



UNIVERSIDAD UCINF

LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

CARRERA PSICOLOGÍA

**Expectativas de los estudiantes de 5to año de la
carrera de Psicología pertenecientes a diferentes
Universidades de Santiago de Chile referentes al
Terapeuta**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : Christopher Johnny Ramírez Tolmo
Constanza Paz Mejías Soto
Dayana Yasmin Farías Gutiérrez
Marianne Carolina Avello Rey
Priscilla Ester Llancaleo Rodríguez

DOCENTE GUÍA : Marcelo Acuña Faundez

SANTIAGO, DICIEMBRE DE 2015



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA PSICOLOGÍA

**Expectativas de los estudiantes de 5to año de la
carrera de Psicología pertenecientes a diferentes
Universidades de Santiago de Chile referentes al
Terapeuta**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : Christopher Johnny Ramírez Tolmo
Constanza Paz Mejías Soto
Dayana Yazmin Farías Gutiérrez
Marianne Carolina Avello Reyes
Priscilla Ester Llancaleo Rodríguez

DOCENTE GUÍA: Marcelo Acuña Faundez

Firma: _____

SANTIAGO, DICIEMBRE DE 2015

A Juan Daniel Ramírez por su apoyo y amistad incondicional, porque siempre estuvo capacitado para acompañarnos en este camino.

A cada uno de nosotros por perseverar y poner nuestro corazón en esta labor. Por el valor humano que entregamos y entregaremos.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, por los que están y por los que ya partieron, que siguen entregándonos su amor.

Marianne, Dayana, Priscilla, Constanza y Christopher.

“He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás a encontrar en sus vidas un significado”.

Viktor Frankl.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestro Profesor Leonel Núñez quien, en un momento de desesperanza, puso en nosotros el interés por investigar sobre la presente temática y por darnos apoyo cada vez que lo necesitamos.

A Marcelo Acuña Faundez, nuestro amigo y profesor guía, por su paciencia, disciplina y dedicación entregada durante toda la realización del estudio y a lo largo de nuestra formación como profesionales.

A los entrevistados participantes en esta investigación, por su tiempo, apoyo y experiencia compartida.

A cada una de nuestras familias por su entrega, paciencia y apoyo desinteresado en nuestra formación como psicólogos y en cada proceso personal de crecimiento que vivimos a lo largo de esta carrera.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTOS BÁSICOS.....	4
Pregunta de investigación.	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.	6
Preguntas directrices.	7
ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	8
EXPECTATIVAS.....	8
LA PERSONA DEL TERAPEUTA	13
QUEHACER TERAPÉUTICO.....	17
ALIANZA TERAPÉUTICA.....	23
REFERENTES METODOLÓGICOS.	30
Tipo de Investigación.....	30
Diseño de Investigación.....	30
Selección de la muestra.....	30
Unidad de análisis:.....	30
Población:	30
Muestra:	31
Criterios de Inclusión.....	31
Criterios de Exclusión.....	31
Procedimiento y/o instrumentos para recolección de datos.	31

RESULTADOS.....	31
Categoría: Expectativa.....	33
Categoría: Quehacer Terapéutico.....	33
Categoría: Persona del Terapeuta	34
Categoría: Paciente	35
Categoría: Relación terapéutica	36
Categoría: Sociedad	37
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	58
Implicancias y limitaciones de los resultados	58
Sugerencias para futuros estudios.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

RESUMEN

La presente investigación cualitativa estudia las expectativas que tienen los estudiantes pertenecientes a la carrera de Psicología de diversas Universidades de Santiago de Chile, respecto a la imagen del psicólogo y cómo éstas pueden influir en decisiones futuras en función de su formación, con el propósito de describir si la variable expectativa influye o no en la construcción de los conceptos Quehacer terapéutico, Persona del terapeuta y Alianza terapéutica.

Para seleccionar a los sujetos del estudio se realizó una encuesta online, la muestra fue de un total de siete personas. Para la recaudación de datos se llevaron a cabo entrevistas personalizadas y de carácter semi estructurada las que fueron posteriormente analizadas y codificadas por medio del programa Excel, siguiendo un procedimiento manual.

Se lograron obtener resultados que demuestran una influencia de las expectativas en la formación académica involucrando la perspectiva que estos presentan en función de la imagen del psicólogo, afectando en el ejercicio de la práctica profesional. Por otra parte, se logró conocer la diferencia que los entrevistados hacen entre el quehacer terapéutico y la persona del terapeuta, incluyendo la relación que estos dos conceptos sostienen y cómo se identifica cada uno.

Se pudo concluir que las expectativas juegan un papel fundamental a la hora de influenciar en la formación que tendrán los estudiantes, y como estos en un futuro ejercerán la profesión basándose en ellas, teniendo una relación directa con factores como la sociedad y las creencias que afectarán a su persona y su rol profesional.

Palabras Claves: Expectativa; Persona del terapeuta; Quehacer terapéutico; Alianza terapéutica

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene como objeto de estudio las expectativas de los estudiantes pertenecientes al quinto año de la carrera de Psicología pertenecientes a diferentes Universidades de Santiago de Chile, referente a la imagen del psicólogo y su quehacer terapéutico y cómo esto puede influir en la alianza terapéutica, situándose en el contexto sociocultural actual.

El estudio se realizó con el propósito de obtener mayor conocimiento respecto de cómo la imagen del psicólogo tiene una influencia social y cómo esta noción afecta los diferentes ámbitos que componen al terapeuta psicológico; cómo es su persona y su rol en la sociedad, evidenciado desde la mirada de posibles psicólogos clínicos.

La base teórica - bibliográfica hace referencia a los diferentes paradigmas acerca de cómo los conceptos de expectativas, quehacer terapéutico, persona del terapeuta y alianza terapéutica se han ido desarrollando a lo largo del tiempo por diferentes autores de diversas escuelas psicológicas, quienes han ido aportando variadas definiciones basadas en estudios empíricos. Así, el marco de referencia se centra en las visiones de las escuelas cognitivo-conductual, humanista y sistémica.

Los datos se obtuvieron de estudiantes de psicología inclinados hacia el área clínica de especialización, que no hayan asistido a terapia psicológica personal en el transcurso de su formación profesional y los cuales actualmente cursan el 5to año de la carrera. Se optó por estos requisitos debido a la necesidad de identificar las expectativas de estudiantes con respecto a la labor del terapeuta ad portas de convertirse en uno y conocer cómo éstas podrían influenciar en su futuro quehacer como terapeutas.

Para llevar a cabo la recolección de información se utilizó, en primera instancia, una encuesta online para la selección de los sujetos que cumplieran con los requisitos de la investigación. Luego, al tener a los sujetos seleccionados de la encuesta, se procede a

hacer contacto para realizar y formalizar las entrevistas individuales. Por las características del estudio se realiza una entrevista semi-estructurada.



Finalmente, se presenta un análisis de los resultados obtenidos por medio de la recolección de datos extraídos de los sujetos entrevistados, lo que dará validez empírica a la investigación.

PLANTEAMIENTOS BÁSICOS

En la actualidad convergen diversas opiniones acerca de lo que representa el papel del terapeuta en nuestra sociedad, de lo que es una psicoterapia y cómo se manifiesta en ésta, un vínculo entre el terapeuta y el consultante. Uno de los cambios importantes a destacar es el planteado por el paradigma cognitivo el que propone la existencia de un nuevo terapeuta como un acompañante, quién entrega las herramientas al consultante para que éste se haga cargo de su propio proceso psicoterapéutico. Desde aquí, se vislumbra un cambio paradigmático en la sociedad con respecto a la función del psicoterapeuta, desligando a éste del modelo médico y alejándose del concepto de “sanador psíquico” (López y Mazo, 2011).

Con respecto al vínculo terapéutico Riso (2006) plantea que “La relación terapéutica es un encuentro entre dos sujetos cognitivos, reunidos en torno a la afectación que se evidencia en uno de ellos, que compromete a ambos en la búsqueda de opciones de superación de sus problemáticas” (Citado en López y Mazo, 2011, p. 4). Siendo así, un espacio en el que convergen subjetividades (terapeuta-consultante). Por consiguiente, resulta importante preguntar sobre la existencia o no de diferentes elementos que podría influenciar en el proceso terapéutico y cómo determinarán la adherencia a la psicoterapia por parte del consultante. Al hablar de adherencia es necesario referir a todas aquellas conductas por parte del consultante que lo lleven al cumplimiento del régimen terapéutico. Entre ellas se destaca la asistencia regular a las sesiones y el compromiso del paciente con su proceso (Rodríguez-Marín, Martínez, & Valcárcel, 1990, citado en Rivadeneira, 2013).

Un elemento que se debe tomar en consideración para el alcance de la adherencia a psicoterapia es la expectativa que el consultante tiene del terapeuta. Alcazar y Olan (2007) mencionan que:

“Cuando el paciente busca a un terapeuta y éste no cumple con lo que se esperaba, es posible que el paciente desista de asistir a sesiones futuras. La mayoría de los pacientes abrigan ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y el encuentro con éste, en la primera entrevista, puede ser determinante para que el paciente decida asistir a sesiones futuras si se cumplió lo que esperaba” (p. 57).

La Comisión Chilena de Psicólogos Clínicos (2006) resalta la importancia del abordaje de la formación de terapeutas, no sólo desde dimensiones académicas, sino también, desde su quehacer profesional, pero siendo más importante la búsqueda de recursos personales (Citado en Cruz, 2009). Resulta aún más relevante entonces, abordar las expectativas de personas que trabajarán directamente con la salud mental, y quienes, por su formación, tienen contacto con sus propios procesos psicológicos.

Junto a esto, Bellows (2007). Rake y Paley (2009), mencionan que:

“... se ha observado que muchos terapeutas recuerdan a sus ex terapeutas como modelos para proceder cuando los procesos con sus pacientes se encuentran estancados, así también, se observa que la terapia personal les permite mejorar su sentido de identidad profesional y mejorar sus relaciones interpersonales, donde la aceptación de su propia imperfectibilidad personal en el transcurso de la terapia les beneficia en el aumento de la empatía con sus pacientes, sobre todo al comprender lo difícil que resulta el proceso de cambio en terapia” (Citado por Carvajal, 2012, p. 26).

Por todo lo anterior, resulta importante indagar no sólo en la necesidad de que los psicólogos en formación se adhieran a un proceso terapéutico, sino que también en cómo las expectativas que éstos presenten sobre el terapeuta puedan o no influenciar en su futuro ejercicio profesional.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las expectativas referentes al terapeuta de los estudiantes de 5to año de la carrera de Psicología pertenecientes a diferentes Universidades de Santiago de Chile?

Objetivo general.

Describir las expectativas referentes al terapeuta de los estudiantes de 5to año y su influencia en la alianza terapéutica de la carrera de Psicología diferentes Universidades de Santiago de Chile.

Objetivos específicos.

1. Determinar la existencia de expectativas, referentes a la persona del terapeuta, de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología diferentes Universidades de Santiago de Chile.
2. Determinar la existencia de expectativas, referentes al quehacer del terapeuta, de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología de diferentes Universidades de Santiago de Chile.
3. Diferenciar entre las expectativas en relación con el quehacer terapéutico y la persona del terapeuta, por parte de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología de diferentes Universidades de Santiago de Chile.
4. Identificar cómo las expectativas sobre el quehacer del terapeuta influyen en la formación de la alianza terapéutica desde la visión de los estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología de diferentes Universidades de Santiago de Chile.

Preguntas directrices.

1. ¿De qué manera las expectativas sobre el psicoterapeuta pueden influenciar en su futura práctica profesional?
2. ¿Qué entienden los estudiantes por persona del terapeuta?
3. ¿Qué factores externos influyen en la creación de una expectativa acerca de la figura del terapeuta?



ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

EXPECTATIVAS

Es complejo referir el concepto de expectativa desde una única mirada paradigmática, ya que éste es comprendido sin la necesidad de dar una definición concreta. Según Rooter y Horcheich (1975) las expectativas se conforman de todas aquellas experiencias previas que son capaces de marcar un precedente en nuestra vida y, por lo tanto, determina una forma de pensar y sentir respecto a algo específico (Citado en Chacón y Sheriff, 2007).

La Psicología cognitiva explica que:

“La formación de expectativas está influida por la selectividad perceptiva, proceso que se refiere a la elección de información que proviene de los hechos, la selectividad es a su vez guiada por los “constructos personales” o patrones esquemáticos elaborados por el sujeto, que sirven de base para organizar el anteproyecto de un individuo, orientando sus estrategias de enfrentarse a una situación dada” (Shulman, B. 1988, Citado en Chacón y Sheriff, 2007. p.1).

Por otra parte, Stephen (1996), afirma que “la fuerza de una tendencia a actuar en determinada forma depende de la fuerza de la expectativa de que el acto esté seguido por un resultado determinado y de lo atractivo de ese resultado para el individuo” (Citado en Dorta y González, 2003, p. 11). Desde aquí, las expectativas se transforman en un proceso mental importante en el desarrollo psíquico de los sujetos debido a su poder predeterminante en las decisiones de su día a día.

Se han realizado análisis sobre las expectativas los cuales permiten su clasificación en categorías distintivas, dentro de ellas encontramos la tipología propuesta por Bandura (1977, citado en Cáceres, Pizarro, Vio, 2010).

I .Expectativas de Resultado, las cuales se refieren a lo que la persona cree que le puede ocurrir como consecuencia de realizar una determinada conducta.

II **.Expectativas de Auto-eficacia**, se refiere a las creencias que posee la persona respecto a sus habilidades para llevar a cabo la conducta. (Citado en Cáceres, Pizarro, Vio, 2010)

Las expectativas se encontrarán en constante relación con el sujeto, el cual actúa frente a una determinada situación sin dejar de lado su creencia ante la realización de tal acción, de esta forma se vuelve mucho más importante la influencia de estas expectativas, y no solo éstas, sino también las creencias del individuo que tiene respecto a las posibilidades cotidianas que se le han ofrecido. Por consecuencia, el pensamiento (entendiéndolo como creencia) que surge, es que estas posibilidades tienen que ser facilitadoras de las acciones a realizar para que puedan ser logradas con éxito ya que, si no es así, afectaría en la forma que se llevará a cabo el objetivo. Además, existirá también la creencia del individuo respecto a lo que espera de los demás para con él con el fin de establecer una relación donde haya un trato beneficioso para el individuo, si esto no se logra como lo espera el sujeto aparecería un cierto rechazo hacia esta relación (Ellis, 1955, Citado en Almasa, 2011).

