

PERCEPCIÓN DEL CAMBIO DEL PACIENTE EN PSICOTERAPIA

Patient's perception of change in psychotherapy

VICTORIA C. MORA BRACHO

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

 <https://orcid.org/0009-0005-8413-849X>

E-mail: victoria.29955971@uru.edu

Admisión: 09-02-2024

Aceptación: 10-10-2024

DOI:

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito comprender la percepción del cambio del paciente en psicoterapia bajo los lineamientos teóricos de Krausse (2005) mediante metodología cualitativa interpretativa. Para recopilar los datos se aplicó una entrevista semiestructurada a cuatro pacientes de psicoterapia en edades comprendidas entre 20 a 35 años atendidos por psicólogos de corrientes distintas. El análisis fue realizado mediante un proceso de categorización y triangulación de la información. Como resultado, los informantes percibieron el cambio como un logro construido mediante esfuerzos conjuntos entre el paciente y el terapeuta, desde la evolución de un proceso caracterizado por una serie de momentos particulares. El vínculo terapéutico aunado a la empatía y autenticidad de los terapeutas permitió que los pacientes se sintieran seguros, comprendidos y validados; esto en conjunto con la toma de acción ejercida por los consultantes, fueron factores indispensables para la consecución del cambio independientemente del marco teórico empleado por el terapeuta.

Palabras clave: percepción de cambio, proceso psicoterapéutico, pacientes.

Abstract

The purpose of this investigation was to understand the perception of the change of the patient in psychotherapy under the theoretical guidelines of Krausse (2005) through interpretative qualitative methodology. To collect the data, a semi-structured interview was applied to 4 psychotherapy patients between the ages of 20 and 35, attended by psychologists from different currents. The analysis was carried out through a process of categorization and triangulation of the information. As a result, the informants perceived the change as an achievement built through joint efforts between the patient and the therapist, from the evolution of a process characterized by a series of particular moments. The therapeutic bond together with the empathy and authenticity of the therapists allowed the patients to feel safe, understood and validated; this, together with the taking of action exercised by the clients, were essential factors for the achievement of change regardless of the theoretical framework used by the therapist.

Keywords: *change, psychotherapeutic process, patients.*

COMO CITAR: Mora-Bracho, V.C. (2025). Percepción del cambio del paciente en psicoterapia. *Sistemas Humanos*, 5(2) 90-110.

INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio de la psicología, a diferencia de otras ciencias, es completamente dinámico, dado que el ser humano no es estático, sino más bien un ser complejo que se encuentra en un proceso constante de cambio. La estructuración psíquica del hombre es influenciada por el entorno en el que se desenvuelve, por tanto, es posible observar diferencias de la necesidad y la problemática del sujeto contemporáneo con relación a épocas anteriores. Por este motivo, la psicología clínica es una rama compleja, que apunta a la evaluación, diagnóstico y tratamiento del sufrimiento humano desde la singularidad del caso a caso. Quien solicita atención psicológica se encuentra en búsqueda de un cambio, necesidad que surge, parafraseando a Krausse (2005), por la percepción del fracaso de la funcionalidad de los recursos propios para tramitar una situación determinada, lo que da lugar a la búsqueda de un otro que lo oriente en tal proceso.

Estos fundamentos concuerdan con lo propuesto con Yañez (2005), quien explica la preocupación del clínico por crear una serie de condiciones que promuevan el surgimiento de un cambio. A partir de este planteamiento, la psicoterapia constructivista cognitiva propone dos clasificaciones del cambio: primero el de tipo superficial en el cual el paciente es capaz de generar una modificación autónoma mediante el uso de recursos propios para gestionar una problemática determinada; en segundo lugar, el cambio profundo que implica una significación de sí mismo que se origina mediante una perturbación intensa y causa un estado de desequilibrio que pudiera producir síntomas tanto psíquicos como físicos, lo que amerita la intervención psicológica por parte de un profesional en el área.

A su vez, Gómez, et al. (2017), aportan que los modelos humanistas existenciales tienen una concepción distinta del cambio en psicoterapia, y a diferencia de otros enfoques, no enfatizan en la restauración de la funcionalidad del sujeto en sus diferentes campos de actuación, sino que postula como objetivo un cambio desde el plano existencial al considerar que esto proporcionará un alivio o disminución del malestar.

Krausse (2005), afirma que:

El cambio psicoterapéutico tiene que ver, en primer término, con la mirada subjetiva del consultante, con respecto a sí mismo y a sus dificultades, a sus problemas y síntomas y con respecto a la relación de estos con el entorno en que acontecen. Este cambio, que los propios clientes expresan a través de términos como “cambios en el modo de pensar” o “en el modo de ver las cosas” puede ser conceptualizado como cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que conllevan al desarrollo de nuevas teorías (p.3).

Por lo tanto, el cambio psicoterapéutico es conceptualizado como un proceso que evoluciona según un conjunto de etapas que se van complementando para integrar la siguiente; con el propósito de construir patrones distintos de interpretación subjetiva e influir en el comportamiento, emociones y pensamientos de la persona. Dicho proceso se encuentra conformado por las siguientes fases:

A.- Fase de la decisión de la búsqueda profesional: se caracteriza por la experiencia de los propios límites, entendido como la toma de conciencia de la necesidad de ayuda, que surge mediante la aceptación del paciente de sus propios límites para gestionar una situación determinada. A su vez, el reconocimiento de esta necesidad de ayuda, fomenta el cuestionamiento de los patrones explicativos y los modelos de resolución de problemas empleados hasta el momento lo que promueve la apertura para el desarrollo de otros modelos más adaptativos.

B.- Cambios propios de la trayectoria hacia la ayuda profesional: la especialidad a la que recurre el cliente para solicitar la ayuda hace referencia al modelo explicativo que posee de su propio malestar, lo cual es influenciado por la expresión e intensidad de los síntomas experimentados, el entorno social inmediato y los conocimientos previos de los sistemas de ayuda profesional. Cabe señalar que esta búsqueda implica un proceso de negociación o reconceptualización del propio malestar para el consultante, ya que cada profesional proporcionará un patrón explicativo singular. Esta negociación inicial, facilita la apertura del proceso de resignificación del problema.

C.- Cambios condicionados por la estructura de la relación: los elementos estructurales de la relación terapéutica constituyen la base para llevar a cabo el proceso de reinterpretación, en el que el paciente comienza a construir una serie de nuevos significados del malestar subjetivo, influenciado por el acompañamiento y dirección del terapeuta. Esto es posible gracias a la asimetría como elemento fundamental de la relación dado que el consultante reconoce la necesidad de ayuda y percibe al terapeuta como un experto capacitado.

D.- Cambios que se originan en la interacción terapéutica: en este proceso de interacción paciente-terapeuta, si bien es cierto que el clínico mediante las preguntas empleadas, le proporciona al cliente un marco delimitado para profundizar en el significado psicológico expuesto; las interpretaciones y asociaciones son emitidas por una construcción íntima e individual del mismo. Mediante la elaboración de esta respuesta personal, el paciente puede internalizar estos procesos y percibirlos como una evolución autónoma. Es decir, durante el transcurso de la relación de ayuda, la asimetría disminuirá progresivamente en la medida que el paciente ha desarrollado la pericia propia para gestionar las situaciones generadoras del malestar.

Al ser el fenómeno de estudio un constructo ampliamente discutido, se hace referencia a otras investigaciones que suman aspectos a profundizar. Coelho (2018), señaló que, si bien los consultantes concordaban en factores tales como la confianza, la escucha y la relación terapéutica como responsables del cambio; los terapeutas enfatizaron mayormente como responsable del cambio a la técnica empleada. Asimismo, los resultados expuestos por Cortés et al (2018), fueron similares en cuanto a la incongruencia de la percepción del cambio psicoterapéutico entre el clínico y el paciente, ya que en dicha investigación tanto los adolescentes consultantes como los observadores externos coincidieron en la importancia de los cambios intrapsíquicos percibidos, mientras que los psicólogos destacaron los cambios comportamentales.

