

**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS
PSICOTERAPEUTAS Y EL VÍNCULO TERAPÉUTICO**

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Psicología

ANGELA JANETH VÉLEZ RAMÍREZ

Asesor

DIEGO ALVEIRO RESTREPO OCHOA

Psicólogo

Magíster en Psicología

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

MEDELLÍN

2014

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.JUSTIFICACIÓN	20
3.ANTECEDENTES	24
4.OBJETIVOS	50
4.1. Objetivo General	50
4.2. Objetivos Específicos	50
5.METODOLOGÍA	51
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
5.2. PARTICIPANTES	52
5.3. MUESTREO TEÓRICO Y PLAN DE ANÁLISIS	55
5.3.1. Procedimiento para la construcción de los datos	55
5.3.2. Procedimiento para el análisis de los datos	55
5.3.3. El análisis de la información	56
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
6.HALLAZGOS	60
6.1. BIENESTAR PSICOLÓGICO	61
6.1.1. Características del bienestar psicológico	63
6.1.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico	71
6.1.3. Aspectos que favorecen el Bienestar Psicológico	77
6.2. VÍNCULO TERAPÉUTICO	85
6.2.1. Concepción del vínculo terapéutico	87
6.2.2. Roles en el vínculo	96

6.2.3. Condiciones para el vínculo.....	107
6.2.4. Características del Vínculo.....	110
6.3. LA PERSONA DEL TERAPEUTA.....	119
6.3.1. Perfección del terapeuta	120
6.3.2. La vida personal del terapeuta y su rol profesional.....	122
6.3.3. Límites entre la vida personal y el rol profesional	124
6.4. BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL TERAPEUTA.....	128
6.4.1. La práctica clínica y su relación con el bienestar psicológico del terapeuta	130
6.4.2. El bienestar psicológico del terapeuta como condición de posibilidad de la práctica clínica.....	141
7.DISCUSIÓN	186
REFERENCIAS	200

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Antecedentes.....	37
Tabla 2. Caracterización de los participantes en la investigación.....	54

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Esquema de los Hallazgos.....	604
Figura 2. Esquema del bienestar psicológico.....	609
Figura 3. Esquema del vínculo terapéutico.....	73
Figura 4. Esquema de la persona del terapeuta.....	107
Figura 5. Esquema del bienestar psicológico del terapeuta.....	117

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado.....	198
Anexo 2. Guion temático para la recolección de datos.....	201

RESUMEN

En esta investigación se estudia la relación entre el bienestar psicológico de los terapeutas y el vínculo terapéutico, partiendo de la concepción que los psicólogos clínicos participantes tienen sobre el concepto de bienestar psicológico.

Metodológicamente se siguió la propuesta de la investigación clínica cualitativa, que se basa en una perspectiva cualitativa del proceso de psicoterapia para comprender más sobre la forma en que un psicoterapeuta se relaciona con la praxis y con el mundo (Chenail, 1992). Los participantes fueron 10 psicólogos clínicos de la ciudad de Medellín, con quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas con guion temático. Los datos se analizaron siguiendo los procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada.

Los hallazgos están presentados en cuatro categorías: el bienestar psicológico, el vínculo terapéutico, la persona del terapeuta y el bienestar psicológico del terapeuta. Se parte del contexto más amplio, el bienestar psicológico; luego se aborda el fenómeno, el bienestar psicológico del terapeuta, en el cual se desarrollan las particularidades propias de los terapeutas; esto lleva a pensar la persona del terapeuta como el sujeto de esta práctica, y por último se aborda el tema propuesto para la investigación, es decir, como el sujeto se relaciona con el vínculo terapéutico que establece con sus pacientes.

En esta investigación se encontró que entre el bienestar psicológico del terapeuta y el vínculo terapéutico hay una relación dialéctica, es decir, la práctica clínica influye en el bienestar psicológico del terapeuta; y el bienestar psicológico del terapeuta influye

en la práctica clínica, específicamente en el vínculo terapéutico, siendo a su vez una condición de posibilidad de la práctica clínica.

Palabras clave: Bienestar psicológico, psicoterapia, psicoterapeuta, vínculo terapéutico.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación se realiza con el propósito de mostrar resultados en el proceso de formación a nivel de maestría en investigación en psicología de la Universidad de Antioquia. El tema propuesto en el proyecto y desarrollado en el presente estudio surge de una inquietud personal frente al bienestar de aquellos que tienen como profesión acompañar a otros en la búsqueda de su bienestar.

El interés sobre el tema surge en las primeras experiencias de práctica profesional en la cual fue posible evidenciar que tanto las instituciones como los mismos terapeutas reconocen la importancia del bienestar de los pacientes o aquellos que buscan la atención psicológica, pero poco se habla o se hace con respecto al bienestar de los terapeutas.

Adicionalmente, el tema del bienestar psicológico ha tomado relevancia durante las últimas décadas y se ha estudiado en relación a diferentes fenómenos; mostrando que es un posibilitador de los procesos, que permite un mejor desempeño en diferentes áreas y que puede ser promovido por el mismo sujeto.

El objetivo general de la investigación busca comprender desde la perspectiva de los psicólogos clínicos la relación que existe entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico. Partiendo de la concepción que los participantes tienen sobre el bienestar psicológico, el lugar del vínculo terapéutico en relación a los logros en el proceso de psicoterapia, y los aspectos constitutivos del bienestar psicológico de los psicoterapeutas que mayor influencia tiene en dicho vínculo.

Para desarrollar la investigación se eligió la guía metodológica de la investigación clínica cualitativa que se basa en una perspectiva cualitativa del proceso de psicoterapia y se centra en comprender la forma como el psicoterapeuta se relaciona con algunos aspectos propios de su práctica clínica (Chenail & Maione, 1997). El proceso para la recolección de los datos se hizo por medio de la entrevista semiestructurada con guion temático, a psicólogos de la ciudad de Medellín, con experiencia en el ejercicio clínico profesional superior a 10 años, que dedican su labor a la psicoterapia desde las diferentes orientaciones teóricas y campos de aplicación.

Se encuentra que la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y el vínculo terapéutico está dada en dos sentidos: primero, la relación entre la práctica clínica y el bienestar psicológico del terapeuta, y segundo, la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y la práctica clínica, para decir que el bienestar psicológico del terapeuta es una condición de posibilidad de la práctica clínica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para iniciar un acercamiento a la investigación y su propósito, se presentan algunas conceptualizaciones acerca de la psicoterapia, donde es pensada como un proceso en el cual paciente y terapeuta se relacionan con el objetivo de fortalecer el yo del paciente.

Frente al concepto de psicoterapia Coderch (1987, p. 53) plantea que es un tratamiento de naturaleza psicológica desarrollado entre un profesional y una persona que requiere ayuda por perturbaciones de tipo emocional; dicho tratamiento se realiza basado en una metodología sistematizada, que se sustenta en fundamentos teóricos y técnicas en conocimientos psicológicos acerca de las características de la mente. Este proceso, tiene como fin eliminar o disminuir el padecimiento producto de los conflictos intrapsíquicos por medio de la relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta; este último realiza intervenciones verbales como el instrumento curativo con el cual se busca fortalecer el yo del paciente para que logre abordar los impulsos y las emociones adecuadamente. El mismo autor, plantea que el objetivo de la psicoterapia radica en estimular y favorecer la autonomía del paciente, para que sea capaz de continuar por sí mismo aun cuando haya finalizado el tratamiento, y desarrolle la capacidad de exploración y descubrimiento de sus propios procesos psíquicos (Coderch 1987, p. 75).