Cabe destacar que las expectativas se encuentran en constante relación con los afectos, percepciones y conductas del individuo teniendo influencia directa en la prevalencia de dicho comportamiento a realizar frente a situaciones concretas. Es así como las expectativas comienzan a jugar un rol fundamental y protagónico en la vida de los individuos, ya que son factores de alta significancia en la decisión de aquellas situaciones, por ende, si una expectativa se ve alterada esta tendrá una relación en cambios emocionales y comportamentales del individuo (Jackson, 2010).

Martínez (1975) señala que existen tres elementos fundamentales en las expectativas que influyen en el sujeto, afectando en cómo se relaciona con éstas. Uno de esos elementos es la flexibilidad que alude a la capacidad que tiene el individuo para ir adaptándose según cambie su expectativa al respecto de las experiencias que vivencie, puesto que, la expectativa se irá modificando según las experiencias que tenga el individuo y que afecten al nivel de expectación que este tenga con ella. En segundo lugar, estaría la responsabilidad la cual refiere a que el sujeto tendrá ciertas respuestas

referentes a las situaciones que viva y que involucren sus expectativas, pone el énfasis en que la responsabilidad esté de acuerdo a sus intereses, afanes y experiencias lo que se irá modificando con el nivel de la expectativa en cuanto ha sido el fracaso y logro que se obtuvo. Finalmente, ejecución apunta a sub conceptos que intervienen en el logro de las expectativas (Citado en Olivera y Martínez, 2011), los cuales son:

-Experiencias anteriores: Refieren a que como haya vivenciando el sujeto una situación, dependiendo de si fracasó o triunfó en alcanzar un objetivo, tendrá repercusión en la creación de la expectativa y su respectivo nivel de significancia.

-Sensibilidad: Refiere a cómo se sintió el sujeto frente a la situación anterior mencionada, es decir, en la experiencia de fracaso o de logro, y si alguno fue de mayor o menor calidad.

-Esfuerzo personal: Por último, en relación a lo anterior, el esfuerzo personal habla sobre la voluntad con la que se realizó la acción que lo llevó a tener aquel nivel de expectativa. (Citado en Olivera y Martínez, 2011).

Las expectativas ante la psicoterapia ha sido un tema de interés en la disciplina psicológica. Desde el siglo XX existen estudios empíricos que evidencian lo eficaz que son las expectativas a la hora de predecir los futuros resultados que se obtengan de una psicoterapia, ya sea como un mejoramiento del padecimiento o viceversa (Mathews, 1976, Citado en Corbella y Botella, 2004).

En terapia psicológica las expectativas son evidenciadas como variables inespecíficas que influyen como factor de cambio que se produce en los procesos terapéuticos complejos, en la actualidad estos factores inespecíficos se consideran como “comunes”, donde éstos intentan dilucidar las variables extra-terapéuticas de los consultantes (Krause, 2006).

Mariane Krause (1992) señala que existen cinco condiciones que posee el consultante para que se logre o no el cambio terapéutico:

- I. Experiencia de los propios límites.
- II. Aceptación de la necesidad de ayuda.
- III. Cuestionamiento de los modelos explicativos personales.

IV. Transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia

V. Expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (y del setting) de la relación de ayuda (Citado en Santibáñez, Mella, Chenevard, Espinoza, Iribarra y Müller, 2008).

En cambio, autores como Asay y Lambert (1999) dividen “los factores comunes de cambio en cuatro áreas generales a las cuales asignan un porcentaje en función de su contribución a la mejoría de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra-terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%)” (Citado en Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir y Ramírez, 2006, p.302).

Asay y Lambert (1999) contribuyen a desentrañar lo complejo de las expectativas al conjugarlo con el efecto placebo. Según Corbella y Botella (2004), el efecto placebo en psicoterapia es, por definición, las expectativas de mejora y la recepción de ayuda que poseen los consultantes ante la psicoterapia a la cual se someterán, agregando además la percepción de la credibilidad de las técnicas utilizadas que posea el consultante.

Vroom (1999) propone que las expectativas se podrían asemejar más a la realidad si el esfuerzo realizado por el sujeto es óptimo para alcanzarlas, qué nos dice esto, las expectativas dependen de las acciones que ejecuta el sujeto para lograrlas, de tal manera que pueda obtener un desembargo adecuado frente a lo que espera alcanzar, por lo tanto, la persona siempre realizará acciones enfocadas hacia un futuro éxito (Citado en Olivera y Martínez, 2011). Los individuos tendrán la confianza que al realizar lo que deseaban, se manifieste cierto resultado que lo afecte de forma directa, ya sea negativa o positiva, aquella consecuencia tendrá un valor significativo para el sujeto. Si se plantea en el contexto psicoterapéutico, el paciente espera un logro dependiendo de la expectativa que tenga, por ende, él esperará una futura consecuencia dependiendo de cómo el proceso psicoterapéutico vaya avanzando a lo largo de toda su duración estimada, cada consecuencia como se menciona anteriormente tendrá un valor para este individuo.

Las expectativas serán un factor importante en el escenario terapéutico, ya que afectarán a una serie de aspectos que se puedan llegar a producir en este contexto, como por ejemplo la duración del tratamiento, la deserción y el resultado final (Santibáñez et al, 2008). Se tiende a hipotetizar que las expectativas sólo se expresaran referente a la práctica de la terapia en sí, pero existe una relevante dimensión en las características que se conjugan en las expectativas de los consultantes. Santibáñez et al (2008) nos señala que las expectativas que posee el consultante al inicio de la psicoterapia no sólo se refieren al tratamiento en sí (técnicas, duración, etc.), sino que también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los logros o beneficios que éste pueda obtener de la atención (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986; Navarro, Schindler y Silva, 1987; Zalaquett y et al, 1982). Lo antes señalado es evidenciado en un estudio realizado por el Psicólogo Clínico Raúl Alcázar a estudiantes de psicología en una ciudad de México en el que se evidenció que “la mayoría de las expectativas de los sujetos antes de la primera entrevista se centraron en el terapeuta, es decir, los sujetos esperaron encontrarse con alguien que les escuchara, les apoyara, etc. Todos los sujetos abrigaron alguna expectativa antes de su primera entrevista” (Alcázar, 2011, p.61).

Santibáñez et al (2008) plantea que los terapeutas deben tener conocimientos de las expectativas con las que lleguen a terapia sus consultantes, de tal manera que pueda existir una construcción de una planificación adecuada. Más audaz es lo propuesto por Winkler (1989), poniendo énfasis en la importancia de considerar a las expectativas de los consultantes como una dimensión importante en la planificación, entendiéndose esta planificación como aquello que realiza el psicoterapeuta en las primeras sesiones de una intervención, proponiendo de tal manera que las expectativas sean consideradas como una variable del encuadre psicoterapéutico (Citado en Santibáñez et al, 2008), en donde exista un intercambio de expectativas tanto de las que posee el consultante como el terapeuta en relación a los resultados y cambios que se puedan dar en el proceso terapéutico (Cáceres, 2000, Citado Santibáñez et al, 2008). Lo anterior contribuiría directamente a generar un mayor grado de inclusión y compromiso por parte del

consultante, resultando por efecto dominó la disminución de pacificidad de éstos ante su proceso y el abandono de la terapia (Krebs, Gonzalez, Rivera, Herrera y Melis, 2012).

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Se ha señalado que las expectativas tienen un papel importante en la realización de la psicoterapia, y por ende, en la construcción de la alianza terapéutica, por lo mismo no se puede dejar de lado la visión frente al profesional que acompaña al consultante en su proceso, el terapeuta y su quehacer serán sin duda un elemento clave en la formación de la alianza terapéutica. Es así como Cormier, (1991); Cormier, (1994); Ruiz y Villalobos (1994), Bados y García (2011), señalan que es de suma importancia encontrar en el terapeuta características necesarias para el éxito del proceso terapéutico. Estas características, no son sólo de índole académico y disciplinar, sino que también de la propia persona del terapeuta y su desarrollo personal, y que deben ser inculcadas en su formación profesional.

El concepto “persona del terapeuta” tiene su origen en la psicología humanista de la mano de Carl Rogers y, posteriormente, de Robert R. Carkhuff.

El humanismo nace como la tercera fuerza de la psicología en la década de los 60` en Estados Unidos, por la necesidad de buscar una respuesta a temáticas no vistas por las principales corrientes existentes, el conductismo y el psicoanálisis. Las bases epistemológicas del humanismo son, principalmente, el existencialismo y la fenomenología por lo que las temáticas iban direccionadas hacia una visión de ser humano como intrínsecamente bueno y capacitado para desarrollar sus potencialidades, independiente del medio en el que se encuentre, dando relevancia a conceptos como autorrealización, autonomía, totalidad y orientación por la meta y el sentido (Quitmann, 1989; Kriz, 1997, citado en Carvajal, 2012).

Rogers publica en 1951 su obra *La terapia centrada en el cliente* en la que propone sus hipótesis sobre la terapia y su teoría de la personalidad. Esta publicación sería

trascendental y revolucionaria para la época ya que Rogers expone que la relación terapéutica debía dejar de poner al terapeuta como su centro, como quien todo lo sabe, y dar espacio al cliente como un actor primordial de la relación (Fadiman y Frager, 2001).

La visión de Rogers con respecto a la relación terapéutica pone énfasis en las dos personas que interactúan, lo que lo lleva a plantear que el terapeuta debe poseer o desarrollar ciertas habilidades personales dirigidas no sólo hacia el cliente, sino que hacia sí mismo, todo esto en pos de que al ver su “ejemplo” el cliente aprenda a utilizar éstas características en su propia persona. Las habilidades principales son: Calidez, autenticidad, sinceridad, comprensión genuina y aceptación incondicional. Rogers afirma que la relación terapeuta-cliente es un proceso constante de cambio en el que cada uno de los actores trabaja para llegar a una congruencia cada vez mayor (Fadiman et al., 2001). Así, “para Rogers, la terapia es una relación que depende en parte de la salud mental del terapeuta, lo cual contribuye a propiciar el crecimiento de la salud mental en el cliente” (Fadiman et al., 2001, p. 450).

Años después de que Rogers planteara sus supuestos sobre la relación entre terapeuta y cliente es uno de sus discípulos, Robert R. Carkhuff, quién corrobora y especifica sobre la función de la persona del terapeuta. Molero (2010) explica:

“Carkhuff (1969), elaboró un modelo de relación en el que se subrayó dos elementos fundamentales: Que el funcionamiento del terapeuta como persona se define en términos de nueve variables y que sólo un alto nivel de funcionamiento como persona, en tales variables, podría estimular el crecimiento o el mejoramiento del cliente. Las variables a las que hace referencia el autor son estas: la empatía, el respeto, la autenticidad, la especificidad, la confrontación, el impacto de la personalidad, la auto-revelación, la relación al momento y la autorrealización” (p. 6).

Lo propuesto por los autores humanistas es el primer paso para llegar a un acercamiento a la visión actual de la persona del terapeuta, ellos ponen en el tapete disciplinar lo trascendental de dejar la perspectiva mecanicista al momento de hablar del terapeuta y su modo de actuar en el contexto terapéutico. Respecto a esto López (2010) menciona:

“Es claro que los psicoterapeutas de corte dinámico y humanista, progresivamente, han intentado incluir de manera asertiva este importantísimo tema en sus investigaciones y gracias a esto, se encuentran artículos interesantes en los que se puede percibir un notable interés por las dudas que suscita el trabajar con otro individuo y cómo, precisamente, sus emociones, sentimientos, pensamientos y comportamientos, influyen de diferentes maneras, en el propio terapeuta, quien también es un sujeto, sujetado, con características similares de actuación” (p.4).

A pesar de la relevancia que toma ver al terapeuta como una persona, resulta contradictorio que recién en la década de los 80` se hiciera un cambio en el paradigma mecanicista de posicionar al terapeuta como quién debía mostrar competencias como neutralidad, objetividad y profesionalismo. Desde aquí, no se aceptaba la necesidad de un acercamiento emocional con el cliente, por el contrario, las emociones y pensamientos del terapeuta serían un obstáculo para una terapia eficaz (Corvelyn, 1998, citado en López, 2010). Así, la perspectiva humanista y sus principios aportan de forma contundente al cambio sistemático del rol del terapeuta dentro del contexto psicoterapéutico, pero más importante aún, es desde sus principios que hoy se habla de la “persona del terapeuta”.

Otra de las escuelas psicológicas que ha contribuido al cambio paradigmático en cuanto la persona del terapeuta es la sistémica.

La terapia sistémica ha sido fundada desde distintos referentes teóricos los cuales se han ido conformando principalmente en la práctica de ésta. Los principales aportes teóricos son: La teoría general de los sistemas (Ludwig von Bertalanffy y Johansen Bertoglio); La cibernética de 1º y 2º orden (Bateson, Keeney); Los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación (Watzlawick, Bateson); La psicoterapia familiar y sus diferentes escuelas. Estas escuelas poseen diferentes marcos de referencia, focos terapéuticos y modos de intervención y entre las principales se encuentran: Escuela Estructural (Minuchin), Escuela Estratégica (Haley), Escuela Estratégica- Estructural

(Selvini y Palazzoli), Escuela Transgeneracional (Andolfi), Escuela Narrativa (White y Epston) y la Escuela Constructivista (Maturana). (Camacho, 2006; Pinto, 2005).

Molero (2010) hace el siguiente resumen de la teoría sistémica y su epistemología general en cuanto a su definición de patología:

“La perspectiva sistémica considera el contexto y las pautas de interacción y comunicación con su interdependencia circular entre paciente y entorno, con una mirada especial a la familia, como punto clave en el desarrollo y el mantenimiento de las patologías o trastornos. Desde este punto de vista, el individuo deja de ser la fuente única de patología y el conjunto familiar pasa a ser objeto de estudio e intervención” (p. 4).

Desde aquí y con respecto a la persona del terapeuta sistémico, Gorostegui y Dórr (2005) mencionan que la formación personal del terapeuta resulta primordial ya que el instrumento que utiliza en terapia es él mismo, sus pensamientos, emociones y acciones. En su papel, el terapeuta cumple el rol de observador y participante lo que le otorga el poder de crear espacios de reflexión en la familia y guiarla hacia el cambio. Este poder, del terapeuta sobre el sistema, produce que para cada una de las escuelas sistémicas se torna crucial la formación personal de éste.

“Para Aponte (1994) la relación terapéutica incluye tanto los componentes personales como profesionales. La terapia sería entonces, el encuentro personal con un profesional estructurado. A través del entrenamiento personal los terapeutas logran acceder a sus emociones y conocer la forma en que reaccionan a la transacción terapéutica y para ello necesitan entrenamiento tanto en lo personal como en lo profesional. Abriéndose a sí mismos, pueden conocer sus puntos vulnerables y de ese modo llegan a ser libres en la relación” (Citado en Gorostegui et al., 2005, p. 95).

