a lo largo del proceso, con un lenguaje claro y leyendo el contexto del paciente.

Finalmente, la actitud que debe tener un analista o un psicólogo de esta orientación es de completa apertura y escucha activa, esto significa, empatía, comprensión y aceptación, enmarcado dentro de los límites del respeto de la relación terapéutica. Además de dar cuenta de que, si se ha establecido una buena alianza terapéutica, se evidencia en el mismo análisis, el cómo el paciente toma decisiones, resignifica sus vivencias, y responde a los objetivos planteados desde el inicio del proceso.

2.2 Revisión bibliográfica

La revisión de la literatura científica nos permitió identificar 4 investigaciones recientes en la ciudad de Bogotá sobre el concepto de Alianza psicoterapéutica. A continuación, se describen:

- *Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante.*

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, cuyo objetivo fue determinar las variaciones de la Alianza terapéutica y determinar su relación con el apego del consultante y del terapeuta. Se midió el apego y la alianza con las escalas Adult Attachment Scale y del Inventario de Alianza Terapéutica, respectivamente, aplicados en la 1.^a, la 3.^a y la 10.^a o última sesión. La muestra estuvo compuesta por 25 terapeutas, 19 estudiantes y 6 profesionales con 1 a 4 años de experiencia clínica. La investigación inició con 50 consultantes mayores de edad, de los que 30 llegaron a la tercera sesión y 15 a la sesión final. Los resultados indicaron que la seguridad del apego favorece el desarrollo de la AT evaluada por el terapeuta, en especial en la 1.^a sesión. Posteriormente, la apertura a la intimidad con el consultante y la confianza en el procedimiento terapéutico benefician la AT (Navia & Arias, 2010).

- *Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos.*

Se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo, de diseño de estudio de caso y un análisis holístico de la información, desde la perspectiva sistémica compleja. La investigación tuvo como objetivo “comprender las pautas que se configuran en la relación terapéutica y la manera como dicha relación influye en la construcción del cambio, tomando como modelo la reconfiguración de identidad de los consultantes” (Dueñas & Riveros, 2017, p.17). La muestra estuvo constituida por en tres procesos interventivos asociados al consumo de alcohol, juego online y trastornos de la conducta alimentaria. Para el análisis de la información se realizó un ejercicio comparativo entre los tres casos, a lo largo de tres momentos del proceso

terapéutico. Los resultados permitieron observar la importancia de la relación terapéutica en los procesos de cambio “destacando una relación humana, colaborativa y respetuosa, en la que sea posible hablar de la comunicación misma y hacer explícito el proceso afectivo, emocional y reflexivo que se va generando” (Dueñas & Riveros, 2017, p.17). De esta forma, se establecerá la relación terapéutica dentro de parámetros de confianza y seguridad que generarán un impacto en la identidad de los jóvenes.

● *Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja.*

Se llevó a cabo una investigación cualitativa consistente en la realización de entrevistas semiestructuradas a 13 terapeutas y a 11 casos de parejas y familias consultantes. Se tuvieron en consideración los siguientes tópicos asociados a la alianza terapéutica: factores del terapeuta, factores del sistema consultante, aspectos institucionales y aspectos relacionados con sentirse ayudado. Las entrevistas duraron aproximadamente 1 hr 30 min, todas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Se realizó un análisis cualitativo de los datos mediante el software ATLAS. Ti., a partir de códigos de base tomados de las preguntas de la entrevista y categorías emergentes a partir del análisis, para esto las investigadoras hicieron un análisis individual de las transcripciones y después discutieron y acordaron las categorías básicas sobre factores relacionados con la alianza psicoterapéutica (Bermúdez, & Navia, 2013).

Los resultados de la investigación indicaron que la alianza psicoterapéutica se encuentra afectada por variables tanto del terapeuta como del consultante y también por los procesos de intervención. Dentro de los principales hallazgos se identificó que es de suma importancia hacer el respectivo encuadre inicial y de esta forma plantear de manera clara los objetivos y el plan de trabajo, también se encontraron aspectos

novedosos dentro de la técnica de intervención en donde el terapeuta debe ser creativo, tener mente abierta, mostrarse alegre, ser optimista, tener gusto por su trabajo e ir más allá del diálogo pues pareciera ser algo monótono para los consultantes (Bermúdez & Navia, 2013).

En relación a los consultantes y los aspectos que interfieren en el desarrollo de la alianza terapéutica se encontró que la timidez y el hecho de estar a la defensiva hacia el proceso y el terapeuta dificultan el desarrollo de la terapia. Sin embargo, tener una actitud de escucha, mostrarse flexibles, tener buen humor y ser perseverantes permite la alianza terapéutica (Bermúdez, & Navia, 2013). No se evidencia que los factores institucionales pueden afectar la motivación de los consultantes, aunque algunas variables como la falta de dinero o las dificultades en el transporte pueden afectar en el establecimiento de la alianza terapéutica.

● *Comunicación terapéutica y su relación con la resolución exitosa o fracasada de las rupturas en la alianza terapéutica.*

En esta investigación se analizaron 68 sesiones videograbadas de terapia individual con 11 consultantes y 5 terapeutas quienes completaron la Escala de Reactancia Terapéutica (TRS) en la primera sesión “la reactancia se define como una reacción oposicional activada por la percepción de amenaza a la autonomía personal (...) es una medida de auto-reporte compuesta por 28 ítems en escala tipo Likert” (Sánchez, 2017, p.50). El objetivo de la investigación es identificar los manejos del control relacional que aumentan o disminuyen la probabilidad de resolución de los episodios de ruptura de la alianza terapéutica, teniendo en cuenta variables como reactancia, dominancia y tipo de ruptura. Dichas rupturas fueron identificadas a través del Inventario de Alianza de Trabajo Segmentada con medida basada en el

Observador (S-WAI-O), además de esto se utilizó el acuerdo inter-jueces “para determinar si las rupturas eran de tipo confrontativo o evitativo” (Sánchez, 2017, p.44). Luego de esto, los episodios fueron analizados mediante el Sistema de Codificación del Control de la Comunicación Relacional (RCCCS) que permitió identificar los patrones de control relacional presentes.

Los resultados de la investigación dan cuenta de que la teoría de control relacional “aporta a la comprensión de los procesos comunicacionales de las rupturas en la alianza. Muestra el proceso de desarrollo de las rupturas y su resolución turno a turno y cómo pueden los terapeutas manejar esa interacción” (Sánchez, 2017, p.77). También se identifica que la dominancia tanto del terapeuta como del consultante puede incrementar o disminuir la probabilidad de reparación de la ruptura, mientras que variables como la reactancia y el tipo de ruptura no influyen de forma significativa.

Finalmente, en lo que corresponde a la teoría de la alianza terapéutica se logró identificar que “los procesos de negociación de la alianza implican la regulación entre consultantes y terapeutas de sus necesidades de dependencia y autonomía” (Sánchez, 2017, p.77). Por lo tanto, es de suma importancia lograr una negociación mutua en donde el consultante tenga una actitud de cooperación y por lo tanto sea posible la resolución de la ruptura.

3. METODOLOGÍA

3.1. Descripción del problema

La presente investigación se interesa principalmente en describir los elementos de la atención psicológica brindada a pacientes neuróticos realizada por profesionales de psicología, que llevan al establecimiento, aumentó, mantenimiento, debilitamiento o rompimiento de la alianza terapéutica. Las altas tasas de deserción y la alta

prevalencia de trastornos mentales en la población colombiana subyacen a este interés.

3.2. Pregunta de investigación

¿Cómo se da la alianza psicoterapéutica y sus cambios en la atención psicológica en el servicio de consulta externa de la Unidad Santa Clara de la Subred Centro Oriente, Bogotá, 2018?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Describir cómo se da la alianza psicoterapéutica y sus cambios en la atención psicológica en el servicio de consulta externa de la Unidad Santa Clara de la Subred Centro Oriente, Bogotá, 2018.

3.3.2. Objetivos específicos

- Establecer los tipos de intervenciones desarrolladas por el terapeuta y su impacto en la alianza terapéutica.
- Identificar las motivaciones conscientes e inconscientes observadas en el terapeuta y en el paciente, relacionadas con la alianza terapéutica y sus cambios.
- Reconocer los procesos transferenciales y contratransferenciales que aparecen y se relacionan con la alianza psicoterapéutica.

3.4. Tipo de metodología

Se propuso una investigación cualitativa de diseño de estudio de caso, el cual es definido por Eisenhardt (1989) como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (Citado en Martínez, 2006. p.174). Este diseño permite medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado (Flores & Benítez, 2012).

3.5. Muestra

La muestra fue de 3 pacientes adultos atendidos por 3 psicólogos del servicio de consulta externa de la Unidad Santa Clara de la Red Centro Oriente. De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2010) este tipo de muestra, corresponde a una muestra no probabilística o dirigida, esto es “un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (p. 176). La muestra fue seleccionada por conveniencia y disponibilidad de los casos en la Unidad.

3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en consideración los siguientes aspectos: que el paciente quisiera y decidiera voluntariamente participar, que el paciente fuera mayor de edad y estuviera en la capacidad de dar consentimiento pleno, por último, su estructura mental debía estar dentro de la neurosis, con esto nos referimos a los siguientes diagnósticos o grupos diagnósticos (trastornos de ansiedad, trastorno adaptativo, trastornos de personalidad del Cluster C, disfunciones sexuales, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, trastornos depresivos (excluyendo paciente en episodio depresivo grave), trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados). Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta, fueron: que el paciente tuviera algún otro tipo de trastorno mental diferente a un trastorno neurótico, que el paciente estuviera en procesos legales vigentes, que el paciente al ser evaluado describiera algún tipo de riesgo grave para sí mismo y/o un tercero y que haya desarrollado o desarrolle alguna conducta delictiva y paciente en episodio depresivo grave.

3.6. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron:

3.6.1. La observación participante

Estrategia de recolección de datos que “consiste en la inserción del investigador en el interior de un grupo estudiado, desnudándose de prejuicios e integrándose en él para comprender mejor sus rituales y significados culturales” (Fagundes et al., 2014, p.76). Esta fue implementada para el desarrollo de la investigación, ya que permitió observar la variabilidad en la alianza psicoterapéutica sesión a sesión.

3.6.2. El diario de campo

“Es el instrumento de registro de datos del investigador de campo, donde se anotan las observaciones de forma completa, precisa y detallada” (Monistrol, 2007, p.03). El diario de campo se implementó para registrar todo lo sucedido en cada una de las sesiones, en forma de guión.

3.6.3. Protocolos de sesión

De acuerdo con Díaz & Torres (2015):

Este instrumento es el registro de lo sucedido en sesión de trabajo psicoterapéutico, luego de que la sesión ha culminado. Incluye el material verbal y no verbal del paciente y el terapeuta, de igual modo que el registro de la experiencia emocional vivida por la pareja en la sesión (p.32).

Se implementó para revisar detalladamente lo sucedido durante la sesión y así mismo, poder comprender el funcionamiento psíquico del paciente por medio de los elementos transferenciales.

3.7. Proceso de recolección de la información

Inicialmente se propuso desarrollar un taller de sensibilización a la investigación con los psicólogos profesionales de la Unidad Santa Clara de la Subred Centro Oriente, con miras a motivarlos a participar y aclararles que el objetivo del estudio era exploratorio. La investigación no contiene datos de identificación de los profesionales que atienden los casos.

Los pacientes son atendidos en modalidad de co-terapia. Es decir, cada caso estuvo a cargo de un psicólogo profesional que fue acompañado por un psicólogo practicante. El practicante participó plenamente como observador. No se desarrolló ninguna intervención en el proceso.

