



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas.

Autor: Ángela Bustos Coral

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia

2018

Ángela Bustos Coral

Trabajo final presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Psicología

Director (a):
Ps., MA., Carmen Elvira Navia Arroyo

Línea de Investigación:
Psicología clínica, bienestar y procesos relacionales

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Bogotá, Colombia
2018

Agradecimientos

Con la culminación del presente trabajo de grado el cual emprendí hace algún tiempo, se termina un capítulo importante en mi vida correspondiente a mis estudios en la maestría en psicología clínica, por lo cual agradezco inmensamente a cada una de las personas que hicieron parte de este camino y que con su ayuda hicieron posible cada uno de los logros conseguidos.

En este sentido quiero agradecer profundamente a mi directora de trabajo final la Prof. Carmen Elvira Navia Arroyo, quien a través de las directrices otorgadas contribuyó a que este proyecto llegará a buen destino, gracias por la confianza depositada, la paciencia y la cuidadosa revisión y acogida de cada una de las ideas planteadas.

Por otra parte, agradezco en gran medida a mis padres, por la confianza y el apoyo constante durante todo el proceso de formación y por contribuir con su ejemplo y palabras de aliento a la construcción de mi proyecto profesional.

Finalmente quiero agradecer a cada uno de los terapeutas participantes en la presente investigación, por su disposición, apertura e interés para permitirme conocer y ahondar en su experiencia tanto profesional como personal a fin de dar a conocer desde su perspectiva cómo se desarrollan y toman forma cada una de las experiencias que conforman la vida del terapeuta, cada una de las experiencias relatadas genera en mi gran admiración por la labor que desempeñan, sin su participación nada de esto sería posible.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo comprender los efectos que tiene la práctica clínica para el terapeuta, desde la experiencia de los psicólogos en los diferentes niveles de experticia profesional. Para conseguir este objetivo se realizaron entrevistas semiestructuradas en una muestra de doce terapeutas quienes se seleccionaron según el nivel de experticia de la siguiente manera: estudiante avanzado (4), profesional principiante (3), profesional experimentado (2), y profesional mayor (3). Como resultado de la investigación se abordaron temas asociados con los efectos adversos de la experiencia clínica, la transformación de los terapeutas a lo largo de los diferentes niveles de experticia, y la función del sistema de apoyo del terapeuta como un aspecto importante dentro del ejercicio profesional. Para el análisis de los datos se empleó la metodología cualitativa a partir de un análisis de contenidos de las entrevistas realizadas. Los terapeutas experimentaron efectos adversos que se expresaron a través de un estado de desequilibrio físico y emocional que se generó en mayor medida por el trabajo con consultantes que han experimentado situaciones traumáticas. Los efectos positivos corresponden al desarrollo de habilidades interpersonales de empatía, comprensión y compasión. Y, además, se encontró que el estilo relacional del terapeuta y las experiencias de vida tienen un efecto en la práctica clínica debido a que influyen la elección de la orientación teórica, la población y la forma de llevar a cabo el trabajo terapéutico.

Palabras claves: efectos de la terapia, cambios en el terapeuta, relaciones interpersonales.

Abstract

This study seeks to understand the effects that clinical practice has on therapists, considering their levels of professional experience. A semi-structured interview was undertaken with 12 therapists who were selected according to their level of experience as follows: advanced student (4), beginner professional (3), experienced professional (2), and senior professional (3). This research analyzes adverse effects of clinical experience, changes experienced by therapists according to their level of experience, and the importance of the therapist support system in professional practice. The data analysis was performed using a qualitative methodology, which was applied to the contents of the interviews. The therapists experienced adverse effects like physical and emotional imbalances. Such effects are mainly due to the work with patients who have experienced traumatic situations. Positive effects include the development of interpersonal abilities like empathy, understanding, and compassion. In addition, therapists' relational styles and their life experiences have effects on clinical practice because they influence the selection of a theoretical orientation, the population, and the way in which therapeutic work is performed.

Keywords: Therapy effects, changes on therapists, interpersonal relationships, psychotherapy.

Tabla de contenido

Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas	8
Efectos negativos.....	10
Burnout.....	10
Trauma vicario y fatiga por compasión.....	13
Aislamiento.....	16
Dificultad para abandonar el rol terapéutico	19
Temores asociados con la práctica terapéutica.....	20
Efectos positivos.....	21
Desarrollo de habilidades interpersonales	21
Satisfacciones de la práctica clínica	24
Efectos de la práctica clínica en las relaciones interpersonales del terapeuta	25
Relación con el supervisor.....	25
Relación con familiares, amigos y terapia personal	30
Niveles de experticia profesional	34
Estudiante avanzado	34
Profesional principiante.....	39
Profesional experimentado	43
Profesional mayor.....	45
Planteamiento del problema y justificación	48
Objetivo General.....	50
Objetivos Específicos.	50

Metodología.....	51
Participantes	51
Instrumentos	53
Procedimiento.....	54
Implicaciones Éticas	54
Resultados.....	55
Aspectos de la terapia que generan malestar al terapeuta	56
Cambios y transformaciones del terapeuta.....	64
Funciones del sistema de apoyo del terapeuta.....	71
Influencia de las experiencias e historia de vida del terapeuta.....	79
Discusión	84
Limitaciones del estudio.....	101
Conclusiones Generales.....	102
Anexos	105
Anexo A: Formato Consentimiento Informado.....	105
Anexo B: Formato Entrevista Semiestructurada	107
Referencias	109

Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas

La práctica terapéutica no se reduce únicamente a la aplicación de técnicas y procedimientos. Por lo cual, desde el comienzo de la práctica clínica el terapeuta se ve implicado y expuesto durante el proceso, experimentando un constante cambio, examen y transformación (Safran y Muran, 2005). De esta manera, el rol terapéutico involucra una compleja integración de aspectos personales conscientes e inconscientes, historia de vida, variables demográficas, y estilo interpersonal del terapeuta, el cual puede ser extrovertido, introvertido, reflexivo, pasivo, agresivo, inquisitivo, impaciente, ansioso, optimista, entre otros (Ladany, Walker, Pate-Carolan, & Evans, 2008). Es por esto que la práctica clínica involucra a la persona del terapeuta en las dimensiones históricas y sociales, experiencias emocionales, de crecimiento personal, de conciencia sobre sí mismo, experticia y sistemas de valores. Además, cada terapeuta construye formas particulares de interacción con las personas significativas de su entorno y que se hacen evidentes al momento de la consulta. (Aponte y Winter, 2013; Will, citando en Guy, 1995)

En este sentido, el terapeuta se ve influenciado tanto por los contenidos trabajados con los consultantes, como por los eventos, acontecimientos y relaciones que él establece en su entorno. Debido a que consultante y terapeuta viven tanto las alegrías de la vida como las inevitables dificultades, desilusiones, enfermedades, periodos de aislamiento, pérdidas, falta de sentido, elecciones dolorosas y duelos. No hay ningún terapeuta, ni ninguna persona inmune a las tragedias de la existencia (Yalom, 2007). Además, el contexto clínico le permite al terapeuta el desarrollo de habilidades que le permiten establecer relaciones afectivas con las demás personas y afrontar conflictos personales. De manera que, una de las motivaciones de los psicólogos para vincularse a realizar psicoterapia aparte del deseo

de ayudar a los demás, se relaciona con una atracción por la dinámica consultante-terapeuta y el interés del terapeuta por resolver en el contexto interpersonal sus propios conflictos; a través de curar a los demás el terapeuta se cura a sí mismo (Norcross y Farber, 2005).

De esta manera se considera que, si bien los aspectos técnicos y teóricos son elementos importantes para el desarrollo de los procesos terapéuticos, la comprensión de la práctica clínica no se puede limitar a estos aspectos. Por el contrario, es pertinente incluir en la comprensión de la práctica clínica a todos los sujetos que participan activamente de la construcción de un proceso terapéutico, en el cual la relación que se establece entre consultante y terapeuta es fundamental para buscar el restablecimiento de los estados de bienestar en el consultante. Por lo tanto, al hablar de un proceso que tiene como base la relación y que es a través de la relación terapéutica que se genera el proceso terapéutico en sí mismo, cabe preguntarse acerca de cómo ese proceso de interacción terapéutica tiene un efecto en quien atiende, asiste, escucha y es partícipe del proceso de sanación; el terapeuta.

Es así como se considera que el terapeuta es un sujeto activo dentro de los procesos clínicos, quien cuenta con recursos relacionales contruidos a través de propia historia de relación y que se evidencia en la interacción que el terapeuta establece con los consultantes, y a su vez, la estrecha relación que el terapeuta establece con quien acude a consulta y los contenidos que se manifiestan en la sesión y que constituyen el trabajo terapéutico tienen un efecto en él. Teniendo como punto de partida esta comprensión, surge el presente trabajo, la cual tuvo como objetivo comprender los efectos que tiene la práctica clínica en la vida personal del terapeuta, teniendo en cuenta los diferentes niveles de experticia profesional. A partir de la revisión teórica realizada para la presente investigación los

efectos de la práctica clínica se clasificaron de la siguiente manera; efectos negativos dentro de los cuales se encuentran: agotamiento emocional, síndrome de burnout, fatiga por compasión, trauma vicario, aislamiento y temores asociados con la práctica terapéutica, efectos positivos los cuales hacen referencia al desarrollo de habilidades interpersonales y satisfacciones asociadas a la práctica clínica. Además, en la revisión realizada se encontró que los acontecimientos presentes en la historia de vida del terapeuta y la construcción de vínculos afectivos son aspectos que inciden en la forma en que los profesionales asumen el quehacer terapéutico.

En el siguiente apartado se abordarán los efectos adversos de la práctica terapéutica para el psicólogo.

Efectos negativos

Burnout

El terapeuta pasa largas jornadas realizando consulta, trabajando con personas que pueden enfrentarse a situaciones de angustia, insatisfacción, dolor emocional, frustración y que además experimentan algún grado de perturbación, esta situación puede producir reacciones emocionales intensas, algunas de las cuales se caracterizan por fatiga y agotamiento emocional en el terapeuta (Cushway, 2005; Guy, 1995).

En algunos casos la experiencia de fatiga y agotamiento emocional del psicólogo pueden alcanzar un nivel crónico haciendo que el terapeuta desarrolle síndrome de burnout. El cual según la definición planteada por Maslach (1993), pionera en el desarrollo de investigaciones sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud y educación. Este síndrome se caracteriza por ser una experiencia de estrés individual integrada en un

contexto de relaciones y que impacta la concepción que la persona tiene sobre sí mismo y sobre los demás.

Siguiendo con la definición propuesta Maslach y Leiter (2016) el síndrome de burnout se expresa en tres niveles de afectación para el terapeuta:

El primer nivel está asociado con **cansancio emocional**; hace referencia a que el terapeuta percibe que está siendo sobre exigido, por lo cual siente agotamiento emocional que se puede expresar en cinismo y críticas hacia el consultante. El siguiente nivel se relaciona con la **despersonalización**; la cual se define como una respuesta negativa, insensible o excesivamente distante hacia otras personas, quienes generalmente son las que reciben el servicio o cuidado del profesional. Por último, se encuentra el nivel de la **eficacia profesional**; en este nivel el terapeuta comienza a cuestionar la competencia que tiene como profesional, y también cuestiona los logros en el desempeño de su labor, situación que se expresa en frustración y futilidad. De esta manera, tomando lo expuesto por Kottler (2016) el síndrome de burnout conlleva que el terapeuta desconozca lo que sucede con los consultantes, y demuestre desinterés en ellos. Y además puede producir un deterioro significativo de la efectividad del proceso terapéutico, incrementando la probabilidad de que el psicólogo cometa faltas éticas con el consultante.

Es preciso señalar que el síndrome de burnout surge como una combinación de varios factores de riesgo, entre los que se encuentran factores de riesgo personales y factores de riesgo laborales. Los factores de riesgo laborales según lo planteado por Maslach y Leiter (2016) hacen referencia a las características de la práctica terapéutica, tales como; demandas desafiantes realizadas por clientes difíciles que convierten al

terapeuta en el blanco de la ira, odio e incluso violencia, como resultado de una transferencia negativa, así como también se encuentra conflicto de roles, y sobrecarga laboral asociada a la gran cantidad de consultantes atendidos por el terapeuta durante el día. Estas condiciones pueden incrementar el agotamiento, cinismo, e ineficacia y además generar mayor estrés y frustración entre los terapeutas. En cuanto a los factores de riesgo asociados a las características personales del terapeuta Kottler (2017) planteó que se pueden expresar a través de detrimento del sentimiento de autoeficacia, rasgos perfeccionistas y obsesivos que pueden perpetuar el agotamiento particularmente cuando la carga de trabajo es alta, baja tolerancia a la frustración y a la ambigüedad, la necesidad de control y aprobación, patrones de pensamiento poco flexibles. Y además la tendencia del profesional a adherir la práctica terapéutica a teorías rígidas y ortodoxas de manera que se buscan guías o manuales de intervención para ser aplicados de forma indiscriminada sin tener en consideración las necesidades de cada consultante. Sin embargo, existen factores que protegen a los terapeutas de desarrollar síndrome de burnout y estos hacen referencia a la sensación de autoeficacia, uso de estrategias de afrontamiento, regulación emocional, y autonomía en el trabajo. Es por esto que sentirse competente realizando el trabajo terapéutico y usar estrategias de resolución de problemas incrementan el sentido de logro profesional (Rodríguez y Carlotto, 2017).

Por otra parte, en un estudio desarrollado por Jenaro, Flores, y Arias (2007) en el que se buscó identificar síntomas de burnout en trabajadores sociales y las estrategias de afrontamiento más utilizadas encontraron que un recurso de afrontamiento frente a los síntomas de burnout son las técnicas de intervención primaria dirigidas a disminuir la respuesta psicofisiológica como: técnicas de relajación, promoción de un estilo de vida

saludable; tiempo de ocio, habilidades interpersonales, y conseguir un balance entre el desempeño profesional y la vida privada.

Continuando con los efectos adversos que puede experimentar el terapeuta debido a la práctica clínica, se encuentra la experiencia de trauma vicario y/o fatiga por compasión.

Trauma vicario y fatiga por compasión

Debido a la práctica clínica el terapeuta puede estar expuesto a los horrores, brutalidades y violencia reflejadas en las historias de los consultantes. La exposición vicaria a estas experiencias evoca en el terapeuta una respuesta de empatía la cual es fundamental para el trabajo terapéutico, debido a que es a través de la empatía que el terapeuta puede reducir el sufrimiento de la víctima, y comprender desde la perspectiva del consultante los sentimientos, pensamientos y comportamientos de la persona. Sin embargo, en algunas ocasiones el terapeuta puede tener dificultad para distanciarse a sí mismo del sufrimiento y de las dificultades que expresa el consultante (Figley 2002). Tomar distancia de la experiencia del consultante es una habilidad que requiere un reconocimiento por parte del terapeuta de la importancia de dejar ir los pensamientos, sentimientos y sensaciones asociadas con el trabajo terapéutico durante las sesiones, e implementar prácticas de autocuidado (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016). De no hacerlo, el profesional tiene mayor predisposición a desarrollar trauma vicario y/o fatiga por compasión, llegando a experimentar el efecto colateral de estar expuesto, aunque sea de forma vicaria al intenso dolor de la otra persona.

La fatiga por compasión se caracteriza por ser una respuesta en la que el terapeuta se identifica con el sufrimiento, sentido de desesperanza, vulnerabilidad, angustia y con la respuesta traumática del consultante, llegando a tener la sensación de que la experiencia de trauma es inescapable. Esto genera que el terapeuta perciba que los esfuerzos que realiza para resolver la angustia, el estrés y evitar el sufrimiento de la víctima son insuficientes. Por lo cual, la fatiga por compasión se expresa en sentimientos de desesperanza, confusión y distanciamiento del terapeuta de las redes de apoyo, situación que reduce la capacidad y habilidad que tiene el psicólogo para sobrellevar el sufrimiento de los demás, experimentando dificultad para vincularse de forma empática con la persona que acude a consulta (Collins y Long 2003).

En este sentido, la experiencia de trauma vicario al igual que la experiencia de fatiga por compasión se comprende como las consecuencias psicológicas perdurables producidas por la exposición de los terapeutas a las experiencias traumáticas de los consultantes, y se manifiesta con síntomas similares a los del trastorno de estrés postraumático, los cuales se caracterizan porque el terapeuta siente dolor, miedo, ira, vergüenza, y otras emociones experimentadas por el consultante, además de niveles crónicos de angustia, preocupación constante por el paciente traumatizado, re-experimentación de los eventos traumáticos, evitación, ansiedad, sensación de carga emocional, cansancio, resentimiento, descuido, rechazo, y culpa al disfrutar la vida mientras que el consultante atraviesa por intenso sufrimiento. El terapeuta también puede experimentar deterioro en el funcionamiento cotidiano, en las relaciones sociales y roles personales, dificultad para atender a las consultas, uso reducido de supervisión, sentimientos de aislamiento, y alienación. Además, es posible que una experiencia traumática del consultante resuene con los eventos

traumáticos de la vida del terapeuta asociados con la historia personal, despertando en el psicólogo memorias y experiencias que se conectan con las vivencias traumáticas y que desencadenan los síntomas descritos anteriormente (Figley, 2002).

Por otra parte, siguiendo lo planteado por Collins y Long (2003) la experiencia de trauma vicario puede evocar respuestas defensivas en el terapeuta de las cuales él no es consciente. Estas respuestas defensivas se pueden expresar en: negación o minimización de las experiencias de trauma de los consultantes, atención fragmentada del terapeuta durante las sesiones, falta de empatía, y deshumanización de las víctimas al observarlas únicamente como “casos” u objetos de investigación. A su vez, Valent (2002) planteó que estas reacciones se pueden acompañar de sentimientos de inseguridad y dudas del terapeuta sobre la capacidad de ayuda para atender a los consultantes.

En la investigación desarrollada por Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann (2005) cuyo objetivo fue conocer los efectos que tiene en el terapeuta el trabajo con personas que han estado expuestas a un evento traumático. Los terapeutas participantes expresaron que experimentaron pensamientos, imágenes intrusivas y sueños relacionados con la experiencia traumática del consultante. Además, reportaron experiencias emocionales intensas de tristeza, rabia, ansiedad, conmoción, miedo, desesperanza, y frustración. Así como también experimentaron respuestas físicas de cansancio, agotamiento, y dolor.