Dentro de los componentes personales a los que refiere Aponte, las escuelas sistémicas ponen énfasis en la importancia de que los terapeutas trabajen en sus propias historias familiares y de pareja ya que unas buenas resoluciones de los propios conflictos en estas áreas de sus vidas los llevarían a una terapia eficaz (Molero, 2010; Pinto, 2005).

Al reconocer al terapeuta como una persona, se ha declarado que el espacio terapéutico es un encuentro intersubjetivo en que se dejan de ver realidades objetivas,

impersonales o neutrales y de las que el terapeuta queda como un expectante experto y distante. Por lo contrario, el terapeuta es una persona que se “utiliza” como instrumento, por lo que sus propias experiencias, emociones y realidades son parte de este contexto co-construido (Guy, 1995, citado en López, 2010).

“En síntesis, la importancia de que el psicoterapeuta tenga en cuenta que él es también un sujeto, un individuo, un ser humano, permitirá ciertos beneficios en la relación terapéutica y el autoanálisis y autoconocimiento que se permita tener incrementará no sólo la salud de sí mismo, sino que, por extensión, la de sus pacientes” (López, 2010, p. 9).

A pesar de que no hay datos suficientes que justifiquen la terapia personal para el futuro psicoterapeuta, gran parte de los programas de formación la exigen o recomiendan, y porcentajes muy elevados de psicoterapeutas la han recibido, la siguen recibiendo y la recomiendan para el ejercicio óptimo de la profesión (López, 2010), generando puntos de aprendizaje, solución y superación de varias conflictivas en la vida del terapeuta. Lo anterior se ve reflejado en lo que plantea White (2002):

“El terapeuta puede reescribir y cambiar significados simbólicos de ciertos acontecimientos de su vida a partir de la resignificación que hacen los pacientes de su propia vida. La actividad terapéutica repercute en la relación que tiene el terapeuta con el mundo y en sus relatos de identidad personal, así como en la atribución de significados que hace de sí mismo, de su vida y de su trabajo. De hecho, las experiencias importantes de su labor pueden alterar el quién es y qué le es constitutivo. Pueden sostener y alentar, al mismo tiempo, la tarea terapéutica” (Citado en Szmulewicz, 2013, p 62). Por lo tanto, la vida personal de una terapeuta toma una importancia igual de significativa que el mismo rol profesional que ejerce.

QUEHACER TERAPÉUTICO

La importancia de la persona del terapeuta se intensifica cuando se logra hacer la distinción entre él y su ejercicio profesional, el cual ha sido tratado desde diferentes perspectivas. Sin embargo, al ser el quehacer del terapeuta un concepto que puede ser definido en muchas variables, resulta interesante para efectos de la investigación, abarcarlo desde la psicología clínica.

“Los profesionales de salud mental son aquellos que han elegido carreras que tienen que ver con la promoción de estados y conductas saludables, con la prevención de la enfermedad mental y con la intervención o abordaje de personas con alguna dificultad que afecte su estabilidad o que presenten algún trastorno mental.” (López y Mazo, 2011, p. 2). En congruencia a esto existen variables que resultan trascendentales al momento de definir el quehacer terapéutico, estas son: Actitud, Personalidad, Habilidades y Nivel de experiencia. Por consiguiente, al hablar de lo que es la labor del Psicólogo se refiere necesariamente a una acción de ayuda hacia otro, donde siempre existe una necesidad que hay que cubrir con el conocimiento adquirido de la experiencia. (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza 1989).

Al hablar de quehacer terapéutico Orlinsky y Rønnestad (2005) plantean que éste se relaciona con procesos psicoterapéuticos que resultan de un compromiso tanto formal y personal de parte del terapeuta hacia el paciente, éste consta de una actitud de escucha activa y posterior devolución para construir juntos nuevos paradigmas. Junto con esto, se prioriza la relación terapeuta-paciente, donde este último puede hacer uso de sus capacidades y habilidades que ha obtenido a lo largo de su formación y ejercicio de esta profesión (Citado en Carvajal, 2012).

Siendo la relación terapéutica algo fundamental en el quehacer, se puede decir que “La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico” (Corbella y Botella, 2003, p.205).

Por ende, este compromiso profesional adquiere un carácter un tanto más ético al momento de ser ejercido, lo que demuestra que “La formación de los psicoterapeutas implica el desarrollo de competencias no sólo teóricas y técnicas, sino además, y

fundamentalmente, personales” (López et al., 2011, p.1), la formación entendiéndose en el marco del quehacer terapéutico.

Entonces en la formación o construcción de un terapeuta no se pretende encontrar la raíz o habilidades que pueden ser traducidas en el futuro como un buen terapeuta, o que de inmediato tenga claridad de lo que a posterior se va a desempeñar, por el contrario, es más bien un procedimiento que implica una invención de diversas alternativas y personajes que pueden conformar su estilo de quehacer (Martic y Muñoz, 2010).

Por ende, la formación del terapeuta se define como una construcción, al respecto Feixas y Miró (1993) hablan de una serie de motivaciones funcionales que ayudan en la elección de esta profesión que fueron descritas por James D. Guy (1993) como: Capacidad de escuchar e interés en ello, capacidad de conversar e interés en ello, empatía y comprensión, capacidad para tolerar y facilitar un amplio rango de emociones sin verse abrumado por ellas, capacidad de introspección, ser capaz de dejar a un lado las necesidades personales para atender a las del cliente (auto negación), capacidad de aceptación, autoridad sin omnipotencia, entre otras (Citado en Bados y Garcia 2011).

El Colegio de Psicólogos de Chile (1999), menciona la ocupación psicológica desde la ética, quien por ser una ciencia social tiene la responsabilidad de responder a las demandas de un otro constantemente, y en este sentido ser consciente de todo lo que puede realizar como profesional y saber hasta qué punto puede o no afectar al consultante o a los consultantes que esté tratando.

En esta dimensión Rogers habla acerca de la productividad en el quehacer terapéutico, demostrando que la efectividad de ésta radica en la constitución del psicólogo como persona (Peter, 2009). Resaltando el carácter social que este quehacer posee.

Las motivaciones funcionales se ven reiteradas en esta ocasión, con el propósito de reafirmar lo que plantea Carkhuff, quien habla acerca de los niveles que existen en el funcionamiento de la persona del terapeuta, refiriéndose a variables cómo: Empatía, Autenticidad, Respeto, entre otros. Siguiendo esta idea, la efectividad de la terapia una

vez más se ve soportada por la conducta y la actitud que ofrece el terapeuta a su cliente a nivel de características humanas, en síntesis, el quehacer es sustentado por características del psicólogo que están en función de otro. (Peter, 2009).

Siendo importante para el quehacer psicológico todas las características humanas que el profesional posee, es necesario mencionar uno de los objetivos principales, relacionados con la interacción con otro por parte del Psicólogo.

El psicólogo/a se compromete a respetar y adherir a los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. En particular, respetar la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación, diversidad y autonomía. Así mismo, respetar las diferencias individuales, culturales, de género, etnia, religión, ideología, orientación sexual, condición socioeconómica, u otras. (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999, p. 7).

El quehacer terapéutico también se maneja en lo profesional, respecto a esto la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos (1995) se refiere a cómo realizar un buen Diagnóstico Clínico y posterior ejecución de las pruebas psicológicas, con el fin de ser asertivos al momento de ejecutar alguna acción que tenga relación con el paciente; Tener una vasta formación de conocimiento en criterios diagnósticos y clasificación de trastornos. La psicoterapia juega un papel fundamental, el psicólogo debe tener nociones completas de todas las estrategias utilizadas en cada enfoque psicológico, para así poder ocuparlos en el momento adecuado dentro de la terapia, incluyendo esto todo lo que conlleva realizar un buen encuadre para alinear el propósito de la intervención, y reajustarlo cada vez que sea necesario.

Desde esta base el psicólogo clínico puede ser definido según Díaz y Núñez (2010) como un conocedor en lo que respecta a pruebas psicológicas que miden la inteligencia y la personalidad, experto en su administración e interpretación con el propósito de poder definir o concluir en un posible tratamiento. El profesional de la salud lo que busca es poder diagnosticar de manera certera, dar una causa a éste además tener claridad en el tratamiento recomendado para cada trastorno psicológico.

Maristany (2009) repara que el ejercicio terapéutico puede desarrollarse desde un marco más teórico a través de diferentes técnicas aplicadas a los consultantes para discriminar entre quienes necesitan tratamiento y quienes no, evaluación de resultados, y una profunda anamnesis para poder situar de mejor forma al profesional en lo que respecta a la vida personal del paciente que puede afectar en su diagnóstico clínico.

Desde el dominio profesional, “La práctica clínica se encuentra íntimamente ligada al uso de instrumentos de evaluación y los resultados que se obtienen en diferentes estudios de investigación. Es fundamental ampliar la perspectiva de los psicoterapeutas incorporando la Evaluación Clínica en su práctica cotidiana” (Maristany, 2009, p. 277).

Beutler y Groth-Marnet (2003) mencionan que esta evaluación tiene una variedad de funciones que pueden distinguirse en reconocer ciertas conductas, tener la capacidad de predecir maneras distintivas en que cada paciente tiene como propia, y también como algo característico del quehacer es el tratamiento o alternativas que ayuden a resolver problemas. (Citado en Fernández, 2006)

Por ende, el quehacer terapéutico puede entenderse de mejor forma desde estos dos paradigmas, tanto desde el quehacer ético como el profesional, sabiendo que ambos son necesarios en la conformación de éste. Esto supone que su práctica habrá de sustentarse en conocimientos válidos para el nivel de desarrollo actual de la psicología y en principios éticos que resguarden tales derechos. Estos dos aspectos constituyen una totalidad claramente integrada al momento de asumir que el ejercicio de la práctica profesional es un quehacer destinado a favorecer el desarrollo humano individual y colectivo. En ninguna circunstancia se puede descuidar u omitir actuar en tal sentido. (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999, p. 5).

El concepto de competencia se entiende como la aplicación de todos los conocimientos recaudados a lo largo de la formación profesional, con el propósito de validarse dentro del campo de acción en que se mueve (Martínez, 2005).

En este sentido la competencia puede ser aplicada en los Psicólogos según Bados y García (2011) como la aptitud que se manifiesta en la ayuda constante a sus pacientes en la resolución de problemas y en el refuerzo de la confianza en sí mismos, junto a esta

aptitud se incluyen todas las capacidades que apuesten a una mejoría, tales como autoconocimiento, autocontrol y todas aquellas que tengan relación con características personales que posea el terapeuta, que han ido evolucionando y perfeccionándose con el correr de los años y con la expertise del psicólogo. Por lo tanto, un terapeuta es más o menos competente según su nivel de práctica psicoterapéutica, la competencia se verá relacionada con todas las experiencias que se encuentran dentro del quehacer terapéutico, y todas las variables que existen en los diferentes tratamientos.

De esta forma, el rol terapéutico se desprende un poco de las casillas de dudas respecto a lo que es o lo que no es en la sociedad actual, se intenta aterrizar y acercar un poco más a los paradigmas actuales de vida al mencionar a López y Mazo (2011) quienes toman el rol del terapeuta y lo llevan al día de hoy, demostrando su importancia y siendo realistas al decir que el psicólogo no es un personaje que se ubica por sobre el resto, ni mucho menos debe ser alabado o visto como un Dios. En este caso la psicoterapia no debe ser vista como algo milagroso que puede curar, ni tampoco es un ejemplo de vida o una pauta para seguir, por el contrario, lo que hace el terapeuta es brindar más autoconocimiento y las herramientas necesarias para que así el paciente tenga más conciencia de lo que es y de esta forma poder enfrentarse a la vida cotidiana.

Al manifestar la realidad del quehacer terapéutico, se distinguen funciones que se consideran trascendentales para ser aplicadas durante cada proceso terapéutico, que tendrán relación ya con lo que respecta al cliente y su porvenir, puesto que toda la labor del Psicólogo adquiere un carácter educativo, con el cual se pretende que el consultante se sitúe a lo largo de su vida.

López et al. (2011) habla de la función principal del terapeuta que guarda relación con la psicoeducación al paciente, para que éste se mueva con la misma seguridad que en psicoterapia en su vida diaria. Por esta misma razón los terapeutas inculcan la autonomía en la forma de pensar, en la forma de actuar y hasta en el sentir, esto quiere decir que se presentan nuevas opciones de vida que el paciente no había considerado llevar a cabo por voluntad propia, todo esto ocurre en un contexto de confianza brindado por la relación terapeuta-paciente.

ALIANZA TERAPÉUTICA

El origen del constructo *alianza terapéutica* se remonta al psicoanálisis. Freud (1913) no utilizó este concepto como tal sino que se refirió a que antes que el terapeuta diera sus primeras interpretaciones debía establecer una relación adecuada con el paciente para que este generará una adherencia al tratamiento y al analista, como primer objetivo de intervención (Citado en Andrade, 2005). Sterba (1934) y Zetzel (1956) mencionan que para el cumplimiento de este primer objetivo, el paciente empleaba la parte sana de su yo y se identifica positivamente con su terapeuta, generando una vinculación para llevar a cabo el cumplimiento de las metas terapéuticas (Citado en Corbella et al., 2003).

Posteriormente Edward Bordin, en los años 70's, niega la existencia de la alianza terapéutica como un mero producto de la reproducción de la transferencia en el ejercicio psicoanalítico de la asociación libre (Corbella y Botella, 2003), sino que da una definición transteórica del concepto, planteando que ésta sería “una relación consciente que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y consultante” (Horvarth, 1995, en Santibáñez et al., 2008. p.7) y que es un elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio (Bordin, 1979, Citado en Andrade, 2005).

Por lo tanto, Bordin (1979) da cuenta de tres componentes que definirían la calidad y fuerza de toda alianza en:

1. *El vínculo*: Como un nexo múltiple entre el paciente y el terapeuta, de carácter positivo que determina como el paciente ve al terapeuta desde un plano emocional que incluye confianza mutua, empatía y aceptación (Citado en Andrade, 2005). La calidad de este vínculo se relaciona con el grado en que paciente y terapeuta sean capaces de negociar un acuerdo sobre las tareas y metas de la terapia, mediando en la calidad del vínculo que se establezca (Safran y Muran, 2000, en Santibáñez et al., 2008).

2. *Las tareas*: El paciente como el terapeuta concuerdan en los medios para cumplir las actividades que llevaran a los objetivos del proceso terapéutico. Ambos toman la importancia y responsabilidad de realizar estas tareas.