Por otro lado, Moncada (2007) al estudiar la teoría subjetiva del cambio, desde la perspectiva de los terapeutas, encontró que indistintamente del marco teórico empleado por el profesional de salud mental, existe un alto grado de coincidencia en cuanto a los elementos transversales que promueven el cambio psicoterapéutico. Entre los que se mencionan: las metas terapéuticas, el tipo de intervenciones que se hace, los elementos relacionados con el

encuadre y la alianza, el rol del cliente y el clínico, así como la influencia de otros factores extra terapéuticos.

Estos planteamientos coinciden en la perspectiva del cambio psicoterapéutico expuesto desde la vivencia de los pacientes y, al mismo tiempo, divergen de forma evidente en cuanto a los discursos de los psicólogos clínicos. Análogamente Corveleyn (1998), propuso que la posición del clínico no debe ser la de un profesional distante, rígido, netamente objetivo, puesto que es necesario que se produzca una verdadera interacción entre paciente-terapeuta, y para lograrlo, ambos deben situarse ante ese vínculo de forma equivalente.

Por lo antes descrito, el proceso psicoterapéutico se integra de múltiples factores, en los que se reconoce la importancia del dominio de los conocimientos teóricos y las habilidades de contacto aprendidas; igualmente, deben tomarse en cuenta la prevalencia de otros aspectos subjetivos como la historia personal del terapeuta. Estas creencias, valores y características propias del clínico, ineludiblemente convergen en el espacio de consulta debido a que es inevitable que el terapeuta deje de ser persona para situarse en el lugar de profesional experto. Siguiendo esta idea, es la propia persona del clínico el instrumento de mayor valor en el trabajo con los pacientes, (Chanzelback et al 2003) e independientemente del modelo psicoterapéutico empleado, el vínculo es lo que permite el logro de las metas pautadas. Se entiende que es competencia del terapeuta, empatizar con el paciente en función de establecer una sintonía a nivel verbal y no verbal, por lo que resulta importante que el perfil del psicólogo incluya habilidades fundamentales como la escucha activa para lograr entender el malestar del otro desde su cultura, creencias y costumbres.

De tal forma, la teoría de Bowlby (1989) sugiere que, el terapeuta deberá promocionar un apego seguro, que según Chazenbalk (2003), es construido, tanto por la historia del paciente como por la del psicólogo. En consecuencia, el clínico debe ser objeto de su propio análisis, para que sea capaz de discernir su contribución a la relación terapéutica y adaptarlo según lo que necesite el paciente. Para el autor es de vital importancia la integración de los aspectos subjetivos conformados por el estilo del terapeuta y aquellos aspectos técnicos que le permitan al clínico formar una conceptualización acertada del caso, de modo que al converger ambos aspectos se generen mayores posibilidades para el trabajo terapéutico.

El propósito de la presente investigación fue comprender la percepción del cambio desde la experiencia subjetiva de pacientes en procesos psicoterapéuticos atendidos por psicólogos clínicos de orientaciones terapéuticas distintas, según la teoría propuesta por Krausse (2005), en tanto ofrece un concepto global del fenómeno del cambio: una noción transversal que puede emplearse indistintamente del enfoque terapéutico utilizado. Por estos motivos, surge la necesidad de generar estudios para actualizar los conocimientos teóricos en psicoterapia que promuevan cada vez más la efectividad de la misma, igualmente, el campo de investigación en relación al fenómeno de estudio es reducido, especialmente en Venezuela, lo que deja ver el vacío teórico que fundamenta la necesidad de llevar a cabo la presente investigación.

Así se entiende, como propósito fundamental de la psicoterapia responder a la necesidad del consultante, en otras palabras, el terapeuta se compromete a acompañarlo para co-construir nuevas formas o recursos más adaptativos que den cabida al cambio, lo que se convierte en el elemento común a cualquier modelo psicoterapéutico. Actualmente, este fenómeno puede ser evaluado desde diferentes actores como el del terapeuta, observadores externos y pacientes. Por lo que se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo es la percepción del cambio del paciente en psicoterapia? por cuanto es el paciente quien experimenta este fenómeno, y en palabras de Corveleyn (1998), es aquel responsable del cambio porque son las acciones del consultante lo

que permite que se produzca el mismo. Por su parte, el clínico actúa como un agente mediador del proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para cumplir con el propósito principal la presente investigación, se acudió a la metodología cualitativa, ya que se estudió el fenómeno a profundidad y sus características particulares, al mismo tiempo, se tomó como referencia el paradigma interpretativo que busca revelar el significado de las acciones humanas y de la vida social en general, a partir de la penetración en la subjetividad del ser humano, sus situaciones, las creencias, motivaciones e intenciones que los guían a actuar. De tal forma, se empleó el enfoque fenomenológico por cuanto apunta a entender la naturaleza de las realidades, su estructura dinámica, aquella que explica su comportamiento y manifestación, lo que valida la construcción de la realidad de los informantes como fuente para generar los conocimientos científicos propios de esta investigación.

Se seleccionó como población a pacientes que cumplieran con el criterio principal de haber estado en un proceso terapéutico durante un año o que estén actualmente acudiendo a psicoterapia, en edades comprendidas entre 20 y 35 años, de ambos sexos; estos miembros seleccionados además debían tener titulación mínima de bachiller y acceder voluntariamente a participar en la investigación. A su vez, tales consultantes debían ser atendidos por psicólogos con formación en algunas de las siguientes corrientes psicoterapéuticas: psicoanálisis, terapia cognitiva-conductual, terapias humanistas y terapias sistémicas. Los criterios mencionados se establecieron de acuerdo con la conveniencia de la investigadora.

Una vez fueron ubicados los informantes mediante la remisión de expertos, se les comunicó los fines académicos-investigativos de tal participación con el objeto de alcanzar el consentimiento informado de forma genuina; a su vez, fue notificada la fecha y hora de la entrevista semiestructurada, así como las condiciones que debían cumplirse para lograr llevarla a cabo de forma efectiva. Dicho encuentro sería realizado mediante una plataforma digital (zoom específicamente), con una duración aproximada de una (1) hora. En este sentido, finalmente se contó con la cooperación de cuatro (4) informantes de ambos sexos: dos (2) mujeres y dos (2) hombres.

Cabe resaltar que la entrevista fue registrada a través de una grabación, la cual fue descargada como archivo de video y audio en un dispositivo computarizado. Las preguntas generadoras de la entrevista, fueron las siguientes: 1) Cuéntame sobre la experiencia con tu proceso psicoterapéutico. 2) ¿Surgió algún cambio en tu vida a raíz del proceso psicoterapéutico? 3) ¿Qué acciones llevaste a cabo para generar estos cambios? 4) ¿Qué impacto ha tenido la psicoterapia sobre tu vida?

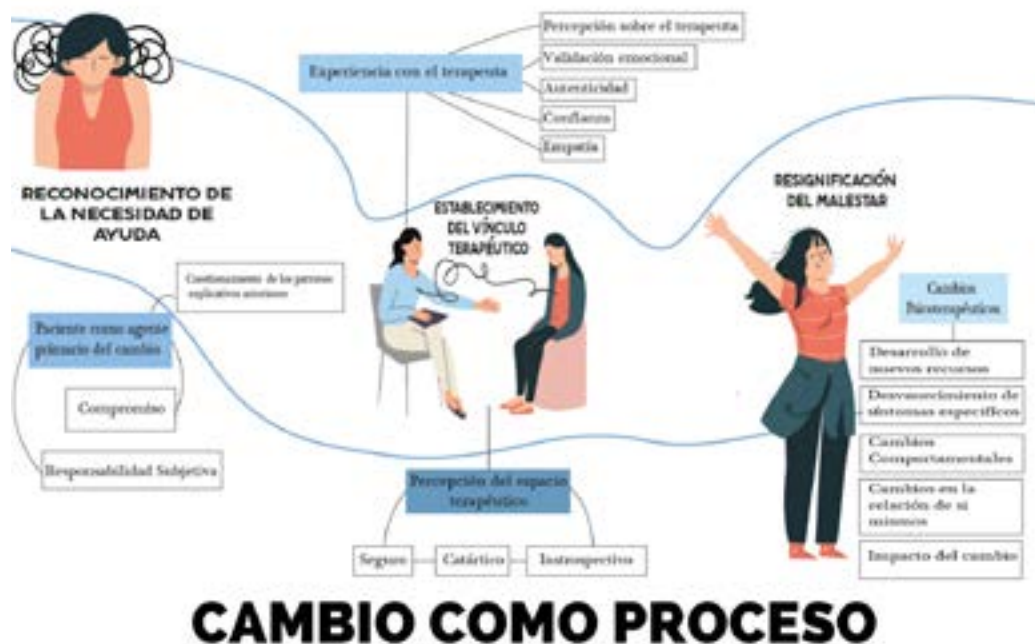
Posteriormente, se realizó el proceso de transcripción de cada una de las entrevistas a la forma textual, y se llevó la información verbal proporcionada por los actores implicados a un lenguaje escrito. Consecuentemente, se realizó un estudio profundo de cada uno de los discursos a fin de analizar su contenido e identificar las categorías y subcategorías que pudieran surgir en relación al fenómeno de estudio. Para ello, se empleó la triangulación de expertos con el fin de obtener una perspectiva amplia y diversa de los datos y reducir el sesgo que pudiera presentarse mediante el análisis propio del investigador, de esta manera, garantizar la confiabilidad de las conclusiones y datos. Se usó la validez interpretativa, la cual pretende garantizar que los datos obtenidos por los participantes en cuanto a sus sentimientos, pensamientos, emociones y subjetividades, fueron comprendidos por la investigadora.