La recolección de la información se llevó a cabo en el siguiente orden:

1. Se llevó a cabo el procedimiento dialógico del consentimiento informado (Hernández, s.f.) con el psicólogo profesional.
2. El psicólogo profesional desarrolló la entrevista inicial al paciente. Luego de la entrevista determinó si el paciente contaba con el diagnóstico y características de inclusión necesarias para la investigación. El psicólogo les indicó a los miembros del equipo de investigación que encontró un potencial participante para la investigación.
3. En el siguiente encuentro con el paciente (sesión 1) el psicólogo profesional desarrolló el procedimiento dialógico del consentimiento informado (Hernández, s.f.) con el paciente donde le presentó todos los componentes referidos a la investigación, buscando su autorización autónoma para participar en la investigación y poder utilizar los registros de sesión, teniendo en cuenta las normas de confidencialidad y salvaguarda de la información (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2012b). El paciente dió su consentimiento y el psicólogo practicante empezó a acompañar las sesiones y

al final de cada sesión de atención desarrolló un registro de memoria de lo ocurrido a manera de guión. En este registro el psicólogo practicante no agregó datos que pudieran identificar al paciente; nominó al paciente con un nombre falso. Tanto el psicólogo profesional, como los demás integrantes de la investigación estuvieron comprometidos a guardar reserva de la información recabada.

4. Se organizaron las transcripciones de las sesiones de cada paciente de forma cronológica y se le asignó un código que permitiera su identificación.

3.8. Análisis de la Información

El equipo de investigación se reunió semanalmente y analizó el material clínico de cada caso de la siguiente manera:

1. Lectura grupal del material clínico.
2. Realización de la Revisión Meditativa de los protocolos de cada uno de los pacientes.

De acuerdo con Bión (2000) la Revisión Meditativa:

Se construye con el objeto de que al final del día el psicoterapeuta, pueda revisar algún aspecto de su trabajo sobre el cual tenga dudas (...) La revisión puede efectuarse también sobre las intervenciones del terapeuta, al adecuar una columna en la tabla, a la par de la columna para la revisión de lo dicho por el paciente (Citado en Díaz & Torres, 2015, p.33).

3. Identificación de los episodios de establecimiento, aumento, mantenimiento, debilitamiento y rompimiento de la alianza terapéutica.
4. Análisis de la relación existente entre el funcionamiento psíquico de cada paciente y el funcionamiento del terapeuta durante la sesión.
5. Elaboraciones interpretativas de las matrices de análisis de registros.

6. Organizar la información en categoría emergentes.
7. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Paciente:									
Código:									
Sesión #:									
Viñeta (Unidad de sentido)	Tipo de episodio (establecimiento, debilitamiento, mantenimiento, aumento, rompimiento AT).	Instrumento terapéutico	Intención del terapeuta (consciente o inconsciente)	Intención del paciente (consciente o inconsciente)	Transferencia	Contratransferencia	Sobre el objetivo	Sobre la tarea	Sobre el vínculo

Tabla 1. Matriz de análisis de registros.

Se adjunta ejemplo para visibilizar cómo se realizó el análisis de las matrices; se seleccionan fragmentos de 3 sesiones (*Ver en formato Excel*).

3.9. Consideraciones éticas

En esta investigación se tuvieron en cuenta criterios éticos que plantea la resolución N°008430 del Ministerio de Salud, (1993), la cual describe los requisitos y normas que se necesitan en la investigación en salud. Por otro lado, la resolución en el Título II, capítulo 1, artículo 11, el estudio que se va a desarrollar es una **Investigación con riesgo mínimo**: aunque el objetivo del estudio no implica llevar a cabo intervención psicológica en el paciente, si se requiere observar la sesión de psicoterapia, lo que implica acceder a información sensible y privada del paciente. Se siguieron los lineamientos éticos, normas, obligaciones, prohibiciones, deberes y principios expuestos en el manual deontológico y bioético del psicólogo, la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y se tuvieron en consideración las doctrinas.

3.9.1. Principales riesgos

Los principales riesgos que se pudieron presentar en el estudio fueron: irrespetar la autonomía de los participantes, el rompimiento de la confidencialidad, la

divulgación de material clínico y recolección de la información por parte de practicantes. Por lo tanto, se buscaron medidas para minimizar o eliminar dichos riesgos, tales como:

- Construcción de Consentimientos Informados para pacientes y psicólogos clínicos. Toda la información recabada se manejó con total confidencialidad, respetando lo dictaminado en el Artículo 6 de la Resolución 8430 de 1993. Para mayor claridad se anexan ambos documentos (*Ver anexos 1 y 2*).
- Alteración de los datos que pudiesen identificar al usuario (se cambió el nombre, lugar de residencia, edad, entre otros).
- No se incluyó ningún dato de identificación del psicoterapeuta.
- El material clínico fue guardado “bajo llave” por el líder de la investigación.
- Se contó con la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la Unidad Santa Clara de la Subred Centro Oriente y del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CEISH) HSJ-FUCS del Hospital San José. Para mayor claridad se anexan las actas de aprobación (*Ver anexos 3 y 4*).

4. MARCO REFERENCIAL

A través del pensamiento consciente el ser humano logra anticipar las consecuencias de sus comportamientos. Existen sin embargo alteraciones de este y otros procesos psicológicos y por ende desviaciones en la conducta que no permiten la adaptación al contexto y producen el sufrimiento mental. De ahí la necesidad de ayuda por parte de un experto, el psicólogo, que busca promover el equilibrio y bienestar psíquico, siendo la atención psicológica el principal medio para alcanzar estos fines.

La psicoterapia

Es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), en donde ambos tienen como objeto producir cambios para mejorar la salud del paciente (Fernández et al, 1997), busca promover el bienestar y el desarrollo del mismo. También puede ser definida como “una relación de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, *prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones* de salud mental o física que se dan en el sujeto” (Ávila, 1989. p.3).

Según Cwaigenbaum & Hoffnung (2013) con los pacientes que se encuentran en estas instituciones hospitalarias se evidencia que en los pacientes “no hay un deseo real de análisis, y se dificulta incluso hacer un proceso de análisis breve. Es por esto que se encuentran con faltas frecuentes a las sesiones, o abandonos luego de las primeras consultas” (Citados en Silvera, 2015. p.15). Cabe resaltar, que en estas instituciones no resulta fácil renunciar a brindarle la atención psicológica requerida a un paciente pues es un derecho y en algunos casos una obligación por parte de entidades judiciales que estipulan una cantidad específica de sesiones por cumplir.

En ese orden de ideas, resulta fundamental la participación activa y el interés por parte del terapeuta para trabajar bajo estas condiciones, con pacientes que en realidad no quieren o no estén preparados para iniciar un proceso psicoterapéutico. De acuerdo con Fiorini (2013) la alianza terapéutica es fundamental para este tipo de casos e indica que:

Para que se establezca, primero el paciente tiene que tener cierto reconocimiento del carácter psicológico de los trastornos que motivan a la consulta. Segundo, tiene que tener también alguna expectativa sobre los

beneficios que obtendrá a partir de su esfuerzo en el tratamiento. Y, por último, tiene que tener alguna aceptación preliminar sobre el tipo de tratamiento que se empleará, ya que puede suceder que el paciente no lo acepte (Citado en Silvera, 2015. p.14).

Por lo tanto, para iniciar un proceso psicoterapéutico y para construir una alianza terapéutica es fundamental que el paciente esté informado sobre los aspectos que se trabajaran y que así mismo haya una aceptación por parte de él para que se lleve a cabo la terapia. Sólo así resultará viable para el terapeuta tratar al paciente y en dado caso de que se presentan dificultades dentro de la terapia deberá utilizar técnicas e instrumentos que le permitan tanto a él como al paciente continuar con el proceso y cumplir con los objetivos terapéuticos planteados en un inicio si así fue acordado.

Alianza terapéutica

Este constructo fue desarrollándose a lo largo del siglo XX, sin embargo, su origen se puede rastrear en el modelo psicoanalítico. Freud (1912) en *The Dynamics of Transference*, explica la importancia de que el analista tenga interés y actitud comprensiva hacia el paciente con el objeto de que la parte más saludable de éste establezca una relación positiva con el analista (Corbella & Botella, 2003) es decir, antes de que el terapeuta proporcione sus primeras interpretaciones debe establecerse en la relación un adecuado rapport.

De acuerdo con Botella & Corbella (2011) los tres componentes que configuran la alianza terapéutica son:

- 1. Acuerdo en los objetivos de la terapia:** Tanto el terapeuta como el paciente deben estar de acuerdo con los objetivos planteados para el proceso terapéutico.

2. **Acuerdo en las tareas de la terapia:** Terapeuta y paciente deben tener la sensación mutua de que las tareas propuestas en la terapia son razonables, asequibles y están relacionadas con los objetivos del tratamiento.
3. **Vínculo emocional entre terapeuta y paciente:** Terapeuta y paciente experimentan una sensación de vínculo. Algunos de los aspectos que ayudan a construir este vínculo son: confianza mutua, agrado, comprensión, cuidado y/o dedicación.

Para Bordin (1979) un indicador del buen funcionamiento de la terapia es que tanto paciente como terapeuta entienden la importancia de las tareas y ambos están dispuestos a aceptar la responsabilidad de realizarlas. Esta nueva definición permite que el concepto sea aceptado en psicoterapias con orientaciones diferentes a la psicoanalítica, lo que permite que el concepto sea concebido con carácter transteórico.

Bordin (1979) aclara dudas sobre los componentes de la alianza terapéutica, específica que las tareas hacen referencia a las actividades específicas que los dos se comprometen a llevar a cabo con el fin de promover el cambio del paciente. El autor, clarifica que si bien la alianza positiva no es curativa *per se*, es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

En virtud de lo señalado, se da cuenta de la evolución y de las reelaboraciones del constructo efectuadas; también el largo camino que recorrieron estos autores para definir este concepto, mismo que es el objeto de estudio de esta investigación. Finalmente, podemos concluir la importancia que tiene la alianza ya que genera la necesidad de usar inspiración y creatividad para facilitar su establecimiento en las primeras sesiones y mantenerla a lo largo del proceso, ya que es una construcción conjunta, lo que significa que las expectativas, opiniones, construcciones respecto al trabajo que se está realizando, la relación establecida y

ambas perspectivas resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modular de la relación, la cual a pesar de no ser curativa por sí misma, propende a la aceptación y al seguimiento de la terapia.

Aumento, Debilitamiento y Rompimiento de Alianza Terapéutica

Corbella & Botella (2003) exponen en su texto que para Rogers era fundamental que el terapeuta fuera empático, congruente y aceptara incondicionalmente al cliente, ya que, de este modo, lograría establecer una relación terapéutica efectiva con el paciente. Partiendo de esta idea, luego de varias investigaciones se ha demostrado que la empatía que percibe el paciente por parte del terapeuta, así como las condiciones ofrecidas por el mismo, se correlacionan de sobremanera con los componentes de la alianza terapéutica.

Adicionalmente, Peschken & Johnson (1997) “contrastaron uno de los postulados rogerianos que afirmaba que la confianza del terapeuta hacia sus clientes reforzaba la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional (...) hacía que los clientes confiarán más en su terapeuta” (Citados en Corbella & Botella, 2003, p.207).

Es así, como se puede decir que realmente la relación de terapeuta-paciente no solo debe tener reglas y acuerdos para que sea funcional, sino que, además, debe estar alimentada por confianza y comprensión, pues les brindarán las herramientas necesarias al paciente y al terapeuta para desarrollar un proceso psicoterapéutico con resultados óptimos.