3. *Los objetivos*: Que es lo que se pretende lograr, los objetivos de la psicoterapia.

Años más tarde, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Corbella et al., 2003).

Luborsky (1976) sugirió que la alianza entre terapeuta y paciente se produce en dos fases:

a) Alianza tipo I o primera fase, representa la percepción que el paciente tiene del terapeuta en las primeras sesiones, y que éste brinde ayuda y apoyo en un contexto cálido y afectuoso.

b) Alianza tipo II o segunda fase, durante el trascurso del proceso psicoterapéutico, el paciente destina un cierto “capital”, para trabajar y colaborar en las metas terapéuticas propias del proceso (Citado en Andrade, 2005).

Santibáñez (2001) considera que lo central dentro de la alianza terapéutica, son los sentimientos y actitudes de los participantes, y éstos se conjugan en el proceso de la psicoterapia, y que esta conjugación estaría necesariamente basada en la confianza y en el compromiso del consultante y el terapeuta. Ambos especifican los propósitos y su motivación a trabajar por parte del consultante, favoreciendo el establecimiento de la alianza y, por ende, la posibilidad de resultados positivos en el proceso terapéutico. Una buena relación, genera que las potencialidades del paciente se activen, las cualidades del terapeuta sean valoradas, por lo cual, el proceso de cambio se fortalece (Opazo, 2001).

Considerando lo anterior, la alianza terapéutica se ve fortalecida en que el terapeuta sea percibido por el paciente como alguien de confianza y comprometido con el proceso y que pueda verse frente a su terapeuta como un igual, esto genera en él la seguridad, confianza y compromiso en el proceso psicoterapéutico para lograr un cambio (Talley et al, 1990 en Santibáñez, 2001).

Siguiendo esta misma línea; Rogers (1957) nombra a la alianza terapéutica: relación terapéutica, en donde esta debe tener a la base un encuentro interpersonal entre el terapeuta y el cliente, de esta forma se dota de una cierta calidad (Citado en Arredondo; Salinas, 2005). Es necesario que existan algunas condiciones claves para el desarrollo de ésta: a) Que haya dos personas en contacto psicológico; b) Que la primera persona llamada "cliente" se encuentre en estado de incongruencia, siendo vulnerable o estando angustiada; c) Que la segunda persona, llamada "terapeuta" sea congruente o integrada en la relación; d) Que el terapeuta sienta una consideración positiva incondicional hacia el cliente; e) Que el terapeuta experimente una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y trate de comunicar su experiencia; y f) Que la comunicación al cliente de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo (Rogers (1957), citado en Arredondo, et al (2005), p. 34-35). Este último punto, es en donde Rogers pone énfasis, en mencionar que las cualidades personales del terapeuta aportan en gran medida a la calidad de la relación terapéutica (Citado en Gondra, 1981). Que son la autenticidad, la empatía y la aceptación positiva incondicional, todas estas cualidades se enmarcan en la visión de ver al terapeuta como una persona más dentro de la alianza terapéutica.

Rogers (1957) llama *autenticidad* que el terapeuta sea sincero, transparente y genuino en relación con sus sentimientos, y que no muestre otra cara externa alejada a lo que él es (Citado en Arredondo et al, 2005).

Rogers (1972), se refiere a la *empatía* “cuando el psicoterapeuta logra percibir los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, cuando puede percibirlos desde “adentro” tal como se le aparecen al cliente y es capaz de comunicar a este último parte de esa comprensión” (p.65).

Aceptación positiva incondicional como el “Cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos” (p.41). Gondra, (1981) menciona que esta condición exige al terapeuta aceptar todos los sentimientos del cliente, tanto los positivos

como los negativos y los ambivalentes. Pérez (2002) expone que no significa necesariamente compartir sus actitudes, sino respetarlas, que pueda ser distinguido el valor de la persona como tal y el valor de sus acciones (Citado en Correa, 2003).

Desde un enfoque sistémico, Biedermann (2004) menciona que la alianza terapéutica permite establecer una base de confianza, en la que el paciente puede sentir que es entendido y aceptado en su experiencia (Citado en Fuentes, 2004). Y se relaciona con el concepto vínculo, que hace referencia a un lazo de calidad afectiva y emocional entre el paciente y el terapeuta. Esto implica un sentimiento de confianza mutua, de respeto, comprensión y acogimiento por parte del terapeuta, en que conozca sus límites con respecto a la capacidad de ayuda con el paciente como consigo mismo, y de esta manera conservar una actitud de respeto hacia el mismo como al proceso del paciente (Arredondo et al, 2005).

Fuentes (2004) menciona, también, que el terapeuta debe tener algunas condiciones para la construcción de la alianza terapéutica, como la empatía, la validación de la experiencia del paciente, el ser flexible respetando sus propias limitaciones, una actitud humanitaria de interés y permisividad, también el que esté atento a las fluctuaciones en la alianza y que pueda predecir posibles situaciones de amenazas o quiebres que se presenten en esta relación, son algunas de estas condiciones necesarias para la construcción y calidad de la alianza terapéutica. Así mismo el paciente, que tenga un rol activo en la construcción de este vínculo, en que esté dispuesto y motivado para realizar su proceso de psicoterapia. (Arredondo et al, 2005). Produciendo así resultados más favorables en el proceso psicoterapéutico.

Desde otra perspectiva Yáñez (2005) define a la alianza terapéutica desde un marco construccionista-cognitiva, como “un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción.” (p. 168)

La terapia constructivista – cognitiva plantea ciertas exigencias que regulan esta interacción (Arredondo, 2005):

- La aceptación del vínculo y su mantenimiento, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico, con las restricciones que señale el encuadre.

- El acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que orientan el proceso de la psicoterapia y que le otorgan un marco de referencia.

-La condición de que el resultado de la psicoterapia sea una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta. Esto supone la aceptación de tareas y responsabilidades que abarcan desde los aspectos formales, hasta la disposición del paciente para exponer contenidos íntimos o perturbadores.

-El “enfoque crédulo” mutuo de Kelly (1955 en Yáñez, op. cit.), en que el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente y por su parte, el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.

-La actitud de implicación permanente, que por parte del terapeuta implica la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y meta teóricos del sistema de conocimiento, para formular hipótesis acerca del funcionamiento del paciente, y por parte del paciente, implica encontrar explicaciones e interpretaciones que se ajusten a sus propios procesos de funcionamiento y que le permitan disminuir su sintomatología.

-La actitud de exploración por parte del terapeuta acerca de los contenidos relatados y en curso del paciente, para no perder de vista el referente de los datos concretos en desmedro de las hipótesis teóricas. Las explicaciones teóricas y las interpretaciones que el terapeuta haga de su paciente, deben estar siempre sometidas al contraste con la experiencia y los hechos. Por parte del paciente, la actitud de exploración se refiere a la constante apertura y disposición para indagar o revisar su propia existencia.

Arredondo (2005), menciona que lo importante es el encuentro en sí, en tanto, la erudición, formación profesional, orientación, asesoría o las técnicas empleadas, pasan a segundo plano. La relación de calidez emocional entre el terapeuta y el cliente, genera que el paciente experimenta sentimientos de seguridad acerca de sus actitudes,

cualesquiera que sean, son comprendidas y aceptadas por el terapeuta. Esta relación terapéutica posibilita la exploración y reordenamiento de la experiencia inmediata del paciente, así también la explicación que éste se da dentro de un contexto técnico profesional protegido, que se orienta al desarrollo y mejoría del sujeto. Este nuevo entendimiento dota a la alianza terapéutica como una interacción técnico-profesional, que posee características especiales que definen su modo y su alcance, que es delimitada por el encuadre psicoterapéutico, y cuyas reglas la regulan y le otorgan un carácter totalmente diferente a otras interacciones cotidianas.

Mahoney y Freeman (1988) mencionan que en estas interacciones “las tareas compartidas son una mejor fuente de condición de cambio, que las tareas unilaterales propuestas por los enfoques conductuales” (Citado por Yáñez (2005) p. 40).

Por otra parte, Horvath (1993) menciona que el paciente también juega un papel activo en esta relación terapéutica, en la que presenta tres factores para el desarrollo óptimo del proceso terapéutico:

- a) Capacidades y habilidades interpersonales: incluyó medidas de la calidad de relaciones sociales del paciente, relaciones familiares e índices de experiencias de vida estresante.
- b) Dinámica intrapersonal: índices de motivación, estado psicológico, calidad de las relaciones objétales y actitudes.
- c) Rasgos diagnósticos: severidad de los síntomas que presentaba el paciente al inicio del tratamiento, o a índices pronósticos (Citado en Arredondo, 2005).

Como ya ha sido mencionado, las dos personas en encuentro en la alianza terapéutica (persona del terapeuta y persona del consultante) son variables que influyentes en ésta. Como lo afirma Rogers (1951), la autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional, son características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado del proceso terapéutico (Citado en Corbella et al., 2003). También existe evidencia sólida de que la relación terapéutica se ve fortalecida cuando el paciente es acogido por un terapeuta cálido, empático y aceptador (Salvo, 2003). Además, Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik (2001) consideran que la experiencia y formación del

terapeuta influencia positivamente en la alianza terapéutica (Citado en Arredondo, 2005).



REFERENTES METODOLÓGICOS.

Tipo de Investigación

Esta investigación es de carácter Cualitativa Fenomenológico Descriptivo con aportes cuantitativos, debido a que el objetivo consiste en la recolección de datos sobre las expectativas referente al terapeuta por parte de estudiantes de quinto año de Psicología de diferentes Universidades de Santiago de Chile y en las circunstancias en las que estos fenómenos se desarrollan (Flick, 2004).

Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación es no-experimental transeccional, debido a que el objetivo es el de recolectar y describir información que se generará en un momento y en un contexto específico (Hernández, et al., 2010), sobre las expectativas referentes al terapeuta de estudiantes de quinto año de Psicología pertenecientes a diferentes universidades de Santiago de Chile.

Selección de la muestra

Unidad de análisis:

- Estudiantes de quinto año de Psicología de diferentes universidades de Santiago de Chile.

Población:

- La muestra representa la población de estudiantes de quinto año de las universidades de Santiago de Chile.

Muestra:

- Subgrupo de la población que consta de 7 personas en un muestreo no probabilístico, dirigida de casos tipo, junto un procedimiento llamado de bola de nieve, debido a que el objetivo de la investigación es describir las expectativas de determinado grupo social referente al terapeuta (Hernández, et al., 2010).

Criterios de Inclusión

Se incluyen en la muestra:

- Todos los estudiantes de quinto año de Psicología de diferentes universidades de Santiago de Chile.
- Estudiantes interesados en el área clínica.

Criterios de Exclusión

Se excluyen de la muestra:

- Estudiantes que presenten patologías psiquiátricas declaradas.
- Estudiantes que hayan sido sometidos o estén en la actualidad en una terapia psicológica.

Procedimiento y/o instrumentos para recolección de datos.

Se recolectarán datos por medio de cuestionario online, luego de esto se realizarán entrevistas semiestructuradas, siendo las más adecuadas, ya que permiten el desarrollo de la expresión por parte del entrevistado, de forma tal que no se restringe el pensamiento, pero con encauce adecuado a cada pregunta. (Hernández, et al., 2010)

Una vez obtenido los datos, para realizar el análisis, se utilizara un software de análisis de datos llamado ATLAS TI., de esta forma se desglosa y se analizan los patrones comunes que hayan emergido en las diferentes entrevistas, por lo tanto, se podrá realizar una análisis descriptivo de la información obtenida en la recolección (Hernández, et al., 2010).

Los datos se analizarán por medio de una categorización de la información mediante análisis de contenido en las entrevistas en planillas Excel, en donde se categorizarán y definirán, para un acabado más completo (Flick, 2004).

RESULTADOS

Categoría: Expectativa

Definición: Conjunto de esperanzas evidenciadas ante la posición imaginaria de nuestros entrevistados como terapeutas y pacientes en un proceso terapéutico. En el análisis se presentan expectativas ante la figura del terapeuta como persona, dando relevancia a la actitud de éste ante la terapia, la importancia del compromiso de los consultantes ante su proceso terapéutico y la formación del vínculo en sesión. Además, se da testimonio de la consideración de trabajar y “aterrizar” dichas esperanzas en función de un desarrollo terapéutico claro y real en su acción.

Códigos asociados: Expectativa del paciente hacia el terapeuta y expectativas del terapeuta hacia el paciente.

Citas relevantes:

1.- "yo no espero mucho...no tengo como... así como ya, el paciente debe ser así y así, pero me gustaría (carraspeo) que una persona que vino a buscar terapia sea una persona comprometida con el proceso, por ejemplo acá como este sistema que tenemos es gratis, la gente tiende a faltar... entonces, no se ve... no se ve mucho compromiso" (Paz, 22 años)

2.- "Creo que la sociedad espera una sabiduría... que no necesariamente tenemos que tener por ser psicólogos, que espera un rol ético que no solo se asocia a su labor, como que se asocia a la vida como si fuésemos una suerte así dem, de personas que tiene todas las respuestas que saben qué hacer en todos los contextos, que tenemos como un magíster en comportamiento" (Inés, 23)

Categoría: Quehacer Terapéutico

Definición: Todas aquellas características, competencias, actitudes y habilidades por parte del terapeuta, y dirigidas al paciente, que los entrevistados consideran, deben estar presentes para el buen funcionamiento de la terapia. Estas condiciones van desde la

formación académica hasta la labor terapéutica y cada una de las necesidades que, ellos creen, van surgiendo en la realización de ésta y deben ser satisfechas por parte del terapeuta. También, ésta categoría identifica el tipo de relación que los entrevistados consideran que los terapeutas deberían tener con sus pacientes.

Códigos asociados: Acompañamiento; actualización; adaptación; aptitudes terapéuticas; claridad; efectividad; empatía; encuadre; escucha activa; rol terapéutico; flexibilidad; formación académica; habilidades terapéuticas; límites; multidisciplinariedad; norma; prevención; psicoeducación; quehacer terapéutico; resignificar; respeto; responsabilidad; validación.

Citas relevantes:

1.- “creo que nosotros como psicólogo clínico o como futuros psicólogos clínicos somos el guía del paciente a su propio proceso, o sea, el paciente tiene que descubrir, o redescubrir sus propios recursos para después poder salir adelante y para poder solucionar sus cosas de forma autónoma, entonces nosotros somos como el guía para ellos, más que, más que el protagonista, yo creo que como una forma de guiarlo en su propio procesos" (Paz, 22 años).