Es importante mencionar que, la experiencia de trauma vicario puede presentarse en mayor medida en los terapeutas que tuvieron experiencias de trauma durante la infancia. Sin embargo, este riesgo se puede mitigar, cuando los terapeutas se vinculan en actividades dirigidas a aminorar los efectos adversos de la experiencia de trauma vicario, de manera

que el psicólogo pueda desarrollar la habilidad para recuperarse y metabolizar las experiencias difíciles de los consultantes. Dentro de las actividades recomendadas para el terapeuta, se encuentra la actividad física, actividades de reducción de estrés, tiempo de recreación, descanso, meditación, y contacto con la naturaleza, buscar consejo con amigos, colegas, supervisores, y acudir a terapia personal. Por lo cual, son importantes las estrategias de apoyo social en donde los terapeutas se ayuden, se apoyen entre sí, y promuevan lazos de cooperación, a fin de incentivar que el terapeuta se sienta satisfecho con los esfuerzos de ayuda que realiza y le permita desarrollar sensación de logro en el trabajo, el cual es uno de los factores que previene el desarrollo de estas condiciones. (Kottler y Balkin, 2017; Valent, 2002)

Otro de los efectos adversos que puede tener la práctica profesional para el terapeuta, es el aislamiento

Aislamiento

El terapeuta puede sentirse aislado de las personas significativas para él, debido al carácter encubierto y confidencial del quehacer clínico, lo cual en gran parte se debe a que el terapeuta está obligado a proteger la confidencialidad y privacidad del consultante. Sin embargo, al proteger la confidencialidad se establece una barrera entre el yo profesional y el yo personal del terapeuta. De esta manera, el practicante de psicoterapia es incapaz de compartir en el contexto personal aspectos del trabajo relacionados con los detalles de un día de consulta, los aciertos ayudando a los demás, y las experiencias de éxito o fracaso. Así como tampoco le es posible compartir los aspectos que vuelven al trabajo significativo, estimulante o preocupante, y los problemas relacionados con la práctica profesional. Por lo

cual el terapeuta se retrae de expresar los temores, angustias y frustraciones derivados del trabajo con los conflictos de los consultantes. Esta situación ocasiona que en la mayoría de los casos la familia, pareja y/o amigos del terapeuta no comprendan las respuestas emocionales que se generan en él después de un día de trabajo. Ocasionando además que las personas cercanas al terapeuta lo perciban como alguien emocionalmente distante e inasequible, con la sensación de que retiene información, lo cual genera un distanciamiento emocional mayor por parte del terapeuta (Guy, 1995; Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

Relacionado con el planteamiento anterior, surge la tendencia del terapeuta de abstenerse a expresar emociones en los diferentes contextos interpersonales. De manera que, el profesional no solamente no comparte los aspectos relacionados a la práctica clínica con las personas cercanas a él, sino que además puede evitar la expresión emocional asociada a otras áreas de la vida. Además, el aislamiento emocional también surge como consecuencia de la intimidad unilateral que el terapeuta establece con los consultantes, pues son ellos quienes expresan abiertamente emociones, opiniones y experiencias mientras que el terapeuta debe refrenar tal expresión debido a que el objetivo es enfocarse en la persona que acude a consulta. Al comienzo el papel del psicoterapeuta parece ideal puesto que brinda una intimidad segura en la que el consultante es quien corre con la mayor parte de los riesgos al compartir los pensamientos, sentimientos, fantasías, y temores más íntimos, mientras que el terapeuta conserva los suyos en secreto. Esta intimidad unilateral permite que el psicoterapeuta experimente proximidad con varias personas sin correr el riesgo de exponer su propia vulnerabilidad. Sin embargo, aunque esta situación puede ser beneficiosa para el terapeuta que considera incómoda o aterradora la expresión emocional en las interacciones. Cuando se traslada la interacción unilateral a las relaciones que establece el

profesional por fuera del consultorio se genera distanciamiento emocional entre el terapeuta y las personas cercanas a él. (Guy, 1995)

Llevar la intimidad unilateral del encuentro terapéutico a las demás interacciones, genera una predisposición por parte del profesional a enfocarse en las dificultades de los demás, dejando de lado la expresión de las preocupaciones, necesidades y opiniones propias. Por lo cual, el profesional evita centrarse en los aspectos conflictivos que le generan angustia y temor con relación a su propia experiencia, aspectos que consigue identificar a través del trabajo con las historias de los consultantes. Esta situación que genera distanciamiento emocional del terapeuta con las personas cercanas, también le impide experimentar intimidad en las interacciones debido a que no tiene la disposición de apertura, y se reduce la capacidad del terapeuta para expresarse de forma auténtica. Además, el distanciamiento emocional también se genera debido a que después de un día de consulta el terapeuta no se siente dispuesto a satisfacer las necesidades emocionales de las personas cercanas a él. Es así como el psicólogo al encerrarse en sí mismo tiene poco interés para compartir y pasar tiempo con amigos, pareja y/o familiares. (Aponte y Winter, 2013; Kottler, 2017)

Para mitigar los efectos producidos por el aislamiento, es importante que el terapeuta se vincule a actividades de consultoría o supervisión, estos son espacios en donde el terapeuta puede expresar abiertamente aspectos relacionados al trabajo clínico debido a que los colegas se rigen bajo las mismas guías éticas del campo de la psicoterapia en cuanto a la protección de la confidencialidad de los consultantes. (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016)

Otro de los efectos adversos de la práctica clínica hace referencia a la dificultad del terapeuta para abandonar el rol.

Dificultad para abandonar el rol terapéutico

El psicoterapeuta puede presentar dificultad para abandonar el rol terapéutico en las interacciones que tienen lugar por fuera del consultorio. Debido a que *“la creciente capacidad de observar y comprender la conducta humana es una experiencia que no puede dejarse de lado fácilmente”* (Guy, 1995, p.189). De esta manera, la imposibilidad para dejar de lado el rol terapéutico se asocia con el hecho de que el psicólogo tiende a afrontar las interacciones con las personas cercanas a él de forma terapéutica e interpretativa, intentando comprender y develar las motivaciones subyacentes, entender el significado de los sentimientos y creencias de los demás e influir en sus opiniones, en lugar de entrar libremente en una interrelación con verdadera reciprocidad. Por lo cual, cuando el terapeuta se mantiene en el rol interpretativo durante mucho tiempo, las personas significativas de su entorno lo pueden percibir como autoritario, con sentimientos de superioridad, con una actitud fría, controladora y afectivamente neutral. Esta situación agudiza los sentimientos de aislamiento y soledad del terapeuta, limitando la cercanía, la reciprocidad y la espontaneidad en las interacciones (Guy, 1995).

Separar el rol terapéutico de las interacciones que se dan en los espacios sociales puede representar dificultad para el terapeuta que en la relación con familia y amigos tienden a ocupar un rol de dar consejo y ayuda a los demás, este rol lo puede desempeñar el terapeuta incluso antes de recibir el entrenamiento formal en psicoterapia. De esta manera, la dificultad para dejar de lado el rol terapéutico se refuerza cuando en las relaciones

interpersonales las personas cercanas al terapeuta actúan de acuerdo al rol, lo cual en ocasiones implica que amigos y familiares realicen exigencias terapéuticas que no son necesariamente explícitas en las interacciones. Cuando esto sucede, para el psicólogo resulta aún más difícil permitir la expresión espontánea en las relaciones y discernir cómo actuar acorde a las necesidades de las personas. Provocando que los terapeutas desarrollen la tendencia a convertirse en observadores más que en participantes en las interacciones. El reto para los terapeutas al final de un día de trabajo es conseguir desengancharse de las relaciones que establece con los consultantes y conseguir vincularse en otro tipo de interacciones; las que se dan con familia y amigos. (Butler, 2014; Kottler, 2017)

Otro de los efectos adversos de la práctica clínica para los terapeutas, son los temores asociados con el quehacer clínico.

Temores asociados con la práctica terapéutica

El terapeuta puede experimentar temor a causar daño al consultante, aunque este miedo puede ser saludable porque mantiene el respeto por el daño potencial que el terapeuta le puede causar al otro. También puede resultar perjudicial para los terapeutas que se censuran a sí mismos constantemente, asegurando que lo hicieron o dijeron es incorrecto, llegando a experimentar sentimientos de culpa por lo que le sucede al consultante. Los terapeutas también pueden experimentar temor a perder el autocontrol y actuar impulsos sexuales, de rabia, o frustración hacia las personas que acuden a consulta. (Kottler y Blau, 2015)

Siguiendo los planteamientos de Kottler y Blau (2015) los terapeutas también pueden experimentar temor al fracaso, suscitado por la sensación de que el trabajo

terapéutico no funciona acorde a lo esperado. Algunos terapeutas temen observar sus propios fallos y errores por temor a ser considerados incompetentes, por lo cual cuando la psicoterapia no funciona el terapeuta puede culpar a la patología, o a la imposibilidad de cambio por parte del consultante. Esta situación puede generar que el terapeuta disminuya los esfuerzos para comprender al consultante, perdiendo la capacidad para ser empático. Además, el profesional puede enmascarar los sentimientos de miedo, rabia y frustración con una resignación superficial con relación a la terapia. Los temores del terapeuta se pueden aminorar a través de supervisión y terapia personal.

La práctica terapéutica también tiene efectos positivos para el terapeuta, en este apartado se abordarán los efectos asociados con el desarrollo de habilidades interpersonales y las satisfacciones asociadas a la práctica clínica.

Efectos positivos

Desarrollo de habilidades interpersonales

La vida profesional y personal del clínico es indisociable, por lo cual la práctica clínica le permite al terapeuta incrementar la capacidad de empatía y resolución de conflictos, mejorando la capacidad para comprender, escuchar, acoger y apoyar a los demás. Además, Kottler (2017) planteó que, a través de la experiencia clínica, el psicólogo consigue centrarse en sí mismo y en su desarrollo, aumentando la apertura hacia lo que ocurre alrededor. Al concentrarse más en los aspectos psicológicos los terapeutas se vuelven más autoconscientes y seguros, y aumenta la capacidad de autoafirmación, confianza en sí mismos, introspección, reflexión, sensibilidad y auto manifestación Guy

(1995). De esta manera el terapeuta llega a desarrollar habilidades como: resiliencia, sensibilidad, y flexibilidad (Dale, 2005).

Por otra parte, realizar procesos de psicoterapia tiene un efecto positivo para el terapeuta en la medida en que también le permite aprender de las dificultades de los consultantes. Este aprendizaje se da a través la observación que realiza el terapeuta de los esfuerzos del consultante para hacer un cambio positivo a nivel emocional, intelectual, relacional y espiritual. De esta manera el terapeuta aprende acerca de temas humanos profundos asociados con el proceso de cambio, ingredientes del éxito, estrategias para enfrentar el sufrimiento y también acerca las relaciones que el consultante establece con las personas cercanas como amigos y familia (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

Además, el terapeuta también desarrolla un sentido de gratitud con la vida, debido a que por medio del trabajo terapéutico observa cómo la falta de apreciación o reconocimiento afecta a las personas, y cómo expresar un gesto o una palabra amable tiene efectos positivos en los demás. El quehacer clínico le permite al terapeuta ampliar las perspectivas acerca de las dificultades humanas, las cuales pueden llegar a ser muy variadas. En este sentido Farber (citado por Guy, 1995) encontró que muchos terapeutas, como consecuencia del trabajo clínico, consideraban que tenían un mayor conocimiento de la diversidad humana y una comprensión más amplia de las dificultades y vulnerabilidades de las personas. Esto contribuye al desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y amplía la comprensión del terapeuta sobre las distintas posibilidades que tiene la vida. En la medida en que el terapeuta se concentra en las diferentes historias de los consultantes, aprende nuevas formas de relacionarse con el mundo. El quehacer clínico también facilita el

aprendizaje continuo y el reconocimiento de que el terapeuta no posee todo el conocimiento o verdad absoluta. (Butler, 2014; Carvajal, 2012)

El desarrollo de habilidades en los terapeutas también se expresa en la medida en que los terapeutas se convierten en especialistas en las relaciones, expertos que navegan por grandes conflictos y por interacciones turbulentas. De esta manera los psicoterapeutas trabajan gran parte de su vida aprendiendo a ser más compasivos y amorosos, redefiniendo las habilidades personales para comunicarse de manera más efectiva. La práctica profesional ayuda a que los terapeutas se muestren más abiertos, confiados y pacientes, y enriquece en gran medida las relaciones interpersonales de los terapeutas añadiendo profundidad en la comprensión de los demás. (Kottler, 2017)

Por otra parte, en la investigación desarrollada por Arnold, et al., (2005) los terapeutas entrevistados además de los efectos adversos explicados anteriormente, también reportaron ciertos beneficios del quehacer clínico asociados como una mejora en las habilidades relacionales, y el reconocimiento de la capacidad de resiliencia en los seres humanos. Los terapeutas expresaron satisfacción al observar el crecimiento de los consultantes, y al sentirse parte del proceso de sanación de las personas. De igual manera, los terapeutas participantes en la investigación también reportaron que experimentaron un cambio en la percepción acerca de sí mismos con un aumento en el nivel de sensibilidad hacia los demás, compasión, reflexión, tolerancia, empatía, amabilidad y expresión emocional con las personas cercanas. El trabajo con personas que han experimentado trauma también cambió la percepción de los terapeutas acerca de la vida por lo cual

procuran vivir una vida con mayor plenitud, ampliando la comprensión de naturaleza humana, de la violencia y el daño que es capaz de causar un ser humano a otro.

Otro de los efectos positivos de la práctica terapéutica se refiere a las satisfacciones que experimentan los terapeutas como resultado de su labor.

Satisfacciones de la práctica clínica

Una de las fuentes de satisfacción para el terapeuta al realizar psicoterapia, es recibir retroalimentación de los consultantes cuando manifiestan que el proceso terapéutico fue de ayuda para ellos y les permitió aliviar el dolor emocional. El terapeuta también siente satisfacción por conseguir desempeñar el rol terapéutico, debido a que por medio este rol él adquiere identidad, sentido de efectividad y competencia. Además, realizar psicoterapia se convierte en una experiencia significativa para el psicólogo debido a que le permite tener una experiencia de cuidado del otro, en donde el terapeuta desarrolla la capacidad de involucrarse, y luego separarse de forma efectiva, competente y útil para el proceso. (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016). Por lo tanto, el profesional debe aprender a vincularse con los consultantes de manera que le sea posible experimentar el mundo del otro sin sentirse abrumado, siendo indispensable que el terapeuta aprenda a regular y a modular las emociones en el proceso relacional

En el siguiente apartado se abordarán los efectos que tienen las relaciones interpersonales del terapeuta en la práctica clínica, debido a que a través de la relación que el terapeuta establece con las personas cercanas y significativas en su contexto se construyen formas de interacción que son particulares para cada psicólogo y constituyen la base sobre la cual el terapeuta establece la relación terapéutica con quien acude a consulta,

de manera que, las relaciones interpersonales del terapeuta con familia, pareja, amigos y con el supervisor, tienen diversos efectos en la forma en que el psicólogo asume y desarrolla los procesos clínicos.

Efectos de la práctica clínica en las relaciones interpersonales del terapeuta

Relación con el supervisor

La supervisión clínica es una relación que se establece con el objetivo de ayudar al supervisado a desarrollar habilidades, modular los límites terapéuticos, así como también busca ofrecer apoyo y modificar comportamientos, afectos y cogniciones del terapeuta en aras de que sea capaz de realizar intervenciones efectivas y asegurar el bienestar del consultante. Muchas de las habilidades que se requieren por parte del supervisor se solapan con las habilidades terapéuticas, entre las cuales se encuentran; empatía, respeto, genuinidad, flexibilidad, apertura, escucha, reflejo, observación, proveer información, y ofrecer retroalimentación (Norcross y Popple, 2017).

Es por esto que, la relación de supervisión es una de las relaciones que produce gran impacto en el terapeuta tanto en el desempeño clínico, al igual que en la percepción que él tiene acerca de sí mismo. La supervisión se puede convertir en un recurso de afrontamiento frente al agotamiento emocional y angustia generada de la práctica clínica, en especial cuando el terapeuta recibe apoyo y retroalimentación positiva por parte del supervisor. O por el contrario, la relación con el supervisor también puede llegar a convertirse en fuente de tensión y angustia cuando la retroalimentación que recibe el terapeuta va en detrimento del sentimiento de capacidad y eficacia profesional (Cushway, 2005)

El éxito o fracaso de la relación de supervisión depende en gran medida de la alianza que se establezca entre supervisor y supervisado. Esta alianza guarda grandes similitudes con la alianza que se establece en terapia. Por lo tanto, es importante que el supervisor y el terapeuta lleguen a acuerdos acerca de las metas y los objetivos de la supervisión, por ejemplo; aprender nuevas técnicas terapéuticas. Además, la alianza de supervisión también se caracteriza por el desarrollo de un vínculo emocional entre el supervisor y el terapeuta. De manera que, el método pedagógico es secundario a la relación interpersonal (Norcross y Poppo, 2017).

Siguiendo con el planteamiento anterior, se considera que el vínculo emocional es la pieza clave en la alianza de supervisión y se caracteriza por el agrado, confianza, y respeto entre supervisor y supervisado. Sin desconocer las responsabilidades profesionales del supervisor, ni negar la disparidad en conocimiento entre las partes, el supervisor debe esforzarse por construir una relación empática y de colaboración, con el fin de que se promueva un ambiente propicio para que el supervisado exprese inseguridades, desacuerdos y también pueda proponer alternativas con relación al quehacer clínico (Ladany, Friedlander, & Nelson, 2005). De esta manera, el terapeuta supervisado se atreverá a exponer los propios fracasos siempre y cuando la relación sea de confianza y pueda tener la seguridad de que el supervisor lo guiará a conseguir un mejor resultado sin ser juzgado, ni criticado. Es así como la relación se hace más fuerte en la medida en que el supervisor demuestra comprensión de los problemas del terapeuta y apertura para revelar aspectos de las experiencias terapéuticas propias, lo cual ayuda a dar tranquilidad al supervisado frente a la angustia o inseguridad con relación a la experiencia clínica.

Por lo tanto, es de gran importancia que los terapeutas que se asumen labores de supervisión tengan en consideración las similitudes que guarda la interacción supervisor-supervisado con la interacción consultante-terapeuta, de manera que aspectos claves en la interacción con los consultantes como: empatía, comprensión y compasión, también son considerados aspectos que conforman la base de un proceso de supervisión. Al aplicar estos aspectos en los procesos de supervisión, es posible el aprendizaje de la labor clínica en los terapeutas más allá de los aspectos meramente evaluativos de los conocimientos teóricos en cuanto a la práctica psicoterapéutica. Sin embargo, irónicamente en la práctica es frecuente encontrar que el supervisor demuestra gran empatía con los consultantes y a la vez carece de empatía en la interacción con los supervisados, limitándose únicamente a evaluar el desempeño terapéutico con base a la adquisición y aplicación de conocimientos teóricos de los terapeutas en el desempeño de la labor. Esta situación puede dificultar y obstaculizar el proceso de aprendizaje de los psicólogos que se entrenan para desempeñarse como psicoterapeutas.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que, el supervisor desempeña varios roles; en algunos casos puede ser consultado sobre algún conocimiento específico o cuando un paciente está en riesgo, de manera que desempeña un rol directivo, o el supervisor puede desempeñar un rol terapéutico, en la medida en que aborda los problemas personales del supervisado. Debido a estos múltiples roles es importante que el supervisor clarifique las expectativas del terapeuta para evitar rupturas en la alianza de supervisión. Uno de los aspectos que genera conflicto entre el terapeuta y el supervisor se relaciona con abordar aspectos personales del terapeuta Ladany et al. (2005). Por es necesario que el supervisor aclare que el objetivo de la discusión no es modificar o resolver los problemas personales

del supervisado sino trabajar en las barreras personales que impiden el trabajo con los consultantes.

Por el contrario, cuando no existen acuerdos en cuanto a las metas y objetivos de la supervisión, el supervisado puede experimentar sentimientos de ansiedad, rabia, duda e inseguridad en sí mismo. Lo cual propicia dificultades asociadas con el rol de supervisor, de manera que se genera un pobre vínculo emocional. Estas dificultades con el supervisor se pueden expresar de forma directa a través de defensividad, desconfianza, irrespeto, sarcasmo, ira, desacuerdo y desagrado acerca de las tareas de supervisión o de la forma de evaluación. Además, cuando existen conflictos con el supervisor el terapeuta puede incurrir en tardanzas, cancelaciones, asistir a supervisión sin el desarrollo de las tareas asignadas, o ignorar los comentarios del supervisor. Las dificultades del terapeuta con el supervisor también se pueden producir debido al carácter dual del rol, debido a que el supervisor es quien por un lado busca ser una fuente de apoyo durante el proceso de aprendizaje y crecimiento, y por otro lado cumple con un rol evaluativo del terapeuta. Debido a esto el supervisado experimenta conflicto entre poder expresar las debilidades, dudas, miedos e inseguridades con relación al quehacer terapéutico, cuando al mismo tiempo está siendo evaluada la competencia profesional. Por lo cual el énfasis excesivo del supervisor en los aspectos evaluativos de la supervisión, enfatiza el desequilibrio de poder entre las partes y evita crear una relación de cooperación. (Nelson y Friedlander. 2001; Norcross y Pople. 2017)

Por otra parte, también es importante que el supervisor aborde aspectos de contratransferencia del terapeuta, teniendo en cuenta que en la relación de supervisión se

puede identificar cómo el terapeuta responde de forma inconsciente y habitual a situaciones interpersonales en la terapia que reflejan aspectos de su historia interpersonal y familiar. Además, el terapeuta puede manifestar en consulta patrones de interacción defensivos que corresponden al propio estilo interpersonal (Kottler y Balkin, 2017; Ladany et al., 2005).

En la investigación llevada a cabo por Nelson y Friedlander (2001) la cual tuvo como objetivo indagar en la experiencia de los terapeutas que tuvieron experiencias adversas de supervisión. La mayoría de los terapeutas entrevistados manifestaron que los supervisores demostraron desinterés para preocuparse por las necesidades de los supervisados durante el entrenamiento. Por otra parte, los terapeutas también expresaron diferentes impases con el supervisor, los cuales en la mayoría de los casos hicieron referencia a dificultades en la comunicación entre el supervisor y el supervisado, conflictos de poder y conflicto de roles. Además, los terapeutas manifestaron que las reacciones adversas de los supervisores involucraban expresiones de ira, críticas acerca del desempeño del terapeuta frente a pares y/o colegas, inflexibilidad, falta de apertura al diálogo, desmotivación para resolver los conflictos presentes en la relación de supervisión, y un estilo de comunicación autoritario. Debido a estas dificultades los terapeutas participantes en la investigación reportaron problemas de ansiedad, preocupación excesiva por su propio comportamiento, dudas sobre sí mismo, y temores asociados a no conseguir desempeñarse como terapeutas. (Nelson y Friedlander, 2001)

La práctica terapéutica también tiene un impacto en las relaciones que el terapeuta establece con amigos y familiares. Este tema se aborda en el siguiente apartado.