Entonces, se puede inferir que, gracias a esta investigación, se logró establecer que la psicoterapia atraviesa diferentes momentos en los que la alianza terapéutica puede aumentar, mantenerse, debilitarse o inclusive romperse, y aunque estos términos no están directamente definidos en el texto desarrollado por Corbella & Botella en 2003, se puede partir del hecho de que, con la evaluación realizada en la

investigación, se asegura que no hay mejor forma que guiarse de los resultados de la psicoterapia para identificar si durante el proceso terapéutico hubo una alianza efectiva.

De este modo, se han empezado a desarrollar varias investigaciones sobre alianza terapéutica, las cuales se ha enfocado especialmente en las posibilidades de que la alianza no sólo fluctúe entre el aumento, el mantenimiento y el debilitamiento, sino que llegue a romperse. En este punto, se puede decir que como lo refiere Safran (2001) la alianza son periodos “de tensión o quiebre en la comunicación y colaboración entre el paciente y el terapeuta” (Citado en Margulies, 2003. p.01).

Además, el autor considera que estos periodos pueden variar en su intensidad y de no ser manejados adecuadamente en cuanto a la manera y la temporalidad, pueden provocar la terminación prematura o el fracaso del proceso terapéutico.

Para Safran (2001) el proceso psicoterapéutico está compuesto también por una serie de metas y tareas las cuales se deben negociar con el paciente. De este modo, su expectativa principal era buscar cuáles podrían ser los factores que llevan a la ruptura de la alianza, para lo cual desarrolló una investigación por medio de la observación sistemática e intensiva de ciertos momentos del proceso psicoterapéutico en los que la interacción llevaba a dicha ruptura, estos momentos los llamó *los eventos paradigmáticos* (Citado en Margulies, 2003).

Dentro de esta investigación Safran (2001) logró concluir que:

En el tratamiento, el paciente se ve inevitablemente llevado a negociar tanto lo interpersonal como lo intrapsíquico. A nivel interpersonal a través de una continua negociación tanto consciente como inconsciente entre las subjetividades de paciente y analista, mientras que a nivel intrapsíquico son las

necesidades del paciente de ser agente y de estar relacionadas las que se están negociando continuamente (Citado en Margulies, 2003. p. 04).

Es así, como no solo se define que hay unos acuerdos, unas tareas y unas metas para el proceso psicoterapéutico, sino que, además, estas deben estar en constante negociación con el paciente, ya que, al no ser aceptadas por el mismo, puede generar que él no perciba el beneficio que dicha tarea trae para su tratamiento.

Partiendo de lo hallado en las investigaciones anteriores, la esencia de esta investigación está en identificar cuáles pueden ser esos momentos en los que la alianza terapéutica fluctúa y como se dan por parte del terapeuta y del paciente.

Transferencia y contratransferencia

Freud (1912) descubre que, durante la psicoterapia, se revive la relación del paciente con las figuras parentales, en especial el sentimiento ambivalente hacia ellas, proceso psíquico definido como *transferencia*; de la cual distingue dos tipos, una positiva, cuando aparecen sentimientos de ternura y erotismo, y otra negativa, cuando emergen sentimientos de hostilidad. A lo sumo, la transferencia:

Es un acto inconsciente, en donde se pone el afecto de una representación a otra y el receptor es el médico, quien debe ser neutral (...) Se da a partir de vivencias inconscientes y neuróticas que el paciente revive a través de su médico durante la consulta, en relación con las experiencias infantiles que tuvo con las figuras afectivas y/o de autoridad. Esta es cambiante; en un momento determinado el médico puede ser maravilloso para el paciente, lo que facilita la adherencia al tratamiento; pero después puede ser el peor de los facultativos, por lo que se abandona el tratamiento o la consulta (Urbina et al, 2015, p.59).

Freud (1912) también describe la *contratransferencia*, como un acto que surge en el médico por el influjo que el paciente ejerce en su sentir inconsciente; la considera negativa, ya que puede perturbar la curación y como se daña la relación profesional, se perjudica la comunicación y puede ser la causal de que el enfermo abandone el tratamiento y la consulta, esto es, porque ningún terapeuta va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias le permitan; más adelante otros autores llegan a entenderla como una herramienta terapéutica necesaria para comprender los procesos transferenciales del enfermo.

Motivaciones conscientes e inconscientes desarrolladas por el paciente o por el terapeuta

Como ya se ha mencionado, es de vital importancia que la actitud por parte del terapeuta sea empática y comprensiva, ya que esto fomentará la confianza y disposición del paciente, teniendo en cuenta las expectativas con las que él llega a consulta. Por este motivo, se hace relevante definir cuáles pueden ser algunas variables que promueven o que afectan de uno u otro modo al establecimiento de alianza terapéutica, es así como según lo exponen Corbella & Botella (2003. p. 213) “comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza”.

Corbella & Botella (2003) refieren que variables tales como la experticia del terapeuta, la experiencia y la preparación del mismo, son agentes motivacionales tanto para el paciente como para el terapeuta. Debido a que, según los resultados obtenidos en investigaciones desarrolladas al respecto, en primer lugar, el hecho de que el paciente obtenga datos como la preparación y experiencia del terapeuta pueden movilizarlo a quedarse y a llevar el proceso psicoterapéutico con dicho especialista,

ya que le produce cierta tranquilidad de su saber y profesionalismo, teniendo claro que no pasa con todos los pacientes.

En segundo lugar, cuando es el terapeuta el que evalúa estas variables antes de iniciar una intervención, puede llegar a confiarse de su preparación o experiencia y no tener en cuenta ciertas características de dicho paciente que lo pueden llevar a desarrollar un proceso psicoterapéutico en un momento inapropiado tanto para él como para el paciente (Corbella & Botella, 2003). Pero es claro que esta concepción puede ser algo subjetiva, ya que no todos los pacientes son iguales y no todos los especialistas tienen el mismo estilo terapéutico.

Adicionalmente, dentro de los resultados se encontró que el terapeuta no solo debe dejar a un lado sesgos, concepciones de tipo moral o personal y juzgamientos, sino que también, debe establecer una diferencia entre todas las representaciones internas que puede tener de sus relaciones con otros pacientes, ya que esto le permitirá enfocarse temáticamente en el aquí y en el ahora lo que favorecerá la calidad de alianza que construya con sus pacientes (Corbella & Botella, 2003).

Respecto a las variables de los pacientes que influyen en la alianza terapéutica, Luborsky, et al., (1983) definieron lo siguiente:

Variables interpersonales como el índice de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares del cliente y las variables intrapersonales como la calidad de las relaciones de objeto, la motivación, expectativas y las actitudes, entre otras, tienen efectos significativos en la alianza (...) Las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica. Las personas con una riqueza importante en sus relaciones

interpersonales tienen mayor probabilidad de desarrollar una buena alianza terapéutica (Citados en Corbella & Botella, 2003 p. 214).

Es por esto que es de vital importancia que el terapeuta en tanto profesional y persona esté en un constante análisis, el cual le permita manejar las situaciones durante la psicoterapia en las que los temas tratados en el encuentro con el paciente logren mover contenidos inconscientes que pueden llegar a afectar al mismo paciente y a su proceso psicoterapéutico. Debido a que por medio del análisis continuo el especialista, logra trabajar sobre sus propios contenidos y adquiere herramientas para tener menor ansiedad, una mayor apertura para el paciente y menos defensas que puedan interferir en sus intervenciones (López, 2010).

5. RESULTADOS

Se llevaron a cabo 3 estudios de caso, a continuación se presenta la descripción de los casos y los principales hallazgos del análisis.

Caso Juan Carlos

Juan Carlos es un hombre de 30 años, trabaja como mecánico automotriz independiente y estudió Ingeniería Mecatrónica hasta sexto semestre en la Universidad. Se separó hace un mes de su pareja con quien llevaba 9 años de relación, este es uno de los motivos por el cual asiste a consulta ya que tuvo una crisis donde ingirió alcohol y refiere no recordar varios aspectos de lo sucedido durante una discusión que tuvo con su ex-pareja. Juan Carlos asistió a 5 sesiones de psicología individual, solamente llegó tarde a una de las sesiones.

Caso Santiago

Santiago es un hombre homosexual de 48 años, trabaja como conductor de bus, estudió Economía más nunca ejerció la profesión. Vive con su madre, hermanos y sobrina, sus relaciones de pareja han sido inestables, con tendencia a elegir hombres consumidores y/o en condición de habitabilidad en calle. Es remitido por psiquiatría, refiere que ha estado deprimido durante el último mes y ha contemplado la idea de terminar con su vida. Santiago asistió a 7 sesiones de psicología individual y 2 sesiones grupales. En la primera sesión llegó antes de lo estipulado y en dos sesiones llegó tarde.

Caso Mercedes

Mercedes es una señora de 61 años, actualmente es ama de casa, antes trabajaba vendiendo almuerzos. Vive con su esposo y dos hijos de 28 y 37 años en el barrio Alameda. Es remitida por el servicio de neurología ya que tuvo una caída y se golpeó en la cabeza. Resalta dificultades con pareja e hijos, sentimientos de soledad y desesperanza, consume alcohol con frecuencia y se describe como una persona violenta. Mercedes asistió a 5 sesiones de psicología individual, la tercera sesión fue reprogramada y asistió a todas con puntualidad.

5.1. Categorías emergentes

La emergencia de estas categorías de análisis permite buscar una lógica a las respuestas de los pacientes y de los terapeutas durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico (Bonilla, 1997). Por medio de la revisión meditativa en las reuniones grupales y apoyados en el análisis realizado en las matrices de cada uno de los casos, se evidencia que aparecen aspectos constantes actuando de forma diferente con cada paciente, pero que se relacionan con la construcción de la alianza y el vínculo.

5.1.1. El papel de la escucha

La escucha activa es un elemento fundamental en el fortalecimiento del vínculo psicoterapéutico, ya que es la base de la comunicación entre el terapeuta y el paciente y uno de los objetivos con los que la persona asiste a terapia, para sentirse “escuchado”. En esta categoría es importante resaltar que el terapeuta no debe enfocarse solo en lo que el paciente dice, sino también en lo que no dice, debido a que el lenguaje no verbal y los silencios, pueden comunicar aún más aspectos de su demanda. Para ello es necesario que el terapeuta tenga la completa disposición e interés en lo que el paciente expone, ya que de forma contraria, se pueden pasar por alto aspectos importantes que el paciente desea comunicar y puede producir que el paciente se sienta rechazado, invalidado o juzgado.

Como se da la categoría en el caso Juan Carlos:

En el caso de Juan Carlos observamos a un terapeuta que presta atención y escucha al paciente, valida sus emociones e ideas lo que provoca que el paciente se sienta cómodo y comprendido. El terapeuta va en sintonía con lo que el paciente le está exponiendo, sin embargo en ocasiones pasó por alto aspectos de la vida y de las experiencias del paciente, cuando éste mostraba interés de hablar al respecto. Se puede pensar que desde el enfoque que este terapeuta maneja, se interesa más en la cantidad de veces que se presentó un pensamiento o una acción, y en sí fue pensado, planeado o impulsivo, lo que produce que se pasen por alto este tipo de variables que son útiles para comprender la demanda del paciente.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 2 observamos el siguiente diálogo (P3S2):

- 1. Terapeuta:** Ok, ¿cómo te has sentido?

Paciente: Bien.

Terapeuta: ¿Cómo te fue este fin de semana?

Paciente: Bien, super, salí con mi familia.

Terapeuta: Bueno, cuéntame de ti, cuéntame de tu vida.

Paciente: A veces es muy rutinaria, madrugaba mucho y llegaba tarde a la casa solo a dormir, toda la semana me la pasaba por fuera.