2.- “pero creo que nos distinguen de las otras profesiones es que como psicólogo clínico somos capaces de ver a las personas en su individualidad y además de cómo se relaciona, cómo se siente, como se moviliza y se sitúa en el mundo, ese concepto me gusta mucho de Arciero, como... que somos seres situados que finalmente hay una forma de movilizarse, hay una forma de apasionarse, y emocionarse... que es tan individual que eso no lo consideran muchas otras carreras y muchos trabajos" (Inés, 23 años).

Categoría: Persona del Terapeuta

Definición: Refiere a la persona detrás del psicólogo, manifestado por parte de los entrevistados en una descripción de ciertas características personales que posee, como espontaneidad, capacidad de autoconocimiento frente al paciente y sus demandas y lo

que éstas implican en su forma de ser, personalidad y carácter. La persona del terapeuta también involucra la claridad de los límites en que el psicólogo se maneja siendo responsable en su actuar y cuidándose al ser consciente de lo que es y lo que no es, siendo cada día capaz de crecer un poco más, abarcando instancias como procesos terapéuticos que lo ayuden a avanzar en su historia de vida y como todas estas experiencias pueden aportar en su desempeño laboral. Es un reflejo de lo que es ser humano, dejando de lado el quehacer.

Códigos asociados: Actor social; Autenticidad; Autoconocimiento; Autocuidado; Autoexigencia; Comodidad; Conocimiento experiencial; Manejo de la frustración; Persona del terapeuta; Proceso personal; Reflejo; Vocación.

Citas Relevantes:

1.- "yo creo que el quehacer tiene que ver con, con estas habilidades terapéuticas que te decía yo que desde el tema no se de ser empático de escuchar al paciente, las labores del psicólogo, y la persona es eso, es como tener la instancia de autocuidado de proceso psicológico trabajado ya tener un proceso terapéutico [inaudible] ir sanándose mentalmente yo creo que eso es la distinción como el rol que uno cumple con el terapeuta, o sea con el paciente y el rol que uno tiene como persona, tu al frente del paciente estas terapeuta y como persona" (Paz, 22 años)

2.- "porque tu teni que ser humano para atender a una persona, para escucharla y para entenderla, eh no (risas), yo creo que va ligado, porque así mismo como tú eres como persona afuera lo va a hacer con tus paciente" (Verónica, 23 años)

Categoría: Paciente

Definición: Consiste en las esperanzas en referencia al comportamiento que debiese el paciente tener en la sesión terapéutica, involucrando conceptos como la imagen que tiene este del psicólogo, la confianza que se construye entre el terapeuta y el paciente, además de las demandas que el consultante tiene para el terapeuta, relacionando también lo que espera el paciente de este profesional. Por otra parte, demuestra la dimensión en

la que el paciente se sitúa dentro del proceso terapéutico y como, también, este tiene impresiones frente a las acciones de su terapeuta provocando respuestas diversas como, el acercamiento y la voluntad de poder llevar a cabo una eficaz terapia.

Códigos asociados: Adherencia; autonomía; calma; cambio; contención; disposición etiquetamiento.

Citas relevantes:

1.- "Tay como poniendo tú salud mental en las manos de otra persona y en realidad eris tu el que tiene que arreglarlo, quizás con la ayuda de las herramientas que te puede mostrar esta otra persona pero así como que el te puede sanar nn, no me parece ¿cachai? Si en el fondo igual es un trabajo en conjunto y yo creo que la persona es como la que más realiza como esfuerzos por ayudarse a sí misma po ¿Cachai?" (Inés, 23 años).

2.- "siento que rotular a la persona, es el peor error que podemos cometer, porque después esa persona se define a sí mismo en ese rótulo y ... es súper heavy porque en general, bueno las patologías que yo he visto, eran como trastorno generalizado del desarrollo, que no es a partir de un evento, sino que siempre fue así, pero en general cuando es a partir de un evento yo pongo un rótulo deja la embarrar porque esto se acaba si tu lo trabajaste y ese rótulo se puede ir, pero la gente no se asume así porque, nosotros mismos nos educamos como psicólogos, para que ellos entiendan que yo soy la experta, y te digo a ti que tú tienes depresión bipolar, quedaste como depresivo bipolar pa siempre" " (Inés, 23 años).

Categoría: Relación terapéutica

Definición: Relación que se construye dentro de la terapia entre el consultante y el terapeuta, siendo este último el que impulsa este vínculo, en donde se manifiesta un crecimiento mutuo con respecto a las experiencias personales de ambos, y así se genera una mayor adherencia y permanencia de parte del paciente al tratamiento. Según los entrevistados esta relación debe darse dentro del marco de la confianza y seguridad, y un

encuadre claro, en donde son expuestas ciertas normativas para un mejor funcionamiento de esta interrelación.

Códigos asociados: Alianza Terapéutica; Crecimiento mutuo; Valor; Vínculo terapéutico.

Citas relevantes:

1."creo yo que lo más importante en todo el espacio terapéutico hay que generar una buena relación con el paciente, es lo más importante, la teoría es muy importante, verdad, la organización es muy importante, verdad, el mantener los tiempos y el encuadre es muy importante, verdad, pero el rapport que tu generas desde la primera sesión encuentro que es lo vital, porque con un buen rapport vas a asegurarte que la persona va a seguir viniendo y todo lo que fortalece la primera sesión, te vai a poder eh... ayudando en la segunda tercera y cuarta... cuando uno, no se enfoca de ejercer una buena relación, es decir el entender al otro como un ser humano, el no verte en una situación asimétrica, no por el poder que se entrega, sino porque son personas distintas, por eso, por eso creo yo que son asimétrica solamente..." (José, 23 años)

2.“Creo que es fundamental trabajamos con personas siempre en las relaciones se construye un tipo de vínculo cuando uno no se [inaudible] interactúa, se siente, se huele, en todo hay un algo entre esas dos personas, entonces siento que para que el proceso se aborde de manera mmm... como de mejor manera para él, para la necesidad de la persona tiene que haber un vínculo porque si no es súper complejo hablar con alguien y querer expresar todo de uno y hablar de uno siempre “(Inés, 23 años).

Categoría: Sociedad

Definición: Condiciones laborales, percepción social del ejercicio profesional, exigencias que manifiestan la sociedad ante la función del psicólogo, contribución social de la disciplina y su manifestación, además de precogniciones que se evidencian ante el quehacer del terapeuta y los juicios irreales del ejercicio y función de éste, los cuales fueron manifestados por nuestros entrevistados ante la especulación en referencia a la

percepción de la sociedad ante la idea del psicólogo, entendiendo idea como quehacer, función y percepción de éste en su campo de acción y como actor social contribuyente.

Códigos asociados: Desprestigio, exigencia social, labor social, prejuicio y mito.

Citas relevantes:

1.- "la sociedad de los psicólogo, yo creo que nuestra sociedad, um... espera que uno cumpla con todo, que uno sea de una cierta manera, que uno siempre sea, que uno nunca se enoje, que uno siempre diga todo, toda la verdad de las cosas y ese tipo de cosas, creo que el sistema está muy, es muy eh como dictatorial en ese sentido con el psicólogo, le exige mucho al psicólogo y la sociedad no entiende que uno es persona, que uno se enoja y que, que uno también es flexible en su conducta que uno no siempre es de la misma manera, entonces considero que la sociedad nos exige demasiado, nos exige estar a la altura como un médico, cuando en realidad nosotros no tenemos nada que ver con un médico, nosotros estamos en otro, en otra, en otra pista, estamos en otra calle, entonces por lo mismo porque la gente no está informada de lo que uno hace uno cree que es como una" (Evelyn, 24 años).

2.- "yo creo que los prejuicios que tiene uno mismo de uno vienen de afuera (risas) desde la sociedad, del mismo hecho que digan... que te crean un dios por ser psicólogo, que la gente te diga "pero como no podí hacer esto si eri psicólogo, pero como no sabi manejar esta situación si eri psicólogo" (Verónica, 23 años).

3.- "pero el más típico es que creen que nosotros somos como, como eh no sé brujos y que cambiamos así de repente a las personas y con magia y listo, yo creo que sí, existen muchos prejuicios del psicólogo" (Paz, 22 años).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto a la categoría de “expectativas” para su análisis se separaron en dos grupos los cuales fueron, “expectativa del terapeuta hacia el paciente” y “expectativa del paciente hacia el terapeuta”. Estos dos grupos tuvieron un efecto importante en los entrevistados, en donde se puede observar que se refieren al primer grupo como el comportamiento que trae el paciente consigo al proceso terapéutico, siendo este un actor activo dentro de la terapia.

Se evidencia de parte de los entrevistados que lo más esperado de parte de un terapeuta es que su paciente al jugar un rol activo dentro de la terapia, este debe presentar un compromiso con el proceso en sí, expresándose en comportamientos como asistir a las sesiones terapéuticas, realizar las actividades que su terapeuta le encarga para poder llevar a cabo la terapia psicológica, que tenga una disposición que beneficie el trabajo que hace en conjunto con el terapeuta, entre otros. Esto tiene relación con la definición de expectativas de Rooter y Horcheich (1975) en donde plantean que las expectativas se conforman de las situaciones que tuvieron relevancia en nuestras vidas dando paso a nuestro tipo de creencia y forma de actuar respecto a situaciones específicas (Citado en Chacón y Sheriff, 2007). Por otra parte, se presenta de parte de los entrevistados una incertidumbre respecto a lo que el paciente cree del trabajo del terapeuta, y de esta incertidumbre surgen dudas en relación a las expectativas que tiene el paciente sobre el terapeuta como también el tiempo que llevará la sesión terapéutica.

Los entrevistados consideran que el terapeuta intenta, de alguna forma, que las expectativas que tiene el paciente puedan ser cercanas a lo que él puede ejercer como psicólogo, esto da cuenta que el terapeuta si bien espera un comportamiento de parte del paciente, este tratara de regular sus expectativas indagando en qué consisten estas, para poder realizar un trabajo más fluido, cercano a la realidad y que esté de acuerdo con el método de trabajo que se logra entre el terapeuta y el paciente. Esto lo menciona uno de los entrevistados diciendo “¿*Qué es lo que espera de la sesión?*, y ver si sus expectativas

son realistas, es decir, puedo hacer algo o si en realidad no, estas expectativas no son tan realistas, esto es lo que yo te puedo ofrecer, ¿te parece?, si te parece genial, trabajemos, sino... gracias. Esto es lo que soy” (José, 2015). Sin embargo, se puede destacar que, si no se llega a un acuerdo entre el terapeuta y consultante, referente al cumplimiento de las expectativas de parte del terapeuta, queda en decisión del paciente seguir o no. Si este sigue, los resultados que espera obtener el paciente de acuerdo a lo que él busca y de acuerdo a sus expectativas no será el más propicio ni adecuado para él, esto se pudo ver reflejado en la siguiente cita:

¿Está dentro de las expectativas que tú tienes? Si, bien, trabajemos, si yo le doy un plan de acción que no tiene nada que ver lo que él está pensando, puedo que venga y siga trabajando, pero no va a obtener la ayuda que él tiene (quiere), al final la ayuda será nula, y es por eso que es importante siempre estar en acuerdo con el paciente” (José, 2015).

También se ha observado que los entrevistados sintieron que las expectativas del terapeuta hacia el paciente, integran el concepto de crecimiento mutuo en donde el paciente llega a la consulta psicológica con un motivo con el que se trabajara durante todo el proceso psicoterapéutico, de forma que al tener un rol activo también retroalimenta al terapeuta en función de la relación que se ha entablado en terapia, todo lo anterior desde la imaginaria de un proceso terapéutico.

Desde la perspectiva de terapeuta que comentan los entrevistados, es posible relacionar las exigencias o expectativas que tiene el terapeuta para el paciente con lo que dice Bandura (1977, citado en Cáceres, Pizarro, Vio, 2010) con su teoría de los tipos de expectativas, las cuales son:

- Expectativa de resultado: son las consecuencias que la persona cree que le puede ocurrir, esto se relaciona como la capacidad o herramientas que tiene el terapeuta de lograr un proceso terapéutico óptimo en el que el paciente se sienta satisfecho o que sus expectativas estén alineadas a la realidad del terapeuta, esto dependerá de las acciones que se ejecuten y de ser así influenciara en las consecuencias que tengan en el paciente.

- Expectativa de autoeficacia: este tipo hace referencia a la creencia que tiene la persona de llevar a cabo la acción, esto queda en evidencia cuando relacionamos al terapeuta con la expectativa de llevar a cabo el proceso terapéutico y su creencia en función de si es capaz o tiene las herramientas para poder llevar a cabo la acción que se encarga, en este caso el proceso terapéutico (Citado en Cáceres, Pizarro, Vio, 2010).

Sin embargo, cuando los entrevistados dieron a conocer su opinión respecto de las expectativas del paciente hacia el terapeuta, estuvieron de acuerdo en la idea de que el paciente espera que el psicólogo tome el rol de absoluto responsable del proceso terapéutico por el cual atraviesa este, teniendo discrepancia y argumentando que el proceso terapéutico, si bien el psicólogo será un guía dentro de esta relación terapéutica, la responsabilidad toma un carácter bipersonal, o sea, la responsabilidad del proceso terapéutico es compartida, por lo tanto para que se logre la responsabilidad compartida debe haber confianza entre el terapeuta y el cliente de forma que esto influenciará en lo que se trate en el proceso psicoterapéutico, ya que si no hay presencia de confianza el paciente seleccionaría lo que quiere entregarle al psicólogo, respecto a información para la terapia.

En consecuencia de lo anterior mencionado, se contempla en los entrevistados un cierto disgusto respecto a que la creencia de parte del paciente en donde el psicólogo toma un rol omnipotente, que le permite ayudar al paciente en un periodo corto de tiempo, sin tomar en cuenta que el proceso psicoterapéutico tiene sus variables y su tiempo de demora inexacto por lo que podría demorar días o meses e incluso años, es por eso que indican que le quitan la importancia en que ellos están trabajando con personas y no con cosas que pueden ser arregladas con bastante sencillez. Por consiguiente, tiene concordancia con lo que Vroom (1999) plantea acerca de que las expectativas de las personas dependen de las acciones que los sujetos ejecuten, qué quiere decir esto, que la persona siempre buscará el éxito como meta final, por lo tanto, tiene relación con el paciente respecto a lo que espera de su terapeuta ya que la expectativa que tiene de su terapeuta es que lo podrá ayudar en un periodo corto de

tiempo en el cual se sentirá satisfecho, pero al ver que las acciones del terapeuta están tomando más tiempo de lo habitual, su expectativa no se ve saciada para poder cumplirse, de tal forma que el paciente comienza a pensar que las acciones que realiza su terapeuta no lo están llevando al éxito que ansía (Citado en Olivera y Martínez, 2011).