Relación con familiares, amigos y terapia personal

El terapeuta pasa largas jornadas de trabajo que pueden involucrar horarios de extendidos hasta altas horas en la noche y durante los fines de semana. A lo cual se suma el hecho de que el profesional tiende a implicarse demasiado en la práctica clínica, por lo cual limita el tiempo que dispone para estar presente en las interacciones con familia, pareja y amigos. Esta situación genera que el terapeuta experimente las exigencias de una práctica que en sí misma es absorbente y que produce que en algunas ocasiones él se aisle de las interacciones sociales. (Guy, 1995)

Además, el psicólogo puede realizarse cuestionamientos sobre la propia efectividad profesional, lo cual genera que se preocupe frecuentemente por los consultantes, llegando a sentirse responsable por la vida de las personas que acuden a consulta. De esta manera, las constantes preocupaciones del terapeuta por los consultantes y por la efectividad profesional hacen que el psicólogo limite el tiempo que dispone para el descanso y para las interacciones sociales por fuera del consultorio, por lo cual procura pasar gran cantidad de tiempo en consulta, o en el estudio y revisión de los casos. Estas condiciones limitadas de descanso y del tiempo que el terapeuta emplea en interacciones sociales puede generar dificultad para que el terapeuta desarrolle y conserve relaciones interpersonales cercanas. (Guy, 1995)

Por otra parte, las relaciones con familia, amigos y/o pareja pueden llegar a convertirse en una fuente de tensión, angustia, o de recompensa y satisfacción para el terapeuta. Una de las formas en que las relaciones interpersonales se convierten en una fuente de problemas emocionales para el terapeuta, se relaciona con la falta de apoyo de los

familiares y amigos hacia el trabajo del clínico. Por el contrario, cuando las relaciones con familia y amigos se convierten en un recurso de afrontamiento del terapeuta frente a las situaciones difíciles en el ambiente laboral, le posibilitan experimentar comprensión, cuidado, entendimiento y afecto, convirtiéndose en una relación de apoyo. De esta manera, una relación en la cual el terapeuta experimente amor incondicional, apoyo, aceptación y comprensión, hace posible que él mantenga contacto con las necesidades internas, sentimientos y anhelos que usualmente son puestos a un lado durante el día de trabajo. De igual forma, una relación honesta del terapeuta con los miembros de la familia en donde sea reconocido más allá del rol terapéutico le permite al profesional hacer frente a las dificultades laborales. Por lo cual, cuando el terapeuta tiene la posibilidad de establecer una relación de confianza y de apoyo emocional, experimenta un incremento y desarrollo de la autoconfianza (Dale, 2005; Kottler, 2017; Leiter MP, Day A, Price L, citado en Maslach y Leiter, 2016; Maslach, 1993; Norcross y Guy, 2007; & Ronnestad y Skovholt, 2001).

Otras de las relaciones importantes para el terapeuta, es la que establece en el contexto laboral. De manera que, las relaciones interpersonales significativas con colegas y compañeros de trabajo son una fuente de apoyo para el terapeuta en la medida que posibilita compartir dudas, miedos, e inseguridades asociadas al quehacer clínico, con colegas que comprenden el funcionamiento terapéutico y valoran los sentimientos, emociones y preocupaciones del compañero psicoterapeuta. Así como también le es posible al terapeuta compartir con colegas perspectivas teóricas, métodos de tratamiento, dudas e inquietudes acerca de los diagnósticos trabajados con los consultantes, dilemas éticos, y retos de la práctica, lo cual contribuye a establecer con los colegas una relación de ayuda y consejo. Contar con estas relaciones interpersonales es una experiencia alentadora para el

practicante que de otra manera se siente solo con los retos que implica el trabajo terapéutico. (Norcross y Guy, 2007)

Por otra parte, debido a la relación que se establece entre colegas y compañeros de trabajo también se generan espacios de grupos de apoyo y/o de supervisión entre pares, con quienes se organizan encuentros regularmente para discutir temas profesionales o aspectos que generan preocupación con relación al quehacer terapéutico, de esta manera los participantes obtienen otra perspectiva de los asuntos abordados. Los grupos que se establecen entre colegas contribuyen a que el terapeuta desarrolle un sentido de comunidad, también le permite abordar necesidades no satisfechas de reconocimiento, y le posibilita aprender acerca de la práctica clínica. Además, la relación que el terapeuta establece con los consultantes también puede llegar a ser una relación significativa para el clínico. Se tiene en cuenta que el propósito fundamental de la psicoterapia es facilitar el alivio emocional y crecimiento del consultante, los clientes no están para satisfacer las necesidades del terapeuta. Sin embargo, los consultantes en ocasiones proveen grandes satisfacciones al terapeuta. Estas satisfacciones se presentan cuando el consultante hace un comentario, da un cumplido, sonrío con gratitud, expresa preocupación, o da un regalo sincero y retroalimentación positiva para el terapeuta. (Norcross y Guy, 2007)

Otra de las relaciones interpersonales del terapeuta que es de gran valor, es la relación que él establece con el propio terapeuta debido a la terapia personal. El psicoterapeuta puede buscar asistir a terapia por razones personales, profesionales o ambas. Las razones personales se relacionan con el desarrollo de conciencia, el abordaje de temas asociados con el funcionamiento emocional y satisfacción de la vida, y también aspectos

relacionados con el funcionamiento interpersonal del terapeuta. Es así como la terapia personal provee al terapeuta de una mayor comprensión de las dinámicas personales e interpersonales, de los aspectos conflictivos de la propia experiencia, lo cual posibilita que el profesional desarrolle el ejercicio clínico con percepciones más claras y menos contaminadas por su propia experiencia, reduciendo la posibilidad de actuar la contratransferencia en sesión. En cuanto a las razones profesionales del terapeuta para asistir a terapia, se encuentra la búsqueda de alivio frente al estrés emocional inherente de la práctica terapéutica, o el interés por aprender nuevos métodos clínicos al observarlos de primera mano en la interacción con su terapeuta. De esta manera asistir a terapia habilita al terapeuta para resolver de forma efectiva los problemas y le posibilita establecer un sentido de convicción frente a la terapia al quedar demostrado el poder de transformación en la propia vida del terapeuta. Además, la terapia personal facilita la internalización del rol de curador del terapeuta y también sitúa al terapeuta en el rol del cliente aumentando la sensibilidad y comprensión de las reacciones emocionales y necesidades del consultante (Norcross y Guy, 2007; Norcross y Popple, 2017).

Hasta el momento se han considerado los diferentes efectos que tiene la práctica clínica en la vida personal del terapeuta y viceversa. En el siguiente apartado se entra a tener en consideración aspectos relacionados con los diferentes niveles de experticia profesional por los cuales atraviesan los terapeutas durante el ejercicio clínico, debido a que dentro de la presente investigación el nivel de experticia se lo consideró como un factor que imprime características diferenciales en cuanto a la configuración de la experiencia terapéutica y los impactos derivados de la misma en cada uno de los niveles de experiencia, influyendo en la comprensión que los terapeutas realizan de cómo se expresan los efectos

generados por la práctica clínica en su vida personal. Por lo cual, se tomó en consideración los niveles de experticia que van desde el estudiante avanzado que realiza práctica académica en psicoterapia hasta el profesional mayor que cuenta con amplia experiencia en el campo terapéutico.

Niveles de experticia profesional

En el estudio longitudinal llevado a cabo por Ronnestad y Skovholt (2003b) el cual tuvo como objetivo identificar los cambios que experimentaron los profesionales a través del tiempo con la adquisición de experiencia en trabajo terapéutico. Se identificaron seis niveles de desarrollo de la experiencia de los terapeutas, los cuales son: ayudante auxiliar, estudiante principiante, estudiante avanzado, profesional novato, profesional experimentado y profesional mayor. Por su parte Benner citado en Tryssenaar y Perkins (2001), describe cinco niveles del desarrollo profesional de los terapeutas, los cuales son: novato, principiante avanzado, competente, capaz y experto. Esta clasificación se realizó teniendo en consideración que el desarrollo profesional del terapeuta pasa por diferentes etapas las cuales dependen tanto de la experiencia clínica como de la cantidad de tiempo que el terapeuta lleva ejerciendo la profesión.

Para efectos de la presente investigación se tomaron en consideración los niveles de experticia profesional estudiante avanzado, profesional novato, profesional experimentado y profesional mayor. Los cuales se definen a continuación.

Estudiante avanzado

Este nivel de experticia se refiere al estudiante practicante que ejerce como psicoterapeuta siendo este ejercicio un requisito para culminar los estudios profesionales.

Los estudiantes que se encuentran en este nivel de experticia generalmente cuentan con la supervisión constante de un terapeuta profesional con mayor experiencia en el campo clínico. El supervisor o mentor introduce la certeza de las técnicas, métodos y procedimientos ayudando con los sentimientos de angustia del novato quien busca encontrar seguridad y validación por parte del supervisor. Por esto, es importante que el estudiante cuente con un ambiente contenedor que le pueda dar la comodidad al practicante para abordar los aspectos negativos tanto dentro, como fuera de la terapia. Por el contrario, la ausencia de un supervisor, o una supervisión deficiente en la que el terapeuta recibe críticas negativas y percibe falta de apoyo y comprensión, es un factor que contribuye a incrementar la angustia y el estrés del estudiante frente a la labor clínica (Ronnestad y Skovholt, 2003a; Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

En las investigaciones realizadas por Ronnestad y Skovholt (2003a), Ronnestad y Skovholt (2003b) se encontró que los terapeutas principiantes se sienten abrumados al comienzo del ejercicio profesional debido a que carecen de confianza en sí mismos, y experimentan ansiedad al momento de encontrarse con dificultades durante el proceso terapéutico. Los terapeutas en este nivel profesional, también sienten tensión y angustia asociada al hecho de que deben asumir el desarrollo de procesos terapéuticos antes de sentirse preparados para hacerlo, y además se enfrentan a una práctica que puede resultar ambigua debido a la variedad de orientaciones teóricas y técnicas terapéuticas que muchas veces pueden resultar confusas para los practicantes.

Los estudiantes avanzados también sienten tensión debido a la exigencia para la comprensión de las dificultades de los consultantes, las cuales son complejas y se

encuentran en constante cambio. Además, los terapeutas tienen preocupaciones asociadas con conseguir excelencia en el desempeño profesional, experimentando presión para cumplir a la perfección con la tarea terapéutica, esto genera que en algunos casos los estudiantes lleguen a sentirse responsables de las dificultades de los consultantes. Es por esto que el terapeuta que no cuenta con experiencia previa en el campo de psicoterapia tiende a sentir ansiedad, dudas y desconfianza frente a la habilidad y competencia para desempeñarse en el rol terapéutico. El terapeuta también puede experimentar irritabilidad con los consultantes que bloquean los esfuerzos de ayuda y culpa por el manejo inadecuado de la situación terapéutica. (Ronnestad y Skovholt, 2003b)

De esta manera, la experiencia de tensión y angustia genera que el practicante durante el desarrollo de las sesiones tienda a centrarse exclusivamente en las sensaciones internas, buscando disminuir las señales externas de ansiedad (temblor en las manos, en la voz) lo cual afecta la capacidad para pensar efectivamente, dificultando atender la complejidad del trabajo clínico. Debido a esto el terapeuta puede lidiar de forma defensiva con los sentimientos de inseguridad en sí mismo, ocasionando un “cierre prematuro” que hace referencia a la inhabilidad del terapeuta para lidiar con las intensas emociones del consultante, evitando el trabajo terapéutico con las experiencias difíciles o dolorosas de las personas que acuden a consulta. El estudiante comprueba en la práctica que la excelencia académica en el manejo de aspectos teóricos no se traduce directamente en destreza para el manejo de la complejidad de la práctica terapéutica (Cushway, 2005).

Los aspectos que producen angustia y tensión en el terapeuta, se deben al hecho de que practicante todavía no ha internalizado por completo el conocimiento conceptual y

teórico de la práctica clínica, por lo cual es frecuente que el estudiante busque adherirse a marcos teóricos y guías a fin de desarrollar los procesos terapéuticos, como una forma de contrarrestar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad (Guy,1995; Ronnestad y Skovholt, 2003).

Por otra parte, Ronnestad y Skovholt (2003) plantearon que el terapeuta practicante también tiene dificultades para establecer límites entre lo ocurrido en consulta y la vida personal, de manera que se encuentra permanentemente procesando la información proveniente de los aspectos desarrollados durante la sesión. Esta dificultad tiene implicaciones a nivel cognitivo debido a la inhabilidad del terapeuta para dejar de pensar en los problemas del consultante o en sus propias reacciones hacia él, a nivel emocional involucra que el terapeuta siga experimentando las emociones perturbadoras que se generaron en la sesión, y a nivel relacional, se expresa en la inadecuada regulación de los límites profesionales que se pueden generar acciones de contratransferencia.

Otra fuente de estrés y ansiedad para el estudiante avanzado se relaciona con la competitividad entre colegas, lo cual genera que la mayoría de los practicantes no estén dispuestos a compartir las dificultades personales con los demás por temor a ser considerados débiles y a que la capacidad para desarrollar la tarea terapéutica sea subestimada por parte de los colegas o profesores. Esta situación no es exclusiva de los estudiantes avanzados, los psicólogos con más experiencia también consideran que serán estigmatizados por los colegas si revelan las dificultades personales, aunque al mismo tiempo, hablar con colegas y/o supervisores es considerado como un recurso de afrontamiento al estrés. (Cushway, 2005)

En la investigación desarrollada por Truell (2001), sobre los efectos negativos de la formación terapéutica en el aprendiz. Los terapeutas reportaron niveles de estrés propiciados por las creencias de los estudiantes de que, para ser buenos profesionales necesitan resolver todos los problemas que se presentan la vida personal. Por lo cual, algunos de los participantes reportaron sentimientos de tristeza, ansiedad, y frustración, asociados con el incumplimiento de estas expectativas. Los terapeutas también experimentaron estrés relacionado con el aprendizaje de las técnicas terapéuticas, debido a la dificultad para integrar las habilidades terapéuticas, temor de causar daño al consultante, y temor de la auto revelación frente a compañeros de clase, lo cual genera sentimientos de vulnerabilidad. Además, los estudiantes reportaron que los supervisores durante el entrenamiento se encargaron de ofrecer retroalimentación académica excluyendo la demostración de apoyo, contención de las emociones de angustia y temor del aprendiz.

Otro de los hallazgos de la investigación llevada a cabo por Truell (2001), se refiere a los efectos de la formación terapéutica en las relaciones interpersonales. Debido al entrenamiento los terapeutas desarrollaron mayor consciencia acerca de la importancia del vínculo afectivo en las relaciones interpersonales, por lo cual los practicantes buscaron establecer relaciones más significativas y de mayor intimidad con amigos. Además, los terapeutas durante el entrenamiento evaluaron las relaciones familiares y la calidad del vínculo conformado hasta ese momento, lo cual generó dificultades en la relación familiar debido a que los terapeutas se rehusaron a involucrarse o intentar resolver los conflictos familiares, petición realizada por los miembros de la familia quienes buscaron la ayuda profesional del terapeuta.

El estudiante avanzado también puede experimentar un importante nivel de estrés asociado con la identificación de los propios conflictos y de patrones de relación insatisfactorios. Además, al comenzar la aplicación de técnicas terapéuticas el estudiante tiende a aplicar estas técnicas indiscriminadamente en las relaciones que establece por fuera del consultorio. Lo cual lleva a que el terapeuta tienda a interpretar y analizar las interacciones personales, en especial con las personas cercanas a él. Esto tiene un efecto para el terapeuta en la medida que a pesar de que la práctica clínica le posibilita el desarrollo de habilidades de empatía que puede contribuir a una mejoría de las relaciones interpersonales, cuando las relaciones son llevadas al terreno de lo psicológico a través del uso de técnicas como la interpretación, puede generar que las personas cercanas al terapeuta sientan desinterés en mantener dicha interacción. (Guy, 1995)

El siguiente nivel de experticia profesional hace referencia al profesional principiante.

Profesional principiante

Este nivel de experticia abarca los primeros años de ejercicio profesional del terapeuta después de obtener el grado como psicólogo, comprendido por un periodo de 1 a 5 años.

Con la culminación de los estudios de pregrado en psicología y la adquisición de mayor experiencia en el campo de la psicoterapia, el psicólogo pasa a ejercer activamente el rol de terapeuta. Uno de los retos a los que se enfrenta el terapeuta principiante en el ejercicio de la profesión, es la elección de una orientación teórica y una especialidad que fundamente el quehacer clínico. Esta elección es un aspecto fundamental debido que

implica que el terapeuta elija un dominio de interés particular en el campo de la psicoterapia, y adquiera experticia tanto en el manejo teórico, como en la práctica de la especialidad que va a informar y guiar el punto de vista terapéutico, la comprensión de la psicopatología y el procedimiento para establecer una intervención adecuada para el consultante. Lo cual se relaciona también con la decisión de seguir una preparación académica particular en cuanto a estudios de postgrado que complementen la formación en psicoterapia y en algunos casos, esta preparación también implica seguir tratamiento psicoterapéutico personal. Adicionalmente el psicoterapeuta, al adquirir mayor experticia en la práctica clínica, comienza a definir la población particular con la cual se siente más cómodo y competente, discriminando: grupo de edad, problema o diagnóstico, y formas de tratamiento. (Guy, 1995)

El terapeuta principiante es más consciente del proceso de integración entre la teoría, la práctica y las capacidades personales que cada uno desarrolla. Esto hace que el profesional reconozca la complejidad del trabajo clínico y la importancia de la relación terapéutica. Sin embargo, en algunas ocasiones el terapeuta se puede sentir abrumado por pensamientos y sentimientos generados por el trabajo con la experiencia del consultante. De manera que, puede experimentar dificultad para involucrarse en el proceso terapéutico y conseguir separarse de los contenidos terapéuticos una vez se termina la sesión. Esta situación genera angustia y tensión en el profesional novato, así como también produce que el terapeuta se exija demasiado en el desempeño de su labor. En este sentido es importante que el terapeuta con la adquisición de experiencia terapéutica desarrolle la habilidad para definir el rol terapéutico y establecer y regular los límites emocionales. Para desarrollar esta habilidad es importante que el terapeuta se monitoree a sí mismo, y sea consciente de las

respuestas automáticas, que surgen en él como reacción al trabajo terapéutico realizado durante la sesión (Ronnestad y Skovholt, 2003; Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

Por otra parte, en el estudio desarrollado por Ronnestad y Skovholt (2003b) en el cual contaron con la participación de terapeutas con una experiencia promedio entre uno y cinco años después de conseguir el título como psicólogo. Se encontró que durante este periodo de tiempo el psicoterapeuta comienza a validar los conocimientos adquiridos y se enfrenta a sentimientos de angustia y temor asociados con la pérdida del espacio de supervisión. Además, es común que los terapeutas principiantes experimenten sentimientos de ansiedad, inseguridad, confusión, y culpa con relación al desempeño profesional debido a que perciben que carecen de la habilidad terapéutica que los haga sentir competentes. (Ladany et al., 2008)

Agregando al planteamiento anterior, el terapeuta puede experimentar ansiedad debido a que el estilo interpersonal del consultante provoca reacciones en el terapeuta, lo cual se considera una respuesta de contratransferencia. La cual se presenta cuando las dificultades del consultante guardan similitud con las dificultades personales del psicoterapeuta. A su vez, también se puede suscitar una respuesta de contratransferencia en el terapeuta, cuando en el trabajo con el consultante surgen temas que son incómodos para el psicólogo, los cuales se pueden asociar a: drogas, conducta criminal, conducta sexual, entre otros. De esta manera, la respuesta de contratransferencia provoca que el terapeuta este menos enfocado y atento durante el trabajo clínico. Por esto es importante que el terapeuta tenga una comprensión de las reacciones de contratransferencia que se generan en él, de forma que identifique que es lo que hace que se sienta atraído a ciertos consultantes,

y que repela a otros. Esto se ve facilitado por un proceso de autoconocimiento del terapeuta, que permite que identifique cómo ciertos prejuicios influyen en él, y en la forma en que se relaciona con los demás, y también involucra el conocimiento de cómo el proceso de socialización ha influenciado el desarrollo del terapeuta. El proceso de autoconocimiento se puede alcanzar a través de espacios de supervisión, y terapia personal. (Ladany et al., 2008)

Por otro lado, en el estudio desarrollado por, Tryssenaar y Perkins (2001) se identificó que al dejar los estudios universitarios y comenzar con la experiencia laboral, los terapeutas experimentan un estado de ansiedad inicial durante el periodo de adaptación a las nuevas condiciones laborales y de ejercicio de la práctica clínica. Por lo cual los terapeutas expresaron dudas acerca de sí mismos, de los conocimientos adquiridos, y de las capacidades y competencias para asumir el rol terapéutico, debido a que percibieron falta de conocimiento en cuanto técnicas terapéuticas y formas de tratamiento específicas para cada diagnóstico. Los participantes en el estudio también refirieron sentimientos de rabia y frustración frente a las políticas administrativas del lugar de trabajo, el cumplimiento del papeleo administrativo y la adecuación a la jerarquía del sistema. Así como también los psicólogos expresaron sentimientos de angustia y temor a verse afectado por el síndrome de burnout. Esta situación se generó debido a que los terapeutas anticiparon que el ejercicio profesional sería menos exigente que la vida estudiantil.