Cabe señalar que los expertos que participaron en el proceso de triangulación fueron tres (3) psicólogos clínicos con conocimientos y experiencia en el campo psicoterapéutico, con enfoques diferentes y generaron los aportes y observaciones correspondientes. Una vez culminado dicho proceso se elaboró la graficación con el fin de generar una explicación concreta de la relación entre los elementos conclusivos de la investigación mediante el uso de esquemas gráficos. Para ello, se elaboraron una serie de mapas conceptuales con los aspectos más resaltantes originados del análisis de la entrevista.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior a haber realizado las entrevistas semiestructuradas a los cuatros (4) informantes integrados por dos hombres y dos mujeres, se analizaron las respuestas proporcionadas a las preguntas generadoras. Como resultado fueron ubicados una serie de elementos comunes a las experiencias manifestadas por los informantes que permitieron construir un conjunto de categorías y subcategorías validadas por el proceso de triangulación llevado a cabo por profesionales con conocimiento y experiencia en el campo de la psicología clínica. A continuación, se presenta la figura N° 1, que ilustra la percepción de los consultantes sobre el cambio que experimentaron a raíz del proceso psicoterapéutico:

Figura 1. Cambio como proceso



Categoría Central: Cambio como Proceso

Desde la vivencia de los pacientes, los cambios alcanzados por medio de la psicoterapia fueron experimentados como un proceso en el cual se resaltan momentos distintivos producto de factores asociados a la relación de ayuda y al vínculo terapéutico, estos dieron lugar a diversos logros como: disminución de síntomas, cambios en la percepción de sí mismo y del mundo, mayor autonomía y otros cambios comportamentales. A su vez, en esta categoría se integran una serie de subcategorías que constituyen los momentos diferenciales del proceso

mencionado, entre ellos: Reconocimiento de la necesidad de ayuda, Establecimiento del vínculo terapéutico y Resignificación del malestar.

Subcategoría: Reconocimiento de la necesidad de ayuda

Esta fase del proceso psicoterapéutico se caracteriza por el reconocimiento de los propios límites, lo cual se entiende como la percepción del paciente sobre la ausencia de recursos propios para afrontar una situación conflictiva, lo que conlleva el cuestionamiento de las acciones, comportamientos o estrategias realizadas anteriormente para solventar dicho malestar, de modo que, al no obtener el resultado esperado, surge el deseo de buscar ayuda profesional. Por consiguiente, la presente fase se concibe como un factor fundamental para la promoción del cambio. Se muestran a continuación las verbalizaciones que lo confirman:

“Sentía que tenía una responsabilidad muy grande; eventos que tuve de forma personal que me hicieron sentir muy mal... entonces eso fue lo que me llevó a decir: necesito ayuda”. (I1) L: 35-38. “Entonces cuando uno toca la línea, el límite es que uno ya se confronta y tiene que hacer algo con eso y te moviliza” (I4) L:201- 201. “Entonces todo ese periodo para mí fue durísimo, y ya como al año, en 2021, que ya no podía más cómo de estar ahogado, de sentirme así mal, fue cuando ya llegué a trabajar en esas cositas de mí” (I3) L: 80-82.

Subcategoría: Establecimiento del vínculo terapéutico

El vínculo terapéutico puede entenderse como un fenómeno psicológico que se encuentra en constante construcción. Es el resultado de las dinámicas basadas en la interacción mutua por parte de ambos, este contacto se encuentra permeado por una serie de elementos idóneos, entre estos: confianza, empatía y la percepción del terapeuta como un profesional con competencias clínicas y al mismo tiempo como un otro con calidez y cercanía.

Cabe mencionar que dichos elementos también se desarrollan, fortalecen y/o se transforman en la medida que evoluciona tal vínculo en el transcurso de las sesiones. Por otra parte, esta relación se caracteriza por una diferenciación particular de los roles de los actores implicados en el proceso psicoterapéutico, donde existe un profesional con conocimientos fundamentados en principios clínicos, es decir el cuerpo teórico-conceptual y técnico que sostiene su intervención; mientras que el paciente se muestra como otro en una posición de búsqueda de ayuda y de vulnerabilidad, y deja ver una experiencia de sufrimiento. Las siguientes frases lo demuestran:

“Fue raro al principio, como que estar contándole algo a alguien, sin embargo, mi psicóloga tiene este efecto de ser una persona muy comprensiva” (I1) L: 59-60. “Pensaba que, que, que no era bueno, que era una mala persona en ese aspecto que no servía para eso, y después darme cuenta, eso fue con la psicóloga, me enseñó a darme cuenta de que no tenía nada malo” (I1) L: 156-159. “Sí, claro. Mi psicóloga y yo conectamos muchísimo” (I1) L: 216. “Es como que algo muy largo y muy personal y no sé, empezar a entrar como en confianza con la psicóloga, empezar como a desenvolverse, sentirse escuchado y sentirse entendido es muy chimba... es lo que más me gusta” (I3) L: 174-178.

Subcategoría: Resignificación del malestar

La resignificación se refiere a la última etapa del cambio como proceso, pues es posible gracias al surgimiento y mantenimiento de elementos particulares dentro del campo psicoterapéutico; se extiende desde el surgimiento de la necesidad de ayuda, hasta la toma de conciencia sobre la problemática experimentada a través de un vínculo terapéutico lo

suficientemente propicio para sostener el malestar que pudiera conllevar este proceso de conciencia. Por tanto, aparece la resignificación como la construcción de un nuevo sentido de la realidad propia e individual del consultante, esto ineludiblemente transformará la existencia del mismo. Con base a lo planteado anteriormente, es posible afirmar que la resignificación del malestar será aquel elemento que propicie el surgimiento de una serie de cambios psicoterapéuticos. Se presentan citas textuales que lo confirman:

“El reconocer cosas en mi vida que yo sé que, que no es que cambiaron, o sea, sí cambiaron, pero siguen ahí y ahora las veo desde otra forma y otra perspectiva más consciente” (I1) L: 312-314. “Al principio fue como que ‘ajá entonces ¿pa’ que vine a terapia? quiero cambiar esto’ y no, no lo vas a cambiar, solo que ahora lo vas a ver desde otra perspectiva y te darás cuenta de que es normal y fue así” (I1) L: 298-301. “Uno siente como que ya por ejemplo puede controlar más esos ataques, más esa ansiedad y últimamente empecé a sentir un cambio porque lo que yo decía al principio, pues lo que te estoy contando ahora, ya es totalmente diferente a como era en aquel entonces. O sea, a veces uno sí siente como ese vacío, pero uno como que ya lo abraza” (I3) L: 211-215.

Categoría: Paciente como agente primario del cambio

El consultante, se concibe como un agente activo en tanto son las acciones del sujeto las que propician una movilización o impacto sobre sí mismo, relaciones interpersonales y los diferentes espacios donde se desempeña, al mismo tiempo, es quien vivencia las consecuencias de sus elecciones, por tanto, es el responsable de actuar para gestionar su propia problemática, esto lo coloca como el principal actor del proceso psicoterapéutico. Entre las características que debe poseer el consultante para actuar como sujeto de cambio de su propio proceso se ubican las siguientes subcategorías: Cuestionamiento de los patrones explicativos anteriores, Compromiso, Disposición hacia el cambio y Responsabilidad subjetiva.