Correspondiente al actuar del terapeuta, los entrevistados llegaron al acuerdo que el comportamiento deseado de parte del psicólogo sería una atención genuina hacia el motivo de consulta del paciente, que escuchara atentamente lo que este le quiere decir ya que para ellos es un proceso personal y de importante carácter, la motivación que este tenga, el interés que le demuestre al paciente podrían influir en el modo en que se lleva la terapia, también se espera que el terapeuta haga sentir al paciente que su problema tiene importancia, que lo convierte en único y no tratarlo como un problema más que se puede solucionar con los mismos métodos que se utilizaron para ayudar a otros. Se presenta aquí el rol de guía que toma el psicólogo para los pacientes, generalmente buscan a que el terapeuta sea capaz de guiarlo en la búsqueda de su solución más que dársela directamente, si no, que este pase por un proceso en el cual se dé cuenta que él también es capaz de poder darle solución por su propio medio con la ayuda del terapeuta, por lo tanto, también espera una capacidad de profundización que le permita al paciente llevar de mejor manera el proceso terapéutico. Raúl Alcázar (2011) se acercó a la idea anterior con su estudio, en la que investigando a estudiantes de psicología pudo obtener resultados que le confirmaban que los estudiantes en lo primero que se fijaron, fue en que el psicólogo tuviese buena atención y que escuchara lo que ellos querían decirle, esperando de parte del terapeuta un apoyo genuino. También tiene relación con lo que (Corbella y Botella, 2003, p.205) plantean que para que una relación terapéutica tenga éxito es imprescindible que la calidad emocional y el vínculo, existan en esta relación terapéutica.

Según los entrevistados una de las demandas que más tiene el paciente para el terapeuta es en su quehacer profesional, por lo que denotaron un desacuerdo en este

punto ya que, el paciente espera que el terapeuta pueda encontrar lo que provoca conflicto en cosa de segundos y desde ahí poder solucionarlo de inmediato, como si fuera una suerte de habilidad especial que le permite sanarlos en cuestión de minutos, es así que aparece la imagen de sanador evidenciando este carácter omnipotente de parte del psicólogo que espera el paciente, una imagen de una persona normal, sin problemas aparentes capaces de solucionar cualquier conflicto. El paciente suele endiosar al psicólogo como un ser superior que se conforma de estas características por lo tanto la demanda que este tiene va incrementando.

En lo que respecta a la categoría “Quehacer terapéutico” los entrevistados refieren a características en el ámbito profesional como el ético realizado por el psicólogo, si bien en este sentido el quehacer terapéutico puede ser visto desde ambas dimensiones, se evidencia que es más importante la función ética en el actuar del terapeuta, esto se ve reflejado con respuestas que se relacionan al Código de ética y su cumplimiento que va de la mano al autocuidado del terapeuta junto al respeto que tiene éste por los pacientes, por lo tanto el quehacer es mencionado como algo que es regido desde este parámetro, también se exponen ciertas aptitudes y habilidades que están presentes en el profesional de la salud, tales como, escucha activa, empatía, acompañamiento, flexibilidad, respeto y responsabilidad que se entienden como actitudes valoradas por los entrevistados en el funcionamiento del terapeuta, siendo éstas las que declaran por los datos obtenidos ser un pilar fundamental en el buen desempeño de esta profesión, tal cual concuerda con los antecedentes teóricos propuestos en esta investigación, quienes promueven estos valores como un principio a la elección de esta carrera.

Desde este paradigma se puede desprender la formación académica. Otro factor que es determinante a la hora de dilucidar el quehacer, la formación se caracteriza por un íntimo acuerdo con lo que son las actitudes antes mencionadas, pero también desde un punto de vista de la experiencia, los entrevistados mencionan que esta formación se aplica más a un aprendizaje en un continuo de experiencias que desde la teoría, entendiéndola como las diferentes áreas que se encuentran dentro de la psicología, lo

que se propone por parte de los entrevistados es que exista una integración de todas estas áreas, para conformar un conocimiento más compacto de la psicología, visto desde un paradigma experiencial, un tanto más práctico, es decir, que este constructo no sólo se valida desde esa mirada teórica sino que es también congruente con el aprendizaje experiencial recalcado en el testimonio de los entrevistados.

"el aprendizaje se da tanto en el momento que tiene que ser en la experiencia, más allá de la teoría, porque siento que a veces acá en Chile la escuelas tiene tanta teoría, y tantas teorías tan diversas que, que muchas veces no integramos, porque no nos enseñan a integrar, nos enseñaban como bueno, esto es conductual, cognitivo, el psicoanálisis y no, no conversan, por eso creo que me gustan las terapias mas contemporáneas... termino como de no juzgar al sujeto y poder integrar todas las áreas y poder hacer un análisis más comprensivo de lo que le pasa a la persona, más que descriptivo, creo que en eso mas tendrían que concentrarse más técnicamente actualmente en Chile... y a enseñarnos mas también a trabajar con otro profesionales"(Inés, 23 años).

A partir de acá se destaca la inquietud del trabajo multidisciplinario que recae en dos miradas, el psicólogo en conjunto a un equipo multidisciplinario, que abarque un poco más la labor social y ética impuesta en los psicólogos, pero más importante aún es la visión que hay de la variedad de funciones que puede cumplir el terapeuta, esto se manifiesta en los testimonios de los participantes de esta entrevista, haciendo hincapié en los aportes sociales que puede realizar desde diferentes enfoques además del clínico, existen diversas opiniones acerca del aporte que tiene esta carrera desde una base educacional, organizacional, comunitaria, etc. Lo que se entiende como una proyección del psicólogo amplia que abarca mucho más desde su rol. Desde aquí se confirma la relación que hay por parte de los entrevistados con lo previsto en los antecedentes teóricos expuestos en la investigación, ya que al hablar de variadas funciones que puede cumplir el psicólogo, alude a lo planteado por Martic y Muñoz (2010) quienes mencionan la formación del quehacer como una invención de diversas alternativas para conformarlo.

Como es sabido y como bien lo menciona el Colegio de Psicólogos de Chile (1999) el psicólogo también cumple el rol de actor social lo que conlleva una constante responsabilidad no solo con él mismo, sino que también se mueve desde el bienestar al otro, por lo tanto se demuestra en las opiniones vertidas por los entrevistados una importancia hacia la adaptación que debe tener el terapeuta con el paciente, hacia sus demandas, peticiones, sugerencias, hacia el contexto social en que vive el consultante, lo que se relaciona con el carácter de cambio que hay en la disciplina psicológica en cuanto al conocimiento, es decir, en opinión de los entrevistados el terapeuta tiene la responsabilidad y la obligación de estar en constante actualización de la información que se presenta, para así cumplir su rol social hacia otro, en tanto comunidad como a un solo individuo, los entrevistados en sus respuestas hablan de una iniciativa que recae en los terapeutas, al hablar de actualizar los conocimientos psicológicos las diferentes percepciones recalcan que este ejercicio ayuda a expandir los horizontes y abarcar más dimensiones de la psicología y además de dar un aporte no solo teórico al quehacer sino que también favorece en un buen desempeño y eficacia terapéutica, a lo que los entrevistados expresan su opinión diciendo que son condiciones que deben estar presentes para promover la autonomía en el paciente.

Siguiendo con estos lineamientos, los entrevistados manifiestan la importancia de demarcar límites dentro de la terapia, refiriéndose a éstos desde la relación que hay entre terapeuta y cliente, en cómo se debe sobrellevar esta relación, expuesto por autores como Corbella y Botella (2003) referentes del marco teórico, quienes plantean la importancia del vínculo terapeuta-paciente en el quehacer, lo que es congruente con lo observado en las respuestas de los entrevistados, los cuales recalcan la necesidad del autoconocimiento que debe tener el psicólogo y el trabajo propio, que se involucra con esta responsabilidad y labor social que le pertenece a esta profesión, siendo reflejado en procesos como el encuadre y la claridad por parte del terapeuta, en donde ésta última tiene un valor agregado al paciente, al obtener información referente a su proceso terapéutico, que esclarecen dudas o contradicciones que pueden existir en este contexto, todo esto fue evidenciado en respuestas de la entrevista. En base a esta perspectiva y

desde la teoría revisada en esta investigación se desprende también el sentido de responsabilidad en cuanto a las devoluciones terapéuticas que se plantean en el contexto de cada terapia, las cuales aluden al quehacer, pero desde el ámbito profesional, para lo que los entrevistados son enfáticos y dejan en claro que el terapeuta debe ser responsable al momento de entregar una devolución al cliente, por sobre todo en el caso de transmitir un diagnóstico, ser certeros y lo más realistas posibles, muchos de los entrevistados concuerdan con estos postulados acerca de la responsabilidad terapéutica, como algo netamente del quehacer profesional, en relación a habilidades más duras como son la aplicación de test, y realizar diagnósticos clínicos, lo cual está expuesto en el marco teórico como la visión más profesional del terapeuta.

Algo importante manifestado por parte de los entrevistados, es la dificultad de separar el quehacer terapéutico de la persona del terapeuta, existen variadas opiniones al respecto, que plantean que en el fondo se puede ser ambas en sesión, porque desde ambas posturas se genera una mejoría en el tratamiento, lo cual se aprecia en la siguiente cita:

"creo que el quehacer es como el servicio que nosotros podemos entregar a la sociedad... como el espíritu de generar cambios, de hacerse cambio de empoderarse de empatizar, pero la persona del terapeuta es un ser que... que se vincula mucho más con si mismo que que se emociona, que siente, que se afecta, creo que tiene total relación en la psicoterapia, dentro de una terapia están ambas, ambas dimensiones pero una vez que uno sale de la psicoterapia... esta el quehacer y es un modo de desenvolverse pero la persona del terapeuta me da la impresión de que es mucho más profundo" (Inés, 23 años).

En el fondo lo que plantea la postura del entrevistado es intentar unir tanto al quehacer con la persona del terapeuta, que son entidades que deben estar en congruencia al momento de ejercer la profesión, si bien destaca el hecho de que la persona que está detrás tiene un valor más profundo que la labor misma, están directamente proporcionados el uno con el otro lo que imposibilita hablar solo de una sin tener que mencionar a la otra.

Dentro de la base de datos existe una opinión expresada por un entrevistado en la cual se habla acerca de una norma predispuesta respecto a lo que es el rol terapéutico, que se manifiesta como estricta sobre una preconcepción de la formación impuesta por la universidad, lo cual se evidencia como un hallazgo dentro de esta investigación.

Para finalizar el concepto de psicoeducación adquiere un carácter fundamental en las opiniones vertidas en la entrevista que se manifiestan de esta forma:

"Sí, yo siento que sí... es que siento que eso también es como psicoeducar al otro ¿cachai? Como herramientas en cuanto a ya si la persona es como ansiosa, bueno hay artos ejercicios que tu puedes realizar que desarrollan ciertas habilidades en ti que quizás obviamente las tienes pero que nunca antes te habiai fijado de que las podiai desarrollar de esta manera ¿cachai? Y ahí evitai como que la persona siga cayendo en los mismos patrones y es importante en el fondo en un proceso de crecimiento de la persona sino va a volver a lo mismo, sino le enseñai cosas que vai a hacer es solo escucharlo... obviamente, y esas, habilidades igual se conversan ¿cachai?" (Paula, 23).

En los aspectos teóricos se ve la psicoeducación como un aspecto primordial en el quehacer terapéutico, que está expuesta como una dimensión de "obligación" que debe realizar el psicólogo en función de continuar con su quehacer, pero desde fuera del contexto terapéutico, brindando en este sentido una autonomía y poder de decisión para el cliente.

Al hablar de la persona del terapeuta los entrevistados refieren, principalmente, a las características, vivencias y emocionalidad de la persona "detrás" del rol que el psicólogo clínico desempeña en el contexto terapéutico.

Los datos obtenidos entregan información sobre la relevancia que los entrevistados le dan a que el terapeuta clínico ponga atención a sus propios pensamientos, emociones y situaciones de vida personal. Así, se hace referencia a conceptos como autenticidad, autocuidado y autoconocimiento, los cuales ponen énfasis en la necesidad de que el terapeuta sea siempre consciente de su condición de persona. Así, los entrevistados esperan que el terapeuta se haga cargo de sus procesos personales para el mejor funcionamiento de la terapia, para el beneficio de la relación con su

paciente y, por sobre todo, por la congruencia que necesita tener con él mismo y ser sincero con respecto a lo que puede o no puede hacer y con respecto a lo que le afecta de manera personal en terapia.

Se muestran diversas opiniones con respecto a lo que se espera sea la función real de la persona del terapeuta en terapia, con qué lugar ocupa en terapia (si es que tiene alguno) y si es ético o no que el terapeuta se muestre tal cual es en ésta (en cuanto mostrar sus emociones y compartir sus pensamientos personales con el paciente). Por un lado, se espera que el quehacer terapéutico se diferencie claramente de lo que es la persona del terapeuta y que el terapeuta debe hacer un trabajo consciente consigo mismo pero dejar fuera del setting sus conflictos y realidad personal para que éstos no interfieran en el proceso del paciente. En otros casos, se pone énfasis en el valor que le entregaría a la terapia que el terapeuta sea totalmente persona y se muestre “ser humano” con el paciente, lo que le entregaría una riqueza experiencial a la terapia en cuanto el paciente se podría identificar con su terapeuta y, a su vez, el terapeuta se mostraría totalmente empático con el paciente, fortaleciendo la alianza terapéutica. A pesar de que no existe un total acuerdo en este punto, en general los entrevistados reconocen que la persona del terapeuta es un actor importante en el contexto psicoterapéutico y que puede influir, aunque se use como herramienta para la terapia o se decida dejar fuera de ésta.

Al hablar del psicólogo fuera del contexto psicoterapéutico, los entrevistados mencionan que éste cumple una labor terapéutica constante y que (a pesar de ellos mismos) no es posible desprenderse totalmente de lo que conlleva el ser psicólogos en sus contextos sociales o familiares. Respecto a esto, se exponen opiniones contrastadas ya que algunos mencionan que no hay diferencia entre la labor terapéutica y la persona del terapeuta y que ésta unidad se torna fundamental para la eficacia de la terapia ya que, al darse el permiso de ser persona, el terapeuta puede validar su conocimiento experiencial con el paciente y situarse desde una posición más cercana a la simetría con éste. Por otro lado, se expone que terapeuta y persona del terapeuta son dos entidades diferentes y que esa distinción es importante para no afectar la terapia.