Por su parte Nina-Estrella (2011, p. 221) reconoce la psicoterapia como el método de intervención psicológica para problemas emocionales, donde se construye una relación de índole profesional, con el fin de inhibir, suprimir o disminuir el sufrimiento psíquico; modificar formas de establecimiento de relaciones y el comportamiento; y, promover el desarrollo y el bienestar del paciente.

Así como se encuentran diferentes conceptualizaciones sobre el proceso de psicoterapia Coderch (1987) refiere que también existen diversos enfoques, los cuales se diferenciarán según la teoría en la cual se basen los psicoterapeutas para hacer la lectura del conflicto psíquico, y, para determinar los objetivos de los procesos, ya sean solucionar total o parcialmente dichos conflictos, fortalecer las defensas, ofrecer alternativas de resolución a las conflictivas de los pacientes, entre otras (p. 56).

Los diferentes enfoques coinciden en que la principal herramienta en el proceso de psicoterapia es la relación terapéutica, esta permite proporcionarle al paciente el sentimiento de seguridad suficiente para enfrentarse al proceso psicoterapéutico, que es a su vez una experiencia de exploración emocional. Se hace referencia a que la psicoterapia debe convertirse en una experiencia emocional, ya que la simple comprensión intelectual no logra generar cambios en el estado psíquico. Por consiguiente, el trabajo primordial del terapeuta es crear una relación interpersonal adecuada para la vivencia de esta experiencia (Coderch, 1987, p. 87).

Por estar la psicoterapia asociada al continuo manejo de sentimientos, la relación terapéutica, ese vínculo entre paciente y terapeuta, es parte significativa del desarrollo del proceso, no solo en lo referente a lo teórico sino también a lo investigativo. Es tal la importancia de la relación en este campo que se plantea que: la psicoterapia no puede ser concebida al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre paciente y terapeuta (Corbella & Botella, 2003, p. 205; Froján, 2011, p. 202).

Guy (1995), afirma que la relación entre terapeuta y paciente es interpersonal, y es en sí misma el objeto y el procedimiento para la psicoterapia. Dicha relación tiene

influencia en el proceso de psicoterapia, incluso curativa en la mayoría de los pacientes (Coderch, 1987, p. 86; Guy, 1995).

En sus escritos finales del siglo XIX sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia en la práctica del psicoanálisis, Freud introduce el concepto de relación terapéutica; concepto que es retomando por los representantes de terapias con orientación psicodinámica, conductual, cognitiva, centrada en el cliente y familiar; y también por las terapias sistémica, breve centrada en soluciones, narrativa y la terapia desde una postura construccionista (Arango & Moreno, 2009).

Ferro (2006, p. 356) plantea la relación terapéutica como “una auténtica relación”, en la cual se promueven y producen cambios que como parte del proceso de psicoterapia saldrán de la sesión clínica a la vida diaria. Por otro lado, se entiende la relación terapéutica como una construcción social en constante transformación a lo largo del proceso de psicoterapia, en tanto responde a las necesidades y condiciones del momento; aunque está inmersa en un contexto histórico y social determinado por las características personales tanto del terapeuta como del paciente y de las formas de relación de cada uno de ellos (Arango & Moreno, 2009, p. 135). A través del tiempo se han producido cambios en la conceptualización y vivencia de la relación terapéutica, lo que aporta mayor flexibilidad a las técnicas y a la aplicación de estas en el espacio terapéutico. Así mismo, al ser el concepto de relación terapéutica reconocido como un elemento clave por ser común a todos los enfoques, ha sido posible que los conceptos de relación y eficacia, y de terapeuta y paciente tengan una conceptualización diferente dependiendo de los criterios epistemológicos de cada enfoque (Bados, García, & Fusté, 2002, p. 496; Corbella & Botella, 2003, p. 206).

Para algunas teorías la relación es un proceso de co-construcción entre terapeuta y consultante a partir del lenguaje; mientras que para otros enfoques teóricos es una dinámica en la que tanto terapeuta como consultante hacen un aporte, y en el que el mayor énfasis está puesto en el terapeuta (Arango & Moreno, 2009, p. 136). Al ser una construcción conjunta, entre el paciente y el psicoterapeuta, las opiniones, expectativas e intereses que ambos van desarrollando sobre la psicoterapia, permite afianzar el vínculo en el cual cada uno tiene un rol y un saber determinado (Corbella & Botella, 2003, p. 208).

Berenstein y Puget (1997, p. 144) plantean que una de las principales características de este vínculo terapéutico es una cualidad de asimetría; frente a lo cual Fiorini (2004, p. 101), plantea que a ambos integrantes de la relación son expertos, el terapeuta, en la problemática humana, y el paciente, como conocedor de la problemática singular. Y es a finales del siglo pasado que se asume una perspectiva relacional con un énfasis interpersonal en la terapia, donde se prioriza el rol y la subjetividad del terapeuta en la construcción de esta relación terapéutica (Safran & Muran. citados por Arango & Moreno, 2009, p. 136).

Para Simón (2006, p. 333), el terapeuta juega un papel importante por medio de la calidez, espontaneidad y empatía que logra transmitirle al paciente, y por la experiencia en el ejercicio de la profesión que le permite comportamientos de exploración y valoración fundamentales para este proceso; influyendo positivamente en el establecimiento de una relación atravesada por el respeto y el trabajo conjunto.

Diferentes investigaciones han abordado el lugar del terapeuta en la relación terapéutica. Mahoney y Fernández (1998, p. 11) reconocen que el psicoterapeuta en su

calidad de persona, se convierte en un elemento fundamental para el éxito de la psicoterapia, al igual que los otros factores propios de ésta, como la orientación teórica y el uso de técnicas específicas según el enfoque de abordaje.

Fiorini (2004, p. 123) reconoce al terapeuta como un instructor guía por ser quien porta los métodos, estímulos, modelos y refuerzos necesarios para hacer de la psicoterapia una experiencia emocional correctiva; para lograr ser instructor debe asumir una actitud docente, y además, proveerle un modelo de identificación al paciente.

Así mismo Chaves (1996, p. 26) plantea como una ilusión el hecho de pensar al terapeuta como una persona objetiva y neutral, por ser éste un ser humano que interactúa con el otro desde sus experiencias, conocimientos, vulnerabilidades y dificultades; lo que no impide el establecimiento de una relación donde terapeuta y paciente se acoplen y lleguen a acuerdos sobre los objetivos del tratamiento, partiendo de la flexibilidad, interés de ayuda y creencia en la posibilidad de cambio, por parte del terapeuta. Con respecto a la neutralidad del terapeuta (Hernández, 2007) plantea que esta se encuentra más asociada a la capacidad del terapeuta para asumir un rol que le permita trabajar más que con enfermedades y síntomas, con personas que requieren de su acompañamiento y orientación profesional.