Terapeuta: Tú hablas en pasado ¿ya no lo haces?

Paciente: No, ya deje de hacerlo, después del problema como te decía el viernes ya no madrugo tanto, ya no me trasnocho.

Terapeuta: Has hecho cambios.

Se da cuenta de la escucha e interés que muestra la terapeuta por validar lo que el paciente le está contando.

En la sesión 3 observamos el siguiente diálogo (P3S3):

2. Terapeuta: ¿Qué pasó?

Paciente: No pues no sé, me ganó más el trabajo pienso yo.

Terapeuta: ¿Cómo escogiste Ingeniería mecatrónica?

Paciente: Porque como mi papá siempre trabajó en talleres, entonces por eso me incliné por ese lado, pero en el 6to semestre perdí mucho el interés y preferí trabajar aunque hoy en día me arrepiento de eso.

Terapeuta: ¿Por qué te arrepientes?

Paciente: Porque de pronto sí hubiese terminado la carrera estaría mejor económicamente, como un estilo de vida mejor.

Terapeuta: Esa decisión de dejar la carrera ¿fue una decisión que se dio de qué manera?

Paciente: Mmmmm pienso más como la parte laboral que me dediqué a trabajar y ya para qué sigo estudiando.

Terapeuta: ¿Fue de un día para otro? ¿Fue pensando?

En este fragmento se evidencia la evaluación que hace la terapeuta respecto a la forma en que se presentó el pensamiento, su frecuencia y la conciencia del mismo.

Como se da la categoría en el caso Santiago:

En el caso de Santiago se encuentra un terapeuta que no muestra un interés real por lo que el paciente le expone, ya que en ocasiones le repite textualmente en forma de interpretación algo que ya le ha dicho el paciente, no está en sintonía con lo que este le está diciendo y pasa por alto aspectos y temas por los que el paciente

muestra interés de hablar. En varias ocasiones el paciente le hace ver que siente que no le está prestando atención, que no cree que el terapeuta esté interesado en lo que le pasa y sólo quiere decirle lo que debe o no hacer, así que constantemente recalca su demanda, pero el terapeuta continúa pasándola por alto.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 1 observamos los siguientes diálogos (P4S1):

1. Terapeuta: Sabes que pienso al pensar con todo eso que me dices...eres tu quien no se quiere.

Paciente: No entiendo...es que yo lo dije ¡yo no me quiero! yo vengo acá a que me enseñen a amarme, no sé cómo amarme...yo lo dije ahorita ¿cierto que yo lo dije? (mira a la practicante) yo le dije...yo siento que doy la cara que la gente quiere ver y yo pienso ¿por qué me tocó esta vida a mí?

Terapeuta: ¿Alguna vez fuiste feliz?

Paciente: La tarea suya era que pensara en 100 puntos de felicidad y no, no encontré, mire yo fui feliz pensando que iba a ser un cantante...alguna vez quise ser psicólogo y ahí empiezan las frustraciones porque como venía de una familia muy humilde en donde el estudio no era lo prioritario y yo sí quería estudiar, pero cuando empecé a crecer la gente empezó a ver que yo era afeminado, que yo era del otro equipo, mariquita, como lo quiera llamar...

En este fragmento se evidencia cómo el paciente le reclama que no está prestando atención y le reitera su demanda.

2. Terapeuta: Creo que tus motivos todavía siguen muy afuera, son otros...no me he dado cuenta que motivos propios tienes para darle sentido a tu vida, tus motivos son Jesús, son...otros.

Paciente: ¿Para quitarme la vida?

Terapeuta: No, para vivir precisamente, o sea tus motivos siguen siendo externos, están puestos en las personas.

Paciente: ¡Eso! mire doctor yo le digo a mi mamá que yo sería igual a Carlos que es un amigo que se lo llevó el virus y las depresiones le dieron cuando se murió la mamá de él y yo le digo a mi mamá que sí ella se muere no podría...es que no sé doctor yo quiero encontrar unos motivos de que todo esto signifique algo para mí y dejar estar pensando en los demás, mire doctor yo soy muy bueno dando consejos pero no los aplico.

Terapeuta: Eso noto.

Paciente: Eso es lo que me dice y ya se acaba la charla (mira a la practicante).

Terapeuta: Jajaja lo que yo quiero es...

Paciente: Espere doctor yo acá tengo unas citas muy seguidas porque el doctor lo considero pertinente y yo también creo que es pertinente porque lo que me hizo salir corriendo de la casa ahorita más temprano fue que en mi baño hay una ventanita así como esa (señala ventanilla de la puerta) y ahí me veo colgado, entonces cuando la veo trato de no entrar al baño, de no pensar en cómo va a ser porque sí quiero hacer eso definitivo pero usted me decía algo muy bueno que día y yo lo pienso...entonces para que me tomo la medicina, para qué vengo al psicólogo a buscar a ayuda.

Nuevamente el paciente le reclama porque siente que pone todo de sí para desarrollar el proceso y el terapeuta simplemente lo pasa por alto.

En la sesión 6 observamos los siguientes diálogos (P4S6):

3. **Paciente:** Pero también me doy cuenta que él es contento al lado mío porque yo lo ayudo pero entonces el consume mucho mi tiempo...entonces pienso escapar de él, quiero trabajar porque quiero pagarle el carro a mi sobrina rápido, quiero irme a pasear, quiero irme a una piscina.

Terapeuta: ¡Hágalo!

Paciente: ¡No! porque todo es plata.

Terapeuta: No todo.

Paciente: No tengo la plata, el dinero es muy importante en este mundo ¿sí sabía? usted está ahí sentado por el dinero.

Terapeuta: ¿Será?

Paciente: Porque si de pronto usted no le pagaran entonces sencillamente no me atendería, eso es lo que yo creo, el dinero es muy importante.

Se evidencia que el paciente no percibe un interés genuino por parte del terapeuta, es posible que sienta que la relación psicoterapéutica funcione igual que con sus parejas, ya que como dice están cuando puede obtener algo de él, en este caso, dinero.

4. **Paciente:** ...yo tengo como una carrera con la vida, alcanzar metas que ni siquiera vi jaja ¿sí me entiende doctor?

Terapeuta: Sí, claro.

Paciente: Yo siento que no ¿por qué será?

Terapeuta: No, yo creo que de pronto sientes que no lo comparto que es diferente.

Paciente: Es que usted quiere que deje a Jesús y yo no lo voy a dejar, no en el modo que usted quiere que yo lo deje, que apague el celular y que no le vuelva a hablar porque...voy a ver si tengo llamadas perdidas (saca el celular) ¡es un perezoso! a esta hora no se ha levantado.

El paciente utiliza el sarcasmo para hacerle ver al terapeuta una vez más, que no comprende ni ha percibido su verdadera demanda. También pareciera que el paciente quisiera despertar celos en el terapeuta.

Como se da la categoría en el caso Mercedes:

En el caso de Mercedes observamos a un terapeuta que escucha al paciente, se sintoniza con lo que le está exponiendo y constantemente parafrasea para lograr claridad en lo que el paciente desea expresar. Le muestra al paciente lo que ha mencionado con anterioridad y que es importante profundizar, al parecer todo dirigido a comprender cuál es la demanda en la terapia, ya que la paciente se muestra resistente ante una demanda propia y dice que solo la mandaron a asistir, pero a pesar de esto, ella continúa asistiendo y muestra sentirse cómoda, escuchada y validada por el terapeuta.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 3 observamos el siguiente diálogo (P7S3):

1. Terapeuta: ¿Y entonces por qué vienes?

Paciente: Porque me mandaron, a mí de pronto me hacía falta esto ¿sí? en el sentido de que ustedes lo escuchan a uno, uno les cuenta los problemas y es gente que no va a estar divulgando.

Terapeuta: ¿Y eso te ha hecho bien?

Paciente: ¡Sí!, ¡a mí sí!

Terapeuta: ¿Cómo? o ¿por qué?

Paciente: Porque yo me he desahogado mucho, al menos yo tengo 2 personas que han estado al pie mío y que me han escuchado ¿sí? y yo les doy gracias por eso, al menos he tenido con quien desahogarme.

Terapeuta: Cuando dices “desahogarme”, se me ocurre ¿es que has estado como un poco ahogada?

Paciente: ¡Sí! no he tenido con quien comentar mis problemas.

Terapeuta: ¿Cuáles son tus problemas?

Paciente: Pues...sentirme sola, que tengo mis hijos y no tengo a nadie.

La paciente muestra su agrado y beneficio que ha obtenido asistiendo a la terapia, logrando uno de los objetivos de la misma, que es ser escuchada de forma abierta e interesada.

En la sesión 4 observamos el siguiente diálogo (P7S4):

2. Terapeuta: ¿Por qué vienes?

Paciente: Porque me siento sola y las terapias que he tenido con ustedes me han parecido buenas...yo quisiera separarme de ese hombre pero no puedo, dependo económicamente de él, él me da 20 mil pesos para venirme acá y ahorro lo del subsidio que me da el gobierno...la verdad me he sentido bien, he tenido 2 personas que me escuchan...Ayer mi esposo me dijo que fuéramos a tomar a la casa de un amigo pero yo no podía porque me tengo que hacer unos exámenes esta semana y él se puso como bravo me decía ¡no que pereza verla allá sentada! entonces no fuimos a la casa del amigo.

Terapeuta: ¿Por qué dices que te sientes sola?

Paciente: Porque estoy con mis hijos y no estoy con nadie, yo no tengo con quien hablar...yo charlo aquí con ustedes y cuando llego a la casa ¡no! ¡No hablo con nadie! porque sí pues yo tengo familia y no tengo a nadie que al menos me diga “hola, vieja hiju madre ¿cómo está?” entonces yo no digo nada, no hablo con mis hijos ni con mi esposo.

Terapeuta: ¿Por?

Paciente: Porque ellos siempre me dicen “¡ay ya empezó a joder!, ya se va a hacer la sufrida”.

Terapeuta: La sufrida.

Paciente: Sí, eso me dicen...yo no sé ese tipo sí será por lástima o qué pero él me trata como una extraña...

La paciente hace evidente su demanda y el terapeuta procura seguir el hilo de la misma, sin dejar que la sesión se desvíe del objetivo.

5.1.2. La atención a los movimientos resistenciales

Esta categoría tiene que ver con la atención que el terapeuta le presta a los movimientos resistenciales que se presentan durante el proceso psicoterapéutico. El manejo que el terapeuta le dé a estos movimientos es crucial para el desarrollo de la psicoterapia y para la consecución de los objetivos planteados. El hecho de que el terapeuta pase por alto dichos movimientos puede generar estancamiento del proceso o incluso afectación en el vínculo que se construye con el paciente.

Como se da la categoría en el caso Juan Carlos:

En el caso de Juan Carlos se observa un terapeuta que pasa por alto esos movimientos resistenciales y daba inicio a una nueva temática. En ocasiones el terapeuta realizaba una pregunta y el paciente brindaba respuestas redundantes y con rodeos, o hacía parecer que todo estaba muy bien o había sido “normal”, lo que da cuenta de resistencia a hablar al respecto, pero el terapeuta lo pasó por alto, no profundizaba mucho ni en la respuesta, ni en su contenido. Sin embargo el vínculo que construyó con el paciente fue positivo y no se vio afectado por esta razón.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 2 observamos el siguiente diálogo (P3S2):

1. El paciente llega 15 minutos tarde a la sesión.

Terapeuta: Hola, sigue Juan ¿cómo estás?

Paciente: Bien sí señora, que pena llegar tan tarde.

Terapeuta: Bueno ¿qué te pasó hoy?