Subcategoría: Cuestionamiento de los patrones explicativos anteriores

Según los informantes, es vivenciada una experiencia de sufrimiento caracterizada por la ausencia de recursos propios para gestionar una situación con las formas conocidas y aprendidas, lo que produce un malestar significativo; esto propicia que el consultante se genere un proceso de autocuestionamiento el cual pone en duda los patrones explicativos originales que han sido empleados en el transcurso de su vida y que no han posibilitado la reconfiguración de tales experiencias dolorosas siendo aún parte de lo no resuelto. Este debate fomenta el debilitamiento de sus patrones explicativos anteriores, y a su vez, posibilita la exploración o construcción de otros modelos de interpretación, tal como se muestra en el siguiente hilo discursivo:

“¿Qué tal si lo puedo ir haciendo de otra manera distinta? Eso me generó mucho impacto ‘decir ¡oh! lo puedo hacer de otra manera’ es como que si le doy otra mirada distinta ¿qué pasa?” (I4) L:142-143.

Subcategoría: Compromiso

Según las experiencias de los informantes, la asistencia regular y sostenida en el tiempo, así como la adherencia al tratamiento, resultaron cruciales para posibilitar el cambio, en vista de que los pacientes señalaron que éstos fueron construidos de forma progresiva y sutil, en tanto asistían de forma periódica a las consultas pautadas y se mostraban dispuestos a recibir las devoluciones de sus terapeutas y dar lugar a la co-construcción, lo cual devela el

compromiso del consultante hacia el propio proceso. En seguida se extraen las verbalizaciones que dan forma a esta subcategoría:

“Yo fui muy constante y paciente semanalmente hasta que casi que hasta febrero de este año que empezamos a vernos quincenal.”(I1) L: 214-216. “Siempre esperaba el lunes con muchas ansias porque era el único momento en el que me podía sentir bien” (I1) L:235-356.

Subcategoría: Disposición hacia el cambio

Para que emerja el cambio dentro del proceso psicoterapéutico resulta fundamental la permanencia de ciertas condiciones, entre ellas, se destaca la disposición del consultante hacia la experiencia de cambio, esto se puede ver representado a través de la apertura del mismo para recibir ayuda, la cooperación hacia el proceso y la apertura hacia las intervenciones de su terapeuta; lo que más adelante podría llevar a acciones más pertinentes frente a sus propias necesidades. Adelante se presentan algunos extractos derivados de las entrevistas realizadas para este estudio:

“Fui con mucha mente abierta a recibir el feedback” (I1) L: 58. “Y se crea como un, no sé, un trabajo en equipo en el que ella me escucha y cuando tiene algo para decirme, yo también la escucho a ella” (I3) L:570-572.

Subcategoría: Responsabilidad subjetiva

Según lo observado en las entrevistas, se plantea la visión del paciente como un individuo capaz de elegir y tomar acciones frente a la problemática singular por la que atraviesa, puesto que es aquel responsable de hacerse cargo de su propio malestar, lo cual implica movilizar los recursos disponibles para gestionar su incomodidad al tomar como referencia lo emergente en su proceso terapéutico. En la línea de esta idea, los informantes manifestaron que es indispensable poner en práctica lo aprendido durante el encuentro con el terapeuta, tomar decisiones y acciones pertinentes sobre sus propias percepciones y/o directamente sobre su entorno. Esto se puede relacionar con la información contenida en lo expresado en las entrevistas semiestructuradas empleadas:

“Porque son cosas que uno necesita escuchar, pero se niega, entonces era afrontar todas esas cosas. Y no solo afrontarlas, sino también ponerlas en práctica. Algo que a mí me hizo libre fue poner límites, yo no tenía límites en mi vida y fue lo primerito literal que practiqué con ella, los límites” (I1) L: 82-87. “Cuando uno empieza el proceso terapéutico, es decir: ‘bueno, mi psicóloga me va a resolver toda la vida’ luego darme cuenta de que no, no es ella que me va a resolver la vida, sino el yo cómo asimilo cada cita, cada semana es diferente, cada sesión es diferente, y como uno nutrirse de eso y saber que uno tiene como la voluntad para seguir primero yendo, segundo, poniendo en práctica, eso es muy difícil” (I3) L: 336- 342. “¿Qué fue necesario hacer?: Uno elegir, otra es tomar decisiones y hacer, como dicen, porque hacer es la única forma” (I4) L: 185-186. “Sí... darse cuenta de eso, de que uno no puede depender siempre de la terapia y que son cosas que le tocan a uno” (I3) L: 403-404.

Categoría: Experiencia con el terapeuta

Los pacientes describieron su experiencia con el terapeuta de una forma distintiva y singular, muy diferente a la compartida con otras personas de su entorno (amigos, familiares, etcétera), ya que la primera se caracterizaba por una interacción única en la cual se configura un rol específico del terapeuta como individuo capaz de acompañarlo a dar lugar al despliegue de su sufrimiento sin juicios ni señalamientos, comprendiendo lo disfórico de forma genuina.

Por consiguiente, el consultante simboliza a ese otro como receptor de total confianza para expresar todo aquello que lo aqueja otorgándole un lugar de experto en el acompañamiento emocional. De acuerdo a esto, surgen seis subcategorías: percepción sobre el terapeuta, neutralidad de la escucha, empatía, confianza, validación emocional y autenticidad.

Subcategoría: Percepción sobre el terapeuta

La percepción manifestada por los pacientes hacia su terapeuta se caracteriza por la descripción de un profesional y experto con conocimientos diferentes a los propios, los cuales le permiten disponer de una perspectiva con fundamentos clínicos para llevar a cabo la ayuda necesaria. Este elemento se correlaciona con la confianza y el respeto que construye el consultante hacia su terapeuta, fundamentado en la seguridad de la capacidad de este profesional para acompañarlo en el alivio de su sufrimiento, asimismo, los informantes describen la percepción de una figura “acogedora”, “cálida”, carente de juicios e íntima con la cual se sienten seguros y comprendidos. Esto se exhibe con los próximos extractos de las entrevistas:

“Entonces cuando yo llego, veo que mi psicóloga es básicamente como de mi edad, pues literalmente creo que ella es como un año mayor, entonces uno dice como “ush, bueno”, es como enfrentarse a una persona que ha vivido el mismo tiempo que yo, pero que tiene una idea más clara y profesional” (I3) L: 149-153. “Yo lo escuchaba en las clases y decía: ¡uy qué hombre tan teso! ¿cómo será en un espacio terapéutico? Entonces de ahí surgió esto de decir “bueno yo quiero conocer esta parte de mi vida con él” (I4) L: 50-53.

Subcategoría: Neutralidad de la escucha

En el encuentro con el terapeuta los pacientes describieron sentirse escuchados, comprendidos y cómodos para expresarse libremente ya que prevalecía en el contacto la “neutralidad de la escucha”, fue descrita por los consultantes como una escucha atenta y compasiva, que excluye juicios o valores de éste. Se entiende entonces, que la habilidad de la neutralidad para la escucha activa por parte del terapeuta favoreció la expresión del paciente sobre su malestar y facilitó la profundización en el mismo. A continuación, las líneas que dieron luz a esta subcategoría:

“Es como muy como yo te decía, como muy de empatía, muy de entenderte, de que te sientas escuchado” (I3) L:183-186. “Es solamente escuchar” (I4) L:194.