Si bien, uno de los objetivos de la psicoterapia es proporcionar un ambiente estable y equilibrado donde el terapeuta sea un reflejo de ello, con frecuencia, se pretende que éste sea un ser sin padecimientos ni tensiones, cambios o problemas, aun cuando éstos hacen parte de la vida de cualquier ser humano. Es por ello que cuando acontecimientos vitales, como el embarazo, la muerte de seres queridos, el divorcio, los ascensos laborales, y demás situaciones que hacen parte de la vida de cualquier persona,

se presentan, ponen en evidencia que el psicoterapeuta no es un observador de la vida, sino un participante más, siendo a veces triunfador y a veces víctima (Coderch, 1987, p. 85; Guy, 1995, p. 340). De ahí que por más que intente permanecer estable durante el proceso de psicoterapia, dichas situaciones hacen que su vida y su trabajo se vean afectados y en ocasiones pueden ser tan significativas como para que influyan en la relación terapéutica, siendo evidente tanto para él, como para el paciente (Coderch, 1987, p. 85; Guy, 1995, p. 260).

En el propósito de entender la influencia del terapeuta y sus características personales en el proceso de psicoterapia se han abordado variables como: las emociones (Fabregó & Viñas, 2010), los valores (Baringoltz, 2009), las relaciones de poder (Hernández, 2007), las creencias y las características socioeconómicas (Chazenbalk, 2011), las técnicas utilizadas y el estilo de intervención (Ackerman & Hilsenroth, 2003) y el bienestar personal (Fierro, 2006) de éstos, pero los resultados han sido contradictorios debido a la complejidad del tema y las diferentes miradas que frente al mismo se dan Crowley (2001, citado por Corbella y Botella, 2003, p.213).

Pero, lo que sí puede afirmarse es que la práctica psicoterapéutica tiene una amplia influencia en la vida privada del psicoterapeuta, en algunos casos la influencia es positiva y favorece el desarrollo personal y profesional, y en otros las consecuencias pueden ser negativas y destructivas tal como lo plantea Guy (1995. p. 116), quien a su vez cita a Otto Will (1979. p. 563), para expresar que la personalidad del terapeuta inevitablemente se implica y expone durante la psicoterapia, en tanto no es posible desvincularla de los procesos psicoterapéuticos, a la vez que propone que tampoco debe hacerse.

Es este el motivo por el cual el terapeuta debe presentar atención a la influencia que tiene su trabajo en las relaciones personales y en su bienestar emocional, buscando experimentar una intimidad satisfactoria con los amigos, los familiares y también con los pacientes; esta actitud vigilante del terapeuta no solo mejora la calidad, efectividad y eficacia de la atención, sino que permite mayor atención al cuidado que se provee a sí mismo, aumentando la propia satisfacción personal (Guy, 1995, p. 508). Este autor propone, que en procura de un progreso significativo tanto para los pacientes como para los psicoterapeutas, la preocupación por el bienestar personal de estos últimos, y de sus relaciones con familiares y amigos debe ser una prioridad.

Para hablar sobre bienestar es necesario hacerlo en el marco del concepto de salud mental; el cual ha evolucionado desde la ausencia de enfermedad hasta comprenderse como un estado de bienestar en el que el individuo tiene la capacidad de reconocer las dificultades propias de su vida y afrontarlas a la vez que hace una contribución a su comunidad (OMS, 2011). Es así como el concepto bienestar toma fuerza, hasta el punto de pensarse como: subjetivo, social, personal y psicológico (Casullo, 2008), siendo este último, el bienestar psicológico, el que representa un interés para esta investigación.

El bienestar psicológico se encuentra ligado a la percepción subjetiva que tiene cada persona acerca de los diferentes aspectos de su vida, autores como Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) proponen algunas dimensiones constitutivas del bienestar psicológico tales como una autovaloración de la vida, en términos de satisfacción. Por su parte Fernández y Polo (2011, p. 179) plantean el bienestar psicológico como una percepción subjetiva referida al sentido de felicidad que supondría una valoración global

de la vida determinada por el ajuste o congruencia entre expectativas y logros personales.

Tal como se indicó anteriormente, los psicólogos que dedican su labor a la psicoterapia son personas corrientes con aciertos y dificultades, por lo que es inevitable seguir siendo humano, sujeto y persona dentro del escenario clínico (López, 2010, p. 3). De ahí que las experiencias y las dificultades propias de la vida pueden suscitar en el terapeuta la experimentación de malestar; se presume que dicho malestar puede ser proyectado en la relación terapéutica afectándola negativamente, en alguna medida, y por ende el proceso que se viene realizando con sus pacientes también se vería afectado; son las deserciones de los pacientes en los procesos, la innecesaria prolongación de éstos, la dificultad en la obtención de los logros propuestos, y demás, algunas de las manifestaciones que durante el proceso podrían dar cuenta de la afectación del terapeuta, y en cualquiera de estos casos el terapeuta no estaría cumpliendo a cabalidad con las responsabilidades éticas que su profesión le exigen, entre las cuales se contempla propiciar el desarrollo, la salud y el bienestar de aquellos que acuden a él en busca de ayuda profesional (Londoño & Flórez, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación pretende comprender desde la perspectiva de los psicólogos clínicos la relación que existe entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico. Para este propósito se parte de la base de que el terapeuta tiene un papel fundamental en los procesos de psicoterapia, y específicamente en la relación terapéutica, pero poco se ha indagado con respecto a qué es aquello del terapeuta que mayor influencia tiene en dichos procesos. Es importante señalar que se abordará el concepto de bienestar psicológico, no como un

concepto previamente definido sino que dicha conceptualización surgirá de la percepción de los psicólogos clínicos participantes de la investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia es la Ley 1090 de 2006 la que reglamenta el ejercicio de la profesión del psicólogo, en ella se reconoce al psicólogo, independientemente del área en la que se desempeñe, como un profesional de la salud; entendiendo la salud en relación a la naturaleza biopsicosocial del individuo, en la cual tanto el bienestar como la prevención conducen a la sanidad física y mental (Ministerio de la protección social, 2006). Y, en 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Y define también, la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En base a esta definición de salud mental es que se define como responsabilidad del psicólogo propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en todos los contextos sociales, es decir, en la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida; también se establece como su responsabilidad contribuir con el aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que aporten al bienestar de los individuos y al desarrollo de la calidad de vida de la comunidad en general (Londoño & Flórez, 2010).

En 2007 con la aprobación de la Ley de Talento Humano en Salud, que se estipula que pertenecen al área de la salud las profesiones que intervienen en la prevención, promoción, educación, información, tratamiento y rehabilitación en los procesos de salud- enfermedad, con la cual se reconoce a la psicología como una

profesión sanitaria (Congreso de la Republica, 2007). La misma ley plantea la importancia de cualificar y recalificar permanentemente a todos los profesionales para garantizar el ejercicio idóneo, y que su quehacer contribuya a los propósitos, antes nombrados, desde la OMS (Londoño & Alarcón, 2010).

En relación a lo anterior, en nuestro país es creciente el interés en la realización de actividades académicas, de formación y de divulgación de los conocimientos y avances en los diferentes campos de la psicología, así mismo la creación de grupos de estudio e investigación dedicados a diversos temas de interés. Todo ello con el fin de ampliar, cualificar y diversificar los conceptos en los cuales se sustenta el quehacer del psicólogo en los diferentes campos. Pero por otro lado, se reconoce la importancia de que dicha cualificación vaya más allá de los conceptos teóricos y la formación académica y trascienda al campo humano, en el cual la calidad humana y diversos aspectos personales de los psicólogos cobran interés (Contreras, Londoño, Vinaccia, & Quiceno, 2006).