Paciente: Es que se me varó el carro, por eso llegué tarde.

Terapeuta: Ok, ¿cómo te has sentido?

En esta parte de la sesión se hubiera podido profundizar más respecto al hecho de que le varó el carro, teniendo en cuenta el autosabotaje.

2. Terapeuta: ¿Tú eres exigente contigo mismo?

Paciente: A veces sí un poquito, me exijo yo mismo.

Terapeuta: ¿Cómo eras tú en el colegio?

Paciente: Muy aplicado, demasiado, muy buen estudiante, mis tareas, trabajos, todo psicorrígido y no era porque alguien me dijera, yo mismo lo hacía.

Terapeuta: ¿Y en qué más te comportabas así?

Paciente: Mmmm siempre en el colegio, yo era buen estudiante, buen compañero, después de que salí del colegio no fue tanto porque desde mitad de 11 yo empecé a trabajar para no sentirme como desocupado y ayudar en mi casa.

El paciente busca que la terapeuta siempre piense que todo estuvo bien y no habría razón para que las cosas fueran así ahora. No profundiza en la respuesta “un poquito”, cómo lo ve.

Como se da la categoría en el caso Santiago:

En el caso de Santiago encontramos a un paciente muy colaborador e interesado por hablar de todo lo que le produce angustia. Este paciente al parecer no se siente escuchado ni comprendido por el terapeuta, en ocasiones incluso se siente juzgado e invalidado, razón por la cual en varios momentos se lo expone con comentarios sarcásticos o directos, es como si notara que a pesar de poner todo de sí para el desarrollo de su proceso, su terapeuta es quien se muestra resistente y no logra ver su verdadera demanda, lo que también ocasiona que para el paciente el terapeuta pierda estatus como profesional y el paciente quiera manipular la psicoterapia.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 1 observamos los siguientes diálogos (P4S1):

- 1. Terapeuta:** ¿Tú crees que la única situación que te tiene así como estas es que no te acepten?

Paciente: Yo creo que mi situación ahora es que...yo a veces siento que pienso mucho en mí, en como soy, como me siento, como me tratan, en como amo, como no me aman. Mi familia me enseñó a depender mucho de ellos económicamente, entonces yo a veces siento que a mí me falta luchar, pelear por alguien, como si Jesús fuera...

Terapeuta: ¿Luchar por alguien?

Paciente: ¡Sí! por ejemplo yo veo que cuando una pareja tiene un hijo que le encuentran como una razón más a la vida, quieren lo mejor para ese hijo...y yo a veces siento que yo debo hacer lo mismo por Jesús, yo no debí dejarlo ir.

Nuevamente se evidencia la demanda del paciente, además hace referencia a lo económico en relación con el amor, pero no se profundiza esa idea.

- 2. Terapeuta:** Y en todo esto Santiago ¿en dónde está tu responsabilidad?

Paciente: La responsabilidad mía...yo a veces siento que no tengo responsabilidades porque o sea empezando por el mundo que me toco sin pedirlo, o sea yo no puedo sentirme responsable de un mundo que yo no lo pedí, todo el mundo como que esperaba algo de mí sin yo poderlo dar.

Terapeuta: ¿Quién es todo el mundo?

Paciente: Toda la gente, tengo un papá que me odia por ser gay y nunca me quiso, tengo una mamá que me acepto a duras penas...mi mamá toma mucho y la vez que le conté trato de seducirme borracha en vez de preferir que yo fuera

gay. Entonces ¿la gente por qué espera algo de mi algo que yo no les puedo dar? o sea la responsabilidad mía no está con los demás, la responsabilidad mía está conmigo mismo.

Terapeuta: ¿Y cómo va esa responsabilidad?

Paciente: Pues mal ¡no me ve!...estoy mal, la última vez que estuve en un psiquiatra hace poco yo era como mirando en el consultorio algo con que hacerme daño mientras llegaba el médico pero no encontré nada, o sea yo quiero es acabar con todo, estoy aburrido de psicólogos, psiquiatras.

El paciente expone lo que le genera malestar y necesita exteriorizar pero el terapeuta lo omite, pareciera que las resistencias estuvieran más altas de su parte.

En la sesión 6 observamos el siguiente diálogo (P4S6):

3. Terapeuta: ¿Cómo amaneció?

Paciente: Amanecí disque acostado jaja...no doctor, estoy estresado porque el carro no le pude poner la alarma entonces eso me estreso ahorita...y como yo les estaba diciendo qué día yo siento que me perdí muchas cosas del mundo por estar pendiente de mi sexualidad y de la aceptación y así me siento doctor, yo siento que yo debí estar sentado ahí y usted acá.

Terapeuta: ¿Por qué yo? jajaja.

Paciente: Porque al principio yo quise ser psicólogo.

Terapeuta: No crea yo también he estado del otro lado.

Paciente: Yo quise ser luego neurocirujano, luego administrador hotelero y ahora manejo solo carro y transporte gente petulante, gente buena pero mucha gente que me hace recordar que yo pude ser alguien más y eso me ha hecho mucho daño y por eso estoy acá, por esa mierda...pensando que la vida no vale nada, a veces pienso que las cosas no me salen como yo quiero.

Terapeuta: Sí y seguramente así es y así va a ser en algún momento ¿no? no siempre tendrán que salir como uno quiere.

El paciente le muestra lo que le genera malestar pero el terapeuta se enfoca en solo decirle que hacer o qué pensar.

Como se da la categoría en el caso Mercedes:

En el caso de Mercedes encontramos a una paciente con muchas resistencias, quien dice no comprender porque la envían a psicología si ella está muy bien, sin embargo, el terapeuta logra por medio de las preguntas y los señalamientos que la paciente exponga lo que realmente puede estar generando malestar. Constantemente, se presentan contradicciones en su relato y el terapeuta le hace ver por medio de

parafraseo lo que la paciente expuso con anterioridad, logrando dar un buen manejo a las resistencias. También es importante resaltar, que a pesar de que la paciente no pensaba necesitar psicoterapia, ha encontrado un beneficio para sí misma y continúa asistiendo a las sesiones.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 3 observamos el siguiente diálogo (P7S3):

1. La sesión era el Jueves 25 de Abril pero la señora Mercedes envió a un amigo para que le informara al psicólogo que por la cuestión del paro ese día no podía asistir y que sí había posibilidad de cambiar la cita, por lo cual se reprograma para el día siguiente.

Paciente: Buenos días.

Terapeuta: Buenos días, sigue.

Paciente: ¡Ay doctores que pena con ustedes! por lo que no vine ayer (saca unos duraznos y nos los entrega).

Terapeuta: Te recibimos pero no nos vuelvas a traer ¿bueno?

Paciente: ¡Qué pena! pero es que ayer estaba terrible y yo como me veo obligada a pasar por la Nacional no me arriesgo porque con ese paro tan tenaz, entonces le pedí el favor a un compañero ¿él vino, sí? es un señor ya de edad.

Terapeuta: Sí, él vino, ¿y tú cómo estás?

Pudo ser que la paciente de alguna forma evitó ir a la terapia pero pareciera que también le era importante que el terapeuta no pensara que ella la estaba abandonando.

5.1.3. Los pedidos transferenciales del paciente

Esta categoría hace referencia a todos los elementos de orden inconsciente que movilizan al paciente para asistir al proceso de psicoterapia. En un comienzo la solicitud puede estar ligada al motivo de consulta o al querer ser aliviado o disminuir el sufrimiento, sin embargo este pedido debe ser recibido de tal manera que se genere una verdadera relación terapéutica en donde el sujeto de forma inconsciente irá poniendo aspectos de sí mismo en el terapeuta. Por ende, es fundamental que en el transcurso de las sesiones el pedido inicial con el que viene el paciente se transforme,

que algo cambie, pues la demanda del paciente debe reestructurarse con la ayuda del terapeuta, de sus intervenciones y de su comprensión frente a las quejas o pedidos que le permitirán ver la dinámica inconsciente.

Como se da la categoría en el caso de Juan Carlos:

En el caso de Juan Carlos identificamos que no hubo una reestructuración de la demanda y que la mayoría de sus pedidos transferenciales consistían en ser bien visto por la terapeuta, mostrarse como alguien normal sin ningún tipo de daño o problema. De forma transferencial da la impresión de que el paciente quería ser recibido por la terapeuta, en algún punto se pensó en una transferencia erotizada, sin embargo durante el proceso psicoterapéutico no se logra corroborar, más bien de forma inconsciente él veía a la terapeuta como una madre contenedora y asumió un papel de niño con un discurso infantilizado.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 2 observamos los siguientes diálogos (P3S2):

1. Terapeuta: Y antes cuando estabas chiquito ¿Qué recuerdas?

Paciente: ¿Que recuerdo? Nada pues he tenido como una infancia muy normal a mi parecer, nunca me obligaron a hacer cosas que no quisiera, con mis 4 hermanos tuvimos una infancia muy normal, yo soy el tercero, una infancia muy normal ¿no? no nos daban muchos lujos pero tampoco aguantando hambre o algo, nos daban lo necesario, somos unos hermanos muy unidos, una familia muy unida...de mi infancia no tengo recuerdos traumáticos o drásticos, todo muy normal.

El paciente se presenta como un sujeto normal, que vivió una infancia normal ante la terapeuta intentando ser bien recibido y aceptado por la misma.

En la sesión 3 observamos el siguiente diálogo (P3S3):

2. Terapeuta: Y ese frenar que dices ¿tú recuerdas por qué lo hacías?

Paciente: De pronto porque a veces no me gustaba lo que hacía, tenía como ese sentimiento de celos y esa cosa, entonces ella de cierta forma entendía que lo que hacía estaba mal hecho o que a mí no me gustaba.

Terapeuta: ¿Por ejemplo qué?

Paciente: La recocha con las amigas y amigos de la Universidad, eso sí se lo inculque mucho porque yo le decía los niños con los niños y las niñas con las niñas.

Se evidencia un pensamiento infantilizado del paciente, en donde intentar mostrarle a la terapeuta la concepción que tiene sobre las relaciones.

Como se da la categoría en el caso de Santiago:

En el caso de Santiago logramos evidenciar que el paciente llega con una demanda válida para dar inicio a su proceso psicoterapéutico, sin embargo, no logra elaborarla ya que el terapeuta se enfoca en realizar intervenciones de tipo motivacional en vez de permitirle al paciente comprender aspectos de sí mismo que se encuentran relacionados con su incapacidad de disfrutar la vida. Los pedidos transferenciales del paciente se encuentran movilizados por la búsqueda de afecto del terapeuta e incluso recurre a manipularlo en varias ocasiones para que alargue las sesiones más de lo estipulado. Podría pensarse en una transferencia erotizada puesto que frecuentemente refiere inconformidad con parejas sentimentales y plantea la posibilidad de encontrar un hombre como el terapeuta.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 6 observamos el siguiente diálogo (P4S6):

1. Terapeuta: Bien, voy a dejarte una película y no la vayas a confundir con otro título.

Paciente: Mira a la practicante y le dice “¿yo porque no tuve un hombre lindo como él? con esa sonrisa y profesional”.

Terapeuta: Lo que pasa es que ella no puede responderte en este momento.

Paciente: O sea por qué...yo también me estoy preguntando a mí mismo ¿por qué a mí me tocaron personas así como las que he tenido? o sea yo tuve una

persona que me quiso mucho y usted me lo recuerda, la barba, la carcajada pero era más de edad y la otra persona era...

Terapeuta: ¡Pausa! que no se me olvide el nombre de la película “buscando el sentido de la vida”.

Paciente: Doctor entonces yo he tenido buenas personas también, yo no sé en qué momento se me confundió.