La respuesta de angustia de los terapeutas es frecuente durante los primeros meses del año de experiencia profesional. Al cabo de seis meses de práctica clínica los participantes en el estudio llevado a cabo por Tryssenaar y Perkins (2001) encontraron

estrategias de afrontamiento tanto personales como profesionales para adaptarse a las nuevas condiciones del contexto laboral, las estrategias utilizadas fueron: buscar a un mentor, asistir a cursos o capacitaciones y acudir a supervisión para resolver situaciones conflictivas que se presentaron durante las sesiones terapéuticas. De esta manera, al final del primer año de práctica clínica, los terapeutas participantes en la investigación consiguieron apreciar en mayor profundidad la complejidad de la práctica terapéutica teniendo conocimiento de los límites personales, aumento de la confianza en las habilidades personales y terapéuticas.

El siguiente nivel de experticia profesional corresponde al profesional experimentado.

Profesional experimentado

En esta fase del desarrollo profesional se encuentran los profesionales que cuentan con más de cinco años de experiencia desarrollando procesos de psicoterapia. Los terapeutas que cuentan con varios años de experiencia clínica, se sienten más competentes en la aplicación de técnicas terapéuticas y se enfrentan a la tarea de crear un estilo terapéutico congruente con sus valores, creencias, intereses, actitudes, y personalidad, lo cual posibilita que el terapeuta aplique el conocimiento terapéutico de forma auténtica. En esta etapa del ejercicio profesional el terapeuta tiene una comprensión más profunda de la importancia de la relación terapéutica para el trabajo clínico, lo que permite una mayor destreza para establecer alianzas terapéuticas con los consultantes. (Ronnestad y Skovholt, 2003a)

De esta manera, los terapeutas experimentados no usan técnicas y procedimientos de forma rígida o mecánica, como sucede en el nivel del estudiante avanzado y del terapeuta principiante. Por el contrario, el conocimiento es usado de forma flexible y acorde a las necesidades de cada persona que acude a consulta. Además, los terapeutas en este nivel de experticia se sienten más comprometidos y competentes para el desempeño de la labor clínica, por lo cual los profesionales adquieren mayor conocimiento de las habilidades y limitaciones que tienen como terapeutas, lo cual les permite desarrollar una clara definición y diferenciación de las responsabilidades con los consultantes (Ronnestad y Skovholt, 2003b). Esto facilita que el terapeuta se vincule al trabajo con un consultante durante la sesión y una vez se termina pueda enfocarse nuevamente en la sesión con otra persona, sin quedar inundado por el contenido trabajado con los consultantes, desarrollando la habilidad para regular los estados emociones propios y a su vez el profesional también consigue separar el rol profesional de las relaciones afectivas que el terapeuta establece con pareja, amigos, y familia.

Si bien algunos terapeutas experimentados se sienten más competentes en el ejercicio de la profesión, este no es el caso para todos los profesionales que se dedican a la labor terapéutica. Por lo cual, en la investigación llevada a cabo por Thériault & Gazzola (2005), con el objetivo de indagar en los sentimientos de incompetencia profesional de los terapeutas experimentados. Se encontró que los terapeutas experimentan angustia y sentimientos de incompetencia relacionados con los cuestionamientos sobre sí mismos, y dudas con relación a la capacidad de ayuda. Por lo cual los terapeutas que no pueden identificar las formas en que han ayudado a los consultantes, refieren miedo excesivo de

causar daño al otro debido al trabajo terapéutico y cuestionamientos acerca de las debilidades personales y sobre la efectividad de la terapia.

Otro aspecto que es importante considerar para los terapeutas experimentados se relaciona con el autocuidado. Los profesionales en este nivel de experticia son mucho más conscientes de la importancia del bienestar y cuidado para poder desempeñar la labor terapéutica satisfactoriamente. Por lo cual es indispensable que los terapeutas presten atención a la calidad de sueño, ejercicio y alimentación diaria. El descanso también implica tomar recesos entre las sesiones para liberar la tensión que puede surgir como efectos del trabajo clínico. Además, debido a que la práctica terapéutica es un ejercicio aislado, es importante que el terapeuta realice actividades que le permitan conectarse con otras personas, ya sean profesionales, colegas, o amigos y familia. Es por esto que los terapeutas tienden a vincularse a espacios de supervisión, enseñanza y consultoría con colegas. En este sentido, también es importante que el terapeuta se vincule a actividades de recreación, deporte, tome espacios de vacaciones, cultive la espiritualidad, y cuente con espacios de para la reflexión y discernimiento de los aspectos que pueden causar un impacto en el terapeuta debido al trabajo con los consultantes. (Norcross y Guy, 2005)

El último nivel de experiencia profesional hace referencia al psicoterapeuta que es un profesional mayor.

Profesional mayor

Este nivel de experticia se refiere a los profesionales que cuentan con 20 años o más de experiencia desarrollando procesos de psicoterapia. El terapeuta mayor generalmente se

convierte en guía y supervisor de los terapeutas más jóvenes y disfruta del reconocimiento otorgado por los colegas.

En la investigación desarrollada por Ronnestad y Skovholt (2001) con terapeutas mayores, en la cual se entrevistó a 12 terapeutas cuya experiencia profesional se encontraba por encima de los treinta años de experiencia. Los participantes reportaron un compromiso mayor con el crecimiento profesional, además expresaron que desarrollaron mayor satisfacción consigo mismos y con el trabajo terapéutico. En general, los terapeutas expresaron gran satisfacción con la vida y sentimientos de gratitud hacia la carrera como psicoterapeutas. Además, expresaron efectos positivos como disminución de la ansiedad, con la adquisición de más experiencia en el campo se sintieron más conformes y seguros de sí mismos, mayor apropiación del estilo terapéutico y claridad en los límites en psicoterapia. En este sentido, la sensación de seguridad en los terapeutas proviene de un complejo proceso de diferenciación de la responsabilidad, claridad en el rol y sentido de la competencia terapéutica.

Por otra parte, en la investigación realizada por Ronnestad, Skovholt, (2001) los terapeutas manifestaron que experiencias tempranas de la infancia, adolescencia, y relaciones interpersonales con los padres y familia tuvieron un impacto en el funcionamiento profesional. Entre las experiencias más significativas reportadas por los terapeutas se encuentran; abandono, exigente orientación de logro, prácticas rígidas y restrictivas en la crianza de los hijos, y amor condicional por parte de los padres, así como también experiencias asociadas con expresión emocional deficiente. Los terapeutas reportaron que estas experiencias influenciaron aspectos como; la elección de un área de

trabajo específica, elección de una orientación teórica particular y el desarrollo de un estilo terapéutico.

De manera que, cuando los terapeutas reflexionan y procesan las experiencias vitales que pueden resultar difíciles o dolorosas tienen un aumento en la capacidad de empatía y en la comprensión de los demás. El desarrollo de estas habilidades se expresa en el quehacer clínico, al tener una mayor comprensión de los conflictos de los consultantes. Por lo tanto, siguiendo los planteamientos de Ronnestad y Skovholt (2001) para que los terapeutas se desempeñen de manera óptima necesitan continuamente procesar las experiencias profesionales y personales, asociadas a: experiencias tempranas, experiencias de la vida adulta, y experiencias con los consultantes. Los espacios de procesamiento van encaminados a la reflexión sobre cómo las experiencias tempranas y de la vida adulta del terapeuta tienen un impacto en el trabajo con los consultantes.

Por otra parte, los terapeutas mayores también pueden experimentar emociones de angustia, preocupación y tristeza, por la disminución de la salud física, limitaciones en las actividades, y cansancio.

Planteamiento del problema y justificación

En el presente trabajo se comprende el proceso terapéutico desde una perspectiva más integradora en donde deja de considerarse al terapeuta como una pantalla en blanco sobre el cual se proyectan las deficiencias del consultante. Por el contrario, el terapeuta es considerado como un sujeto activo que aporta desde su propia historia de relación y experiencia al desarrollo del quehacer clínico. Es por esto que la práctica clínica involucra a la persona del terapeuta más allá de las técnicas y procedimientos empleados en la sesión, de manera que el contacto con los dilemas, conflictos y aspectos de la experiencia de los consultantes que se trabajan en terapia no se quedan como contenidos aislados o hechos que solamente afectan a quien acude a consulta. Por el contrario, muchas de estas narrativas, experiencias y conflictos de los consultantes tienen un efecto en el terapeuta y diversos efectos para la vida personal del terapeuta, estos efectos se expresan en el psicólogo a través de estados de perturbación tanto a nivel físico como a nivel emocional, además la práctica clínica también tiene efectos en la forma en que los terapeutas comprenden y construyen relaciones interpersonales con las personas cercanas con familia, pareja y amigos y permite el desarrollo de habilidades interpersonales. A su vez, las relaciones afectivas que el profesional establece con las personas cercanas en su contexto y las experiencias presentes en la historia de vida de los terapeutas, son aspectos que también tienen efectos y se involucran en la forma en que el profesional asume y desarrolla los procesos psicoterapéuticos. de psicoterapia.

Es por esto que es relevante tener una comprensión amplia acerca de cuáles son los efectos que viven los terapeutas como resultando del quehacer clínico que tiene la práctica clínica para la vida personal de los terapeutas y cómo estos efectos se expresan en los

diferentes niveles de experticia profesional. Este es un un tema que ha sido abordado por teóricos en su mayoría en el contexto estadounidense, por el contrario, en el contexto colombiano los aportes a este tema han sido escasos.

En este sentido cabe mencionar que si bien en Colombia existe la ley 1616 de 2013 en la cual se dictan los lineamientos y disposiciones en cuanto a las condiciones de prestación del servicio de salud mental en el país y se dispone que las administradoras de riesgos laborales son las entidades responsables para generar estrategias en cuanto a la promoción y prevención de la salud mental en los entornos laborales, no se hace un énfasis profundo sobre cómo brindar esta atención especialmente a quienes se encargan de llevar a cabo los procesos terapéuticos, de manera que quedan desatendidos aspectos como; por un lado se desconocen las implicaciones que tiene para los profesionales en salud mental el desarrollo de procesos terapéuticos, de manera que no quedan claramente identificados los efectos adversos y los efectos positivos que se pueden derivar de la labor que desempeñan los terapeutas y por otro lado, se desconoce cómo éstos efectos se expresan en los diferentes niveles de experticia profesional y si el nivel de experiencia supone cambios importantes en cuanto a la comprensión de la problemática.

Desconocer estos aspectos tiene implicaciones en la práctica tales como; carencia en la implementación de estrategias tanto de prevención como de intervención que se ajusten a las necesidades de los profesionales y que busquen reducir o evitar la manifestación de los efectos adversos derivados de la atención terapéutica como; síndrome de burnout, cansancio, fatiga y agotamiento emocional, experiencias emocionales de angustia y preocupación. Además, los profesionales no cuentan con estrategias de prevención e

intervención que busquen potenciar y afianzar los efectos positivos y aspectos que favorezcan los estados de bienestar integral en los profesionales de la salud mental.

Es por esto que surgió el presente trabajo de investigación el cual tuvo como objetivo dar respuesta a la pregunta de investigación acerca de cuáles son los efectos que se generan en los terapeutas derivados de llevar a cabo procesos de atención psicoterapéutica. Para cumplir con este objetivo se consideraron las narrativas de los terapeutas en los diferentes niveles de experticia profesional, desde el profesional novato hasta el profesional mayor. Tener en consideración los diferentes niveles de experiencia fue pertinente en la medida en que permitió tener una amplia comprensión de los efectos generados por la práctica clínica en los terapeutas desde una perspectiva del desarrollo profesional identificando el impacto del quehacer terapéutico y el manejo que cada terapeuta le da a la experiencia en cada nivel de experiencia. Con este propósito se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General

Comprender los efectos que tiene la práctica clínica en la vida personal del terapeuta, teniendo en cuenta los diferentes niveles de experticia profesional.

Objetivos Específicos.

Identificar los efectos negativos que tiene la práctica clínica para la vida personal de los terapeutas.

Identificar los efectos positivos que tiene la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas.

Describir los efectos que tienen las relaciones interpersonales del terapeuta en el quehacer clínico.

Metodología

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, el cual, siguiendo la definición propuesta por Hernández, Fernández-Collado & Baptista (2014) busca comprender y explorar los fenómenos desde la perspectiva de los participantes, examinando la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, de manera que, se busca profundizar en los puntos de vista, interpretación y/o significados que les otorgan los participantes. En el caso de la investigación realizada este enfoque fue pertinente en la medida que se buscó comprender los efectos generados por el quehacer clínico en la vida personal de los terapeutas, tomando en consideración el relato de cada participante.

Participantes

Para el presente estudio sobre los efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas, se contactaron a los participantes a través de correo electrónico, informando del objetivo de la investigación y realizando la invitación para participar en la misma. En total fueron contactados 18 terapeutas, de los cuales 12 aceptaron participar en la entrevista, y diligenciaron el consentimiento informado (Ver anexo A). La muestra fue de participantes voluntarios o muestra autoseleccionada, debido a que los participantes respondieron a la invitación para realizar la entrevista (Hernández et al., 2014). La duración de cada entrevista fue entre 60 y 120 minutos.

Se entrevistaron a un total de 12 terapeutas, de los cuales 9 fueron mujeres y 3 hombres. 10 de los participantes residen actualmente en la ciudad de Bogotá, 1 terapeuta reside en el municipio de Barichara- Santander, sin embargo, realiza consulta terapéutica en la ciudad de Bogotá, y 1 terapeuta reside actualmente en la ciudad de Miami- Estados Unidos. La edad promedio de los terapeutas participantes fue de 35 (rango= 23 a 65) la selección de los terapeutas se realizó teniendo en cuenta el nivel de experticia profesional, quedando distribuidos de la siguiente manera: estudiante avanzado (4), profesional principiante (3), profesional experimentado (2), y profesional mayor (3).

De los participantes, 4 fueron estudiantes practicantes de psicología en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional, 7 realizan practica psicoterapéutica en consultorio privado y 1 trabaja como psicoterapeuta en un instituto prestador de salud (IPS). En cuanto a la población que atienden, 3 de los participantes eran especialistas en la atención psicoterapéutica a familias y parejas y 9 en atención individual con población adulta y con menores de edad.

Con relación a la formación académica de los terapeutas, 4 se encontraban finalizando estudios de pregrado en psicología, realizando la práctica clínica en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional, 2 se encontraban terminando estudios de postgrado, y 6 ya habían finalizado estudios de postgrado en psicología, siendo distribuidos de la siguiente manera: 2 en psicología clínica, 2 en terapia familiar, 1 en psicología somática, 1 en psicoanálisis.

Instrumentos

Para la recolección de los relatos de los terapeutas se realizaron entrevistas semiestructuradas. Según la definición de Hernández et al., (2014) la entrevista semiestructurada se basa en una guía de temas o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir nuevas preguntas a fin de precisar conceptos y obtener información adicional.

En la entrevista elaborada se contemplaron aspectos relacionados con los datos de identificación de los participantes, información preliminar referente a los años de experiencia profesional, lugar de trabajo, y características de la población atendida, y también se plantearon las preguntas referentes a los efectos de la práctica psicoterapéutica para los profesionales. (Ver anexo B)

De manera que se abordaron los siguientes temas:

- Experiencia del terapeuta desarrollando procesos de psicoterapia.
- Formación académica en el campo de la psicoterapia
- Emociones que surgen en el terapeuta al realizar procesos de psicoterapia: sentimientos de angustia, miedo, frustración, satisfacción.
- Efectos de la práctica clínica en las relaciones interpersonales del terapeuta: relación de supervisión, relación con amigos y familia, y relación con colegas.
- Desarrollo de habilidades interpersonales en el terapeuta debido a la práctica clínica.

Procedimiento

Para conseguir los objetivos planteados, las entrevistas realizadas contaron con la participación de terapeutas de los diferentes niveles de experticia profesional, las cuales fueron realizadas por la estudiante de la maestría en psicología clínica autora de la presente investigación.

La totalidad de las entrevistas fueron grabadas, transcritas e identificadas con un código para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada por los terapeutas, los códigos para cada nivel de experticia se asignaron de la siguiente manera: estudiante avanzado (E), profesional principiante (P), profesional experimentado (PE) y profesional mayor (PM), de manera que a cada individuo se le asignó la letra correspondiente a la experiencia profesional seguido de un número consecutivo.

Para la realización de las entrevistas se respetó la confidencialidad en cuanto al espacio físico, y se mantuvo una actitud empática, exploratoria y aclaratoria sobre las respuestas, focalizando en la experiencia y en los contenidos significativos para cada terapeuta participante.

Implicaciones Éticas

La realización del presente estudio no implicaba daño alguno para los participantes, debido a que se centró únicamente en la indagación con relación a la experiencia de cada terapeuta. Todos los terapeutas fueron informados sobre el objetivo del proyecto y el manejo confidencial de la información. Únicamente se trabajó con los participantes que accedieron libremente hacer parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Resultados

En el siguiente apartado se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas, con las cuales se buscó conocer los efectos que tiene la práctica clínica para los terapeutas. Las entrevistas se trabajaron mediante análisis de contenido, metodología que según Noguero (2002) se sitúa en el ámbito de la investigación descriptiva al tener por objetivo identificar los componentes básicos de un fenómeno determinado, extrayéndolos de un contenido dado. Para facilitar el análisis se utilizó el software de análisis cualitativo de textos: ATLAS.ti en su versión (7.5.7).

El análisis inicial se realizó teniendo en cuenta las categorías generales que se abordaron en la entrevista (Ver anexo B) posteriormente con la lectura y revisión de los contenidos encontrados en las transcripciones de las entrevistas realizadas a los terapeutas, se establecieron categorías emergentes las cuales se agruparon dentro de cuatro temas centrales que integran los hallazgos de la investigación, de la siguiente manera:

- 1) Aspectos de la terapia que generan malestar al terapeuta;
- 2) Cambios y transformaciones del terapeuta
- 3) Funciones del sistema de apoyo
- 4) Influencia de las experiencias e historia de vida del terapeuta.

En el siguiente apartado se abordan los resultados correspondientes a los aspectos de la terapia que generan malestar al terapeuta. Se encontró que los terapeutas que cuentan con menor experiencia clínica son quienes experimentan en mayor medida los efectos adversos de la labor que desempeñan, por lo cual, los profesionales con más experiencia en el campo clínico (PE y PM) manifestaron que con la adquisición de experiencia terapéutica los efectos adversos generados por el trabajo clínico disminuyeron. De manera que, los

terapeutas de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor hicieron referencia a los recursos y habilidades que favorecieron la disminución de los efectos adversos.

Aspectos de la terapia que generan malestar al terapeuta

Los terapeutas de los niveles de experticia estudiante avanzado (E) y profesional principiante (P) que cuentan con menor experiencia clínica, refieren que el desarrollo de procesos terapéuticos produce un impacto a nivel personal debido a que experimentan sentimientos angustia, rabia, tristeza, y frustración, ya sea porque se generan dificultades o desavenencias con los consultantes que expresan abiertamente el malestar que experimentan al asistir a psicoterapia y no conseguir los cambios esperados; o porque el terapeuta se identifica con las experiencias de los consultantes que se abordan en la sesión. Estas experiencias incrementan los sentimientos de inseguridad, incompetencia y los cuestionamientos del terapeuta acerca de las habilidades profesionales y la propia capacidad de ayuda. Así lo expresa uno de los estudiantes avanzados en el siguiente apartado:

E3: Para mí eso fue muy frustrante, y eso implica un trabajo primero de reconocer que yo estoy sintiéndome mal. Aceptar también un poco mi postura como persona, y después empezar a ver “bueno ¿Qué paso en la relación?” (...) ese mismo día salí súper mal era como “no, no soy buena, definitivamente esto no está sirviendo para nada”, ya después fue cuando dije “no, es que no solamente me siento triste porque la persona no sintió que avanzara, sino que me dio rabia también por cómo me lo

dijo, por cómo me está haciendo sentir” (...)Pero en un principio impacta bastante, y es como que, me deja para el resto del día como en un estado de ánimo bajo, pensando en “si esto lo estoy haciendo bien o no” Como que empiezo a dudar de mis capacidades.

Además de la angustia generada por los cuestionamientos a la eficacia profesional. El tipo de problemáticas que los terapeutas atienden en consulta las cuales se asocian a experiencias traumáticas de abuso, maltrato físico, sexual o psicológico, violencia doméstica, víctimas del conflicto armado, problemáticas asociadas a ideación suicida, riesgo de “acting out”, trastornos de personalidad y/o dificultades para el control de impulsos agresivos y en especial consultantes que amenazan con agredirse a sí mismos o a los demás, son problemáticas que producen un mayor impacto en los terapeutas.