En relación a la elección de dedicarse a la psicología y en particular al área clínica, los entrevistados mencionan que se encuentra a la base la preocupación genuina por el bienestar de un otro y que, desde su perspectiva, en la psicología clínica se encuentra el corazón de la disciplina, dando énfasis a que esta elección tiene mucho que ver con la vocación, lo que dará pie a la dedicación que como personas pondrán en su futuro laboral. Es entonces, la vocación lo que le dará sentido a su entrega como personas a otras personas.

Según lo expuesto en el marco teórico de referencia, los autores coinciden en que la persona del terapeuta, sus cualidades personales y el trabajo de autoconocimiento que realice, afectarán la terapia de manera positiva o negativa, siendo él mismo un instrumento para la terapia y el proceso del paciente (Fadiman, 2001; López, 2010; Molero, 2010). Lo propuesto es congruente con lo que nos entregan los datos analizados, poniendo en evidencia que, en el imaginario de la los entrevistados, la posición de la persona del terapeuta en la terapia se torna trascendental por la riqueza experiencial que éste le puede otorgar y que, más allá de la teoría, la utilización que hace el terapeuta de su persona en el contexto psicoterapéutico, les hace más sentido en la praxis de la labor terapéutica.

Junto a lo anterior, tanto los autores (Molero, 2010; Ponte, 2005; Szmulewicz, 2013) como los entrevistados, mencionan la importancia de que el terapeuta se someta a una terapia personal que lo ayude a llevar adelante sus procesos como persona que siente y sufre y que, a su vez, se ve expuesto constantemente al sufrimiento y emocionalidad de un otro, teniendo que mostrar cualidades como la empatía, escucha activa y aceptación incondicional. Por tanto, la terapia personal de un terapeuta se transforma en un modo de reconocerlo como una persona y posicionarlo, desde ahí, como un igual ante el paciente.

Resalta desde la información entregada por los entrevistados con respecto a la persona del terapeuta, la visión de que los pacientes serían una especie de reflejo del terapeuta:

"todos los pacientes que llegan a ti te dan un reflejo de tu propia personalidad por distintas cosas que van apareciendo" (José, 22 años)

"pero siento que todo aquel paciente que llega aquí llega en un momento que debe llegar y con un problema que debe llegar y que ese mismo problema te empiece a ayudar a cultivarte como mejor ser humano..." (José, 22 años)

Desde esta mirada, se podría decir que el vínculo que se forma entre la persona del terapeuta y sus pacientes, toma un significado mucho más trascendente que el que es considerado por la teoría expuesta, no sólo estarían involucrados mecanismos inconscientes, sino que también relacionados con el "destino" de los dos actores que componen la alianza terapéutica, entregando un valor adicional a ésta.

La categoría "paciente" es una dimensión del análisis que nace desde la posición imaginaria de los entrevistados como pacientes de un proceso terapéutico. Desde aquí, surgen planteamientos que refieren a las condiciones que deben darse para que el paciente se adhiera a la terapia, lo que se encuentra en estrecha relación con conocer y reconocer las expectativas que posee éste ante el proceso terapéutico, de tal manera que el terapeuta establezca una adecuada relación con su paciente lo que generará adherencia al tratamiento, se entiende una adecuada relación como un nexo con condiciones claras y realistas del desarrollo de la terapia.

Con respecto al rol que cumple el paciente en el contexto psicoterapéutico, los entrevistados refieren a que éstos deben ser los agentes activos en la terapia, evidenciando la importancia de que el terapeuta enfoque la terapia a entregar herramientas o devoluciones al paciente, que le permitan ser un ente autónomo, que se haga cargo de su proceso haciéndose consciente de él mismo y de no formar una relación de dependencia con el terapeuta. En ese sentido, una de las funciones trascendentales en el ejercicio de la disciplina es su carácter educativo, lo cual se evidencia como la pretensión de independencia en todos los aspectos del consultante a lo largo de su vida. Es importante rescatar que existe concordancia de lo anterior en lo manifestado por nuestros entrevistados, quienes efectivamente rescatan la visión de un paciente que recibe herramientas para auto gestionarse.

Al momento de mencionar devoluciones como un tópico importantísimo en un proceso terapéutico surgen en los entrevistados revelaciones que sorprenden en su

concepción. Una de éstas es la que hace referencia a concebir las devoluciones como un alivio, mediante una entrega clara de información que disminuya las ansiedades propias de un proceso terapéutico que se encuentra inmerso en una entrega constante por parte del consultante, además de considerar mostrarle al paciente su avance y progresión que aconteció en la terapia. Desde ésta misma consideración es de relevancia mencionar lo propuesto por uno de los entrevistados en cuanto a denotar la devolución como un cierre emocional, entendiendo este cierre como la culminación de una fase que implicó una entrega emocional importante por parte del paciente, por lo que es necesario finalizar con una respuesta clara de su proceso de crecimiento.

Siguiendo con estas ideas la contención se conforma como una actitud que se vuelve imprescindible para el paciente, tal cual se ve demostrado en las opiniones inmersas de los entrevistados, siendo ésta una característica que debe estar incluida en el comportamiento dentro del contexto terapéutico por parte del psicólogo, proporcionando una mejoría en cuanto a los procesos emocionales y de crecimiento que se presentan en el cliente al momento de expresar su sentir en terapia, la contención es un recurso que viene de la mano a el actuar social del quehacer del psicólogo.

Los entrevistados ponen énfasis en que una de las características que se espera de los pacientes es su disposición a comprometerse con su proceso. La importancia de este punto se encuentra, según los entrevistados, en que la disposición de los pacientes será lo que definirá la eficacia de la terapia lo que se relaciona directamente con la capacidad de autonomía de éstos. Se podría inferir que la disposición que presenta el paciente ante la terapia será un determinante al momento de adquirir la autonomía que necesita.

Una de las críticas que surge al momento de hablar del diagnóstico o devolución que se les hace a los pacientes, es la de la tendencia a etiquetarlos en una psicopatología específica. Por “etiquetamiento” se entiende al acto de definir y posicionar a una persona en un lugar (o psicopatología, en este caso) lo que va a condicionar su actuar, pensar y forma de ser en el mundo. Los datos analizados refieren al cuidado que debe tener el terapeuta al momento de entregar un diagnóstico a los pacientes, enfatizando en que al etiquetar el paciente tendrá conductas nocivas para su proceso (aparición de síntomas) y

aumentará la angustia que pueda surgir con respecto a su estado actual. Se recalca, así, la responsabilidad del terapeuta de no posicionarse como un experto que define al paciente.

Se evidencia como una postura importante lo que plantea un entrevistado referente a cómo se manifiesta el cambio o el progreso del paciente dentro de la terapia, en el sentido de un crecimiento que hay a lo largo del proceso terapéutico que ambos han conformado, siendo el paciente un beneficiario de esta acción, esto se demuestra como un hallazgo en relación a los datos teóricos que se expresan en esta investigación, en donde el sentir del paciente es muy poco abarcado desde la perspectiva del cambio en éste.

Con respecto a la categoría “Relación terapéutica”, los entrevistados en conjunto creen que lo primordial en terapia es la construcción del vínculo desde la primera sesión, y este debe ser de carácter positivo, ya que la finalidad sería de que ambos, terapeuta y paciente, estén de acuerdo en lo que respecta al tratamiento y al tránsito en él.

Por consiguiente, esperan que esta relación debe ser de tipo horizontal, en que ambos se encuentran en el mismo nivel, ambos son expertos, uno en herramientas y otro en la experiencia de vida, y su acoplamiento genera un aprendizaje por parte de uno y una mejoría en el otro.

Por lo tanto, los entrevistados piensan que es necesario establecer una base de empatía, confianza, sinceridad, seguridad y aceptación, en la que ambos se sientan a gusto con el otro, en que el terapeuta pueda ser capaz de entrar a lo más profundo del consultante, y poder entregar esa seguridad de que no será dañado si se descubre y muestra su mundo interior, sino que será entendido y comprendido en su totalidad. Y esto será posible si es que ambos están de acuerdo en los términos que se establecerán y obedecerán dentro de la terapia.

Los entrevistados creen que el terapeuta, con respecto a la relación terapéutica, debe ser claro, en lo que se trata a la terapia, que genere vínculos, que sea lo más auténtico posible, y que entregue confianza al consultante, y mayormente que no tenga miedo a expresar sus emociones. Pero que también establezca límites en esta relación, de

que no es una amistad, sino que es una relación profesional, creen que el terapeuta debe ser lo más transparente en esto, que es su terapeuta, no su amigo.

En lo que respecta a la meta final, los entrevistados esperan que en esta relación más importante es que no vuelva a consulta, sino que el mismo pueda, con las herramientas ya recibidas, poder llevar a cabo un nuevo camino, con una nueva perspectiva.

Durante la recolección de datos, muchos entrevistados usaban el término “vínculo”, “alianza terapéutica”, pero solo uno utilizó el término “rapport” (José, 23 años) para referirse a la relación que se da en terapia. Es posible que dependiendo de su formación académica, le haga más sentido el utilizar este término en vez de vínculo terapéutica.

Los entrevistados expusieron dos términos, y desde su posicionamiento académico y experiencial los definieron e hicieron una distinción. Llamaron “alianza terapéutica” a la relación que se da en terapia, en como ambos, terapeuta y paciente, se acercan en este espacio de una forma auténtica, de necesidad y crecimiento mutuo. En tanto, definen “Vínculo”, como la relación que debe establecer entre el terapeuta y el paciente, y que se debe dar de forma espontánea. Es una intimidad única, en que el terapeuta da un espacio de seguridad para el consultante en donde puede expresar sus emociones sin prejuicios, y en donde también el terapeuta se vea reflejado en el paciente o en las experiencias que este tenga, y en su identificación más allá de terapeuta, si no que en su persona, en donde ambos puedan fluir en la relación que se va generando sesión a sesión, una relación humana, horizontal de aprendizaje y ayuda mutua.

Los entrevistados creen que es de total relevancia la relación terapéutica en terapia, ya que es la que genera la adherencia y asistencia del paciente al tratamiento.

Desde la teoría;

Horvarth (1995), menciona que en esta relación es consciente de parte del terapeuta y el paciente, en lo que respecta a los acuerdos y la colaboración que se establece en terapia (Citado en Santibáñez et al., 2008), y en negociación de las tareas y metas de la terapia (Safran y Muran, 2000, en Santibáñez et al., 2008). Y al referirse al

vínculo terapéutico, Bordin (1979) hace noción de que es una conexión múltiple entre el terapeuta y el paciente, como lo mencionaron anteriormente lo entrevistados, que es de carácter positivo, y que da a conocer el cómo el consultante ve al terapeuta desde un plano emocional, y en lo que espera de él, como la empatía, confianza mutua y aceptación (Citado en Andrade, 2005).

Santibáñez (2001) desde otra perspectiva, menciona que lo principal en la alianza terapéutica, son los sentimientos y actitudes de los participantes de esta relación y en el juego que se da dentro de la sesión, y que está basada netamente en la confianza y el compromiso que el paciente y el terapeuta adquieren. Opazo (2001) expone que si esta relación es buena, genera que el paciente que se activa con respecto al tratamiento y que el terapeuta se sienta valorado en su quehacer, finalmente provocando que el proceso de cambio se fortalezca.

También que se dé una relación horizontal, como lo menciona Talley et al, (1990), que ambos se vean como igual, provocando que el paciente se sienta confiado y comprometido con la terapia como un participante más (citado en Santibáñez, 2001).

Rogers (1957) menciona que en esta relación interpersonal, debe dotarse de una calidad excepcional, en que el terapeuta debe mostrarse de forma transparente, y genuino con respecto a sus sentimientos en terapia, que sea totalmente auténtico. En que el terapeuta sienta una aceptación incondicional, sintiendo respeto hacia él, como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos, y una comprensión empática, en que pueda lograr percibir los sentimientos del consultante y poder transmitirlos a él desde su comprensión (Citado en Arredondo; 2005). Gondra (1981) acoplándose a lo dicho por Rogers, menciona que es necesario que el terapeuta acepte el sentimiento del paciente siendo estos positivos o negativos, como lo dicho por los entrevistados aceptación fuera de prejuicios, por parte del terapeuta hacia el paciente.

Arredondo (2005), manifiesta que lo más importante es el encuentro en sí, más que la formación académica, la asesoría, las técnicas, etc. Es la relación emocional que se da entre el terapeuta y el cliente, ya que esta le brindará seguridad con respecto a lo

expuesto en sesión, y que será entendido y comprendido en su totalidad. El vínculo en sí es lo más importante, desde aquí existe un acercamiento genuino de parte del terapeuta hacia el paciente, y este en respuesta, da la seguridad de adherencia y permanencia en el tratamiento, y por lo tanto su mejoría y el no regresar a terapia.

En relación a la categoría “sociedad” se aprecia en los entrevistados un descontento general a la hora de evidenciar y proyectar sus apreciaciones con respecto a lo que refiere la comunidad de las funciones del psicólogo y éste como figura tal.

Es sabido que la psicología posee un carácter social marcado que se evidencia constantemente en su quehacer y en sus acciones que siempre estarán en disposición y función de otros (colegio de Psicólogos de Chile, 1999), pero frente a lo anterior los entrevistados revelan a una concepción de sociedad que reclama en la función del psicólogo ciertas esperanzas con respecto a cómo se comporta y cómo realiza su labor, evidenciándose todo lo anterior como una serie de exigencias que creen los entrevistados recaen de forma aversiva en la figura del psicólogo, además mencionan y representan una expectativa de sociedad que espera comportamientos irrisorios por parte de los terapeutas, pero no solo en su quehacer terapéutico, sino además en su comportamiento moral desde más bien la persona que se encuentra inmersa en dicho terapeuta.