El paciente asocia al terapeuta con una ex-pareja de él, esto se puede comprender como una transferencia de tipo erotizada.

En la sesión 9 observamos el siguiente diálogo (P4S9):

2. Paciente: Doctor una última pregunta.

Terapeuta: Dime.

Paciente: (Se queda en silencio unos minutos) ayer sentí ganas de...de matarme ¿eso es normal?

Terapeuta: ¿Cuál es la pregunta?

Paciente: O sea ayer sentí ganas de matarme y la afirmación es ¿eso es normal?

Terapeuta: ¿Te preocupa?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Entonces no es normal y seguramente tendrías que hacer algo al respecto ¿no? porque todo lo que hemos hablado hasta el momento habla de alguien que quiere vivir pero tu conclusión es otra y necesitas pedir ayuda pronto porque estás en un conflicto interno muy fuerte.

El paciente intenta extender la sesión con el fin de recibir atención y afecto por parte del terapeuta al mostrarse muy afectado, sin embargo, esto lo hace de forma manipulativa.

Como se da la categoría en el caso de Mercedes:

En el caso de Mercedes identificamos que no hubo una reestructuración de la demanda, ya que ella no se encontraba dispuesta a hacerlo por más de que las intervenciones del terapeuta estuviesen dirigidas a identificar cuál era la verdadera demanda del análisis. De forma transferencial da la impresión de que la paciente quería ser escuchada por el terapeuta, necesitaba un espacio de contención que no

encontraba en su casa. Además, se evidenció el deseo de ser bien vista y aceptada por el terapeuta, en una ocasión le lleva algo de comer.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 3 observamos los siguientes diálogos (P7S3):

1. Terapeuta: Buenos días, sigue.

Paciente: ¡Ay doctores que pena con ustedes! por lo que no vine ayer (saca unos duraznos y nos los entrega).

Terapeuta: Te recibimos pero no nos vuelvas a traer ¿bueno?

Paciente: ¡Qué pena! pero es que ayer estaba terrible y yo como me veo obligada a pasar por la Nacional no me arriesgo porque con ese paro tan tenaz, entonces le pedí el favor a un compañero ¿él vino, sí? es un señor ya de edad.

La paciente intenta disculparse por no asistir a la sesión pasada dando algo a cambio, esto demuestra su necesidad por dar y ser perdonada.

2. Paciente: Pues la doctora fue la que me mandó acá y me dijo que viniera y charlará con usted y yo ¡ah bueno!

Terapeuta: Pero ¿tú por qué crees que te mandaron?

Paciente: La verdad no sé, porque como le digo yo no soy una persona inestable o hiperactiva, yo me siento una persona bien...no soy egoísta, a mí me gusta servirle mucho a la gente, la verdad no me siento una persona que amerite yo estar aquí...no sé por qué me mandaron acá doctor. Pero ¿ustedes cómo me ven a mí en lo que han hablado conmigo? quiero saber qué opinión tienen de mí porque uno también tiene derecho a preguntar.

La paciente se muestra como una persona buena ante el terapeuta y quiere que este le dé la opinión que tiene sobre ella, esperando que concuerde con la que fue dada por sí misma.

5.1.4. Implicación subjetiva

La implicación subjetiva tiene que ver con que el paciente se cuestione, se responsabilice y se pregunte sobre cuál es su participación frente a la dificultad que lo aqueja. De esta manera el paciente podrá elaborar una demanda real para el análisis, por lo tanto, cuando esto no ocurre difícilmente se puede realizar un trabajo psicoterapéutico, puesto que se puede quedar en una posición en donde le atribuye a

lo externo sus dificultades y no logra percibirse así mismo dentro de la problemática que lo aqueja. El trabajo del terapeuta consistirá entonces, en utilizar herramientas y estrategias que le faciliten al paciente implicarse como sujeto.

Como se da la categoría en el caso de Juan Carlos:

En el caso de Juan Carlos identificamos que durante las primeras sesiones intenta implicarse con la dificultad que lo aqueja, sin embargo, percibe como un castigo el hecho de haber estado internado en salud mental y recalca no querer volver a pasar por una situación así. En el transcurso de las sesiones la terapeuta no lo cuestiona ni le abre un espacio para que haya una comprensión frente a la crisis que tuvo y toda la sintomatología derivada puesto que ambos se centran en que su actuar es el de una persona “normal” y “sin ideas locas”.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 1 observamos el siguiente diálogo (P3S1):

1. Terapeuta: Juan, cuando la psiquiatra y la psicóloga te retroalimentan y te dicen que fue porque no manejaste bien los problemas ¿tú que piensas?

Paciente: Que es verdad, ese episodio fue como un choque durísimo para mí, fue como tocar fondo de una manera muy drástica...yo soy una persona que se guarda todos sus problemas porque pienso que nadie más debe saber por lo que uno pasa, yo pensaba eso en ese momento y fue eso. Además, después de recapacitar allá metido en salud mental que eso no es nada fácil, eso era como una cárcel porque yo no estaba acostumbrado a eso, salí de allá con el trauma de que por allá no vuelvo y me sirvió para recapacitar que debo resolver mis problemas. Ahora he cambiado, ya manejo horarios distintos, estoy más relajado y estoy apartado del estrés laboral, he intentado como solucionar todo eso.

El paciente identifica el malestar, sin embargo, percibió como un castigo el proceso en unidad de salud mental e intenta mostrar ante la terapeuta que cambió y ahora es un mejor sujeto.

En la sesión 2 observamos el siguiente diálogo (P3S2):

2. Terapeuta: Esa expresión que utilizas “matándome antes” ¿desde hace cuánto pasa eso?

Paciente: ¡Uy no! o sea después de ese problema fue que yo me vine a dar cuenta que me convertí en una maquinita de hacer plata y todo fluye a través del dinero y yo no hacía más que trabajar y trabajar y con mi pareja actual de ese tiempo empezaron los problemas por eso, ya no había ni siquiera comunicación y ella sí me decía que cambiara y que no trabajara tanto, que no todo era dinero y que yo la estaba descuidando y no le ayudaba en los quehaceres de la casa pero yo en el momento no lo vi importante...hoy en día me doy cuenta de que sí, yo debí hacer esos cambios en mi vida.

Terapeuta: Hay situaciones que tú dices que reconoces ahorita pero también describes que antes no las veías.

Paciente: Sí, exactamente porque lo veía como algo rutinario, cuestión de trabajo y de la vida, de que necesitaba hacer plata.

El paciente reconoce que comportamientos de él que influyeron en las dificultades con su pareja, no obstante, nuevamente recalca el hecho de cambiar.

Como se da la categoría en el caso de Santiago:

En el caso de Santiago logramos evidenciar que el paciente identifica varias problemáticas de su vida como lo son: la baja autoestima, la incapacidad de disfrutar la vida, la dependencia, la escogencia de parejas inadecuadas, entre otras. Sin embargo, en el inicio del proceso psicoterapéutico le cuesta verse a sí mismo y comprender cómo él se encuentra relacionado con las problemáticas mencionadas pues tiende a culpabilizar a la sociedad. En el transcurso del proceso se vislumbra una implicación en tanto sujeto en donde el paciente describe sentir que algo ocurre con él, algo anda mal con su vida, pero no entiende por qué y empieza a cuestionarse poco a poco.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 1 observamos los siguientes diálogos (P4S1):

1. Paciente: Jaja emmm no...lo más importante acá doctor es que yo quiero aprender a amarme porque es que esa muchacha ayer me lo dijo “lo que a mí me enseñaron fue amarme” y eso es lo que yo quiero...yo quiero un día salir a la calle y encontrarle significado a todo lo que yo veo (llora)...vivo de muchos recuerdos, soy muy dado a la nostalgia...

Terapeuta: Santiago ¿tú crees que eso también hace que no veas muchas cosas que sí están funcionando, que sí están bien? el hecho de que te hayas acostumbrado últimamente a pensar así ¿no?

Paciente: (Se queda en silencio) soy muy dado a la nostalgia ¡sí!

El paciente logra implicarse con el malestar que lo aqueja y da la impresión de que está interesado por el proceso psicoterapéutico.

2. Terapeuta: Creo que eres muy bueno en identificar todo lo que no funciona en tu vida.

Paciente: No o sea, no me acepto, siento que la sociedad me hizo mucho daño y que no la he perdonado y yo creo que por eso yo vengo acá...porque puedo identificar eso pero no sé cómo curarlo cómo aliviarlo.

Terapeuta: ¿No crees que eso es un problema también?

Paciente: ¡Sí! pues por eso estoy acá, porque no veo cómo perdonar, no veo cómo perdonar a mi papá...son cosas que yo necesito perdonar a mi papá, yo necesito perdonar a mi madre porque en medio de su protección ella no me acepta a ella le da rabia que yo esté enamorada de Jesús que no tiene ni siquiera el bachillerato y ella le da rabia de saber eso.

El paciente culpabiliza a la sociedad por su malestar, pero posteriormente identifica y se implica en vivencias y situaciones que le afectan gravemente.

En la sesión 6 observamos el siguiente diálogo (P4S6):

3. Paciente: Bueno ¿y el proceso cómo va doctor? porque es que yo me siento...bueno no igual, voy a ser sincero, lo del suicidio yo ya no lo estoy pensando porque pues no sé, siento que usted me hizo caer en cuenta por qué voy al médico, por qué pido mi medicina, por qué estoy acá...porque quiero una vida mejor para mí.

El paciente se muestra interesado en el proceso psicoterapéutico y refiere sentir algunos cambios en su vida.

En la sesión 9 observamos el siguiente diálogo (P4S9):

4. Paciente: Sí, es como una buena idea pero a veces me entra el aburrimiento porque me acuerdo de David y pienso en que él no cambió... uy yo tengo un palito pa los drogadictos y esa gente así (...)

Paciente: Jajaj doctor y esta era la última sesión entonces ¿las otras las voy a programar? o ¿no hay más citas?

Terapeuta: ¿Qué opinas? ¿Quieres más citas?

Paciente: Pues yo no sé, yo creo que hasta ahora estaba empezando como a despertar de muchas cosas y necesito más citas.

Terapeuta: ¡Bien! entonces te voy a enviar otro paquete de citas.

El paciente identifica su escogencia de parejas inadecuadas, sin embargo, no comprende por qué elige este tipo de parejas, pero se cuestiona sobre esto y sobre la continuidad de su proceso psicoterapéutico.

Como se da la categoría en el caso de Mercedes:

En el caso de Mercedes identificamos que alcanza a percibir aspectos de sí misma que se encuentran relacionados las dificultades entorno a la relación de pareja y con sus hijos. Logra describirse como una persona violenta, sin embargo, refiere que no puede hacer cambios en su vida porque depende de otros, en específico de su esposo.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 3 observamos los siguientes diálogos (P7S3):

1. Terapeuta: ¿Tú cómo te ves?

Paciente: ¿Yo?

Terapeuta: Sí.

Paciente: Yo veo que soy una persona muy...en un principio yo era muy violenta pero ya he cambiado muchísimo porque yo con mi primer esposo ¡éramos terribles! y por eso yo me separe de él porque nosotros nos agarrabamos y eso era terrible (...). Pero yo soy una persona que no me aguanto y soy grosera, supremamente grosera pero para evitarme todo eso me hago la que no es conmigo.

La paciente identifica una característica de su temperamento pero no la acepta actualmente y se desentiende de responder ante los demás.

2. Terapeuta: ¿Tú estás mal en algún sentido?

Paciente: No, para mi concepto no.

Terapeuta: Lo de estar sola...