Este impacto se expresa en sentimientos de angustia y culpa, debido a que los profesionales se sienten responsables de lo que le sucede al consultante aún en los contextos que se encuentran por fuera del consultorio. Esta situación genera desgaste emocional para el terapeuta, el cual se expresa a través de una respuesta de perturbación a nivel físico y emocional. Estas reacciones emocionales intensas perduran en los terapeutas incluso tiempo después de finalizar la sesión con el consultante. De manera que, las consecuencias que tiene el trabajo con este tipo de problemáticas se expresa en emociones de angustia, preocupación y también dificultades a nivel físico como problemas para conciliar el sueño. Estos estados de perturbación fueron evidentes en los terapeutas que cuentan con menor experiencia clínica. Como lo expresa la terapeuta PE1:

Me sentía, muy, muy responsable, entonces era algo que me angustiaba, no podía dormir hasta que tenía la cita y lo encontraba y no lo hacía (cumplir las amenazas de quitarse la vida) yo creo que uno cuando empieza su práctica cree que la gente es como su responsabilidad y que si cualquier cosa pasa es mi culpa.

Por otro lado, una de las terapeutas entrevistadas narró los efectos que experimentó debido a una agresión física proporcionada por un consultante con dificultades para el control de impulsos. Esta situación generó en la terapeuta un impacto con características similares a las que se producen a partir de una experiencia traumática. Por lo cual la profesional experimentó emociones de angustia, miedo, impotencia, y frustración. Estas emociones persisten aún tiempo después de haber transcurrido el hecho. Sin embargo, la terapeuta también refirió que este acontecimiento le permitió fortalecer su capacidad de ayuda terapéutica, debido a que tuvo que abordar aspectos personales relacionados con la identificación, expresión y procesamiento de las reacciones emocionales que surgieron en la terapeuta y de esta manera poder retomar el trabajo terapéutico desarrollado con la consultante.

Por lo tanto, en la medida en que los terapeutas pueden regular sus propios estados emocionales que surgen debido al trabajo con los consultantes se fortalece la capacidad terapéutica. Así lo expresa la terapeuta PM1:

Fui con ella a la cita con el psiquiatra y el psiquiatra no le dio el medicamento y cuando salimos se me lanzó encima y yo tuve que contenerla, pero fue muy agresivo y estuve con eso mucho tiempo, fue lo primero que me quedó (...) me generó un trauma (risas) todavía veo a una mujer con el corte de pelo de ella en la calle y

todavía, me sobresalto (...) no que tenga flashback ni muchísimo menos, ni nada, pero si frente a un estímulo similar, pues claro, me impactó. Pero también fue un gran aprendizaje en muchos otros sentidos, para mi implicaba como de fortalecer el músculo (risas) o sea, no era como verla como siempre, ya había ahí como un trabajo personal que yo tenía que hacer para poderme acercar y continuar en el proceso terapéutico. Independientemente de mi propio sentir o de mi propia reacción al respecto.

De este modo, las respuestas emocionales intensas que experimentan los terapeutas también se manifiestan a través de malestar a nivel físico, el cual se expresa en los psicólogos como un estado de desregulación emocional producido por el trabajo con las dificultades de los consultantes. La presencia de este estado de desregulación en los terapeutas puede dificultar o impedir el desarrollo de las sesiones con los consultantes. Esto se explica debido a que el terapeuta se ve involucrado y es un participante activo dentro del proceso terapéutico. Así lo expresa la profesional PM3:

Tuve una vez un caso, una mujer que sus dos hijos habían visto cómo mataron a su papá delante de ellos (...) y yo me quedé paralizada, eran tantas las emociones, que yo no supe que hacer con todo eso. Yo sentía el dolor de ella, me dolía el estómago físicamente (...) o sea, me inundaron todas sus emociones que lo sentí físicamente. Entonces también bueno, uno aprende que eso no es tan útil, o sea, que las emociones de uno están ahí, siempre van a estar ahí y eso se vuelve una herramienta importante, y significativa para el trabajo, pero tampoco uno se puede quedar ahí porque si no ya no eres de ayuda para la persona.

Por otra parte, las reacciones emocionales intensas que experimentaron los terapeutas también ocasionaron estados de agotamiento y cansancio emocional, los cuales se producen en los terapeutas al tener que dar respuesta y contención a las reacciones emocionales de los consultantes. Además, el agotamiento emocional en los terapeutas es mayor cuando ellos experimentan dificultades personales con familia, pareja o amigos; *“yo creo que cuando uno está bien uno soporta, sostiene y logra intervenir bien, pero cuando uno está agotado, está cansado es como si eso le afectara o le impactara más y uno se vuelve más vulnerable.”* Expresa la profesional PE1. De esta manera, las dificultades personales de los terapeutas inciden en que el terapeuta experimente una disminución de la disposición para atender plenamente a las personas que acuden a consulta. Además, estas dificultades generaron en los terapeutas sentimientos de impotencia y frustración frente al quehacer clínico. Como se expresa en el siguiente apartado:

E2: si estás pasando por una situación personal difícil hay días como que uno no quisiera atender a nadie. Como tener más espacio para ti, porque igual eso te implica como estar en una disposición, como totalmente abierta, como muy en función de otra persona. Creo que también es mucha demanda emocional estar recibiendo como los problemas digamos de otras personas y también tras de que tienes tus cosas y estar solucionando como la vida de los demás.

La presencia de estados de perturbación tanto a nivel físico como a nivel emocional y la experiencia de estados de agotamiento y cansancio emocional en los terapeutas fue más frecuente en los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante. En este sentido uno de los terapeutas con mayor experiencia (PM) refirió que los profesionales

con menor experticia tienden a experimentar sentimientos de angustia y frustración debido a las propias dificultades presentes en la vida personal de los terapeutas y al desconocimiento de que la experiencia de frustración hace parte del quehacer clínico.

Contrario a lo que sucede en los niveles de experticia (E y P) con la adquisición de experiencia en el campo psicoterapéutico los terapeutas (PE y PM) desarrollaron diversos recursos y habilidades que permitieron disminuir o evitar los estados de perturbación que los terapeutas pueden llegar a experimentar como efecto del quehacer clínico. De esta manera se encontró que en los terapeutas de los niveles de experticia; profesional experimentado y profesional mayor no se presentaron estados de perturbación y desregulación emocional debido a que a través de la experiencia clínica han desarrollado una mayor comprensión de la complejidad del trabajo terapéutico y también se involucran en espacios de interacción social que contribuyeron al procesamiento de las reacciones emocionales que experimentan. Como se expresa en el siguiente apartado:

PM2: lo que pasa es que uno con el modelo dinámico uno entiende que el paciente no es objeto para uno nutrirse “narcisísticamente”, el otro lo va a frustrar a uno siempre, esa es su función para eso es paciente (...) uno está advertido es que la fuente de suministros al Yo no es el paciente (...) además uno está o al menos yo estuve varios años en psicoanálisis personal entonces uno comenta con el analista y el analista hace interpretaciones con respecto a uno: “estás cagado del susto” pero ya es con respecto a mí, no con respecto al paciente. Entonces uno tiene como unas cosas alrededor que lo amortiguan.

Además, los terapeutas con mayor experiencia profesional (PE y PM) también expresaron que los estados de perturbación emocional disminuyeron debido a que han desarrollado la habilidad para discriminar y separar los diferentes contextos de interacción, de manera que consideran que al establecer límites entre el contexto terapéutico y los contextos de relación con las personas cercanas disminuyen los efectos adversos ocasionados por el quehacer terapéutico; *“Y lo que he logrado hacer es separar los espacios, llego a mi casa y es a mi casa, con mi hija con mi familia, punto, no contesto llamadas de trabajo”* expresa la terapeuta PM3.

Agregando al planteamiento anterior, los terapeutas (PE y PM) también manifestaron que los espacios en los que se promueve el autocuidado a través de la actividad física y recreación son considerados como otro recurso importante que ayuda a prevenir los efectos de los aspectos de la terapia que generan malestar a los terapeutas. Además, los terapeutas mencionaron que los espacios de terapia personal contribuyen al procesamiento y comprensión de las reacciones emocionales que surgen en los terapeutas como efectos de la labor que desempeñan. Como lo expresa la terapeuta PE1:

Uno queda con estas cosas, queda con el pensamiento, queda como a veces con la preocupación y por eso que a mí me parece es importante a veces tener su espacio personal, de terapia personal. Hay situaciones terapéuticas que también lo movilizan a uno y que quizá uno necesite ayuda para mirar eso que está pasando y como que tiene que ver conmigo.

Finalmente es de importancia mencionar que, si bien las respuestas emocionales que experimentan los terapeutas debido al trabajo clínico pueden generar malestar, estas

respuestas emocionales también permitieron que los terapeutas (E y P) reflexionara y comprendieran las dificultades relacionales que configuran y que se encuentran presentes en su propia historia de vida. De manera que, la práctica clínica contribuyó a que el terapeuta adquiriera una nueva perspectiva de los conflictos internos que experimenta. Así lo expresa el profesional P1:

Nunca se me va a olvidar la primera vez que atendí un paciente, fue una chiquita de cuatro años que tenía las manos quemadas, y estaba en restitución de derechos (...) esta chica va hasta el estante de los juegos saca el maquillaje y me dice “yo quiero maquillarte”. Yo quedé tan perplejo en ese momento que no supe decirle nada. Al principio me sentía muy angustiado porque yo le veía sus manitas quemadas, yo decía “por qué, ¿por qué me siento así?” entonces lo único que yo podía hacer era quedarme quieto, mirarla, no poder preguntarle nada, yo me sentía paralizado (...) esa experiencia me invitó a dejar el libro a un lado y a preguntarme a mí mismo “¿Qué es lo que le incomoda a usted de esto? ¿Qué lo toquen?” Entonces me hizo replantearme varias cosas en mi vida, y me di cuenta que tengo que ser honesto conmigo y dejar de mentirle a los demás con mis estados emocionales.

En el siguiente apartado se abordan los cambios y transformaciones que experimentaron los terapeutas debido al trabajo clínico que desempeñan. Con relación este tema se encontró que, si bien el inicio de la práctica clínica generó emociones de angustia, tristeza y frustración en los terapeutas con menor experiencia, también se evidenció que la adquisición de experiencia terapéutica promovió y facilitó que los terapeutas desarrollaran

una connotación positiva de esta experiencia emocional llegando a experimentar satisfacción tanto por la identificación de los conflictos personales que se evidencian en el trabajo clínico como por el desarrollo y adquisición de destrezas y habilidades de empatía, comprensión y compasión, de manera que, estas habilidades promovieron que los profesionales establecieran relaciones interpersonales más significativas y de confianza con las personas cercanas de su entorno.

Cambios y transformaciones del terapeuta

Al iniciar la práctica clínica los psicólogos de los niveles de experticia (E y P) comienzan a identificar los aspectos difíciles, dolorosos o problemáticos de su propia experiencia de relación. Estos aspectos se evidencian a través de los contenidos que se trabajan en las sesiones, de manera que, la historia del consultante se convierte en un reflejo de una problemática particular del terapeuta. Así lo expresa el terapeuta E1:

Yo he tenido varias consultantes que nunca expresan las emociones, que se las guardan, que se ven muy racionales, y digamos que ese tipo de cosas también siento yo que son como parte de mí. Yo también siento que se me dificulta hablar de las emociones, que es más fácil para mí ser como más racional (...) entonces digamos ese tipo de cosas me tocaban personalmente, cosas particulares que se hablaban en sesión y me hacían como reflejarme a mí misma.

Para los terapeutas de los niveles de experiencia estudiante avanzado y profesional principiante identificar las propias dificultades a través del trabajo con las problemáticas de los consultantes, es una experiencia que genera sentimientos de angustia y preocupación, debido a que se hacen explícitos aspectos de la historia de vida del terapeuta que han

pasado desapercibidos o que se han evitado hasta el momento. Como se expresa en el siguiente apartado:

PI: yo soy una persona un poquito obsesiva, una estructura más bien neurótica, yo tiendo mucho a la rigidez racional, pero al desorden emocional, entonces yo tiendo mucho a estados de, lo llama Freud melancolía, que no es una depresión, no es una distimia, pero está ahí un poquito abajo. Y cuando me llegan pacientes así me angustia porque es como verme a mí en un espejo (...) Sentir que el que está al frente refleja lo que yo soy me pone a pensar, y me angustia pensarlo “yo estoy así” “yo soy así” “yo me siento así” “yo me veo así”.

Sin embargo, con la identificación de los aspectos conflictivos y con la adquisición de experiencia terapéutica, los terapeutas comenzaron a transformar la forma en que los se perciben a sí mismos y a las relaciones que establecen con las demás. De manera que, la práctica clínica también promovió en los terapeutas el desarrollo de habilidades para ser compasivos consigo mismos y con los demás. Además, la experiencia terapéutica también impulsó en los profesionales un proceso de descubrimiento, autoconocimiento y aceptación de las propias capacidades y límites personales. Como se expresa en el siguiente apartado:

E2: ser terapeuta me ayudó a conocerme más a mí misma, y también como a encontrarme con esas partes que antes ni siquiera sabía que estaban ahí, o como que evitaba. Estar en contacto con la gente, también con la teoría incluso, como que me hizo ver muchas cosas de mí, y creo que eso fue lo que hizo sobretudo el semestre pasado como que me sintiera, como ahogada por muchas cosas, como que estaba viendo en mí, como que no sabía cómo manejarlas. Pero creo que eso fue

chévere y fue positivo porque, si de alguna manera, pude ver otras facetas de mí, o cosas en las que tengo que trabajar, no sólo en mí sino también en general, como en mis relaciones interpersonales.

Agregando al planteamiento anterior, los terapeutas también evidenciaron transformaciones en la forma que se relacionan con las personas cercanas, de manera que, al identificar las dificultades personales en las relaciones afectivas, los terapeutas realizaron acciones encaminadas a reparar y a fortalecer el vínculo emocional con amigos, pareja y amigos. Esto se explica debido a que la adquisición de conocimiento teórico y la experiencia clínica promueven que los psicólogos reflexionen acerca de los diferentes contextos de interacción en los que se encuentran. Como lo expresa la terapeuta P3:

Creo que el ser psicólogos nos hace entender cuando no somos perfectos y entender cuando no nos estamos portando de forma perfecta y poder disculparte. Yo creo que hoy en día he sido una persona que cada vez que me equivoco puedo perfectamente decirle a la persona a la cara “mira, disculpa reaccioné mal, no tuve que haber reaccionado así y tal” y eso hace que mis relaciones sean mejor, probablemente yo en un pasado jamás hubiese admitido de que estuve mal. Entonces, siento que me ha dado las herramientas para lidiar con mis relaciones, para poner límites, yo era una persona que jamás ponía límites, y hoy en día no. Si siento que me ha hecho mejor persona, en todo sentido.

Por lo tanto, las relaciones interpersonales de los terapeutas se modificaron en la medida en que se tornaron más significativas y adquirieron profundidad emocional lo cual permitió la expresión abierta de emociones de los terapeutas con las personas cercanas.

Esto fue percibido por los profesionales como un efecto positivo que fortaleció las relaciones afectivas, y promovió interacciones de afecto recíproco y confianza.

Además, los terapeutas sin importar el nivel de experticia profesional desarrollaron habilidades de compasión, confianza, amabilidad, comprensión y empatía en la relación con los demás. Siendo la empatía la habilidad que más desarrollaron los terapeutas y que les permitió entender las motivaciones de las otras personas. De esta manera, los terapeutas al ser empáticos pudieron tener una mayor comprensión de las reacciones emocionales que surgen en las personas con las cuales interactúan. Así lo expresa la terapeuta E2:

A veces es útil al menos poder entender por qué las personas hacen lo que hacen, pues de pronto, están pasando por un momento difícil y entonces uno ya como que no reacciona tan automáticamente o aprender un poquito a tratar a las personas, y a comprenderlas un poquito más.

Por otra parte, la práctica clínica generó cambios en la forma en que los terapeutas comprenden, interpretan y perciben el mundo, “*digamos que todo su conocimiento como psicólogo también está empezando a integrarse como persona entonces empiezas a ver el mundo desde otra perspectiva, entonces empiezas no sé a fijarte más como te relacionas*” expresa la terapeuta E1. Sin embargo, para los terapeutas con menor experiencia (E y P) estos cambios tuvieron una connotación negativa que generó sentimientos de rabia y frustración, debido a que tienden constantemente a analizar e interpretar las relaciones interpersonales. Esto se explica porque, si bien las habilidades terapéuticas son pertinentes en el trabajo que se realiza con los consultantes, cuando se trasladan a otros contextos de relación limitan la interacción espontánea en las relaciones. Como lo expresa la terapeuta

E3 “*como que se convierte en un diálogo en mi cabeza de que trato de hacerme consciente y de entender todo, y llega un punto en el que es abrumador*”. De esta manera, la dificultad de los profesionales principiantes para delimitar los cambios generados por la terapia y habilidades terapéuticas desarrolladas por el ejercicio clínico, tuvo un efecto adverso en las relaciones afectivas. Como lo expresa el terapeuta P1:

Las personas quienes trabajan más bien con otras cosas que no son seres humanos suelen no expresar muy bien emociones, pero cuando lo ven a uno en una posición de contener, de escuchar, de no juicio, hacen lo que Freud llamaba la abreacción emocional; te lo sueltan todo de una, una cosa tras otra (...). Es decir, yo creo que desde que uno empieza a ser terapeuta la vida se le jode porque uno ya no escucha como un amigo, uno escucha con oídos de terapeuta, uno ve con ojos de terapeuta, está en nosotros. Es decir, es una cosa ya tan aprehendida que es imposible desligarla de otros espacios.

Por el contrario, los terapeutas de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor, refirieron que los cambios generados por la práctica clínica en la adquisición de habilidades de análisis e interpretación, no tuvieron una connotación negativa para ellos debido a que la experiencia terapéutica permite que se desarrollen e incorporen nuevas destrezas interpersonales que van más allá del análisis y que facilitan el proceso de de regulación emocional y de reflexión que aportan y contribuyen a generar vínculos afectivos con los demás. De esta manera, los terapeutas con mayor experiencia delimitan las habilidades interpersonales y las habilidades terapéuticas que se emplean en las sesiones. Por lo tanto, los terapeutas (PE y PM) identifican que actuar terapéuticamente en las relaciones de pareja, familia o amigos tiene un efecto

adverso que impide la expresión emocional y dificulta la construcción del vínculo afectivo recíproco en las interacciones. Así lo refiere la terapeuta PM3 en el siguiente apartado:

No voy a jugar a ser mamá y terapeuta, imagínate tu dónde ella realmente me quiera contar algo duro y pues a mí se me va a salir la mamá, entonces no con mi hija soy mamá, punto, no soy terapeuta. Ahora, te estoy hablando ahora desde la experiencia, o sea, con mis hermanos digo “listo, soy hermana” pero no me voy a poner a hacer terapia. Sin embargo, como ya tenemos un entrenamiento, uno hace unas observaciones o unas afirmaciones, o unas reflexiones o unas preguntas. Entonces, aunque uno no esté haciendo terapia, nuestra forma de escuchar, de preguntar es distinta, ya está en uno. (...) la terapia me ha permitido desarrollar habilidades como de bajarle el volumen a mi diálogo interno, o pensamiento, y estar ahí para la otra persona (...) Entonces tener esa claridad de los contextos de quién soy en cada momento ayuda, porque si no hay esa confusión y es como “y, claro si soy psicóloga cómo voy a pelear con mi mamá” por ejemplo o “cómo le hago este reclamo”.

Por otra parte, los cambios que experimentan los terapeutas también se promueven por la reflexión que ellos realizan acerca de la congruencia que debe existir entre el trabajo con las problemáticas de los consultantes y cómo los terapeutas resuelven sus propios conflictos. Como lo expresa la terapeuta PM3: “cómo comprendes y aceptas las emociones de los otros cuando tú misma no te has dado ese tiempo para mirar tus emociones.”

En este sentido la terapeuta E1 expresa lo siguiente:

Al consultante le estas diciendo que se contacte, que muestre las emociones, que no va a pasar nada. Pero tú en tu vida si haces otra cosa, tu si las escondes, no las dejas salir, tienes miedo que si salen va a pasar algo” entonces uno dice como “bueno, estoy actuando incoherentemente”

De esta manera, el quehacer clínico generó cambios significativos para los terapeutas, que se expresaron en identificación, expresión y regulación emocional, además se generaron cambios en la valoración que cada profesional realiza de sí mismo, de las relaciones afectivas y de la vida en general. Como se expresa en el siguiente apartado:

E2: siento que he podido como ver la vida de otra manera, como valorar más las cosas, y creo que sobre todo a nivel personal como esto de no juzgarme como de aceptarme más como soy, también de aceptar las cosas que no puedo cambiar o lo que sí. Pues como que lo he llevado como a en general a todas mis relaciones por decirlo así, entonces siento que me ha cambiado la manera en que veo la vida también.