Por otro lado, González, Moreno y Garroza (2005) y Peiro (2005) plantean que no todo empleo supone una experiencia positiva, y que esto redundaría en la relación establecida con los compañeros, con la institución y principalmente en la relación con los pacientes; y en el caso específico de los psicólogos que realizan psicoterapia, ello podría reflejarse en la relación terapéutica. Por ello autores como Beltrán, Pando y Pérez, citados por Gantiva, Jaimes y Villa, (2010) reconocen la importancia de la vida personal en la profesional, donde las condiciones emocionales se encuentran asociadas a las funciones desempeñadas y permiten mayor disposición para el trabajo; proponen a su vez, que los psicólogos busquen el desarrollo de actividades placenteras por fuera del

contexto laboral dado que estas pueden ser generadoras de bienestar psicológico, el cual se verá reflejado no solo en la vida personal sino en el desarrollo de las actividades profesionales.

Cuando Coderch, define la psicoterapia como “un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales” y que se realiza de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en fundamentos teóricos con el fin de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el pacientes (1987, p. 53); está poniendo en manifiesto la importancia de la relación entre el paciente y el terapeuta durante el proceso de psicoterapia que busca un alivio para el primero; y es este el punto de partida de esta investigación que busca *comprende el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y la relación de éste con el vínculo terapéutico*, en tanto se reconoce que es el vínculo terapéutico el escenario en el cual se desarrolla el proceso de psicoterapia y en el que se dan los logros del proceso (De Bei, Colli, & Lingiardi, 2007). En esa medida si es el terapeuta uno de los actores de este vínculo, y quien posee el conocimiento y los fundamentos teóricos para el desarrollo de la psicoterapia, su rol y participación son importantes, y por ello el bienestar psicológico de este también lo es.

Los hallazgos de la investigación permitirán la ampliación de las comprensiones acerca del bienestar psicológico del terapeuta, del vínculo terapéutico y la relación entre ellos. Además busca proponer estrategias para preservar el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y de esta manera mejorar la calidad de vida, el quehacer clínico, y la obtención de logros en los procesos de psicoterapia.

Asociado a lo anterior, y dada la divulgación que se realizará de los hallazgos (local, regional y nacional), se espera que el conocimiento construido acerca del bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico contribuya a impactar los planes y programas académicos y de formación de psicoterapeutas. A la vez que se espera ofrecer cursos, seminarios y otras formas de educación continua a profesionales la psicología y de la salud.

La generación de nuevas comprensiones respecto al bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico permitirá al grupo de investigación ampliar sus fronteras en lo que al conocimiento de estos fenómenos corresponde. Esto contribuirá a optimizar los procesos de intervención individual, familiar, grupal y social en los que gira la reflexión del grupo.

3. ANTECEDENTES

Los estudios sobre psicoterapia han sido de gran interés en la comunidad científica desde hace algunas décadas. Sales (2009) plantea que desde inicios del siglo XX se conocen estudios al respecto, pero es en los 40 con Rogers y sus colaboradores que se establece la investigación en psicoterapia propiamente dicha; en los años 50 son los psicoterapeutas quienes se interrogan sobre la naturaleza de la intervención clínica basándose en el análisis de sus propias sesiones terapéuticas. Se daba allí un estudio comprensivo del caso a caso con análisis cualitativo de las descripciones de los casos y análisis observacional cuantitativo para la elaboración de teoría. Para ese entonces se cuestionaba firmemente la utilidad de la psicoterapia, por ello la investigación empieza a centrarse en los estudios de resultados por medio del control experimental y la cuantificación. Entre los años 50 y 70 el interés continuaba siendo la efectividad de la psicoterapia para inducir el cambio, es por ello que la investigación empieza a incluir la comparación estadística de grupos en un formato de investigación analógica.

Por medio de diversos estudios se demostró que la psicoterapia si produce efectos de cambio, pero surge la pregunta sobre cuáles son los tratamientos más eficaces, de ahí que entre los años 60 y 70 se realicen numerosos estudios comparativos al respecto que arrojan resultados equivalentes entre los diversos modelos de intervención; pero a finales de los 70 se cuestiona la credibilidad de estos resultados debido al método de investigación, encontrando errores en la variabilidad de la aplicación de la técnica que no permitía comparar diferentes modelos. Es en los 80 que se inicia la toma de evidencias de diversos estudios que permite la comparación de variables y se pretende la unificación de criterios de evaluación, y es ahí donde aparece

el DSM como un intento por consolidar los hallazgos de todos los años de investigación y crear un cuerpo teórico de carácter científico (Sales, 2009).

La misma autora expone que la APA en 1992 creó un grupo de trabajo, que definió en su momento que la única forma de establecer causa-efecto entre la intervención psicológica y la mejoría del paciente era por medio de la metodología experimental, en tanto permite demostrar causalidad por medio de la comparación de grupos de ensayos clínicos y experimentos de sujeto único; y se protegen así los datos de la interpretación del investigador. En general esta comisión pretende que la práctica clínica se base en la investigación experimental sistemática. En la actualidad la psicoterapia y la investigación se encuentran influidas por el contexto social, económico y político lo que implica un desafío mayor en cuanto a la eficacia y la efectividad, por medio de metodologías complementarias y métodos no experimentales, que permitan un abordaje ecléctico e integracionista, en el cual el punto de vista del terapeuta sea tenido en cuenta (p, 398).

A continuación se presentan algunas investigaciones en psicoterapia con un foco especial en la relación terapéutica.

En 1993 Horvath y Luborsky realizaron una investigación documental sobre *la alianza terapéutica basada en cuatro categorías: la relación entre una alianza positiva y el éxito en la terapia, la trayectoria de la alianza con el tiempo, el examen de las variables que predisponen a los individuos a desarrollar una alianza fuerte, y la exploración de los factores terapéuticos que influyen en el desarrollo de una alianza positiva*. La investigación *confirma la relación positiva entre la alianza terapéutica y el resultado positivo*, es así como una alianza fuerte parece hacer una contribución positiva

a la terapia. Con respecto al tiempo, encontraron que el impacto de la alianza se da en procesos que van desde 4 a más de 50 sesiones, dejando ver que la duración del tratamiento no influye en la relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados. En cuanto a los factores que influyen para el desarrollo de la alianza, determinaron: tipo de tratamiento, variedad de resultados, longitud del tratamiento, alianza temprana versus alianza tardía, y la relación entre la alianza y los beneficios iniciales del tratamiento. Y en cuanto a la influencia de factores asociados al paciente y al terapeuta en el desarrollo de la alianza encontraron que *tanto las historias personales del paciente como del terapeuta influyen de manera directa*, en tanto las cualidades de ambos pueden interactuar y favorecer o no dicha alianza.

La realización de un meta-análisis por parte de Martin, Garske, y Davis (2000) de 79 estudios con el fin de identificar *la relación entre la alianza terapéutica y los resultados terapéuticos* concluyó que esta relación es moderada, porque independiente de las demás variables que influyen en ella, la alianza tiene una fiabilidad adecuada, basándose en ella es posible predecir el resultado, en tanto la relación de alianza y el resultado no están influenciados por otras variables.