Paciente: ¡Sola!, en ese sentido es lo único que me siento sola y a veces por ejemplo como me dijo la doctora que saliera cuando me sintiera así, que debía distraerme un rato ¿sí? yo salgo, más que todo el día sábado estoy completamente sola y me da así como ganas de llorar y entonces salgo temprano y me voy a dar una vuelta pero pues antes yo tenía la costumbre de salir con mi amiga de la infancia y nos íbamos a tomar pero pues ya no puedo hacer eso.

A la paciente le cuesta hablar sobre la soledad que siente y prefiere hacer otras actividades para evitar el sentimiento de soledad que la agobia.

3. Terapeuta: Bueno y entonces ¿tú cómo te ves? ¿cómo estás?

Paciente: Yo aparentemente me siento bien.

Terapeuta: ¡Espera! ¡Espera! “aparentemente” pero en el fondo estas...

Paciente: Pues en el fondo ya le digo que me siento muy sola.

Terapeuta: Estás muy sola y muy... ¿triste?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Bueno y frente a estar así mal, triste, sola ¿qué vas a hacer?

Paciente: Yo por eso busco que hacer, por ejemplo doctor yo salgo, anteaayer no tenía nada que hacer y sí yo no salgo él no me da ni un peso, entonces llame a Hector que es el señor que vino y nos fuimos a comer pasta.

La paciente acepta sus sentimientos de soledad y tristeza, pero los intenta solucionar buscando a otros y no se cuestiona ni se plantea realizar cambios frente a dicho malestar.

5.1.5. Las respuestas contratransferenciales de los terapeutas

Esta categoría hace referencia a toda aquella respuesta que tenga el terapeuta ante lo que el paciente exponga durante el proceso terapéutico. Es importante resaltar que, no se tienen en cuenta solamente las respuestas de carácter verbal sino todo movimiento y acción que pueden ser inconscientes y producto de la transferencia del paciente. Es de saber que en toda relación puede haber transferencia, sin embargo, durante el proceso psicoterapéutico es muy importante el manejo que el terapeuta le dé a esa transferencia, ya que una contratransferencia negativa afecta el vínculo, el desarrollo de las sesiones, la

consecución de los objetivos y posiblemente también los resultados del proceso.

Como se da la categoría en el caso de Juan Carlos:

En este caso observamos a un terapeuta que asume la transferencia del paciente y de alguna forma se deja llevar por ella, es decir, cae en el papel que el paciente busca que tenga, y es un papel muy maternal. Puede que esto no haya afectado el vínculo pero sí genera que las resistencias del paciente crezcan al no ser confrontadas sino validadas. Es como si la terapeuta sintiera esa resistencia y la asumiera para sí misma como terapeuta, ya que pasa por alto cosas importantes que el paciente manifiesta y en las cuales se puede profundizar para comprender la verdadera demanda del paciente.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 2 observamos el siguiente diálogo (P3S2):

1. Terapeuta: Tú hablas en pasado ¿ya no lo haces?

Paciente: No, ya deje de hacerlo, después del problema como te decía el viernes ya no madrugo tanto, ya no me trasnocho.

Terapeuta: Has hecho cambios.

Paciente: ¡Sí! ya intento no matarme tanto la verdad, como lo que te decía el viernes como dejar que el tiempo fluya, dejar todo fluir y ya.

Terapeuta: Tú hablas de tiempo, transportémonos en el tiempo ¿cómo eras tú de chiquito? ¿Dónde naciste?

Se puede evidenciar que la terapeuta pasa por alto la resistencia del paciente respecto evitación que manifiesta al decir que solo deja que todo fluya. También, en la forma de preguntarle respecto a su infancia, lo hace como si estuviera hablando con un niño, utilizando la palabra en diminutivo “chiquito”.

En la sesión 3 observamos el siguiente diálogo (P3S3):

2. Terapeuta: Esa decisión de dejar la carrera ¿fue una decisión que se dio de qué manera?

Paciente: Mmmmm pienso más como la parte laboral que me dediqué a trabajar y ya para qué sigo estudiando.

Terapeuta: ¿Fue de un día para otro? ¿Fue pensando?

Paciente: No,no,no...Cuando empecé 5to semestre de ahí en adelante perdí como la fuerza, ya no quería ir por allá, era muy pesado también me daba cansancio físico.

Terapeuta: Ok ¿qué más sucedió contigo?

Nuevamente se pasa por alto una resistencia evitativa, parece que el paciente tiene miedo a convertirse en un adulto o a ser profesional ya que así sería superior al padre.

Como se da la categoría en el caso de Santiago:

En este caso pareciera que tanto el terapeuta como el paciente juegan a manipular la psicoterapia. Este es un paciente muy colaborador, pero al parecer el terapeuta no está muy dispuesto a llevar el proceso, debido a que constantemente el paciente le expone su demanda y le brinda herramientas para desarrollar las sesiones, pero el terapeuta las evade y se esfuerza por decirle sólo lo que debe pensar o hacer para ser feliz. También se puede evidenciar que la relación terapéutica que se ha establecido, tiene similitud al tipo de relaciones que suele establecer el paciente, ya que a pesar de sentir un rechazo por parte del terapeuta, el paciente continúa asistiendo y se esfuerza por captar su atención. Con esto presente, a veces el terapeuta parece responder ante la transferencia erotizada del paciente.

Viñetas que ilustran:

En las sesión 1 observamos el siguiente diálogo (P4S1):

1. Terapeuta: ¿Y cómo va esa responsabilidad?

Paciente: Pues mal ¡no me ve!...estoy mal, la última vez que estuve en un psiquiatra hace poco yo era como mirando en el consultorio algo con que hacerme daño mientras llegaba el médico pero no encontré nada, o sea yo quiero es acabar con todo, estoy aburrido de psicólogos, psiquiatras...

Terapeuta: Espero no me termines odiando.

Paciente: Jaja emmm no...Lo más importante acá doctor es que yo quiero aprender a amarme porque es que esa muchacha ayer me lo dijo “lo que a mí me enseñaron fue amarme” y eso es lo que yo quiero...yo quiero un día salir a la calle y encontrarle significado a todo lo que yo veo (llora)...vivo de muchos recuerdos, soy muy dado a la nostalgia...

Terapeuta: Santiago ¿tú crees que eso también hace que no veas muchas cosas que sí están funcionando, que sí están bien? el hecho de que te hayas acostumbrado últimamente a pensar así ¿no?

Paciente: (Se queda en silencio) soy muy dado a la nostalgia ¡sí!

Al parecer el terapeuta siente la amenaza de ser rechazado y odiado por el paciente. También, se evidencia su esfuerzo para evitar hablar de lo que el paciente demanda, indicando que el problema es que él no ve lo bueno de la vida.

En la sesión 6 observamos el siguiente diálogo (P4S6):

2. **Paciente:** Doctor a mí me parece que a Jesús toca empujarlo mucho y yo quiero ser esa persona, yo ayer le dije eso que él necesita una ayuda muy grande, él...

Terapeuta: ¡Pausa! ¡Pausa!

Paciente: Espere porque es que quiero desahogarme.

Terapeuta: ¡Pausa un momento! discúlpame pero los primeros 20 minutos de esta consulta fueron geniales porque hablaste de ti.

Paciente: ¿O sea porque estoy hablando de Jesús no son geniales? jajaja

Terapeuta: No, no es de Jesús, ni siquiera lo conozco.

Paciente: Jajaja él quiere que yo deje a Jesús (mira a la practicante) eso es lo que él me hace entender.

Terapeuta: No, eso te lo he dicho desde hace rato jaja.

Parece que se juega a discutir por una escena de celos, como si el paciente percibiera o fantaseara con que el terapeuta está celoso de su pareja.

Como se da la categoría en el caso de Mercedes:

En el caso de Mercedes encontramos a un terapeuta que está muy pendiente del manejo de la transferencia y de los medios que la paciente busca para manipular las sesiones y el desarrollo del proceso, ya que le hace aclaraciones respecto a los límites del vínculo y le señala las resistencias.

Viñetas que ilustran:

En la sesión 3 observamos los siguientes diálogos (P7S3):

1. Paciente: Buenos días.

Terapeuta: Buenos días, sigue.

Paciente: ¡Ay doctores que pena con ustedes! por lo que no vine ayer (saca unos duraznos y nos los entrega).

Terapeuta: Te recibimos pero no nos vuelvas a traer ¿bueno?

Paciente: ¡Qué pena! pero es que ayer estaba terrible y yo como me veo obligada a pasar por la Nacional no me arriesgo porque con ese paro tan tenaz, entonces le pedí el favor a un compañero ¿él vino, sí? es un señor ya de edad.

Terapeuta: Sí, él vino, ¿y tú cómo estás?

Se evidencia el establecimiento de límites del vínculo al pedirle que no vuelva a llevar presentes y el manejo que realiza para evitar que la paciente desvíe la sesión.

2. Terapeuta: Pero ¿tú por qué crees que te mandaron?

Paciente: La verdad no sé, porque como le digo yo no soy una persona inestable o hiperactiva, yo me siento una persona bien...no soy egoísta, a mí me gusta servirle mucho a la gente, la verdad no me siento una persona que amerite yo estar aquí...no sé por qué me mandaron acá doctor. Pero ¿ustedes cómo me ven a mí en lo que han hablado conmigo? quiero saber qué opinión tienen de mí porque uno también tiene derecho a preguntar.

Terapeuta: Tú lo que más has resaltado es que has sido muy violenta ¿cierto?

Paciente: ¡Violenta sí he sido! porque pues a raíz del papá de mis otros 3 hijos yo sufrí mucho ¿sí? y él era una persona terrible, me rompía las pijamas, me daba unas muendas terribles, todos los días yo vivía con los ojos negros.

Nuevamente se evidencia el manejo para evitar que la paciente manipule la sesión solicitando una opinión del terapeuta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Desde la teoría de Bordin (1979) y de Botella & Corbella (2011) se tuvo en cuenta que para un desarrollo óptimo del proceso psicoterapéutico y la consecución de los objetivos planteados para la terapia, es necesario que estén claros el objetivo, las tareas y la construcción del vínculo. Dicho lo anterior, es importante hacer hincapié en que no se logró evidenciar cumplimiento de los dos primeros en dos de los casos

analizados, ya que los terapeutas pasaban por alto la realización de un encuadre y de reencuadres, los cuales permiten encaminar el proceso hacia una finalidad en común, pero como desde un inicio esta finalidad no fue acordada ni clara, el proceso de psicoterapia se puede convertir simplemente en conversar y brindar apoyo. A pesar de ello, se encuentra que sí existe un vínculo que hizo que los pacientes continuaran asistiendo. Esto responde de forma global al objetivo principal de esta investigación.

Así mismo, con los resultados obtenidos se logró responder a la pregunta de investigación y se cumplieron los objetivos específicos planteados.

En primera instancia está el objetivo específico que consistía en establecer los tipos de intervenciones desarrolladas por el terapeuta y su impacto en la alianza terapéutica, respecto a este objetivo se encontró que los terapeutas en ocasiones realizan intervenciones desde sus propias resistencias, evaden las demandas reales de los pacientes e intentan llevar el proceso sobre una demanda superficial, permitiendo que ello tenga un impacto en la construcción de la alianza, ya que existe un vínculo que mantiene el proceso pero nunca hay claridad sobre un objetivo del mismo ni de la comprensión de tareas propuestas.