Subcategoría: Empatía

A través de esta subcategoría se evidencia que los informantes pudieron expresar cómo el terapeuta se involucra afectiva y emocionalmente en la expresión de su malestar, no como un simple observador de lo que ocurre en el devenir del diálogo, sino que, es capaz de conectar con su experiencia de una forma real y genuina para dar lugar a un entendimiento más allá de lo racional; esto se deja ver en la sesión terapéutica mediante expresiones verbales (marcaciones en el discurso) o expresiones no verbales (miradas o gestos) que le permitan al consultante darse cuenta que su vivencia es atendida, aceptada y acogida por el terapeuta. Las siguientes verbalizaciones que lo confirman:

“Ella es casi como un espejo, casi como un espejo donde reacciona a lo que yo digo, entonces si hay algo que es muy triste o algo muy malo, uno le puede ver esa mirada de tristeza a mi psicóloga, esa mirada cómo de ‘¡parece le entiendo tanto su dolor!’ que es algo súper especial” (I3) L: 540-545. “Siempre se ha tratado como de yo escucharte y ver como qué herramientas podemos utilizar para que ya no te sientas así” (I3) L:192-193. “Mi psicóloga tiene este efecto de ser una persona muy comprensiva” (I1) L: 60.

“Uno siente que más allá de que sea mi psicóloga, más allá de que esté pagando por un servicio, uno se siente como acogido” (I3) L:179-189.

Subcategoría: Confianza

Un aspecto importante a resaltar es que independientemente de la corriente teórica empleada por el profesional en psicología, los pacientes entrevistados destacaron la confianza con su terapeuta, entendida en la presente investigación, como un elemento imprescindible y transversal a cualquier proceso psicoterapéutico que opera como una herramienta que posibilita el despliegue emocional y discursivo del consultante. Al mismo tiempo, este elemento se vincula con la representación del terapeuta como una figura empática y el respeto otorgado. Enseguida los casos que lo ilustran:

“Desde el respeto por supuesto, yo a ella le tengo muchísimo respeto porque es mi psicóloga; evidentemente no es mi amiga, pero es mi psicóloga y saber que deposito esa confianza con ella es bonito” (I1) L: 232-235. “Y ya pues, poder conectar con la empatía, la transferencia que se hace en el proceso terapéutico me generó confianza y quise ir a terapia con él” (I4) L:53-56.

Subcategoría: Validación emocional

Desde la visión de los informantes, el surgimiento de las emociones, bien sea concebidas como desagradables o satisfactorias, se vivencian de forma distinta en el espacio psicoterapéutico en tanto se les otorga un valor fundamental, lo cual se origina a partir de las intervenciones realizadas por el terapeuta en donde resalta la importancia de transitar esta vivencia emocional y de esta manera se promueve el espacio idóneo para que el paciente pueda permitirse mostrarse vulnerable en un entorno en el cual se sienta seguro. Se muestra el hilo discursivo que lo sustenta:

“Las veces que me he sentido más vulnerable, ella me ha hecho saber que soy importante” (I1) L: 237-238.

Subcategoría: Autenticidad

Al estudiar el discurso los informantes señalan un diálogo entre los actores del proceso psicoterapéutico caracterizado por la sinceridad, de modo que, lo expresado por el terapeuta es percibido como genuino por el consultante, lo cual propicia que las palabras nombradas por el mismo originen un impacto significativo sobre el cliente, que a su vez favorece la asimilación de lo construido en terapia. Se presenta una cita textual:

“Que ella me lo diga es yo crérmelo, ¿sabes? Porque no es lo mismo que un desconocido vaya y te diga “no, no eres feo, eres muy bonito” a que te lo diga alguien que tú sientas que te lo está diciendo desde el corazón y sí, yo lo siento así. Dentro de lo profesional y todo pero desde el corazón” (I1) L: 242-246

Categoría: Percepción del espacio terapéutico

Los consultantes coincidieron en distinguir el espacio psicoterapéutico como un ambiente único que se caracterizaba por un clima de calidez y carente de juicios, críticas o señalamientos, lo cual facilitó el despliegue emocional en tanto es percibido como un campo seguro para la expresión libre y para hacer catarsis en caso de ser necesario, puesto que se encuentra la existencia de un otro (en este caso el terapeuta) que también acoge y entiende el dolor o emoción que tramita el consultante. Como consecuencia del análisis emergieron las siguientes subcategorías: Espacio seguro, Catártico e Introspectivo.

Subcategoría: Espacio seguro

Entre las características resaltadas por los informantes, se puso en evidencia la sensación de seguridad percibida en el espacio psicoterapéutico, quienes destacaron tranquilidad, seguridad y comodidad para exponer sus emociones, pensamientos o creencias, en vista de la ausencia de amenazas (tales como juicios o señalamientos). Cabe destacar que este aspecto es propiciado por la labor del terapeuta, debido al hecho de estar suficientemente entrenado para construir un entorno donde sea posible el sostenimiento de niveles de ansiedad o malestar producto del sufrimiento del paciente, que no puede ser sostenido por otros (familia, amigos, etcétera) fuera del espacio terapéutico. Se extraen las verbalizaciones que lo explican:

“Siempre esperaba el lunes con muchas ansias porque era el único momento en el que me podía sentir bien, en el que me podía sentir tranquilo, en el que sentía que podía hablar y hablar, llorar o lo que fuera y cuando ya me iba me sentía como que me ahogaba” (I3) L: 235-239. “Yo sentía que podía haber un espacio neutral y hablar de una manera cálida, sin sentirme tan cuestionada. Hay momentos en donde uno puede cuestionarse, pero este era un espacio diferente, un espacio neutral de una persona que no sabía nada de mí, no me conocía ni quién era yo” (I4) L: 76-80.

Subcategoría: Catártico

Los consultantes señalan el espacio psicoterapéutico como un ambiente apropiado para permitirse re-experimentar, compartir y liberar aquellas emociones, sensaciones y/o pensamientos disfóricos, originado en las experiencias anteriores que no habían sido asimiladas por la falta de apoyo, por tanto, optaban por no expresar tal malestar en otros espacios distintos al entorno psicoterapéutico por la ausencia de confianza. Adelante se expresa un extracto derivado de las entrevistas realizadas:

“Necesito como encontrar un espacio pues donde pueda descargar, desahogarme, porque no encontraba momentos para yo desahogarme y yo creo que entré a terapia más que nada, a eso, a soltar todo eso que se venía acumulando durante dos años...” (I3) L: 120-124.

Subcategoría: Introspectivo.

La práctica psicoterapéutica resulta ser de carácter reflexivo, lo que ayuda a destacar y traer a primer plano, la posibilidad de auto-observación para que el paciente entienda lo que desea en aras de mejorar su calidad de vida y actualizarse constantemente. En este sentido, los informantes concuerdan en que asistieron al espacio psicoterapéutico ante la motivación de “entenderse a sí mismos” por lo cual surge la necesidad de exploración, no como meta buscada en sí misma sino más bien como una toma de conciencia y una construcción progresiva propia para indagar en torno a preguntas subjetivas, existenciales o temas como: historia de vida, eventos familiares, deseos propios, entre otros. Enseguida se dejan ver las verbalizaciones que dan lugar a esta subcategoría:

“Mi espacio terapéutico lo defino como un lugar sereno, con una capacidad de hacer introspección” (I4) L:117-118. “Entender que eso está bien, que se puede ver de las dos formas es totalmente válido. Y eso también me ayudó a vincularme conmigo mismo, de verdad ese fue uno de los grandes perdones que yo me di, el hecho de decir (suspira) ‘no estás mal... no tienes nada malo’” (I1) L: 177-181.

Categoría: Cambios psicoterapéuticos

Los cambios psicoterapéuticos fueron percibidos por los participantes del estudio como un logro que requiere esfuerzo, movilización y toma de acción por parte ellos. Al mismo tiempo, es descrito como una co-construcción única y singular entre los actores del proceso terapéutico, donde el profesional de ayuda cumple un rol fundamental para el apoyo en cuanto al alcance y consecución de los posibles cambios. Es así, como se observó que las transiciones vivenciadas por cada consultante resultan sumamente distintas y singulares entre sí, no obstante, tienen como factor común la resignificación del propio malestar. Por consiguiente, se distinguen 5 subcategorías que soportan la presente categoría: Cambios en la relación de sí mismo, Desarrollo de nuevos recursos, Desvanecimiento de síntomas específicos, Cambios comportamentales e Impacto del Cambio.