Krause y Dagnino en el 2006 por medio de estudios tanto cualitativos como cuantitativos investigaron *aquello que cambia en el proceso psicoterapéutico y cómo se produce dicho cambio*. Concluyeron que el cambio se va construyendo a través de las diversas fases del proceso psicoterapéutico y que el proceso de cambio es aprehendido por medio de indicadores genéricos de cambio. Encuentran 19 cambios los cuales van desde el inicio hasta la finalización de la terapia, iniciando con la aceptación de la existencia de un problema y finalizando la construcción de una teoría subjetiva,

biográficamente fundada sobre sí mismo y la relación con el entorno. Dicha evolución del cambio es un proceso que se da en 5 etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, las cuales combinan factores intra y extra terapéuticos. Dicho proceso se caracteriza por cambios relacionados con: la fase de la búsqueda de ayuda profesional, la trayectoria o acceso hacia la ayuda psicológica, la estructura de la relación de ayuda, la interacción terapéutica y la evolución de la estructura y dinámica de la relación.

En el mismo año 2006 las autoras en compañía de otros investigadores De la Parra, Aristegui, Tomicic, Valdés y Vilches por medio de una investigación cualitativa confirmatoria en procesos de psicoterapia con diversas orientaciones teóricas, en los cuales aplicaron un instrumento de análisis de una jerarquía de cambios determinaron que es posible identificar *indicadores genéricos de cambio y los momentos de cambio*, los cuales a su vez permiten dar cuenta del momento de evolución de la terapia, la antigüedad de los consultantes y por último de los factores de cambio comunes en el proceso de psicoterapia, que hacen parte de las condiciones generales de la terapia, siendo estos: la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma como se organizan y transmiten los contenidos. Allí se reconoce que son los factores referidos a la relación terapéutica los que tienen mayor influencia en el éxito del proceso de terapia.

En 2007 Hoglend, Amlo, Marble, Bogwald, Sorbye, Sjaastad y Heyerdahl realizaron un estudio experimental con el fin de *medir el efecto de la interpretación de la transferencia, como un ingrediente activo y esencial, en la psicoterapia dinámica*, con una muestra de 100 pacientes divididos en dos grupos. Los autores no lograron

demostrar diferencias entre los tratamientos, pero si concluyeron que el análisis de la transferencia pretende mejorar la actividad interpersonal, que las interpretaciones de la transferencia parecen ser especialmente importantes en pacientes con relaciones interpersonales problemáticas y que los pacientes con relaciones objetales deficientes se benefician más de la terapia con interpretación de la transferencia.

En 2008 Santibáñez Fernández, Román Mella, Chenevard, Espinoza García, Iribarra Cáceres y Müller Vergara realizan una sistematización teórica en la cual presentan las diferentes *variables inespecíficas que influyen en el proceso de psicoterapia y específicamente en el cambio terapéutico*, reconocen dichas variables en el consultante, en el terapeuta y en la relación entre ambos. Las variables asociadas al consultante son: variables demográficas, diagnóstico clínico, creencias y expectativas, y disposición personal; las del terapeuta son: la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional; y por último las variables en la relación y la alianza terapéutica en la cual se reconoce que tanto consultante como terapeuta aportan sus características para el establecimiento de una relación que potencialice el proceso de cambio y contribuya a la efectividad de la psicoterapia.

Santibáñez, Román y Vinet (2009) con el objetivo *de evaluar la efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica*, realizaron una investigación cualitativa con diseño de único grupo, con evaluación al inicio y finalización del proceso de psicoterapia. Por medio de la aplicación de diferentes instrumentos encuentran una asociación significativa entre la alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia, dado que ésta favorece la disminución de la sintomatología siendo este uno de los principales objetivos de los consultantes. A su vez la alianza

terapéutica permite que consultante y terapeuta tengan expectativas similares sobre el proceso y el momento de terminación de la terapia debido al logro de los objetivos.

En 2010 García y Fantin por medio de una investigación descriptiva a nivel exploratorio, basándose en la aplicación de encuestas a 184 personas, evalúan *la percepción de las personas acerca de los psicólogos y la psicoterapia*, buscando con ello aportar información acerca del estado actual de la psicoterapia. Encontraron que las personas valoran positivamente las intervenciones psicoterapéuticas a las que les atribuyen un alto grado de efectividad; dado que más del 40% de las personas encuestadas ha asistido al servicio de psicología aun en casos en los que no se padece de un trastorno.

García y Botella en 2011, en 103 pacientes divididos en dos grupos según el motivo de consulta, ya fuera por problemas de depresión o de ansiedad, analizaron *las diferencias en cuanto a la alianza terapéutica, las rupturas de la relación terapéutica, los abandonos del tratamiento y las características del vínculo creado entre terapeuta y cliente*. Este estudio demostró que si bien en el caso del grupo de pacientes ansiosos la correlación entre alianza terapéutica y síntomas es estadísticamente muy significativa en todas las sesiones desde la 3ª a la 12ª, en el caso del grupo de pacientes depresivos no lo es en ninguna de las sesiones evaluadas, no hay diferencias significativas entre los dos grupos en la fuerza de la alianza terapéutica en ninguno de sus factores ni en ninguna de las sesiones evaluadas. Así mismo encontraron que con los pacientes que presentaban dificultades para el desarrollo de una relación de colaboración, la mejoría sintomática era más sensible a la relación que con los que no. Así se pudo explicar por qué con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una

relación de colaboración motivada y activa, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de la mejora de los pacientes ansiosos, mucho más colaborativos y activos debido a que su estado de ánimo no está deprimido.

En el mismo año Ezama, Alonso, González, Galván y Fontanil estudiaron *la relación entre el tipo de ayuda que los consultantes obtienen en las sesiones terapéuticas y los resultados de las mismas*; a través de un cuestionario de uso clínico que recoge, sesión a sesión, las preferencias de los consultantes en cuanto a las tareas terapéuticas, su grado de satisfacción con la sesión y su valoración de los cambios logrados. Se basa en la idea de que la valoración de la sesión por parte del consultante y el feedback al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia. Encontraron que la alianza terapéutica podría predecir los resultados del trabajo terapéutico sólo a través de los conocimientos que se adquieren durante la sesión, el tipo de conocimientos que mejor predeciría la alianza sería entonces el relacionado con la comprensión de la situación.

Con respecto al lugar del psicoterapeuta en el proceso de psicoterapia se han realizado diversas investigaciones, de las cuales se presentan algunas:

En 1998 Mahoney y Fernández-Álvarez por medio de un cuestionario de autoadministración a 206 trabajadores de la salud mental, a los cuales se les pedía que contestaran en forma anónima, obtuvieron información sobre la vida personal de trabajadores de estos profesionales con el fin de evaluar *los métodos de enfrentar el estrés y sus problemas personales; y así la protección de la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes, y la clarificación y protección de la calidad de vida de los terapeutas*. Encontraron que la mayoría de los psicólogos se consideraban a sí mismos

felices y saludables, y reportan una infancia feliz. Refieren que los estresores asociados a la psicoterapia fueron dificultades por la resistencia del paciente, los intentos de suicidio, y el comportamiento paranoide o delirante. Por otro lado, los efectos de la práctica sobre la vida personal fueron informados como positivos, siendo los más comunes el aumento de autoconciencia, respeto por la diferencia, aumento de tolerancia a la ambigüedad y una mayor apreciación de la importancia de las relaciones humanas. También refirieron problemas familiares, baja auto-confianza o autoestima, problemas de peso y soledad, ansiedad y agotamiento físico, por las largas jornadas de trabajo. En general, los profesionales creían que sus problemas personales los habían convertido en mejores terapeutas porque se había incrementado la capacidad de empatizar con sus pacientes. Una minoría sentía que la calidad de sus servicios profesionales se había perjudicado por dichos problemas.