Al mencionar la labor del psicólogo en la sociedad los entrevistados son enfáticos en mencionar y recalcar que la posibilidad de una labor como agentes sociales activa y que manifieste en múltiples espacios de la comunidad, dicha manifestación evidenciada a niveles individuales y colectivos. En la labor social de la disciplina se debe mencionar la percepción de uno de los entrevistados quien señala que la manifestación de la actividad se debería relacionar con la constante inquietud que debe ser fomentada por los mismos psicólogos ante las problemáticas de la comunidad. En los antecedentes teóricos de la presente investigación se nombra la labor del psicólogo como una acción que irá siempre en ayuda de otra persona y en donde mientras exista una necesidad de cubrir, la actividad del psicólogo la llenara con un conocimiento que se adquirió en la experiencia (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

Los entrevistados ante la indicación sobre las precogniciones que se ven afectado los psicólogos, éstos se mostraron abiertos y mencionaron variados prejuicios por los cuales creen éstos se ven enfrentados los ya renombrados especialistas en salud mental, éstos abarcan un abanico amplio en su concepción, desde la vestimenta que utilizaría un terapeuta, pasando por su efectividad en terapia y por la diferenciación de género que se evidencia en la cantidad de especialistas femeninas en contraposición con la población masculina que ejercen la disciplina. Cabe destacar que dentro de los entrevistados existe concordancia en varios de los prejuicios, los cuales creen éstos están instaurados en el discurso de la comunidad; los psicólogos realizan constantes análisis de las personas que se encuentran a su alrededor, se asiste a terapia solo cuando se está “loco”, los psicólogos deben ser personas “perfectas”, la psicología no es ciencia y el psicólogo “arregla” a las personas como un mecánico arregla un auto, también se menciona la importancia de trabajar dichos prejuicio de tal manera que éstos no afecten en la ejecución de la terapia. Es preciso volver al prejuicio presentado por uno de los entrevistados que hace referencia a la diferenciación de género que posee la carrera de psicología, el entrevistado señala que dicha diferencia se asocia a las características temperamentales de hombres y mujeres, pero además a un constructos sociales de características personales de éstos; a las mujeres se le es fácil la tarea del entendimiento emocional de otra persona, es importante destacar lo anterior dado que dentro del análisis se demuestra como un hallazgo.

En la exposición teórica se habla de la importancia de ser realistas y aterrizar la figura del terapeuta, dejando de lado concepciones arcaicas que los posiciones en un pedestal por sobre el resto y la divinidad de éste (López y Mazo, 2010), además de concebir la terapia como un proceso milagroso de curación, con lo anterior los entrevistados evidenciaron múltiples mitos que poseerán la figura del psicólogo, los cuales se evidenciaron juicios irreales de la función, dentro de los que se destacan es la imaginería del psicólogo como brujo que sana los males de la gente. Es importante mencionar en este análisis y específicamente en los mitos que los entrevistados además

mencionaron mitos asociados a los consultantes de terapias psicológicas, en los cuales también recaen ciertas fábulas asociadas a su decisión de asistir a sesiones.

"No es la labor del psicólogo sino es como la persona que se enferma ¿cachai? Además, que cuando uno se enferma como de la mente es como más silencioso yy, yy tu no lo podi ver ¿cachai? Yy no, no sabi lo que los demás están pensando entonces ya la persona que tuvo que llegar a eso como que realmente estaba mal, me imagino que ese es como el pensamiento que deben tener con respecto a la persona que va a terapia" (Paula, 23 años).

Finalmente, dentro de los descubrimientos en el análisis de las entrevistas realizadas a estudiantes de psicología, se destaca una cita que evidencia la sensación que éste posee de la disciplina en su campo laboral.

"por difícil que implica además conseguir trabajo en el área clínica, uno entra y los sueldos son muy bajos, está muy desprestigiada en el términos de lo que es valoración económica, el tema de la restricción, con el tema de la validación del título" (Evelyn, 24 años).

La cita anterior además de ser un descubrimiento dentro del análisis se relaciona claramente con la concepción en referencia al ejercicio profesional de un psicólogo, el cual se valida de acuerdo a la expertise que posea el terapeuta, expertise se relaciona con la competencia y eficiencia que solo se adquiere con los años de ejercicio de campo (Bados y García, 2011). La entrevistada va más allá y nos evidencia una preocupación ante los bajos costos de las prestaciones en el área clínica y la poca valoración monetaria que esta presenta ante la imposibilidad de validar un título que por la naturaleza de su campo de acción requiere de acreditaciones que den cuenta de un accionar responsable ante la ejecución del servicio.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La presente investigación permite concluir que los estudiantes de quinto año de Psicología poseen expectativas respecto al terapeuta, su persona y quehacer y que éstas tienen una influencia en la alianza terapéutica que se forme con el paciente

Tanto la base teórica como los datos analizados entregaron información suficiente para entender que las expectativas son una construcción presente tanto en los terapeutas como en los pacientes como actores principales de la terapia psicológica y que éstas influyen, a tal punto, la alianza que se construya en este espacio que condicionarán la eficacia de ésta.

La mirada de lo que es un terapeuta se ve definida en base a diversos factores o constructos, en este caso los componentes esenciales recaudados en el análisis evidenció un factor que es predominante a la hora de crear expectativas frente al terapeuta, que es la sociedad y sus creencias respecto a éste, su labor profesional y además acerca de la persona del terapeuta. Por otro lado, los entrevistados destacan que, si bien, en el quehacer el terapeuta entrega herramientas, estas herramientas tienen que estar trabajadas desde la persona ya que están de acuerdo con que, si un terapeuta no trabaja en su persona, esto podría influir en la creación de la alianza terapéutica más tarde, ya que dieron a conocer que el vínculo se da con la persona del terapeuta más que con el quehacer en sí.

En la mayoría de las miradas respecto a lo que se concibe como persona del terapeuta, se observó dificultad para crear una definición concreta sin tener que mencionar también las funciones profesionales que el terapeuta realiza, lo que se da a entender es que entre estos dos constructos no existe una separación totalmente clara, dejando entrever que se encuentran integradas en lo que es el profesional de la salud.

Las expectativas presentes en los entrevistados referentes al quehacer del terapeuta tienen relación con las labores que el terapeuta realiza como profesional y que lo distinguen de otras profesiones en cuanto modos de hacer y modos de acercarse al

paciente. Esto quiere decir que los entrevistados se enfocan directamente en lo que ellos esperan que el terapeuta haga como profesional de la salud mental, y a las habilidades que éste debe mostrar como psicólogo como, por ejemplo, ser metódico, responsable y empático.

Con respecto a la diferencia que hacen los entrevistados entre Quehacer Terapéutico y Persona del Terapeuta, el análisis evidenció que tienen claridad acerca de estos términos desde su concepción, y su relación, pero les resultó difícil establecer una diferenciación clara entre ambos conceptos. Esta dificultad refiere a que muchas de las habilidades que los entrevistados esperaban encontrar en el quehacer terapéutico tienen relación directa a lo que ellos esperan de la persona del terapeuta por lo que, en muchos casos, se pone en manifiesto que el quehacer y la persona no se pueden diferenciar.

En tanto a las expectativas antes mencionadas en referencia al quehacer terapéutico, los entrevistados manifiestan su postura al decir que éstas afectan en la formación de la alianza terapéutica, en el sentido de lo que se espera del actuar del terapeuta, como su manejo teórico, estrategias y herramientas, en cuanto a su labor como profesional. Desde aquí en la forma de generar un vínculo con el paciente, en el proceso y finalización del tratamiento, y en cómo el paciente observa al profesional, por ende también se ve influenciada la asistencia y continuidad a terapia.

Implicancias y limitaciones de los resultados

Los resultados entregan riqueza interdisciplinar en el área de la psicología clínica debido a que la muestra pertenece a distintas Universidades que enfocan sus mallas curriculares a distintas áreas psicológicas y desde distintas escuelas epistemológicas. Respecto al área clínica, cada una de los entrevistados refieren a una escuela diferente como base formativa, pero al hablar de la práctica clínica coinciden en que la que ellos consideran como de mayor utilidad es la escuela humanista debido a la importancia que ésta le otorga al relacionarse con un otro, desde una posición más cercana a la simetría y

a la relevancia de las características personales y profesionales que se espera de un terapeuta psicológico.

Se considera como un limitante la dificultad que mostraron los entrevistados al solicitarles posicionarse desde el lugar de un paciente. A modo de inferir, esta dificultad se podría explicar por medio del hecho de que ninguno de los entrevistados se ha sometido a un proceso terapéutico completo en el transcurso de sus estudios profesionales, por ende, todas sus respuestas fueron desde la imaginación ante una posible posición de pacientes. A pesar de esto, los datos que entregaron los entrevistados fueron suficientes para la buena realización del estudio evidenciando que los estudiantes, en su última etapa de formación, ya se visualizan como terapeutas clínicos demostrando un amplio lenguaje técnico y una opinión crítica y contundente frente a su futuro campo de acción profesional.

Además, los entrevistados entregaron al estudio nueva información al momento de manifestar sus esperanzas en referencia a lo que esperan que debiese ser las acciones, los comportamientos y la actividad de los pacientes en terapia, sumando valor a la investigación.

Finalmente es necesario mencionar una de las limitaciones más trascendentales en esta investigación es la muestra, la cual fue de carácter no representativa, en donde por la escasa participación de estudiantes de quinto año de psicología, se acudió a un muestreo en forma de bola de nieve para efectos de la óptima realización de esta investigación.

Sugerencias para futuros estudios

Cabe destacar que los datos obtenidos en el análisis de la presente investigación, si bien se encuentran presentes en el marco de este estudio, se sugiere que sean más profundizados en base a otras investigaciones que surjan desde las perspectivas presentes frente a las expectativas del terapeuta, en tanto persona del terapeuta y su

quehacer profesional, con la finalidad de abarcar e informar más respecto sobre la psicología en la actualidad de nuestro país.

Desde esta perspectiva, se invita a la realización de un estudio que abarque el ámbito que respecta a las mallas curriculares presentes en el sistema de educación actual de Chile, investigar cómo se presentan en cada Universidad las perspectivas descubiertas en esta investigación acerca de conceptos de Terapeuta, persona el terapeuta, alianza terapéutica y quehacer terapéutico, como las abarcan desde cada lineamiento que sigue la institución correspondiente, la propuesta anterior es además expuesta desde la inquietud que se presentó en alguno de nuestros investigados.

Otro aspecto importante para investigar, es la visión desde personas que no tengan relación con la profesión de Psicología, si bien hay un apartado que menciona diversos mitos que van desde la sociedad al terapeuta, sería interesante desde una perspectiva educativa revisar diferentes visiones que hay sobre el terapeuta y su profesión, desde otro de los participantes activos de la terapia, los pacientes, quienes son los que en el fondo proporcionan el pie para el funcionamiento de esta profesión.

Dado los resultados que surgieron de esta investigación referente a la influencia que hay en las expectativas frente al terapeuta, resulta de importancia seguir ahondando en este tema central de esta investigación, profundizar desde diferentes perspectivas y miradas en cómo estas expectativas influyen no solo al terapeuta en sí, sino en todo lo que conlleva el proceso terapéutico incluyendo los resultados y el interés en el proceso post terapia que vive el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcázar R. (2007) Expectativa, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para *Asistir a dos o más sesiones*.

Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, vol. 16, núm. 1, .p 9-29.

Arredondo, M., Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile (CAPs) Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga. Santiago.

Bados, A., y García, E. (2011). Habilidades Terapéuticas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos Facultad de Psicología, Unidad de Barcelona.

Botella, S. C. (2003). Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. Madrid: Visión Net.

Camacho, M. (2006). *Panorámica de la terapia sistémica*.

Carrillo A., Ramírez S. (2011). Expectativas académicas y laborales de estudiantes próximos a egresar de una licenciatura en Psicología Educativa Tesis que para obtener el título de Licenciados en Psicología Educativa.

Carvajal, K. (2012). Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de adultos. Santiago.

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*.

Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos. (1995). *Reglamento de la Comisión nacional de acreditación de psicólogos clínicos*.

Corbella, S., Botella, L. (2003, diciembre). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, vol. 19, n° 2, p. 205-221

Correa, D. P. (2003). Psicoterapia y vínculo: estudio descriptivo de los vínculos terapéuticos establecidos por estudiantes en práctica en el centro de asistencia psicológica de la escuela de psicología de la Universidad Central, desde tres corrientes psicoterapéuticas. Tesis para optar al grado de Lic. en Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.

Corbella, S., & Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes. Madrid: Visión libros.

Díaz, I., y Núñez, R. (2010). *Psicología Clínica: "¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?"*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Tronco Divisional Módulo Historia y Sociedad, México.

Fadiman, J., Frager, R. (2001). Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. Fadiman, J., Frager, R. *Teorías de la Personalidad* (p. 412-155). 2º Edición. Universidad Iberoamericana. México: Mc Graw Hill.

Fernández, H. (2006). Los múltiples rostros de la evaluación en psicoterapia. *Conferencia del V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica.*, (p. 149-168). Buenos Aires Argentina.

Fuentes, X. (2004). Construcción de la alianza terapéutica: algunos supuestos que la sostienen. *Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 18, p. 79 – 84.

Flick, U (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Fundación Paideia Galiza. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Gondra, J. (1981). La psicoterapia de Carl R. Rogers: sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica. [s.l.]: Editorial DDB.

Gorostegui, E., Dôrr, A. (2005). Reflexiones sobre la relación terapéutica, el poder en la terapia y la formación de la persona del terapeuta en el marco del Modelo Sistémico. *Revista de Psicología de la Academia*, sin nº, p. 86-96.

Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P, Tomicic, A., Valdés, N., Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 2*.

Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *Psykhe*, 15.

López, L. (2010, Junio) *La otra cara de la terapia: la vida personal del psicoterapeuta*. Revista Electrónica de Psicología Social “Poiésis”, nº 19. Extraído el 21 de Agosto de 2015 de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/issue/view/9>.

López, H. J., y Mazo, J. (2011). El nuevo terapeuta, su rol y compromiso Reflexiones en torno a la Formación de los Profesionales de la Salud mental. *Poises*. Extraído el 17 de Octubre en <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/213>.

Molero, I. (2010). *El terapeuta sistémico*. Informe de 3º año.

Maristany, M. (2009). Evaluación Clínica y PSicoterapia: Una puerta abierta la investigación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.*, p. 275-277.

Martínez, J. M. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivó estructurada. *Scielo Educación Médica*.

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

Peter, R. (2009). La responsabilidad del terapeuta consigo mismo. Básicamente Humano. *Revista Mexicana de Logoterapia*. Extraído el 17 de Octubre en <http://www.logoterapia.com.mx/publicaciones/revista-mexicana-logoterapia/primavera-2009/responsabilidad-del-terapeuta-consigo-mismo-basicamente-humano>

Pinto, B. (2005). *La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta*. Revista de la Psicología de la Academia. Nº 9. Castalia.

Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Salvo, I. (2003). Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago.

Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(1), p.9-21

Santibáñez, P. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: “El inventario de la alianza de trabajo” en Chile. Temuco: Universidad de La Frontera.

Santibáñez, P. Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26. Extraído en 13 de Octubre en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci_arttext

Szmulewicz, T. (2003). *La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso psicoterapéutico*. Revista chilena neuro-psiquiatría. vol.51 no.1 (p. 61- 69) Santiago Sept. 2015.

Yañez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Escuela de Postgrado, Universidad de Chile, Santiago

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia Psicológica*, N°11, 34-40.