En el siguiente apartado se abordan las relaciones de los terapeutas con familia, pareja, colegas y supervisor, quienes conforman el sistema de apoyo, debido a que según el tipo de relación que los terapeutas establecen con las personas cercanas, los efectos adversos de la práctica clínica se pueden disminuir o evitar. Además, las relaciones interpersonales también contribuyen a que los cambios y transformaciones que experimentan los terapeutas se fortalezcan y se afiancen. Por lo tanto, los efectos tanto positivos como adversos que tiene la práctica clínica se expresan en los espacios de interacción de los terapeutas.

Funciones del sistema de apoyo del terapeuta

Los terapeutas entrevistados de todos los niveles de experticia profesional refirieron que la relación de familia y pareja, son consideradas como un recurso que ayuda a prevenir o disminuir los efectos adversos de la práctica clínica. Así lo expresa el estudiante avanzado E3:

Desde que empecé con la práctica clínica siempre dije “yo soy muy sensible y sé que muchas cosas me pueden afectar así que necesito mantener mis recursos activos” y para mí eso es muy importante la parte espiritual, la relación con mi pareja, la relación con mis amigos y familia.

Por esto es relevante que el terapeuta establezca una relación de confianza con los miembros de la familia y/o pareja, la cual se promueve en la medida en que las personas cercanas no realizan demandas o exigencias para que el profesional asuma un rol terapéutico en dicha interacción. Como lo expresa la terapeuta E1: *“justamente él (la pareja) ha estado ahí en todos los momentos en que yo le he dicho “uf, es agotador ser, estar así” y él como que no me demanda ese “entiéndeme, y escúchame” como psicóloga”*. De esta manera, frente a las dificultades en el trabajo con los consultantes, el terapeuta busca activamente apoyo, escucha y comprensión por parte de los miembros de la familia y pareja, por lo cual cuando la relación es de confianza posibilita la expresión emocional en cuanto a situaciones que impactan o que agreden al terapeuta, promoviendo así que el profesional desarrolle una nueva comprensión y tome perspectiva de lo que sucede durante el trabajo clínico. Así lo expresa la profesional PE1:

Uno es humano, uno siente, uno sufre, uno tiene una historia, uno está ahí, y yo muchas veces como desde que antes cuando vivía con mi mamá, después cuando vivía sola y tenía contacto con amigos y hoy con mi esposo. Hay muchas cosas que claro uno respeta la confidencialidad, pero uno también habla, desahoga, cosas que siente, cosas que ve en el sentido de “necesito compartir eso porque me ha impactado mucho” y es importante tener esta relación con el otro (...) cómo me pasó “mira que el niño me pegó, y estoy impactada con eso” aunque quiera seguir trabajando con niños, aunque quiera seguir ahí, es un impacto, es algo que me agrade y que uno llega y comparte.

De esta manera, los espacios de interacción del terapeuta con familiares contribuyen a generar tranquilidad y bienestar, siendo un recurso que recarga emocionalmente al profesional para retornar nuevamente al trabajo clínico. Así lo expresa la terapeuta mayor PM1:

También como que si hay un compartir dijéramos de ciertas cosas con las personas de mi familia. Y como parte del proceso familiar también hay mucho diálogo y mucho procesamiento como de las cosas, como de la vida de cada uno, como de qué va pasando y eso yo siento que ayuda también. O sea, para mí es como un digerir también en muchos sentidos, o sea, como desde el territorio de llegar aquí (la casa familiar), yo llego aquí e inmediatamente siento como “que rico estar acá” y eso me permite recargar como para regresar y cuando regreso realmente me siento recargada.

Continuando con las funciones del sistema de apoyo, la relación que el terapeuta establece con el supervisor es de gran relevancia dentro de este sistema, debido a que una relación de supervisión de apoyo y confianza permite la expresión abierta y comprensión de las reacciones emocionales de angustia, temor o frustración que experimenta el terapeuta debido al trabajo clínico.

Además, a diferencia de la relación con familia y pareja la relación del terapeuta con el supervisor no facilita únicamente la expresión y contención emocional, también permite que el terapeuta identifique y comprenda cómo las reacciones emocionales y las experiencias de la propia historia de vida impiden o facilitan el trabajo desarrollado en sesión. A su vez el supervisor proporciona guía y orientación para que el profesional tome decisiones que contribuyan al desarrollo del proceso terapéutico con los consultantes. Por lo cual, la relación de supervisión también ayuda a que el terapeuta pueda contener, tomar distancia y comprender la utilidad clínica de la respuesta emocional, ampliando la comprensión que él tiene respecto a lo sucedido en consulta. En este sentido uno de los terapeutas mayores al recordar la experiencia de supervisión expresa lo siguiente:

PM1: uno solamente ve un pedazo de la perspectiva y cuando hay un aspecto emocional o un aspecto que se le ha activado a uno, pues es difícil algunas veces ver las otras cosas, y lograr como un punto de vista de toda una experiencia del paciente que uno no está teniendo en este momento o uno lo tiene parcializado, entonces la supervisión la amplía. Y es una visión también a través mío, o sea si yo la traigo a mi supervisión pues es una visión mía de esta persona y de lo que me hacen sentir a mí. Y a la vez es un espacio donde uno puede procesar que es lo que

ocurre en mí para poder determinar cuáles son las mejores acciones terapéuticamente hablando para la persona.

De manera que, cuando los terapeutas pueden expresar y contener las respuestas emocionales experimenta un estado de descarga emocional y bienestar que les permite continuar con los procesos terapéuticos que se desarrollan. Como lo expresa la terapeuta E3:

Fue como sacar todo y yo le decía a la profe (al supervisor) “mire profe, yo quiero echarlo, quiero echarlo y que ya no venga” y se siente como una liberación emocional un poco, como de “ah, bueno ya me descargué por decirlo, también me descargué porque siento más claridad, sé de pronto como utilizar esto, sé de pronto qué lo produjo y por qué lo estoy sintiendo” ayuda como a tener mayor claridad y tranquilidad frente al consultante de nuevo.

Es por esto que el proceso de aprendizaje del terapeuta se facilita y promueve en la medida en que la relación de supervisión no es impositiva o invalida los esfuerzos de aprendizaje que realiza el terapeuta. “*Mi supervisor tenía la paciencia o teníamos una buena relación de contención, entonces me explicaba cosas, él no atropellaba nunca, sino que me decía “venga y yo le explico bien lo que usted está diciendo”* Refiere el terapeuta PM2.

En consecuencia, el supervisor además de aportar conocimiento teórico, es considerado por los terapeutas como una base segura a la cual puede acudir en momentos de crisis o de dificultades que surgen en el quehacer clínico. “*Mi supervisor si me paladea un poquito por ejemplo las angustias con algunos casos, me pule la técnica, me ayuda con*

teoría, me acompaña, por ejemplo, en momentos de dificultad en la terapia” Así lo manifiesta el terapeuta P1. De esta manera, cuando el supervisor cumple con las funciones del sistema de apoyo, contribuye a que el terapeuta experimente seguridad en sí mismo, reduciendo los sentimientos de angustia, temor y frustración.

En este sentido, los terapeutas entrevistados de los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante, debido a que son quienes experimentan en mayor medida los efectos adversos de la práctica clínica refirieron que la relación de apoyo en supervisión fue un recurso fundamental que permitió afrontar las dificultades en la terapia, promoviendo en los terapeutas el desarrollo de sentimientos de seguridad personal. Así lo expresó la terapeuta E4 haciendo referencia a la experiencia con su supervisora: *“me siento más confiada de que puedo hacer las cosas, de que puedo aprender, siento que, dentro de ese apoyo, ella (la supervisora) me muestra que es normal y esperable ciertas cosas que yo no había visto.”* Con relación a este tema los profesionales que cuentan con mayor experiencia, de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor reportaron beneficios similares de la relación de supervisión a los que expresaron los terapeutas con menor experiencia. Sin embargo, con la adquisición de experiencia terapéutica, los profesionales mayores prescindieron del uso de los espacios de supervisión al convertirse en supervisores de terapeutas más jóvenes.

Por otra parte, cuando en la relación de supervisión el terapeuta experimenta invalidación de los estados emocionales y poca empatía hacia la experiencia del quehacer clínico, el supervisado evita abordar las respuestas emocionales y los aspectos personales que dificultan o impiden el trabajo terapéutico. Los terapeutas que tuvieron experiencias

adversas de supervisión expresaron temor a ser juzgados, criticados y a que la evaluación del desempeño terapéutico fuera deficiente. Por lo tanto, cuando el supervisor se centra únicamente en el aspecto evaluativo del desempeño clínico, los efectos adversos de la práctica clínica como sentimientos de angustia, inseguridad, y frustración se quedan como contenidos aislados en la experiencia del terapeuta que, al no ser expresados, ni comprendidos se incrementan. Así lo expresa la terapeuta E4:

Me toco hablar cosas más con él (el supervisor) aunque no había esa confianza y entonces yo sentía que cada vez que hablaba de eso iba a ser contraproducente para mí. Y al final me di cuenta que si fue contraproducente porque él me juzgó mal y me puso una nota muy bajita (...) llegar a supervisión entonces me daba miedo, y como que no quería.

Hasta ahora se han abordado las funciones de la relación de familia, pareja y de supervisión dentro del sistema de apoyo del terapeuta.

Otra de relación que también se encuentra dentro del sistema de apoyo es la relación que los terapeutas establecen con colegas. Esta interacción es de gran relevancia debido a que le permite al terapeuta expresar con otros profesionales las respuestas emocionales que surgen como resultado del trabajo con los consultantes, construyendo un compartir de experiencias similares que facilita una relación de apoyo mutuo entre terapeutas. Además, en la relación con colegas el terapeuta expresa dudas e inquietudes respecto a diagnósticos, y formas de intervención, las cuales se resuelven a través de la retroalimentación que recibe.

De esta manera, los terapeutas expresaron que el apoyo y retroalimentación que reciben por parte de los colegas, es fundamental para reconocer los límites personales y profesionales, llegando a tener una comprensión de que el conocimiento que el terapeuta posee es limitado, por lo cual es necesaria la mirada externa de otro profesional para nutrir y complementar los saberes y experiencias adquiridos. Así lo expresa el terapeuta P1:

Yo siento que todos los psicólogos creemos que nos las sabemos todas, y yo creo que lo mejor que pude aprender en la práctica es que yo nunca me las voy a saber todas, que yo tengo límites y que mis límites son claros. Hablando con mis compañeros me doy cuenta que mis límites son ciertos y que los puedo mover, ¿Por qué? Porque hablando con ellos surgen cosas que a mí no se me habían ocurrido, y desde otros saberes, desde otras experiencias le dan la posibilidad a uno de ampliar un poquito el horizonte.

En este sentido, cuando la relación que el terapeuta establece con colegas es de cooperación, se promueve el aprendizaje conjunto y amplía la comprensión que el terapeuta realiza de los aspectos que se trabajan las sesiones con los consultantes. Como lo expresa la terapeuta PM3:

El trabajo terapéutico es más efectivo si estas en red, parte también de lo que hacíamos en la formación era hacer co-terapia, podíamos entrar dos personas. Y hacer un cambio a “somos compañeros, colegas y estamos colaborando en pro de la familia”. Ese entrenamiento con equipo terapéutico me ayudó a moverme hacia la colaboración.

Adicionalmente, una relación de apoyo con colegas, contribuye a la expresión, procesamiento y contención de los estados emocionales intensos que surgen en el profesional y facilita que el terapeuta identifique las situaciones en las que requiere ayuda externa y realice esfuerzos que lo movilicen hacia la consecución de la misma. Como lo expresa el terapeuta P1:

Ser psicólogo clínico, es un trabajo muy solitario, uno todo el tiempo está haciendo lo mismo. Tú, todos los días vas a ver pacientes, pero, ninguno de ellos es capaz de verte a ti, ninguno de ellos te conoce, te pregunta cómo estás, te recoge, te contiene. En un grupo de terapeutas en formación sí, porque te preguntan cómo estás, cómo te fue, cómo saliste. Ese tipo de cosas me permite a mí decir “cuento con otros cuando no sepa que hacer” uno tiene quien le diga, quien le ayude.

Contrario a lo que sucede con la relación de supervisión, la cual tiene mayor relevancia para los profesionales en los niveles de menor experiencia, las funciones de la relación de apoyo con colegas se mantienen en todos los niveles de experticia profesional y cobran mayor relevancia para los terapeutas con mayor experiencia (PE y PM). Así lo expresa la terapeuta PM3:

Hasta ahora por ejemplo en mi práctica clínica cuando hay un caso muy duro por cualquier razón, yo tengo dos colegas terapeutas a los que llamo, y les digo “quiero hablar de esta familia, ¿me ayudas?” Porque ya no es la idea de que soy la experta de que tengo que sabérmelas todas.

Es de importancia mencionar que si bien la práctica terapéutica en si misma tiene diversos efectos para el terapeuta como se explicó en los apartados anteriores. Las

experiencias personales y la construcción de los vínculos afectivos que el terapeuta ha realizado a lo largo de su historia de vida, son aspectos que se involucran y afectan la forma en que el terapeuta asume y desarrolla los procesos de psicoterapia, este tema se abarca en el siguiente apartado.

Influencia de las experiencias e historia de vida del terapeuta

Las experiencias y las relaciones que los terapeutas han construido a lo largo de la vida, son aspectos que afectan la forma en que los profesionales asumen el trabajo clínico debido a que en las sesiones con los consultantes se evidencia el repertorio relacional con el que cuenta los terapeutas. En algunas ocasiones estas experiencias del terapeuta pueden dificultar o impedir el trabajo en sesión, lo cual ocurre cuando los psicólogos reaccionan a las problemáticas de los consultantes de acuerdo a los sesgos provenientes de su propia experiencia de relación. Esta situación se evidencia en mayor medida en los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante, debido a que los terapeutas con menor experiencia desconocen cómo los sesgos provenientes de la biografía personal intervienen en el desarrollo de los procesos terapéuticos, de manera que, este desconocimiento es un factor que incide en que los profesionales (E y P) sean más propensos a actuar en sesión acorde a los conflictos provenientes de sus experiencias de relación.

En este sentido los terapeutas con mayor experiencia (PE y PM) refirieron que con la adquisición de experticia terapéutica desarrollaron la habilidad para identificar los conflictos y sesgos presentes en su propia historia de vida. De manera que, al tener este

conocimiento disminuyó la posibilidad de que los actúen en la sesión con los consultantes.

Así lo expresa una de las terapeutas:

PM3: cuando atendía parejas resultaba que principalmente el hombre era alcohólico, y mi intención como terapeuta era que se separaran. Y ese fue un trabajo muy interesante con mi supervisor y con mi propio genograma y era “cuáles eran las historias de alcoholismo y cuáles eran las relaciones cercanas a mí que yo quería que estas familias se separaran” (...) me di cuenta, porque es un trabajo reflexivo, que esa era mi historia, o sea mis historias del alcoholismo y la de querer separarlos como si la única forma fuera separándose de la gente. Entonces después ya obviamente uno con más experiencia lo puedo ver, están ahí, pero ya no tengo la intención de que la gente se separe.

Agregando al planteamiento anterior, las experiencias en la historia de vida de los terapeutas también incidieron en el interés que demostraron los profesionales por el trabajo con ciertas problemáticas psicológicas y tipo de población que atienden en consulta.

Además, la etapa del desarrollo del ciclo vital en la que se encuentran los terapeutas se asocia con la aceptación o rechazo que hacen los terapeutas de ciertas problemáticas a lo largo de la trayectoria profesional, de manera que eventos significativos como el nacimiento de los hijos, divorcio o separación, son aspectos que se involucran en la preferencia de los terapeutas hacia el trabajo con ciertos conflictos psicológicos o el rechazo que pueden hacer de estos. Así lo expresa el profesional PM2:

Uno no resiste a todo el mundo, porque como lo afecta a uno entonces uno rechaza (...) En una psicoterapia eso son dos biografías que se juntan en un momento,

entonces la biografía de uno atrae o hay repulso (...) Ahora por eso digo que la afectación es el estado de uno el que va a definir a quien, a quien puede contener, a quién puede enganchar (...) la biografía de uno, el punto en el desarrollo en el que está es un factor que determina con qué tipo de paciente va a trabajar. Es decir, en el desarrollo vital de uno dependiendo en qué punto está, aparece un interés por determinado tipo de problemática. (...) yo creo que después de años de atender, uno ya tiene más o menos delimitado cuál es el tipo de personalidad con la que uno liga.

En este sentido, las experiencias del terapeuta en los diferentes contextos de interacción, las cuales son la base a través de las cuales se configuran estilos de relación que son particulares para cada profesional, son aspectos que pueden intervenir en la elección que realiza el terapeuta de la especialidad clínica. Además, las experiencias de vida influyen en la forma que los terapeutas conceptualizan y comprenden las dificultades psicológicas. Así lo expresa la terapeuta P3 quien se refiere a cómo experiencias familiares tempranas y la posterior comprensión que la terapeuta realiza de esas experiencias, son aspectos que moldearon la elección del enfoque familiar sistémico como perspectiva terapéutica a la cual adhiere la práctica clínica:

Yo crecí en una casa donde mi mamá y mi papá pelaban muchísimo, mi mamá tenía muchas reacciones irracionales, era el tipo de persona que reaccionaba y rompía cosas y a veces nos pegaba (...) y eso fue lo que me hizo a mi darme cuenta que todo es a raíz de la familia porque yo probablemente en esa época en que todas estas cosas pasaban en mi casa, esa era una de las razones por la cual yo no me podía concentrar en clases, por la cual yo a veces me sentí insegura y a veces

lloraba. Entonces si a mí, algún psicólogo me hubiese visto yo hubiese querido que mi familia esté incluida en esa terapia, no nada más yo, porque el problema no era yo, el problema era lo que yo vivía en la casa.

Por lo tanto, en el quehacer clínico se involucran aspectos personales que se asocian con las experiencias de vida del terapeuta, los patrones y formas de interacción que se han construido a través del tiempo y el desarrollo de habilidades interpersonales que facilitan el trabajo clínico. De manera que las vivencias relacionales proporcionan a los terapeutas una mayor comprensión de las problemáticas que presentan los consultantes, facilitando el desarrollo de los procesos terapéuticos con los consultantes y ampliando la capacidad terapéutica del profesional para establecer una relación terapéutica con las personas que acuden a consulta. Por lo cual se considera que la práctica psicoterapéutica va más allá de la aplicación de técnicas y procedimientos. Así lo expresa una de las terapeutas entrevistadas:

PM1: la terapia como un autoestudio asistido, o sea, que tu vienes a estudiarte a ti misma y yo te asisto en estudiarte a ti misma (...) o sea, para mí hay un componente que es obviamente tu historia. Pero la sanación y el proceso terapéutico realmente se da más allá, se da en un campo relacional. Entonces todas mis relaciones y mi campo relacional, así como se da con mi familia o con mis prácticas espirituales o los grupos a los que yo frecuento o ese tipo de cosas, pues nutre un montón como ese campo relacional y mi capacidad también de estar frente a la terapia. Y las experiencias de vida y no solamente es la experiencia de sentarse uno con pacientes, sino la experiencia de vida (...) uno va a travesando por cosas por

ejemplo yo, o sea, mis dos papás están muertos, o sea, murieron hace tiempos, entonces pues es una experiencia que pues yo no tenía hace veinticinco años, la experiencia de no tener mamá, por ejemplo. Esto da como un mayor campo de experiencia también para encontrarse con el otro, aunque no es necesario uno haber vivido la misma experiencia del otro para poder sentir empatía frente a esa situación.

Por consiguiente, la práctica terapéutica les permite a los psicólogos construir una identidad personal que adquiere sentido a través de la ayuda que le proporciona a los demás. De esta manera, a través del ejercicio terapéutico los profesionales construyen un sentido de vida. Así lo expresa el terapeuta P1:

Buscar el sentido de la vida a través de la ayuda al otro, a través de dar en el otro. Ese es el sentido de mi vida: ayudar a los otros desde lo que sé (...) Encontré mi identidad a través de la ayuda al otro, a través de la entrega al otro. La terapia me dio la posibilidad de filiarne con muchas personas, intimar con ellas en su vida, no en la mía sino en la suya y construirlas y construirme con eso, y aprender de ellos.

Discusión

El análisis de las entrevistas realizadas permitió identificar aspectos relevantes en cuanto a los efectos que experimentan los terapeutas debido a la labor que desempeñan. De esta manera, se identificó que los profesionales que cuentan con menor experiencia desarrollando procesos psicoterapéuticos de los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante, son quienes experimentan en mayor medida los efectos adversos de la práctica clínica.