Ackerman y Hilsenroth en 2003 realizaron una revisión de *los atributos personales del terapeuta y actividades durante las sesiones terapéuticas que influyen positivamente en la alianza terapéutica, en diferentes perspectivas de psicoterapia*. Encontrando que aspectos como ser flexible, honesto, digno de confianza, respetuoso, seguro, cálido, interesado y abierto; y utilizando técnicas como la exploración, reflexión, señalando el éxito pasado, una correcta interpretación de la terapia, facilitando la expresión de afectos y prestando atención a la experiencia del paciente contribuyen positivamente a la alianza. Otro hallazgo fue la poca variación entre las diferentes orientaciones teóricas con respecto al impacto positivo del terapeuta a la alianza, a causa de que hay elementos terapéuticos que son comunes a todos los métodos de tratamiento, debido a que lo que se da en la alianza terapéutica es una conexión entre dos personas

que buscan el alivio de un sufrimiento. Los hallazgos de esta revisión apoyan la creencia de que la alianza es un pan-construido teórico que impacta el proceso de psicoterapia en múltiples niveles.

En 2011 los investigadores Lambert y Barley realizaron una revisión literaria de resultados de investigaciones sobre *la relación terapéutica y los resultados de la psicoterapia* en 100 estudios que proporcionaron análisis estadísticos; encontrando que los factores más relacionados con actividad terapéutica son la relación con el paciente y los resultados positivos de la terapia; en los procesos de psicoterapia es difícil diferenciar los factores de la relación terapéutica, de las características del terapeuta, las condiciones facilitadoras y la alianza terapéutica, porque aunque son conceptos distintos son interdependientes; algunos terapeutas son mejores que otros en la promoción positiva de resultados; los pacientes a menudo atribuyen los resultados positivos a los atributos personales de su terapeuta; los comportamientos del terapeuta tienen un impacto positivo en el resultado del tratamiento, algunos de estos son: la credibilidad, habilidad, comprensión empática y capacidad de enganchar; es importante que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apreciado de manera significativa; concluyen que la alianza terapéutica tiene tres componentes: las tareas, obligaciones y metas.

El bienestar psicológico ha sido investigado con mayor frecuencia en aspectos referidos a su relación con el desempeño físico, académico y procesos de adaptación, así como a los procesos de salud y enfermedad física y psicológica. A continuación se presentan algunas de las investigaciones de corte cuantitativo que se han realizado sobre el bienestar psicológico.

Casullo y Castro (2002) analizaron *las dimensiones del bienestar psicológico y los patrones de personalidad en estudiantes adolescentes con y sin presencia de síntomas y síndromes clínicos*.

González Barrón, Montoya, Casullo, y Bernabéu (2002) investigaron *la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico en adolescentes*.

Figuroa, Contini, Lacunza, Levín, y Estévez (2005) identificaron las estrategias de *afrontamiento que utilizan los adolescentes, el nivel de bienestar psicológico de estos*, y las diferencias en las estrategias que emplean los adolescentes con alto nivel de bienestar en relación a las utilizadas por los que presentan bajo nivel de bienestar.

Cornejo y Lucero (2005) con el interés de conocer el bienestar psicológico desde una perspectiva salugénica en el campo de la salud mental exploraron *las preocupaciones vitales, el bienestar psicológico y las modalidades de afrontamiento*.

Chávez y Torres (2006) investigaron *la relación entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico* de estudiantes de bachillerato.

Molina-García, Castillo y Pablos (2007) analizaron *el bienestar psicológico y la práctica deportiva* en relación al género en universitarios.

Romero, Brustad y García (2007) realizaron una revisión teórica de los *fundamentos, investigaciones, instrumentos de medida, implicaciones y aplicaciones prácticas de la teoría del bienestar psicológico en el ámbito de la psicología del deporte y la actividad física*.

Velásquez, Montgomery, Montero, Pomalaya, Dioses, Velásquez, Araki y Reynoso (2008) examinan *las relaciones entre el bienestar psicológico, la asertividad y el rendimiento académico*.

Amutio, Ayestaran y Smith (2008) evaluaron los niveles del *síndrome de quemarse por el trabajo y bienestar psicológico*.

Zubieta y Delfino (2010) investigaron los *niveles de bienestar psicológico en estudiantes universitarios* en Argentina.

Marsollier y Aparicio (2011) investigaron *el nivel de desgaste laboral y de bienestar psicológico* en empleados de distintos niveles de instrucción.

Fernández y Polo (2011) buscaron por medio de una investigación cuantitativa *determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas y el nivel de bienestar psicológico y su posible relación con la eficacia percibida en el afrontamiento*.

También se han realizado ciertas investigaciones en las que se relaciona el bienestar psicológico con experiencias subjetivas, en su mayoría por medio de metodologías cuantitativas, muy pocas cualitativas. Aquí se presentan algunas de ellas.

Ballesteros, Medina y Caycedo en 2006 indagaron *por la forma como la gente entiende el bienestar psicológico y define los factores que contribuyen a su construcción*. Para ello utilizaron una muestra de 138 personas que asistían al servicio de consulta psicológica en la ciudad de Bogotá a quienes se les aplicó una encuesta diseñada, y se realizó un estudio descriptivo con base en categorías de análisis derivadas de la aplicación de la encuesta y de la literatura revisada. Se encontró que los significados del bienestar psicológico están asociados a las dimensiones individuales y contextuales que lo facilitan o interfieren. Respecto de la multidimensionalidad del bienestar psicológico, los resultados permitieron concluir que como eje central está la dimensión personal, específicamente lo relativo a un estado general de tranquilidad, felicidad, tener una vida sin preocupaciones ni problemas; y las competencias

psicológicas como tener salud mental, estar bien mentalmente o, simplemente, “estar cuerdo”.

En 2010 los investigadores Rodríguez-Carvajal, Díaz, Moreno-Jiménez, Blanco, y Van Dierendonck analizaron *las relaciones existentes entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, y la capacidad predictiva de ambos modelos sobre variables de funcionamiento positivo (autoestima) y negativo (depresión)*; con un análisis factorial exploratorio y confirmatorio mediante una aproximación por validación cruzada con 419 personas procedentes de la población general, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. Utilizando los instrumentos: Escala de Recursos Internos de Howden (1992), Escala de Vitalidad Subjetiva de Ryan y Frederick (1997) y Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989b). Encontraron que la incorporación de los recursos internos como componente del bienestar eudaemónico permite fortalecer el aspecto de la autorrealización como parte sustancial del propio constructo, y que para poder alcanzar la realización del verdadero potencial personal, es necesario recoger los aspectos internos de la persona que favorecen mayores niveles de integración personal y de sus capacidades internas.