En relación al segundo objetivo que era identificar las motivaciones conscientes e inconscientes observadas en el terapeuta y en el paciente relacionadas con la alianza terapéutica y sus cambios. Se pudo dar cuenta que los pacientes llegan a terapia en busca de quien les solucione un problema, (esa sería una motivación consciente), pero también, de forma inconsciente, se encuentra que ellos asisten en busca de aprobación, de aceptación, de afecto y de aliviar su dolor emocional, de ahí la importancia de la escucha activa y genuina del terapeuta, para lograr identificar la demanda real detrás de todas las demandas superficiales y resistencias que presente el paciente. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se evidenció que dos de

los terapeutas se guiaban únicamente de las demandas superficiales y pasaban por alto todos los movimientos resistenciales de ellos mismos y del paciente, dando cuenta de sus motivaciones inconscientes propias generando resistencia para profundizar en la demanda real del paciente. De ahí la importancia que tiene el realizar su propio proceso psicoterapéutico como profesional de la salud mental.

Por último, respecto al tercer objetivo que trataba sobre reconocer los procesos transferenciales y contratransferenciales que aparecen y se relacionan con la alianza psicoterapéutica. Así como se mencionó en los objetivos anteriores, el estudio de caso permite dar cuenta de dichos movimientos por parte del terapeuta y del paciente, encontrando que de alguna forma el terapeuta posibilita que el paciente manipule el proceso por medio de sus resistencias, haciendo coalición con las resistencias del propio terapeuta, provocando que el proceso psicoterapéutico no tenga un objetivo final y por ende no genere resultados que alivien el malestar emocional, y que por el contrario, pueda generar dependencia a la terapia por la no claridad de los roles.

Con relación a la metodología, la observación participante es una experiencia vivencial la cual permite evidenciar el comportamiento conductual consciente o inconsciente de los dos individuos (terapeuta y paciente) de forma visual, auditiva y verbal, dando cuenta de cuáles son las intervenciones que usa el terapeuta y el impacto que estas tienen en el proceso psicoterapéutico, cuáles son las motivaciones conscientes o inconscientes del terapeuta y del paciente y como son los procesos transferenciales y contratransferenciales que se presentan durante el desarrollo de la terapia relacionándose con la alianza psicoterapéutica.

El estudio de caso permitió evidenciar de forma textual y detallada la/las demandas del paciente, si existe o no una escucha activa por parte del terapeuta, las implicaciones subjetivas del proceso y el manejo que le da el terapeuta a las

resistencias del paciente o a las propias. La posibilidad de releer y revisar lo sucedido durante la sesión brinda una comprensión profunda de la forma en que construye la alianza psicoterapéutica y los momentos que la componen.

Este proyecto permitió evidenciar que la alianza psicoterapéutica si presenta fluctuaciones durante todo el proceso de psicoterapia y que el vínculo que se construya con el paciente es la base para la consecución de los objetivos terapéuticos. Se encontró que efectivamente cada profesional desarrolla su propio estilo terapéutico y que este es independiente al enfoque teórico que se maneje, sin embargo, hay que hacer hincapié en la importancia de tener un enfoque teórico claro ya que éste mediará el manejo que se le dé al proceso psicoterapéutico, brindándole herramientas al profesional para el desarrollo del proceso, pero ¿hasta qué punto es importante ceñirse a un enfoque teórico? Según lo evidenciado en los estudios de caso, el enfoque es vital para encaminar los objetivos de la psicoterapia, pero no es lo más importante, ya que finalmente el profesional debe si o si contar con las competencias como escucha activa, interés genuino, empatía y conciencia del manejo transferencial, para lograr tener claridad de la demanda del paciente y trabajar con base en ella.

También es necesario resaltar la importancia que tiene el que cada profesional de la salud mental realice su propio proceso de psicoterapia, ya que solo así tendrá mayor conciencia de que podría afectarlo durante un proceso y evitar generar mayor daño al paciente al responder de forma contratransferencial ante lo que este pone sobre sí.

Finalmente, es claro que este es un tema que no se ha investigado a profundidad y es indispensable promoverlo, debido a que siempre podrá arrojar nuevos datos que nos ayudarán a los profesionales de la salud mental para fortalecer nuestras herramientas terapéuticas y habilidades en el campo.

6.2. Recomendaciones

- Es importante que el terapeuta tenga muy presente la realización del encuadre al inicio del proceso psicoterapéutico y de reencuadres si son necesarios en el transcurso de las sesiones, ya que estos brindaran claridad y apoyo al objetivo de la terapia.
- Es importante que el terapeuta siempre tenga y deje enunciados los objetivos y las tareas de forma clara, explícita y oportuna, así el paciente tendrá una mejor comprensión del trabajo realizado en la terapia y de la misma forma se fortalecerá el vínculo, debido a que si estos objetivos son guiados por la demanda real del paciente, este se sentirá comprendido y validado, generando mayor adherencia, compromiso y resultados óptimos.
- Es necesario prestarle atención a la importancia del proceso psicoterapéutico del propio terapeuta, ya que el tener claro cuáles son los casos, temas, personalidades o circunstancias en las cuales debe trabajar y pueden sentirse afectado durante su desempeño como profesional de la salud mental, le será más fácil manejar las resistencias a nivel constratransferencial y de mismo modo, tener la consciencia de cuando es mejor remitir al paciente para no provocarle un daño mayor.
- Así como fue descrito en los resultados, el papel de la escucha activa por parte del terapeuta será indispensable para tener claridad sobre cuál va a ser su rol en el proceso psicoterapéutico, esto acompañado de un interés genuino, ya que el paciente no necesita ser psicólogo para evidenciar cuando no le están prestando atención, cuando lo están juzgando, cuando hay rechazo por parte de terapeuta o cuando llevan a cabo el proceso de psicoterapia solo por ganancia secundaria.

- Una opción que es recomendable que contemple todo profesional de la salud es contar con una supervisión en casos complejos, ya que esto permitirá establecer detalles que tal vez se han escapado a su mirada o comprensión, además de evidenciarle si la dificultad está dispuesta por parte del paciente o es una interferencia por resistencias del propio terapeuta.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Arango, A & Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. Universidad de los andes, Bogotá - Colombia. *Acta Colombiana de Psicología* 12 (2): 135-145. Disponible en: https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/286 [Recuperado 01/04/2019].
- Ávila, A. (1989). *Psicoanálisis, Psicoterapias de Orientación Psicoanalítica y Efectividad Terapéutica. Clínica y Análisis Grupal*. Disponible en: https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/PsicoanalisisEfectiv_terapeutica.PDF [Recuperado 21/08/2018].
- Bermúdez, C. & Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/36901/44914> [Recuperado 18/02/2018].
- Bonilla, E. (1997). *La investigación en Ciencias Sociales Más allá del dilema de los métodos*. Ediciones Uniandes. ISBN 958-9057-72-I.
- Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Botella, L & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, No. 101, Marzo 2011, 21-33. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf> [Recuperado 09/08/2017]
- Castillo, C. (2010). *Escenarios de terminación en los procesos de psicoterapia analítica en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima, Perú. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/660> [Recuperado 09/08/2017].

Colegio Colombiano de Psicólogos (2012b). Manual deontológico y bioético del ejercicio de la psicología. Bogotá: Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología Colegio Colombiano de Psicólogos.

Corbella, S & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología* 2003, vol. 19 (2), 205-221. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf [Recuperado 09/08/2017].

Díaz, M & Torres, N. (2015). *Reflexiones sobre el funcionamiento terapéutico de orientación psicoanalítica, en dos niños y una adolescente que asisten a una institución de protección en la ciudad de Neiva* (trabajo de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16596/DiazRodriguezMarianoAlberto2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Recuperado 03/04/2019].

Dueñas, L & Riveros, M. (2017). Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 17-37. Disponible en: https://www.academia.edu/36656867/Relaci%C3%B3n_terap%C3%A9utica_como_eje_de_cambio_en_j%C3%B3venes_con_problemas_de_alcohol_anorexia_y_videojuegos [Recuperado 18/02/2018].

Etchegoyen, H. (1985). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fagundes, K; Magalhaes, A; Campos, C; Alves, C; Ribeiro, P & Mendes, M. (2014). Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 75-79. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100016> [Recuperado 12/04/2018].

Fernández, et. al. (1997). *Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la*

salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández & Rodríguez (dirs.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. (pp. 25-28). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Flores, S. & Benítez, L. (2012). *Formación Profesional en las ciencias sociales*. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Freud, S. (1912) *The Dynamics of Transference*. Standard Edition 12:99–108.

Hermosillo, D; Mercado, E & Pereda, H. (2017). Factores de deserción de psicoterapia y su relación con la personalidad del paciente en Guadalajara, Jalisco. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, 20 (89), 22-29. Disponible en: https://www.univa.mx/publicaciones/revistas/2017/Revista_diciembre2017.pdf#page=22 [Recuperado 02/04/2019].

Hernández, G. (s.f.). El Consentimiento Informado en la praxis de la psicología. Bogotá: eticapsicológica.org.

Hernández, R; Fernández, C & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.)

Jiménez, J. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Revista N° 20. Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*. (Sitio web). Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica> [Recuperado 20/10/2017].

López, L. (2010). La otra cara de la terapia: La vida personal del psicoterapeuta. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis». FUNLAM. N° 19 – Junio. 1-10*. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/105/79> [Recuperado 25/02/2018].

Margulies, L. (2003). El giro relacional, la alianza terapéutica y la investigación en

psicoterapia. ¿Extraños compañeros de cama o matrimonio postmoderno? *Revista N° 033. Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*. (Sitio web).

Disponible en:

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000619&a=El-giro-relacional-la-alianza-terapeutica-y-la-investigacion-en-psicoterapia-Extranos-companeros-de-cama-o-matrimonio-postmoderno> [Recuperado 25/02/2018].

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf> [Recuperado 12/04/2018].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Colombia*. Disponible en:

https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf [Recuperado 09/08/2017].

Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993. *República de Colombia Ministerio de Salud, 1–12*. Disponible en: <http://doi.org/10.2353/jmoldx.2008.080023> [Recuperado 09/08/2018].

Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). Área de calidad, docencia e investigación del Hospital Mútua de Terrassa. *Nure Investigación*, (29) 1-4. Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/350/341> [Recuperado 12/04/2018].

Navia, C & Arias, C. (2010). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11 (3), 885-894. Disponible en: https://www.academia.edu/28209591/Alianza_terap%C3%A9utica_y_su_relaci%C3%B3n_con_las_variables_de_apego_del_terapeuta_y_del_consultante [Recuperado 18/02/2018].

OMS. (2017). *Trastornos mentales*. (Sitio web). Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> [Recuperado 09/08/2017].

- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (14), 1-16. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950207002> [Recuperado 18/02/2018].
- Ruiz, L. (2013). *El rol terapéutico ante la personalidad del paciente: desde una perspectiva analítico-funcional* (trabajo final de grado). Universidad Abierta de Cataluña, Barcelona, España. Disponible en:
<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/24026/6/lruizjTFC0613memo ria.pdf> [Recuperado 20/10/2017].
- Sánchez, A. (2017). *Comunicación terapéutica y su relación con la resolución exitosa o fracasada de las rupturas en la alianza terapéutica* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Disponible en:
http://bdigital.unal.edu.co/view/person/S=Elnchez_Solarte=3AAndr=E9s_Mauricio=3A=3A.html [Recuperado 18/02/2018].
- Silvera, M. (2015). *El abordaje psicoanalítico en la Implementación del Programa Nacional de Salud Mental, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud* (trabajo de grado). Universidad de la República, Uruguay. Disponible en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5697/1/Silvera%2c%20Marcela.pdf> [Recuperado 23/02/2018].
- Urbina et, al. (2015). Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México (artículo de revisión). *Revistas UNAM* 22 (2), 58-61. Disponible en:
http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/47996/43115 [Recuperado 10/08/2017].
- Vélez, P & Restrepo, D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: Aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología*, 1(2), 58-68. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/80> [Recuperado 09/08/2017].