Los efectos adversos se expresaron en los terapeutas a través de un estado de perturbación tanto a nivel físico como a nivel emocional. Las reacciones emocionales involucraron sentimientos de angustia, tristeza, rabia, frustración y preocupación por parte de los profesionales. En cuanto a las reacciones a nivel físico los terapeutas experimentaron cansancio, fatiga, dolor y dificultades para conciliar el sueño. Estas reacciones fueron frecuentes en los profesionales cuyo trabajo terapéutico se centró en la atención a personas con problemáticas asociadas con experiencias traumáticas, víctimas de maltrato físico o psicológico, bajo control de impulsos, trastornos de personalidad y riesgo suicida. Estos resultados se corroboran con lo encontrado en la investigación realizada por Arnold, et al., (2005) quienes plantearon que el trabajo clínico con consultantes que han experimentado situaciones traumáticas genera en los terapeutas cambios transitorios como pensamientos intrusivos, sueños, imágenes, al igual que respuestas emocionales de tristeza, ansiedad, miedo, culpa, frustración y sensaciones físicas como cansancio, agotamiento o dolor. Por lo cual, los terapeutas que trabajan con consultantes que sufren eventos traumáticos extremos son más vulnerables a experimentar los daños colaterales del trabajo terapéutico (Kottler y Balkin, 2017).

En este sentido los estados de desequilibrio físico y emocional de los terapeutas con menor experiencia (E y P) se asocian con las dificultades que experimentaron los psicólogos para desligarse de los contenidos trabajados en sesión, debido a la dificultad de los profesionales para discriminar y separar los temas abordados en terapia de los diferentes contextos de interacción. De manera que, cuando los terapeutas presentan reacciones de irritabilidad, agotamiento, y distracción durante el trabajo clínico es probable que existan dificultades para establecer límites claros entre el ejercicio profesional y la vida por fuera del consultorio (Norcross y Guy, 2007).

Esta situación implicó que los estados de perturbación en los terapeutas permanecieran incluso tiempo después de concluir las sesiones terapéuticas con los consultantes. Lo anterior se ilustra en el siguiente apartado:

P3: llegaron muchísimos clientes que los padres abusaban de ellos físicamente. Eran niños que los padres los lanzaban al piso y les caían a patadas, y esos eran casos en los que yo tenía que reportar al estado (...) tenía que decirle al niño que lo que sea que él me acaba de decir ya no es secreto ¿entiendes? entonces era muy frustrante para mí (...) y si me pasaron muchas veces que hasta no me podía dormir, en especial los casos que tenía que reportar. Porque me pasó una vez que reporté y justo ese fin de semana le tocaba al niño dormir con el papá (...) y yo sabiendo que ese niño esa noche iba a dormir con el papá y que probablemente el estado no haga nada hasta dentro de una semana. Entonces me sentía culpable como que “¿será que ahorita le va a caer a patadas por mi culpa?”

En este sentido, los estados de perturbación en los terapeutas se pueden explicar debido a que los profesionales principiantes (E y P) todavía no han desarrollado una amplia comprensión de la complejidad del trabajo clínico, desconociendo que la respuesta emocional de frustración es inherente al desarrollo de los procesos terapéuticos. De manera que, los terapeutas con menor experiencia tienden a percibir la respuesta de frustración como signo de fracaso y falta de aptitud para el desarrollo de la labor clínica. Esta situación conlleva a que se incrementen los sentimientos de angustia en los terapeutas, experimenten dificultad para establecer límites terapéuticos y también a que los profesionales excedan los límites personales en la atención a consultantes con el objetivo de contrarrestar los sentimientos de inseguridad en sí mismos y culpa que surgen debido a la atención terapéutica.

Por lo tanto, la presencia de estados de perturbación física y emocional en los terapeutas contribuye a que se generen sentimientos de inseguridad en sí mismo, temor al fracaso, frustración y dudas frente a la capacidad de ayuda terapéutica. Esto coincide con lo encontrado en el estudio de Ronnestad y Skovholt (2003b) quienes refirieron que los terapeutas principiantes son más propensos a experimentar emociones de angustia y ansiedad al momento de encontrarse con dificultades durante el desarrollo de procesos terapéuticos debido a que carecen de confianza en sí mismos.

Otro factor de importancia a considerar en la presencia los estados de perturbación corresponde a la historia de vida de cada terapeuta, de manera que los profesionales con historia personal de trauma y que cuentan con menor experiencia en el desempeño clínico tienden a experimentar altos niveles de angustia y de estrés, acompañado de reacciones

emocionales intensas de frustración y además experimentan un creciente temor a que el consultante se agreda a sí mismo o cause daño a las demás personas. Por lo tanto, los estados de perturbación en los terapeutas con menor experiencia clínica genera mayor agotamiento y cansancio emocional, lo cual se relaciona con el hecho de que los profesionales se sienten responsables por los consultantes incluso cuando se encuentran por fuera del consultorio. En consecuencia, el trabajo terapéutico con personas que han vivido experiencias traumáticas generan secuelas en el mundo interno del terapeuta y en las relaciones interpersonales (Pearlman y Mac Ian, 1995).

Por lo tanto, es de importancia que los profesionales que comienzan a realizar práctica clínica conozcan los efectos adversos que se pueden generar debido al trabajo con consultantes que experimentan complejas dificultades asociadas a experiencias traumáticas, con el fin de los terapeutas puedan desarrollar recursos y habilidades que les permitan hacer frente a dichos efectos y promuevan estados de bienestar en los practicantes. Un recurso importante frente a los efectos adversos de la práctica clínica es que los terapeutas se vinculen a espacios de terapia personal. De manera que a través de vincularse a espacios terapéuticos los psicólogos puedan elaborar y resolver los conflictos provenientes de los afectos adversos del ejercicio terapéutico.

Es importante resaltar que, los estados de perturbación tanto a nivel físico como a nivel emocional que experimentaron los terapeutas surgieron como resultado de la interacción entre diversos aspectos, por un lado, se encuentra el nivel de experticia profesional y las características particulares del contexto de intervención y por otro lado se encuentra el trabajo terapéutico con las experiencias traumáticas de los consultantes. De

esta manera, la falta de experiencia terapéutica no es el único factor involucrado en que se generen efectos adversos ocasionados por la práctica clínica, el contexto en el cual se desarrollan los procesos de intervención y las características particulares de la población que recibe la atención terapéutica, también son aspectos relevantes. Por lo cual, los terapeutas participantes de los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante, llevaron a cabo el ejercicio terapéutico en un contexto de atención psicológica en centros prestadores del servicio de salud mental a la comunidad (IPS) en los cuales en su mayoría se realiza atención terapéutica a personas que experimentan dificultades complejas asociadas a experiencias traumáticas.

Con relación a este tema, se encontró que los terapeutas con mayor experiencia (PE y PM) evidenciaron una disminución de los estados de perturbación física y emocional. Lo cual se puede explicar debido a que con la adquisición de experiencia clínica el profesional adquiere habilidades terapéuticas para el trabajo con los conflictos de los consultantes y además los profesionales de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor, que fueron entrevistados desarrollan el quehacer terapéutico en un contexto de práctica privada, en el cual las dificultades tratadas en su mayoría fueron problemáticas relacionales y afectivas, las cuales según los terapeutas participantes en la investigación tienen una complejidad clínica menor. Lo anterior se ilustra en el siguiente apartado:

PM1: En un contexto como de práctica clínica como el que tengo ahora, por ejemplo, obviamente los consultantes son muy diferentes, porque allá (en la práctica como estudiante) trabajaba pues con casos mucho más severos, era una

clínica de salud mental comunitaria, entonces muchos casos diferentes se veían. Y aquí (en la práctica privada) no que muchos casos diferentes no se vean, sino que el fluir es muy diferente y las condiciones son muy diferentes y rara vez me siento como que no quiero ver a alguien o que no me siento segura con alguien.

Agregando al planteamiento anterior, los terapeutas con mayor experiencia (PE y PM) también expresaron que la experiencia terapéutica promovió el desarrollo de habilidades para discriminar y separar los contenidos trabajados en las sesiones terapéuticas de los espacios de interacción con familia, pareja y amigos, lo cual se asocia con una disminución de los efectos adversos como agotamiento emocional, angustia, fatiga y cansancio que experimentan los terapeutas debido al quehacer clínico, debido a que los terapeutas de estos niveles de experticia identificaron la importancia de involucrarse plenamente en las interacciones con las personas cercanas como una estrategia que les permitió desligarse de los temas abordados en sesión. Con relación a este tema Norcross y Guy (2007) plantearon que los límites que establece el terapeuta para discriminar los diferentes contextos, permiten reducir la ansiedad y preocupación con relación al trabajo con el consultante. Por lo cual, para que el terapeuta pueda establecer límites terapéuticos es importante que tome decisiones acerca de aspectos como: la cantidad de horas a trabajar durante la semana, los descansos a tomar para garantizar la calidad terapéutica, disponibilidad para ser contactado por fuera de la sesión, y disponibilidad para atender consultas de crisis. Además, los terapeutas con mayor experiencia refirieron que contar con espacios que promueven el autocuidado facilita desligarse de los temas abordados en las sesiones con los consultantes, debido a que en estos espacios los terapeutas se centran en mantener su propio bienestar tanto a nivel físico como a nivel emocional. Los espacios de

autocuidado más utilizados por los terapeutas fueron actividades de relajación y ejercicio físico, actividades grupales, prácticas asociadas con la espiritualidad y terapia personal.

Respecto a este tema Kottler y Balkin (2017) plantearon que el autocuidado en los terapeutas muchas veces implica que tomen en consideración las mismas recomendaciones que ellos realizan a los consultantes, las cuales se asocian a realizar ejercicio regularmente, mantener una actitud positiva, involucrarse en actividades de reducción de estrés, incrementar el apoyo social a través de la relación con colegas, amigos, supervisor y acudir a terapia personal.

Por otra parte, establecer límites terapéuticos es posible en la medida en que el terapeuta es consciente de la relación que existe entre el autocuidado y el ejercicio profesional. Los terapeutas que tienen un balance entre el cuidado de la salud, relaciones de apoyo y espacios de diversión y/o esparcimiento tienden a experimentar mayor bienestar para asumir el trabajo clínico (Neswald-Potter, Blackburn, & Noel., 2013). Es por esto que los límites terapéuticos se consideran como una combinación entre el estilo personal, la orientación teórica, y los recursos individuales de cada profesional. Con relación a este tema la terapeuta PM3 expresa lo siguiente:

Me cuido o sea yo ahora camino (...) Y lo que he logrado hacer es separar los espacios, llego a mi casa y es a mi casa, con mi hija con mi familia, punto. Eso es importante, he hecho también biodanza o hago ejercicios de relajación.

Por otra parte, también se encontró que las dificultades que los terapeutas experimentaron en las relaciones interpersonales con pareja, familia y amigos, tuvieron un efecto en la práctica clínica, en la medida en que disminuyó la capacidad del terapeuta para

responder empáticamente al trabajo desarrollado en consulta y aumentó la sensación de cansancio emocional. Esto se generó debido a que los terapeutas experimentaron emociones de impotencia y frustración al no poder resolver los propios conflictos. Estos resultados concuerdan con lo reportado por los terapeutas en la investigación realizada por Arnold, et al., (2005) y por Cummins, Massey & Jones (2007) quienes plantearon que la insatisfacción de los terapeutas con su vida personal puede influir en la insatisfacción de los profesionales con el trabajo clínico, de manera que se pueden presentar cancelaciones o retrasos para presentarse a las sesiones. Además, cuando los terapeutas presentan niveles crónicos de cansancio y agotamiento emocional pueden experimentar dificultad para empatizar con las personas que acuden a consulta. Este planteamiento se evidencia en la narración de la terapeuta E3:

A veces cuando físicamente estoy muy cansada o cuando emocionalmente por mi vida personal también estoy muy agotada, genera una carga el pensar “bueno, tengo que ir allí a trabajar seis horas seguidas con seis consultantes y a pensar en ellos.

Otro de los resultados de la presente investigación hace referencia a las relaciones interpersonales del terapeuta como un aspecto que contribuye a disminuir o evitar los efectos adversos que tiene la práctica clínica. Frente a las dificultades que se presentaron en el ejercicio clínico los profesionales buscaron activamente el apoyo, comprensión y contención emocional por parte de los familiares. Es así como según los terapeutas entrevistados, tanto la familia como la pareja participan del proceso de regulación

emocional, contribuyendo al procesamiento de las respuestas emocionales que surgen en los psicólogos como resultado del trabajo clínico.

Por lo tanto, cuando el contacto con las experiencias de los consultantes genera agotamiento emocional o estados de angustia, frustración e insatisfacción en los terapeutas, es importante que los profesionales cuenten con espacios que permitan restaurar los recursos internos y recobrar el equilibrio emocional. Lo cual ocurre en el contexto de las relaciones significativas y de confianza con las personas cercanas (Norcross y Guy., 2007). Además, en los momentos en los que los terapeutas experimentaron estados intensos de angustia y desregulación emocional, contar con el apoyo y contención por parte de familiares o amigos contribuyó a que los profesionales tomaran distancia y reflexionaran acerca de los aspectos trabajados en la sesión. La búsqueda de apoyo y comprensión por parte de los miembros de la familia, es un aspecto que estuvo presente en todos los niveles de experticia profesional, desde el estudiante avanzado hasta el profesional mayor.

Con relación a este tema Neswald-Potter et al., (2013) plantearon que las relaciones del terapeuta con amigos, pareja y familia las cuales son consideradas como interacciones íntimas y sociales, contribuyen a mantener la sensación de bienestar, entendido este como un estado de satisfacción óptimo que maximiza el potencial de la persona.

Agregando al planteamiento anterior, se encontró que, la relación de supervisión es de gran relevancia para los terapeutas de los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante, debido a que esta relación es considerada como un recurso de apoyo que contribuye a disminuir los efectos adversos que experimentan los terapeutas. El supervisor es de apoyo cuando contribuye al desarrollo de un estilo terapéutico propio y

autonomía en el supervisado y orienta a los terapeutas para que encuentren alternativas a las dificultades que se presentan en el quehacer clínico. Además, la relación de supervisión también facilita la identificación y expresión de las respuestas emocionales de los terapeutas, lo cual genera que los terapeutas observen, tomen distancia y comprendan la utilidad clínica de las emociones y cómo estas pueden dificultar o impedir el trabajo desarrollado en sesión.

Por otra parte, una relación de confianza con el supervisor promovió que los terapeutas reflexionen y desarrollen nuevas comprensiones respecto a la relación que existe entre las reacciones emocionales que surgen en sesión y las propias experiencias y conflictos personales. De esta manera, cuando los terapeutas comprenden que las reacciones emocionales se generan con los consultantes guardan estrecha relación con su historia de vida, es factible que identifiquen los aspectos de su propia experiencia que son sensibles a ser trabajados y elaborados a fin de que no se conviertan en un obstáculo para el trabajo clínico. Este planteamiento se ilustra en la narración de la terapeuta P3:

Mi supervisor me ayuda, yo le digo “mira, me está pasando esto, me acuerda demasiado a mi mamá y no sé cómo conectarme con esa persona” entonces él me dice “qué preguntas le puedes hacer para entenderlo o ¿por qué está reaccionando así?” porque todo el mundo reacciona de acuerdo a sus experiencias, y su manera de ver la vida.

Por consiguiente, una relación de apoyo en supervisión contribuyó a que los profesionales ampliaran la perspectiva de los acontecimientos ocurridos en sesión, mejorando la toma de decisiones. Sobre este tema Ladany et al., (2008) plantearon que un

buen supervisor desarrolla y atiende la alianza de supervisión, empatiza y empodera al aprendiz, y además utiliza eficazmente los procedimientos de evaluación, desafiando continuamente al supervisado y proporciona retroalimentación positiva y crítica con relación al desempeño terapéutico.

Uno de los resultados que corrobora la importancia de una relación de apoyo y confianza y supervisión, fueron los efectos negativos que experimentaron algunos de algunos terapeutas del nivel de experticia estudiante avanzado, que tuvieron experiencias adversas de supervisión, las cuales se caracterizaron por la invalidación de las reacciones emocionales del terapeuta, énfasis excesivo en los aspectos evaluativos y críticas constantes con relación al desempeño de los supervisados. Esto fue considerado como un obstáculo que impidió la consolidación de una relación de apoyo, por lo cual los terapeutas demostraron reacciones de temor y angustia que se expresaron a través de evitar abordar en supervisión las reacciones emocionales y los aspectos personales involucrados en el trabajo terapéutico. Por consiguiente, los sentimientos de inseguridad, duda, temor, angustia y frustración de los practicantes se incrementaron. Esta situación dificultó el proceso de aprendizaje, el cual no se limita únicamente a los aspectos teóricos de la práctica clínica, sino que se busca que a través de los espacios de supervisión los terapeutas desarrollen habilidades para identificar, contener, comprender las reacciones emocionales y los aspectos personales que se involucran en el trabajo clínico. Este resultado concuerda con lo propuesto por Ladany et al., (2008) quienes mencionaron que los terapeutas experimentan efectos adversos cuando el supervisor tiende a ser excesivamente crítico, no valora el trabajo del aprendiz, enfatiza únicamente en los aspectos evaluativos y pedagógicos, la retroalimentación que proporciona a los terapeutas es escasa, y no demuestra interés en la

experiencia de supervisión, lo que conlleva que el supervisor no pueda desarrollar una alianza de supervisión.

De esta manera, se identificó que la relación de supervisión tiene mayor relevancia para los terapeutas con menor experiencia (E y P) debido a que estos profesionales son quienes hacen un mayor uso de los espacios de supervisión. Por el contrario, los terapeutas de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor, prescindieron del uso de la supervisión, lo cual se puede explicar debido a que encuentran en la relación con colegas funciones similares a las que se obtienen en una relación de supervisión. Por lo cual, a través de los encuentros con otros terapeutas se establecieron relaciones de apoyo y de aprendizaje conjunto, en las cuales se promovió la expresión y el procesamiento de las reacciones emocionales que surgieron en los terapeutas y además entre colegas se ofreció retroalimentación que complementó y amplió los conocimientos adquiridos de cada terapeuta.

Otro de los resultados de la presente investigación se relaciona con los cambios o transformaciones que experimentaron los terapeutas debido a la práctica clínica. Desde el comienzo de la práctica los terapeutas de los niveles de experticia (E y P) comenzaron a identificar los aspectos difíciles, dolorosos o problemáticos presentes en su propia historia de vida, debido a que en ocasiones las historias de los consultantes se convirtieron en el reflejo de problemáticas particulares de los terapeutas. Esto generó en algunos practicantes del nivel de experticia estudiante avanzado sentimientos de angustia y frustración debido a que se hicieron evidentes aspectos conflictivos de la propia experiencia que habían pasado desapercibidos o se habían evitado hasta el momento.

Sin embargo, con la adquisición de experiencia terapéutica los profesionales manifestaron que las emociones de angustia y frustración desaparecieron y comenzaron a experimentar emociones de satisfacción debido a que la identificación de los aspectos problemáticos de la historia personal si bien al comienzo fue una experiencia abrumadora también les permitió a los terapeutas movilizar esfuerzos para dar solución a los conflictos personales. Por lo cual algunos de los profesionales se vincularon a espacios de terapia personal. Además, el desarrollo de procesos terapéuticos impulsó y favoreció la aceptación de las capacidades y límites personales de los terapeutas. De esta manera la comprensión inicial que realizaron los terapeutas de los efectos adversos de la práctica clínica adquirió una connotación positiva en la cual los profesionales identificaron que la práctica terapéutica permitió y favoreció el desarrollo de habilidades personales, las cuales favorecieron los procesos de reparación y fortalecimiento de los vínculos afectivos de los terapeutas con las personas con familia, pareja y amigos.

En este sentido, la práctica clínica generó cambios en la forma en que los terapeutas se perciben a sí mismos y a las relaciones que establecen con las personas cercanas. De manera que, a través de la experiencia clínica los terapeutas desarrollaron habilidades de compasión, comprensión, amabilidad, y empatía. Estas habilidades no se quedaron únicamente en la interacción con el consultante, sino que además fueron aplicadas por los terapeutas en las relaciones interpersonales, lo cual contribuyó a que los profesionales establecieran interacciones más significativas y con mayor profundidad emocional en las relaciones con familia, pareja y amigos. Esto se explica debido a que algunos terapeutas pasan gran parte de su vida profesional aprendiendo a ser más compasivos y empáticos con los consultantes, lo cual contribuye a redefinir las habilidades interpersonales promoviendo

una comunicación más efectiva con los demás. El desarrollo de estas habilidades permite ser mejores terapeutas, al igual que mejores seres humanos en las relaciones con las personas cercanas, de manera que, los terapeutas establecen relaciones más íntimas y profundas (Kottler, 2017).

Los cambios y transformaciones que experimentaron los terapeutas en cuanto al desarrollo de habilidades interpersonales, fueron aspectos que se comenzaron a generar en los primeros niveles de experticia profesional y se afianzaron y consolidaron con la adquisición de experiencia en los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor.