Con respecto al bienestar psicológico de los profesionales de la salud solo se encontró la siguiente investigación de corte cualitativo.

Polo, De Castro y Amarís en 2008 investigaron *el estado y la vivencia de bienestar de los profesionales que acompañan a las personas en procesos de reparación, reconstrucción del proyecto de vida e integración social*. Centrados en el uso de técnicas cualitativas para evaluar la experiencia de las personas tal como ésta se presenta en la vida cotidiana; encontrando que hay una interacción de factores laborales

y personales que influyen en la forma en que se viven las situaciones estresantes y satisfactorias al interior de las actividades laborales, de ahí que en la medida en que las personas tienen una estructura personal fuerte, con apoyo social y capacidad personal para la motivación intrínseca, dan un abordaje adecuado a las diversas situaciones y logran mantener su bienestar psicológico.

Tal como se evidencia en la información antes consignada, las investigaciones referidas a la psicoterapia en su mayoría están determinadas por revisiones teóricas y por una metodología cuantitativa, por medio de la cual y basándose en el uso de instrumentos se hace un acercamiento al objeto de estudio. Por ello, se considera necesaria la realización de nuevas investigaciones que centren la búsqueda de información y posteriores hallazgos en la comprensión de la experiencia vivida de los participantes del proceso de psicoterapia, o por uno de ellos. Por otra parte, las investigaciones sobre el psicoterapeuta y la relación terapéutica han abordado diferentes variables asociadas a la persona del terapeuta, pero ninguna se ha centrado en el bienestar psicológico.

Es así como el interés de esta investigación es el abordaje desde una metodología clínica cualitativa a una pregunta referida a la psicoterapia, contando como fuente de información las narraciones y percepciones de los psicoterapeutas, buscando con ello un mayor acercamiento y comprensión sobre un aspecto específico de dicho proceso, a saber, *la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y el vínculo terapéutico.*

Tabla 1. Antecedentes

ANTECEDENTES			
Psicoterapia			
2009	Sales, C.	Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico	Desde inicios del siglo XX se han realizado estudios, pero es en los 40 con Rogers y sus colaboradores que se establece la investigación en psicoterapia. En los años 50 los psicoterapeutas se interrogan sobre la naturaleza de la intervención clínica basándose en el análisis de sus propias sesiones terapéuticas. Entre los años 50 y 70 el interés es la efectividad de la psicoterapia para inducir el cambio, la investigación empieza a incluir la comparación estadística. Entre los años 60 y 70 se realizan estudios comparativos que arrojan resultados equivalentes entre los diversos modelos de intervención; a finales de los 70 se cuestiona la credibilidad de estos resultados debido al método de investigación, encontrando errores en la variabilidad de la aplicación de la técnica que no permitía comparar diferentes modelos. Es en los 80 que se inicia la toma de evidencias de diversos estudios que permite la comparación de variables y se pretende la unificación de criterios de evaluación, y es ahí donde aparece el DSM como un intento por consolidar los hallazgos de todos los años de investigación y crear un

			cuerpo teórico de carácter científico.
Psicoterapia con un foco especial en la relación terapéutica.			
1993	Horvath, A., & Luborsky, L.	The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy	La alianza terapéutica basada en cuatro categorías: la relación entre una alianza positiva y el éxito en la terapia, la trayectoria de la alianza con el tiempo, el examen de las variables que predisponen a los individuos a desarrollar una alianza fuerte, y la exploración de los factores terapéuticos que influyen en el desarrollo de una alianza positiva. Se confirma la relación positiva entre la alianza terapéutica y el resultado positivo, es así como una alianza fuerte parece hacer una contribución positiva a la terapia
2000	Martin, D., Garske, J., & Davis, K.	Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review	La relación entre la alianza y los resultados es moderada, porque independiente de las demás variables que influyen en ella, la alianza tiene una fiabilidad adecuada, basándose en ella es posible predecir el resultado, en tanto la relación de alianza y el resultado no están influenciados por otras variables.
2006	Krause, M., & Dagnino, P.	Evolución del cambio en el proceso terapéutico. Gaceta Universitaria	El cambio en el proceso psicoterapéutico se va construyendo a través de las diversas fases del mismo y el proceso de cambio es aprehendido por medio de indicadores genéricos de cambio.

2006	Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, p, Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I.	Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico	Los indicadores genéricos de cambio y los momentos de cambio permiten dar cuenta del momento de evolución de la terapia, la antigüedad de los consultantes y los factores de cambio comunes en el proceso de psicoterapia, que hacen parte de las condiciones generales de la terapia: la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma como se organizan y transmiten los contenidos. Allí se reconoce que son los factores referidos a la relación terapéutica los que tienen mayor influencia en el éxito del proceso de terapia.
2007	Hoglund, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.-P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O.	Análisis de la relación paciente-terapeuta en la psicoterapia dinámica: un estudio experimental de la interpretación de la transferencia	El análisis de la transferencia pretende mejorar la actividad interpersonal, las interpretaciones de la transferencia son importantes en pacientes con relaciones interpersonales problemáticas y los pacientes con relaciones objetales deficientes se benefician más de la terapia con interpretación de la transferencia.
2008	Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Chenevard, C. L., Espinoza	Variables inespecíficas en Psicoterapia Terapias Psicológicas	En el proceso de psicoterapia y específicamente en el cambio terapéutico influyen diferentes variables inespecíficas por parte del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos. Las variables asociadas al consultante son: variables

	García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A		demográficas, diagnóstico clínico, creencias y expectativas, y disposición personal; las del terapeuta son: la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional; y por ultimo las variables en la relación y la alianza terapéutica.
2009	Santibáñez, P., Román, M., & Vinet, E.	Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica	Hay una asociación significativa entre la alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia, dado que ésta favorece la disminución de la sintomatología siendo este uno de los principales objetivos de los consultantes. A su vez la alianza terapéutica permite que consultante y terapeuta tengan expectativas similares sobre el proceso y el momento de terminación de la terapia debido al logro de los objetivos.
2010	García, H. D., & Fantin, M. B.	Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina	Las personas valoran positivamente las intervenciones psicoterapéuticas a las que les atribuyen un alto grado de efectividad; dado que más del 40% de las personas encuestadas ha asistido al servicio de psicología aun en casos en los que no se padece de un trastorno.