Subcategoría: Cambios en la relación de sí mismo

Según el análisis de cada caso, los pacientes experimentaron cambios relacionados al autoconcepto y al autoesquema, con transiciones en la dinámica de la relación consigo mismos orientadas a una autopercepción más satisfactoria, propiciados por la nueva posibilidad de aceptar lo singular como propio y caracterizado por ser más de tipo “comprensiva” y “misericordiosa”, lo que también fue suscitado por la aceptación inicial brindada por el profesional de ayuda en el sostenimiento del vínculo terapéutico. El resultado de esta subcategoría corresponde a las siguientes verbalizaciones:

“A eso me refiero: darme cuenta de que podía tener más misericordia conmigo misma” (I4) L: 108-109. “Fue como impresionante como darme cuenta que no había nada malo en mí, aún cuando por muchos años me dijeron que estaba mal, que eso era malo, que era aburrido, que era simple, que era tonto ¿sabes? aburrido en sí. Y darme cuenta como que no, en realidad no lo soy... simplemente tengo otra forma de vincularme con las personas y no sentir vergüenza de eso no tiene nada de malo” (I1) L:154-165.

Subcategoría: Desarrollo de nuevos recursos

En esta subcategoría, el centro de interés es el resultado de nuevos recursos más adaptativos asimilados por la persona en toda su experiencia, mediante las co-construcciones generadas durante el proceso psicoterapéutico, donde el consultante ha desarrollado cierto nivel de independencia puesto que ahora dispone con otros recursos que proporcionan la posibilidad de experimentar las situaciones desde una posición distinta que posibilita la resolución autónoma del conflicto. A continuación, un caso se presenta como ejemplo:

“Por ejemplo: uno ya no piensa de una manera tan impulsiva sino que ya se permite analizar lo que sucede, es decir, si se volvía a presentar cierta situación uno ya sabía cómo acercarse y cómo manejarlo porque ya uno va adquiriendo ante los devenires de la vida y los conflictos porque los conflictos siempre van a estar y siempre van a aparecer. La diferencia es el manejo que se le da” (I4) L: 119-124.

Subcategoría: Desvanecimiento de síntomas específicos

Algunos de los pacientes señalaron como parte de los cambios experimentados, el desvanecimiento o la ausencia de síntomas particulares (tales como miedos irracionales, fobias específicas y somatizaciones), en este sentido, postularon que este efecto devino espontáneamente del proceso psicoterapéutico, es decir, sin ser el eje principal ni como acto forzado; a su vez, una de las participantes señaló que la exploración de la propia historia de vida y la comprensión de otros aspectos personales fue lo que originó dicho cambio; lo que puede demostrarse a continuación:

“De un momento a otro desaparecieron esos miedos de la enfermedad, yo no sé. No supe ni cómo pero se transformaron en otras cosas y ya como viendo las raíces de la crianza, como la forma de haberme criado más... más pesada” (I2) L: 108-112. “No me volví a enfermar, la fobia desapareció la cual consistía en un miedo a las cucarachas que no las podía ni ver” (I4) L: 126-127.

Subcategoría: Cambios comportamentales

Partiendo de la información obtenida por los participantes, durante el proceso psicoterapéutico pueden generarse cambios de tipo comportamental favorecidos por el surgimiento de un empuje intrínseco de acciones concretas; las cuales pudieran referir temas como: establecimiento de límites, reestructuración de hábitos alimenticios, mayor socialización, tomar a la familia y amigos como factores protectores, entre otros; todo esto desde la movilización que surge en el desarrollo de otros recursos más adaptativos y la responsabilidad sobre el propio malestar. Lo anterior permite entrever que el cambio conductual puede ser representado de forma diversa según el caso y se exhibe en los siguientes ejemplos:

“¡Eh! sí, claro. Hábitos alimenticios, rutinas, vuelvo a repetir, hábitos... He hablado mucho de eso con mi psicóloga porque yo procrastino muchísimo... entonces me ha enseñado mucho a como poner ese orden en mi vida en ese aspecto” (I1) L:139-143. “Yo era una persona que no buscaba ayuda para nada, el buscar terapia me ha ayudado como a abrirme a mi entorno, a buscar ayuda en mis amigos, mi mamá” (I3) L:222-224.

Subcategoría: Impacto del cambio

Los cambios experimentados por los consultantes trascienden más allá de lo intrapsíquico o netamente individual, dado que cada persona que se relaciona con otra, genera una afectación subjetiva bidireccional a través del vínculo establecido. Según ellos, la toma de acción, la ejecución de comportamientos distintos y otros factores asociados, provocaron un impacto en sus entornos más próximos (como en el ambiente familiar, relaciones de pareja y/o amistades), en este sentido, se entiende que el surgimiento del cambio en el orden de lo intrapsíquico, puede causar un efecto bien sea directo o indirecto en las formas de vinculación del consultante; lo que pudiera resultar en transformaciones sobre su entorno. En breve los hilos discursivos que lo sustentan:

“Empezar a poner límites hacia mí, hacia mi novio, hacia mi familia... empezar a poner todos esos límites me hizo darme cuenta de que podía vivir más tranquilo. Hubo muchas cosas que mejoraron y sentí un poco más de paz, y así fue” (I1) L:100-103. “Mi pareja al principio, mi familia fue otra; pero sucedieron situaciones en las cuales yo reaccionaba de otra forma y quedaban como que “¿más o menos?...” o mayor caso con mi pareja, que al principio me decía ‘me cae mal tu psicóloga, me cae mal’, pero claro, le caía mal porque yo estaba poniendo límites a cosas que de repente él se aprovechaba o no se daba cuenta, entonces yo me mantuve firme. ‘Esto está bien para mí’” (I1) L:130-137. “Yo era una persona que no buscaba ayuda para nada, el buscar terapia me ha ayudado como a abrirme a mi entorno, a buscar ayuda en mis amigos, mi mamá” (I3) L:222-224.

A continuación, se narran los hallazgos encontrados como resultado del análisis de las entrevistas realizadas:

Como elemento común por parte de los informantes clave, el cambio fue descrito como una experiencia de proceso y no como un resultado inmediato, más bien, como una co-construcción continua y progresiva por parte de los actores implicados en el proceso

psicoterapéutico (terapeuta y paciente); dicho proceso fue integrado por una serie de momentos claramente distintivos: reconocimiento de la necesidad de ayuda, establecimiento del vínculo terapéutico y resignificación del malestar.

En este sentido, el reconocimiento de la necesidad de ayuda, surge como la primera etapa del proceso de cambio, el cual deviene ante la ausencia de recursos propios para gestionar una situación determinada que genera un malestar clínicamente significativo, que en algunos casos fue descrito como una vivencia de sufrimiento; esto concuerda con Krausse (2005), al describir en las fases del cambio la etapa de la decisión de la búsqueda profesional, que en sus palabras se caracteriza por la experiencia de los propios límites, entendido como la toma de conciencia de la necesidad de ayuda que surge mediante la aceptación del paciente de sus debilidades para gestionar una situación determinada. Por tal motivo, este primer momento se asocia directamente al cuestionamiento de los patrones explicativos anteriores ya que tiene un efecto de descongelamiento sobre los mismos que posibilita el desarrollo de nuevos patrones más adaptativos.

Una vez reconocida la necesidad de ayuda, se inicia el establecimiento del vínculo, que parte del contacto directo con el psicólogo en el espacio terapéutico, momento de suma importancia transversal en todo el proceso de cambio, ya que es lo que posibilita dentro de un espacio de contención y respeto, la oportunidad de dar lugar al malestar, la vulnerabilidad y/o sufrimiento a través de la experiencia discursiva cargada de emociones y sensaciones (contenidas hasta el momento) de una forma real y genuina para poder identificarlas-expresarlas, permitiendo la reactualización del síntoma.

Sumado a ello, el vínculo está permeado por una organización compleja de fenómenos que abarcan la confianza y aceptación mutua que determinará el tono emocional presente en la relación. A su vez, esta relación se caracteriza por desarrollarse a partir de los límites dispuestos en el encuadre terapéutico (Farrán et al. 2013); es así como se constituye una forma singular de vinculación entre los actores del proceso psicoterapéutico, en vista que se conforma una percepción diferencial del paciente hacia el terapeuta.