Por otra parte, es importante mencionar que, la práctica clínica propició cambios en la forma en que los terapeutas comprenden, interpretan y perciben el mundo, de manera que los profesionales se centran en comprender y realizan diferentes interpretaciones de las variadas formas de interacción que establecen con las personas cercanas del entorno. Sin embargo, para los profesionales con menor experiencia (E y P) el desarrollo de habilidades análisis e interpretación tuvo una connotación negativa que generó sentimientos de angustia y frustración, debido a que los terapeutas tienden a aplicar las habilidades clínicas como, por ejemplo; la interpretación, en las interacciones que establecen por fuera del consultorio. Lo cual, a su vez, promovió que las personas cercanas realizaran demandas o exigencias para que los terapeutas asuma un rol terapéutico en dichas interacciones. Esto se explica debido a que como se mencionó anteriormente los terapeutas menos experimentados todavía no han desarrollado la habilidad para establecer límites entre el trabajo terapéutico y la vida personal. De manera que, para los profesionales principiantes la creciente

experiencia de observar, comprender e interpretar la conducta humana, es una experiencia que no puede dejarse de lado fácilmente. Sin embargo, la dificultad para dejar de lado el rol terapéutico limita la espontaneidad y la reciprocidad emocional del terapeuta, lo cual genera que el profesional se sienta excluido y ocupe únicamente un papel de observador en las interacciones (Guy, 1995).

Algunos de los profesionales menos experimentados demuestran signos de angustia y frustración al corroborar en la práctica que la excelencia en el manejo teórico no se traslada directamente en destreza para el desempeño terapéutico (Ronnestad y Skovholt, 2003b)

Por el contrario, los terapeutas con mayor experiencia (PE y PM) realizaron dos diferenciaciones importantes con relación al desarrollo de habilidades que se generan debido al quehacer clínico. Por una parte, refirieron que la práctica terapéutica promovió el desarrollo de habilidades de empatía, comprensión, y compasión, que facilitan los vínculos afectivos con las personas cercanas y que aplicar estas habilidades en las interacciones no implica actuar terapéuticamente con familia y amigos. Y, por otra parte, los terapeutas manifestaron que si bien la experiencia clínica permite el desarrollo de habilidades terapéuticas de análisis e interpretación los terapeutas con mayor experiencia limitan el uso de estas técnicas únicamente a la relación con los consultantes, debido a que reconocen que actuar terapéuticamente en las interacciones por fuera del consultorio es un obstáculo que evita que se genere un vínculo de afecto recíproco con los demás. Como se evidencia en la narración de la terapeuta PM3:

He aprendido a estar ahí para la otra persona, o sea estoy aquí sin juzgarte. Entonces creo que eso, lo hago también en casa. No quiere decir que no me moleste, claro que me molesto también y me doy permiso de molestarme y no pasa nada (...) entonces yo ahí he aprendido a decir “soy psicóloga cuando estoy con las familias, cuando estoy con los grupos, cuando estoy en docencia” “aquí soy hermana, soy mamá” entonces tener esa claridad de los contextos de quién soy en cada momento ayuda, porque si no hay esa confusión.

Por último, en el estudio realizado se encontró que en el quehacer terapéutico se involucran las experiencias de vida del terapeuta y los estilos de relación que son particulares para cada psicólogo y que hacen parte del repertorio relacional con el que cuenta el terapeuta y que se expresan en la interacción con el consultante. De manera que, los terapeutas con menor experiencia (E y P) al desconocer cómo las experiencias personales impactan el trabajo clínico tienen una predisposición a actuar con el consultante los sesgos provenientes de su propia historia de relación. Contrario a lo que sucede con los terapeutas más experimentados (PE y PM) quienes al identificar cuáles son los conflictos presentes en su propia historia de vida que son más propensos a convertirse en un sesgo que puede dificultar o impedir el trabajo terapéutico se disminuyen la posibilidad de que los profesionales actúen estos sesgos en sesión. Por lo cual, los terapeutas; profesional experimentado y profesional mayor reconocieron la importancia de vincularse a espacios terapéuticos que les permitan resolver y elaborar los conflictos presentes en su propia historia de vida.

Además, el quehacer clínico también se involucran aspectos de la etapa de desarrollo del ciclo vital en el que se encuentra el terapeuta, de manera que, la etapa del desarrollo vital define las problemáticas que el terapeuta puede contener y recibir para ejercer la práctica clínica. Por esto los terapeutas refirieron que la práctica terapéutica va más allá de la aplicación de técnicas o procedimientos. Por lo cual, las experiencias de vida de los terapeutas influenciaron la elección del campo de trabajo clínico, la teoría y el tipo de población hacia la cual orientan su práctica profesional. Esto se expresa en el siguiente apartado:

PM2: no es lo mismo cuando uno sale de la universidad y tiene 25 años que cuando tiene 40 años es distinto. Es decir, cuando ya uno tiene pareja o cuando uno tiene hijos esos factores ya empiezan a intervenir, entonces uno ya no quiere trabajar con niños y yo tengo dos ¡no me jodas! (...) al principio cuando trabajaba en la misericordia no tenía hijos entonces había mucho interés en los niños. Es decir, la biografía de uno el punto en el desarrollo en el que está es un factor que determina con qué tipo de paciente va a trabajar, dependiendo en qué punto está aparece un interés por determinado tipo de problemática.

En este sentido, los terapeutas de los niveles de experticia profesional experimentado y profesional mayor si bien emplean el conocimiento teórico en la comprensión terapéutica de los conflictos de los consultantes, también fortalecen el quehacer clínico a través de las experiencias de vida y de relaciones con las personas significativas de su entorno, de manera que experiencias como la pérdida de un ser querido o el convertirse en padre o madre contribuyen de manera significativa a los procesos de

empatía y compasión con los consultantes. Además, los terapeutas (PE y PM) adquieren una comprensión de cómo las experiencias de vida y los conflictos personales se involucran en los procesos terapéuticos que desarrollan y en algunas veces se pueden convertir en sesgos que impiden u obstaculizan el quehacer terapéutico. Tener esta comprensión propició en los terapeutas del nivel de experticia profesional mayor, el uso de los conocimientos adquiridos a través de las experiencias de vida como una forma de fortalecer y complementar el trabajo desarrollado en sesión y afianzar la construcción de la relación terapéutica.

Limitaciones del estudio

Los límites de la presente investigación se deben al hecho de que, al ser una investigación cualitativa con una muestra pequeña, la posibilidad para realizar generalizaciones sobre los hallazgos del estudio es limitada. Debido a que se tomó en consideración las experiencias de 12 terapeutas de los diferentes niveles de experticia de la siguiente manera: estudiante avanzado (4), profesional principiante (3), profesional experimentado (2), y profesional mayor (3). Por lo cual, es recomendable que para futuras investigaciones se amplíe la muestra de manera que se cuente con una representación significativa de los terapeutas en cada nivel de experticia profesional, a fin de ampliar el conocimiento sobre los efectos que tiene la práctica clínica para el terapeuta.

Conclusiones Generales

La presente investigación permitió identificar algunos de los efectos que tiene la práctica clínica para los terapeutas, dentro de los cuales se encuentran los efectos adversos los cuales se expresan mayormente en terapeutas que trabajan con consultantes que presentan dificultades asociadas a experiencias traumáticas de abuso y maltrato físico, sexual y psicológico, trastornos de personalidad, dificultad para el control de impulsos e ideación suicida. De manera que, el trabajo con estas problemáticas puede generar en los terapeutas un estado de desequilibrio físico y emocional, la presencia de éstos estados de desregulación y perturbación en los terapeutas fue evidente en los terapeutas de los niveles de experticia estudiante avanzado y profesional principiante quienes realizan atención a personas que presentan éstas características. Esto se debe a que los profesionales menos experimentados realizan práctica clínica en centros que prestan el servicio de salud mental a la comunidad en donde existe un índice alto de atención a problemáticas psicológicas complejas asociadas a perturbaciones por experiencias traumáticas.

En este sentido, es de gran importancia realizar intervenciones sobre los efectos adversos que tiene la práctica clínica para los profesionales, desde un nivel del contexto gubernamental a través de implementación de políticas públicas que establezcan espacios que promuevan e incentiven el desarrollo de estados de bienestar en los profesionales de salud mental y se estipulen de lineamientos en cuanto a la práctica profesional en entidades prestadoras del servicio de salud (IPS) que tomen en consideración aspectos como; la cantidad de horas a trabajar en la semana para garantizar la calidad terapéutica, atención terapéutica para los profesionales que realizan atención en crisis o atención de problemáticas psicológicas complejas asociadas a experiencias traumáticas, espacios de

descanso, teniendo en cuenta los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y que en muchas ocasiones son aspectos que quedan desatendidos.

Y desde un nivel institucional, es importante proponer alternativas de prevención, intervención y de acompañamiento terapéutico para los profesionales en salud mental. De manera que, tanto las instituciones educativas que cuentan con espacios de formación y entrenamiento terapéutico para los estudiantes avanzados, como las instituciones prestadoras del servicio de salud mental a la comunidad (IPS) desarrollen estrategias que estén orientadas hacia las necesidades de los profesionales con el objetivo de evitar o disminuir los efectos adversos de la práctica clínica, de manera que, se incentive en los terapeutas el desarrollo de estrategias de afrontamiento para los estados de perturbación a nivel físico como a nivel emocional que se generan debido al trabajo con los conflictos de los consultantes. Seguido a esto, también es importante tener en cuenta, que el desarrollo de estas estrategias de intervención que se implementen deben permitir que los profesionales identifiquen y elaboren los conflictos personales y las reacciones emocionales que pueden obstaculizar e impedir el trabajo clínico con las personas que acuden a consulta. En este sentido, las estrategias de intervención también pueden promover e incentivar que los terapeutas se vinculen a espacios de terapia personal como un recurso que permite elaborar los conflictos presentes en su historia de vida y que pueden afectar el desempeño terapéutico. Y que, además, a través de estrategias de prevención, intervención y acompañamiento se busque afianzar los efectos positivos de la práctica clínica a fin de promover en los terapeutas estados de bienestar y salud mental.

Para este fin es relevante que, las estrategias de intervención busquen afianzar y promover la construcción de relaciones afectivas de apoyo dentro del contexto laboral con colegas y supervisor y también en los contextos de interacción que se encuentran por fuera del consultorio con familia, pareja y amigos, debido a la importancia que tienen las relaciones de apoyo en la mitigación de los efectos adversos y que además permiten consolidar los efectos positivos derivados de la práctica clínica.

Por otra parte, es pertinente mencionar la importancia de que las instituciones educativas cuenten con espacios de formación para los supervisores de manera que, se haga énfasis en los aspectos que favorecen la construcción de una relación de supervisión de apoyo y la importancia de la misma como un factor que contribuye a disminuir los efectos adversos de la práctica clínica en especial para los terapeutas con menor experiencia y que en este sentido los supervisores sin perder de vista los aspectos evaluativos también procuren incentivar la expresión emocional y la comprensión del terapeuta cómo sus conflictos personales y reacciones emocionales pueden dificultar el desarrollo de los procesos clínicos.

En consecuencia, los hallazgos de la investigación permiten plantear que el quehacer clínico va más allá de la aplicación exclusiva de técnicas y procedimientos, y que involucra a la persona del terapeuta de forma integral, haciendo alusión a las experiencias presentes en la historia de vida, patrones de interacción desarrollados los cuales se evidencian al momento de realizar las intervenciones psicológicas, factores del desarrollo vital y aspectos asociados a las características del contexto de intervención.

Anexos

Anexo A: Formato Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Como parte del trabajo final de la maestría en psicología clínica, la estudiante Ángela Bustos Coral se encuentra realizando la presente investigación la cual tiene como objetivo comprender el impacto de la práctica clínica en la vida personal y en las relaciones interpersonales de los terapeutas que realizan procesos de psicoterapia en la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta los diferentes niveles de experticia profesional, y de esta manera tener una comprensión más amplia y pertinente relacionada al quehacer del psicoterapeuta.

Su participación consistirá en responder una entrevista la cual tiene una duración aproximada de una hora y media, y que será conducida por la estudiante de la maestría en profundización Ángela Bustos, bajo la dirección de la docente Carmen Elvira Navia Arroyo de la Universidad Nacional de Colombia.

La entrevista se grabará en audio con el propósito de que el relato pueda ser transcrito. Para proteger la identidad de los participantes y garantizar la confidencialidad de las respuestas, se asignará a cada entrevista un código y se eliminará cualquier dato que permita identificar a quien responde. Sólo la investigadora conocerá los nombres correspondientes a cada código. Una vez finalizada la investigación, los archivos de audio serán destruidos y en los documentos escritos o artículos derivados del estudio se manejarán nombres ficticios o códigos, manteniendo siempre el anonimato de los participantes.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria y no implica ningún riesgo físico o emocional, exceptuando el hecho de que se pueden recordar experiencias afectivas significativas. Igualmente, si por algún motivo no quiere continuar, podrá retirarse sin que haya penalidad alguna.

Si tiene alguna inquietud sobre este proyecto, puede hacerlas ahora o en el curso de la investigación, ya sea personalmente o por medio del correo electrónico a Ángela Bustos, email: abustosc@unal.edu.co Habiendo sido informado(a) de forma clara sobre el propósito de la investigación, y de haber tenido la oportunidad de preguntar y de resolver

satisfactoriamente mis inquietudes, Yo _____,
identificad@ con C.C. _____ de _____ consiento voluntariamente
participar y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me
afecte en ninguna manera. En constancia, se firma en Bogotá a los _____ días del mes de
_____ del 2018

Participante

CC:

Teléfono fijo y/o celular: _____

Correo electrónico: _____

Investigadora

TP: 152081

Directora

TP:

Anexo B: Formato Entrevista Semiestructurada
Información General

Nombre:

Edad:

Género:

Lugar de residencia:

Nivel de formación:

Información preliminar

1. ¿Cuánto tiempo lleva desarrollando procesos psicoterapéuticos?

2. ¿En dónde trabaja?

3. ¿Cuál es la orientación teórica que guía su trabajo como psicoterapeuta?

4. ¿A lo largo de los años que lleva de experiencia profesional, se ha especializado en el trabajo de alguna problemática? ¿cuál?

Efectos de la práctica clínica

5. ¿El trabajo como psicoterapeuta lo ha impactado en su vida personal?

6. Podría describir algún momento en el que haya sentido fatiga o agotamiento debido a los procesos de psicoterapia.

7. Que cree que generó esa fatiga o agotamiento.

8. ¿Recuerda alguna experiencia con algún consultante agresivo-hostil- o con quien el proceso terapéutico haya sido especialmente difícil? ¿En qué lo impactó dicha experiencia?

9. ¿Podría narrar alguna ocasión en la que ha reaccionado o ha tenido la intención de reaccionar de forma hostil o distante con algún consultante?

10. ¿En algún momento durante su ejercicio profesional ha experimentado angustia o frustración? ¿Cómo fue esa experiencia?

11. ¿De qué manera la relación que ha establecido con colegas o supervisores ha generado un impacto en usted a nivel profesional y personal?

12. De qué manera considera que su trabajo como terapeuta ha impactado en la relación con sus familiares.

13. De qué manera considera que su trabajo como terapeuta ha impactado en la relación con sus amigos.

14. De qué manera siente que su trabajo como terapeuta ha impactado en la relación con su pareja.

15. ¿Puede describir alguna experiencia en la que haya interpretado, analizado o en la que haya actuado “terapéuticamente” con alguna persona cercana a usted, por fuera del espacio de consulta?

16. ¿Qué beneficios le ha traído hacer psicoterapia? A nivel personal, familiar, profesional.

17. ¿Considera que el ejercicio como psicoterapeuta le ha permitido desarrollar habilidades para relacionarse con las demás personas? ¿Cuáles han sido?

18. ¿Cuáles han sido los momentos en los que ha sentido satisfacción debido a la práctica como terapeuta?

19. Cuénteme sobre su experiencia al iniciar el trabajo como psicoterapeuta. Indagar en emociones, pensamientos y sensaciones.

Referencias

Aponte, H., y Winter, J. (2013). The person and practice of the therapist: treatment and training. In Baldwin M, The use of self in therapy (pp.141-161) New York. Routledge

Arnold, D., Calhoun, L., Tedeschi, R., & Cann, A., (2005). Vicarious posttraumatic Growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2) 239-263.

Butler, M. (2014). The Impact of Providing Therapy on the Therapist: A Student's Reflection. *Journal of clinical psychology: in session*, 70(8), 724–730

Carvajal, C., (2012). Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional. (Tesis de Maestría) Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Collins, S., y Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417–424.

Congreso de la república de Colombia. (21, Enero 2013). Ley de salud mental (1616). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Cushway, D. (2005). Stress in trainee psychotherapists. In stress in psychotherapists. Edited by V. P. Varma (pp. 19-35). Nueva York: Routledge.

Cummins, P.N., Massey, L., & Jones, A. (2007). Keeping Ourselves Well: Strategies for Promoting and Maintaining Counselor Wellness. *Journal of humanistic counseling, education and development*, 46, 35-49.

Dale, F. (2005). Stress and the personality of the psychotherapist. In stress in psychotherapists. Edited by V. P. Varma (pp. 8-18). Nueva York: Routledge.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self-care. *JCLP/In session psychotherapy in practice*, 58(11), 1433-1441.

- Guy, J. (1995). La vida personal del terapeuta, el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona, Editorial Paidós.
- Hernández, R. H., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6^o Ed.) México: McGraw-Hill.
- Jenaro, C., Flores, N., y Arias, B. (2007) Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*. (pp. 1-8). American Psychological Association. DOI: 10.1037/0735-7028.
- Kottler, J. A. y Blau, D. S. (2015). The imperfect therapist learning from failure in therapeutic practice. Recuperado de: <http://www.freepsychotherapybooks.org>
- Kottler, J. A. y Balkin, R. S. (2017). Relationships in counseling and the counselor's life. New York: American Counseling Association.
- Kottler, J. A. (2017). On being a therapist. (5th Ed.) New York: Oxford University Press.
- Ladany, N., Friedlander, M., y Nelson, M. (2005). Critical events in psychotherapy supervision: an interpersonal approach. Washington, DC. American Psychological Association.
- Ladany, N., Walker, J., Pate-Carolan, L., & Evans, L. (2008). Practicing counseling and psychotherapy: insights from trainees, supervisors, and clients. New York, Routledge.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (1-13). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., y Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111
- Nelson, M., y Friedlander, M. (2001). A close look at conflictual supervisory relationships: the trainee's perspective. *Journal of counseling psychology*, 48(4), 384-395.

- Neswald-Potter, R. E., Blackburn, S. A., & Noel, J. J. (2013). Revealing the power of practitioner relationships: An action-driven inquiry of counselor wellness. *Journal of Humanistic Counselling* (52), 177–190.
- Noguero, F. L. El análisis de contenido como método investigativo. XXI, *Revista de Educación*, 4 (2002): 167-179. Universidad de Huelva
- Norcross, J. C., y Farber, B. A. (2005). Choosing Psychotherapy as a Career: Beyond “I want to help people”. *JCLP/In Session*, 61(8), 939-943. DOI: 10.1002/jclp.20175
- Norcross, J. C., y Guy, J. D. (2005). Therapist Self-Care Checklist. In G. Koocher, J. Norcross, & S. Hill (Eds.). *Psychologists’ desk reference* (2nd ed., pp. 677-682). New York, Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York, The Guilford press.
- Norcross, J. C., y Popple, L. M. (2017). *Supervision essentials for integrative psychotherapy*. Washington, D. C. American Psychological Association.
- Pearlman, L. A., y Mac Ian, P. S (1995) An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6), 558-565
- Rodriguez, S., y Carlotto, M. (2017) Predictors of burnout syndrome in psychologists. *Estudos de Psicologia Campinas*, 34(1), 141-150.
- Rønnestad, M., y Skovholt, T. (2001). Learning arenas for professional development: retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 181-187.
- Rønnestad, M., y Skovholt, T. (2003a) The Journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.

Rønnestad, M., y Skovholt, T. (2003b) Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*. 30(1), 45-58

Safran, J., y Muran C. (2005). La alianza terapéutica una guía para el tratamiento relacional. Bilbao, Desclée De Brouwer.

Skovholt, T., y Trotter-Mathison, M. (2016). The resilient practitioner: burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions. (3th ed.) New York, Routledge.

Thériault, A., & Gazzola, N. (2005) Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 11-18.

Truell, R. (2001). The stresses of learning counselling: Six recent graduates comment on their personal experience of learning counselling and what can be done to reduce associated harm. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(1), 67–89

Tryssenaar, J, y Perkins, J. (2001). From student to therapist: Exploring the first year of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 19–27

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In *Treating Compassion Fatigue*. Edited by Charles Figley. (pp. 17-37) New York, Routledge.

Yalom, I. (2007). El don de la terapia. (6 Ed.). Buenos Aires, Emecé.