De este modo, la vinculación con el terapeuta está íntimamente conectada con la percepción que los informantes tienen de él. Moreno (2014), describe que la percepción hacia el terapeuta es la de un experto confiable, con una amplia gama de conocimientos, estrategias y herramientas, capacitado para acompañar en el alivio del sufrimiento; dicho planteamiento se vincula con los hallazgos de la presente investigación, donde los informantes, además de esto, perciben al psicólogo como una figura cercana y cálida, que brinda seguridad y promueve la apertura y la expresión, una relación libre de juicios, críticas y señalamientos, favoreciendo la elaboración y resignificación del malestar. Esto se hace posible a través de aspectos como la confianza, la validación emocional, empatía, percepción del espacio psicoterapéutico seguro y catártico que permiten el despliegue discursivo y emocional del consultante.

Por consiguiente, el terapeuta debe poseer una serie de habilidades para propiciar un entorno lo suficientemente adecuado para sostener el malestar que el consultante no ha podido afrontar con los recursos con los que ha contado hasta el momento; siguiendo esta idea, una cualidad destacada por los informantes sobre sus respectivos terapeutas, fue la práctica de la empatía, que se concibió como una cualidad que debe disponer cualquier profesional de la salud mental indistintamente de su marco teórico para conectar con la experiencia real y propia del consultante a través de la comprensión e involucración con las emociones, sensaciones y perspectivas del mundo que posee.

Es así como la empatía cobra relevancia en el proceso de cambio, por lo que debe ser advertida en el espacio psicoterapéutico, bien sea mediante devoluciones verbales manifestadas por el terapeuta o a través de expresiones no verbales como gestos o miradas, que en conjunto con la neutralidad de la escucha y la validación emocional, le permitieron al paciente darse cuenta de que su experiencia estaba siendo atendida por el terapeuta, lo que facilitó la construcción de un espacio idóneo, seguro para experimentar, nombrar y reconocer aquellas emociones, sensaciones o creencias que el paciente no se había permitido nombrar en otros espacios. Todo esto concede la profundización en el malestar a través de la escucha activa y recíproca.

Mediante lo anterior, se entiende cómo a medida que avanza el proceso, el paciente potencia la capacidad para el darse cuenta -para la consciencia- por medio de la profundización en el propio discurso, esto emerge desde la co-creación con el terapeuta, siendo base para la consecución de cambios. Así lo menciona Mora (2020), al afirmar que “los informantes en vínculo, por el sólo hecho de entrar en relación, generaron transformación bidireccional. En este sentido, por medio de la comunicación dialógica se construyó un aprendizaje personal y relacional” (p.119). Siguiendo las ideas del autor, el darse cuenta se da como un proceso que conduce a la persona a desarrollar otras perspectivas del mundo y así “tomar consciencia de lo que sucede a su alrededor” (p.103), de la realidad propia y del entorno; se expande la visión acerca del mundo, se hallan nuevas configuraciones para observarlo.

De tal manera, el reconocimiento de la necesidad de ayuda, el establecimiento del vínculo terapéutico, la construcción de un entorno seguro y la experiencia particular del paciente con su terapeuta, son componentes imprescindibles para la construcción del cambio psicoterapéutico. Así mismo, se torna ineludible la importancia del rol del paciente dentro de este proceso por cuanto “el ser humano tiene la libertad de elegir lanzarse al vacío para responder a las exigencias de la vida (...) el único responsable de lo que pudiera ocurrir con su existencia es el propio existente” (Villa, 2021. p.42).

En concordancia con esta idea, Gómez & Zohn (2013), proponen al paciente como un agente activo del proceso psicoterapéutico fundamentándose en que son las acciones del sujeto las que propician una movilización o impacto sobre sí mismo, relaciones interpersonales y los diferentes espacios donde se desempeña. Asimismo, Corveleyn (1998), señala que las acciones del consultante es lo que da lugar al cambio; la responsabilidad subjetiva y la movilización del consultante serán elementos cruciales durante cada uno de los momentos del tratamiento psicológico, por cuanto sin la disposición del consultante no es posible el desarrollo de ningún cambio o transformación, por el contrario, el terapeuta debe apuntar a favorecer la autonomía del consultante en función de actuar como un individuo libre de elegir y tomar acciones sobre la problemática singular que experimente.

La integración de los factores nombrados anteriormente, permitieron la consecución de la resignificación del malestar o del sí mismo como el momento de transformación y asimilación de la novedad construida en el proceso de cambio, esta transformación devino (no como un objetivo perseguido) de la vinculación con el terapeuta por los efectos intersubjetivos originados durante el encuentro vincular con ese otro percibido como referente, acompañante, confiable para sostener el malestar, cuyas palabras-devoluciones-interacciones fueron impregnadas, no solo por lo discursivo, sino también por el afecto propio del vínculo; devoluciones percibidas como empáticas, auténticas y sinceras lo que generó impacto significativo y movilizador sobre el consultante a nivel de lo simbólico y lo real.

En este mismo orden de ideas, en el análisis de los casos presentados, se observó cómo la validación emocional en conjunto con la aceptación manifestada por el profesional, fomentaron la apropiación de características individuales (antes no integradas a la personalidad) que produjeron cambios favorables a nivel de la autopercepción del consultante, favoreciendo el surgimiento de recursos nuevos o más adaptativos para el afrontamiento toma de acciones sobre la realidad circundante.

Lo mencionado anteriormente señala la exposición de cambios en el orden de lo intrapsíquico según la percepción de los consultantes; hallazgo que concuerda con los resultados de Cortés (2018), quien expuso que los pacientes enfatizaron en cambios intrapsíquicos percibidos, mientras que los psicólogos destacaron cambios comportamentales. Por tal razón la presente investigación proporciona como aporte científico que los pacientes en procesos psicoterapéuticos pueden percibir-experimentar tanto cambios intrapsíquicos como comportamentales.

De tal forma, es posible notar que el proceso de cambio se caracteriza por un conjunto de elementos y momentos transversales -Reconocimiento de la necesidad de ayuda, Establecimiento del Vínculo Terapéutico, Resignificación del Malestar- a cualquier proceso psicoterapéutico, indistintamente del enfoque empleado; mientras, los cambios construidos son variables según la particularidad, motivos de consulta, síntomas y características-estructura de personalidad del paciente; en el presente estudio se encontraron cambios representados por la disminución de síntomas específicos, construcción de recursos más adaptativos, cambios conductuales y cambios asociados en la relación de sí mismo. Cambio que se extiende más allá del aspecto individual del consultante y se hace visible en sus formas de vincularse y coexistir con otros, en definitiva, estos produjeron impactos significativos desde lo singular hacia la reorganización-modificación de su entorno.

CONCLUSIONES

La percepción subjetiva de los pacientes entrevistados sobre el fenómeno de estudio consistió en el cambio como un proceso continuo, el cual fue concebido como una co-creación entre el terapeuta y el paciente, donde el terapeuta funciona como un entorno lo suficientemente propicio para sostener y validar el malestar del otro así como para realizar las intervenciones necesarias y proporcionar una perspectiva distinta, mientras que el consultante es el agente primario del cambio ya que dependerá de las acciones, decisiones y la apropiación del espacio psicoterapéutico, la gestión del propio malestar, por estas razones se le concibe como el eje central del proceso. A su vez, fue descrito que el cambio emerge de forma espontánea y “sutil” como producto del transcurso de las sesiones, más allá de esto, los informantes enfatizaron el cambio psicoterapéutico como un “logro” complejo que requiere esfuerzo y toma de acciones sobre lo aprendido durante la interacción con el profesional.

Es necesario la disposición de ciertas características del consultante, el terapeuta, y condiciones dentro del espacio psicoterapéutico para que emerja dicho cambio. De este modo, la empatía destacó como una habilidad que debe poseer cualquier profesional puesto que fue resaltada por cada uno de los informantes clave en tanto facilitó la conexión genuina con el consultante, cabe mencionar que esta práctica debe disponerse en el espacio mediante el lenguaje verbal o no verbal; aunado a ello, la confianza adjudicada hacia el terapeuta y la neutralidad de la escucha, definida por los participantes del estudio como el acto de “simplemente escuchar” posibilitó la construcción de un espacio propicio donde el paciente se perciba seguro para expresarse, hacer catarsis, o profundizar en sí mismo. En este sentido, la

percepción de los consultantes hacia el terapeuta consistió en un profesional con habilidades clínicas y humanas; una figura cercana, comprensiva e íntima.

En cuanto al paciente, es imprescindible el reconocimiento de la necesidad de ayuda para proceder a la búsqueda de asistencia profesional; otro elemento importante según el análisis discursivo fue el compromiso y la responsabilidad subjetiva por parte del consultante, la toma de acción, la asistencia periódica a las consultas así como la apropiación del malestar son factores cruciales para la evolución en los momentos del proceso del cambio.

Según los hallazgos de la investigación, los pacientes en proceso psicoterapéutico enfatizan mayormente elementos como la comprensión de su dolor, la percepción de un espacio seguro y la percepción de un experto con conocimientos del área de la psicología clínica que al mismo tiempo es cercano. Por lo cual se recomienda a los profesionales de la salud mental entrenarse en el desarrollo y aplicación de cualidades humanas tales como empatía, escucha activa y observación que le permitan entrar en contacto e involucrarse con sus consultantes para así propiciar la construcción de un vínculo que funcione como recurso para la resignificación del malestar. Mientras que a los investigadores, se les recomienda realizar estudios transaccionales con diseño longitudinal que permitan comprender el comportamiento del cambio a lo largo del tiempo una vez finalizado el proceso psicoterapéutico.

Por su parte, sería provechoso para la comunidad científica continuar el estudio del fenómeno explorado mediante la inclusión de líneas terapéuticas distintas por parte del terapeuta -pues en la presente investigación los pacientes fueron atendidos por psicólogos desde la corriente gestáltica, cognitivo-conductual, sistémica y desde la orientación psicoanalítica- con el objetivo de comparar, ampliar y nutrir los resultados obtenidos mediante otros referentes, igualmente, comparar los resultados obtenidos tomando como referencia el género, la nacionalidad, otros grupos etarios y según los grados de formación académica.

En conclusión, la explicación sustantiva del fenómeno de estudio condujo a identificar los constructos más relevantes del mismo, así como hacer visible el sistema de relaciones internas dadas en el fenómeno, en otras palabras, los efectos subjetivos (cambios psicoterapéuticos) devinieron a partir del encuentro singular con el terapeuta, encargado de construir un ambiente seguro y catártico, así pues, el sólo hecho de ser partícipe de un vínculo caracterizado por la confianza, autenticidad y empatía, en donde el paciente se sintió acogido, comprendido, validado e importante, dio lugar a la profundización-exploración del propio malestar a través de un espacio de contención.

Esto, en conjunto con la apropiación del malestar mediante la responsabilidad subjetiva y la toma de acciones pertinentes por parte del consultante, fue lo que permitió la construcción de cambios, también descritos como logros por los informantes, a partir del ambiente psicoterapéutico; cuyas resignificaciones tuvieron impactos más allá del campo de lo individual sino que también develaron efectos sobre las formas particulares de vincularse.

Entonces, se toma la metáfora de la transformación de la mariposa para explicar de manera similar el cambio como proceso: "el huevo" simboliza el reconocimiento de la necesidad de ayuda, "la larva" representaría el cuestionamiento de los patrones explicativos anteriores como base idónea para fomentar la construcción de otros nuevos, mientras que la crisálida o pulpa viene a presentarse como el establecimiento del vínculo terapéutico, en cuyo periodo acontecen una serie de fenómenos tales como la construcción de un ambiente seguro y catártico, el establecimiento del afecto, entre otros; así cuando la mariposa comienza a intentar romper la crisálida refiere a toma de acciones pertinentes del consultante frente a su entorno,

y, finalmente la mariposa adulta refiere la resignificación del malestar y construcción de los cambios psicoterapéuticos.

Por último, es necesario dejar claridad sobre la concepción de cambio como un proceso no lineal, considerando que a pesar de contar con fases distintivas, sus elementos constitutivos se encuentran estrechamente ligadas y se van nutriendo entre sí, propiciando la progresividad, co-creación y articulación entre dos individuos en contacto experiencial y simbólico, facilitando la aparición de una experiencia que permite la resignificación del síntoma o malestar mediante un diálogo que solo ocurre en la dimensión relacional y fenomenológica; al mismo tiempo, el cambio no tiene principio y fin, no fue experimentado como un resultado, sino que es una construcción continua.

REFERENCIAS

- Bowlby, J. (1989) *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós. https://www.academia.edu/42798326/Una_base_segura_de_Bowlby
- Catañerías, C., Fraga, M., García, F., Fernández, A., Belloch, A. (2009). *Procesos de cambio en el Trastorno Obsesivo Compulsivo: análisis cualitativo de los resultados de un tratamiento cognitivo desde la experiencia subjetiva de los pacientes*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100007
- Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., & Arcuschin, O. (2003). *La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico*. *Psicodebate*, 3, 107-116. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.505>
- Coelho, É. (2018). *Cambio terapéutico percibido y la relación con las acciones terapéuticas empleadas: La experiencia de terapeutas y consultantes adultos*. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología Bogotá. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/64123/Cambio%20terap%C3%A9utico%20Aprobado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cortés, A., Fernández, O., Capella, C., Espinosa, H. D., Krause, M. (2018). *¿Qué Es lo que Cambia en la Psicoterapia? La Perspectiva de Pacientes Adolescentes con Síntomas Depresivos, sus Terapeutas y Observadores Externos*. *Scielo*, 28(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282018000200105&lang=pt
- Corveleyn, J. (1998). *Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico*. Universidad Católica de Lovaina.
- Farrán, Á., Molina, M., Ben-Dov, P., Rapaport, E., & Tomicic, A. (2013). *Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII, 15-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28193049400>
- Francés, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). *Do Psychotherapies have Specific Effects?*. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2)
- García, H., Fantin, M., & Isgró, A. (2015). *Estudio Descriptivo de la Percepción de la Relación Psicoterapéutica en Pacientes de la Ciudad de San Luis*. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 21 (1),142-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68639580013>

- Gómez, E., & Zohn, T. (2013). *Agencia y cambio en psicoterapia. El espiral de la reflexividad. Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas*. Universidad de Guadalajara.(223-255). <http://hdl.handle.net/11117/3860>
- Gómez, M., & Juan, & Manubens, S., & Roussos, A. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. Anuario de Investigaciones, XXIV. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369155966001>.
- Krausse, M. (2005). *Psicoterapia y cambio una mirada desde la subjetividad*. (1 edc.). Universidad Católica.
- Moncada, L. (2007) *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122060/Moncada_Laura_tesis_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mora, D. (2020). *Psicodrama como Modelo de Intervención en el Proceso de Orientación Grupal*. Universidad del Zulia. Tesis de Maestría en Orientación mención Educación (1-193).
- Moreno, M. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Universidad Iberoamericana Puebla. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia (1-145). <http://repositorio.iberopuebla.mx>.
- Osorio, F. (2012). *Análisis cualitativo del cambio terapéutico en psicoterapia constructivista cognitiva. Una mirada desde la experiencia subjetiva de los pacientes*. (Tesis de maestría, Universidad de Chile). Santiago, Chile. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/105919/cs-osorio_f.pdf?sequence=3
- PSIENCIA Revista latinoamericana de ciencia Psicológica (2010). *Ciencia, Psicología y Sociedad. Psicología en Sociedad*. 2(2). 114-121.
- Putrino, N., Etchevers, M., Mesurado, M. (2017). *El Vínculo Terapéutico: el rol del entrenamiento en empatía*. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental; Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 63, 4. (276-287). <http://hdl.handle.net/11336/52221>
- Santoya, Y. (2014). *Relación Psicoterapéutica y Relaciones Afectivas. Una mirada desde el Código Deontológico y Ético del Psicólogo Colombiano*. Universidad de San Buenaventura. (1-5)
- Vargas, C., Soto, G., Hernández, L., & Campos, R. (2020). *La confianza en la relación profesional de la salud y paciente*. Revista Cubana de Salud Pública. 46(3):1-46
- Villa, P. (2021). *Un acercamiento comprensivo a la toma de conciencia y de responsabilidad en psicoterapia Humanista-Existencial*. Universidad del Norte. (41-43). <http://hdl.handle.net/10584/10249>
- Yañez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. (Tesis doctoral, Universidad de Chile). Santiago, Chile. https://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cs-yanez_j/pdfAmont/cs-yanez_j.

NOTAS

1. Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, titulado: "Percepción del cambio del paciente en psicoterapia", presentado en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

2. Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.