2011	García, Y., & Botella, L.	Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión	En pacientes ansiosos la correlación entre alianza terapéutica y síntomas es estadísticamente significativa en todas las sesiones desde la 3ª a la 12ª, en el caso del grupo de pacientes depresivos no lo es en ninguna de las sesiones, no hay diferencias significativas entre los dos grupos en la fuerza de la alianza terapéutica en ninguno de sus factores ni en ninguna de las sesiones evaluadas. Así mismo encontraron que con los pacientes que presentaban dificultades para el desarrollo de una relación de colaboración, la mejoría sintomática era más sensible a la relación que con los que no. Así se pudo explicar por qué con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una relación de colaboración motivada y activa, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de la mejora de los pacientes ansiosos, mucho más colaborativos y activos debido a que su estado de ánimo no está deprimido.
2011	Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontanil, Y.	Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia?	La valoración de la sesión por parte del consultante y el feedback al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia. La alianza terapéutica podría predecir los resultados del trabajo terapéutico sólo a través de los conocimientos que se adquieren durante la sesión, el tipo de conocimientos que mejor predeciría la alianza sería entonces el

			relacionado con la comprensión de la situación.
El lugar del psicoterapeuta en el proceso de psicoterapia			
1998	Mahoney, M., & Fernández-Álvarez, H.	La vida personal del psicoterapeuta	La mayoría de los psicólogos se consideraban a sí mismos felices y saludables, y reportan una infancia feliz. Los estresores asociados a la psicoterapia fueron dificultades por características propias del paciente. Los efectos de la práctica sobre la vida personal fueron informados como positivos, siendo los más comunes el aumento de autoconciencia, respeto por la diferencia, aumento de tolerancia a la ambigüedad y una mayor apreciación de la importancia de las relaciones humanas. También refirieron problemas familiares, baja auto-confianza o autoestima, problemas de peso y soledad, ansiedad y agotamiento físico, por las largas jornadas de trabajo. Los profesionales creían que sus problemas personales los habían convertido en mejores terapeutas porque se había incrementado la capacidad de empatizar con sus pacientes. Una minoría sentía que la calidad de sus servicios profesionales se había perjudicado por dichos problemas.

2003	Ackerman, S., & Hilsenroth, M.	A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance	Las características personales del terapeuta y actividades durante las sesiones terapéuticas influyen positivamente en la alianza terapéutica, en diferentes perspectivas de psicoterapia. Ser flexible, honesto, digno de confianza, respetuoso, seguro, cálido, interesado y abierto; y utilizar técnicas como la exploración, reflexión, señalar el éxito pasado, una correcta interpretación de la terapia, facilitar la expresión de afectos y prestar atención a la experiencia del paciente contribuyen positivamente a la alianza. Hay poca variación entre las diferentes orientaciones teóricas con respecto al impacto positivo del terapeuta a la alianza, a causa de que hay elementos terapéuticos que son comunes a todos los métodos de tratamiento, debido a que lo que se da en la alianza terapéutica es una conexión entre dos personas que buscan el alivio de un sufrimiento. La alianza es un pan-construto teórico que impacta el proceso de psicoterapia en múltiples niveles.
------	--------------------------------	--	---

2011	Lambert, M., & Barley, D.	Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome	Los factores más relacionados con actividad terapéutica son la relación con el paciente y los resultados positivos de la terapia; en los procesos de psicoterapia es difícil diferenciar los factores de la relación terapéutica de las características del terapeuta, las condiciones facilitadoras y la alianza terapéutica, porque aunque son conceptos distintos son interdependientes; los pacientes a menudo atribuyen los resultados positivos a los atributos personales de su terapeuta; los comportamientos del terapeuta tienen un impacto positivo en el resultado del tratamiento, algunos de estos son: la credibilidad, habilidad, comprensión empática y capacidad de enganchar; es importante que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apreciado de manera significativa. La alianza terapéutica tiene tres componentes: las tareas, obligaciones y metas.
Bienestar psicológico (desempeño físico, académico, procesos de adaptación, de salud y enfermedad física y psicológica).			
2002	Casullo, M., & Castro, A.	Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes	Este estudio permitió constatar que el bienestar psicológico está asociado con situaciones de bajo riesgo y que los adolescentes con alto riesgo tienen dificultades para enfrentar asuntos de la vida diaria, no perciben las oportunidades y se consideran incapaces.

2002	González Barrón, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J.	Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes	Encuentran que el nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género. La relación entre la edad, el afrontamiento y el bienestar psicológico es escasa. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones.
2005	Figuerola, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M., & Estévez, A.	Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina)	Se hallaron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico, siendo aquellos el bienestar psicológico un facilitador del afrontamiento.
2005	Cornejo, M., & Lucero, M.	Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento	Las preocupaciones referidas con mayor frecuencia corresponden a los núcleos de sentido personal y adaptación a la nueva etapa vital. En menor medida aparecen las preocupaciones por situaciones familiares. La utilización de las estrategias de afrontamiento está más asociada a aquellos que puntúan más alto en bienestar psicológico.

2006	Chávez, A., & Torres, J.	Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior (Maestría)	Este estudio permite identificar una relación positiva entre bienestar psicológico y rendimiento académico.
2007	Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C.	Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios	La hipótesis de partida de que la práctica de deporte estaría positivamente asociada con el bienestar psicológico no se confirma, tampoco se encuentran diferencias significativas entre quién está físicamente activo y el que no lo está, tanto en hombres como en mujeres
2007	Romero, A., Brustad, R., & García, A.	Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte	El estudio destaca la importancia de indagar y profundizar en la aplicación del constructo de bienestar psicológico en el ámbito de la actividad física y el deporte, competitivo y no competitivo, por ser coherente, lógico y válido, avalado todo ello desde el punto de vista científico, a la vista de los trabajos realizados en otros ámbitos.
2008	Velásquez, Montgomery, Montero, Pomalaya, Dioses, Velásquez, Araki y	Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios	Se encontró que existe relación significativa positiva entre el bienestar psicológico y la asertividad, tanto en varones como en mujeres. El bienestar psicológico y el rendimiento académico se relacionan significativamente, tanto en género como en las diferentes facultades, en los jóvenes y

	Reynoso	Sanmarquinos	adultos, pero no en los adolescentes. Las condiciones que producen la sensación subjetiva de bienestar proveen un contexto favorable para llevar a cabo tareas lectivas.
2008	Amutio, Alberto, Ayestaran, S., & Smith, J.	Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco	El estudio mostró que hay una serie de variables sociodemográficas y laborales como la sobrecarga, la falta de reconocimiento y desarrollo profesional que se relacionan significativamente con altos niveles del síndrome de burnout y bajos niveles de bienestar psicológico que generan una serie de consecuencias negativas a varios niveles: físico, psicológico, socio-familiar, y profesional. Por su parte, el bienestar psicológico y, especialmente, la dureza emocional amortiguan dichas consecuencias.
2010	Zubieta, E., & Delfino, G	Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires	Los jóvenes muestran niveles apropiados de satisfacción con la vida y bienestar psicológico, pero en cuanto al bienestar social se muestran niveles más bajos, asociados a un déficit en la percepción de progreso y cambio social.
2011	Marsollier, R., & Aparicio, M.	El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento	Se encuentra una tendencia a elevados niveles de bienestar psicológico. Hay menores niveles de bienestar entre los sujetos “universitarios”, comparados con los sujetos “no universitarios”, y las estrategias de

		en situaciones conflictivas	afrontamiento están asociadas al bienestar psicológico, tanto para sujetos “no universitarios” como “universitarios”.
2011	Fernández, C., & Polo, M.	Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes de educación social de nuevo ingreso	Determina que los hombres utilizan más las estrategias pasivas en el afrontamiento en la resolución de problemas. La influencia de otras variables como la personalidad o el autoconcepto condicionan un mayor o menor estado de bienestar. Se observan niveles medios de bienestar como reflejo de la situación de cambio experimentado durante el primer año de universidad.
Bienestar psicológico con experiencias subjetivas			
2006	Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C.	El bienestar psicológico definido por asistentes a una servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia.	Cómo la gente entiende el bienestar psicológico y define los factores que contribuyen a su construcción. Los significados del bienestar psicológico están asociados a las dimensiones individuales y contextuales que lo facilitan o interfieren. El eje central es la dimensión personal, específicamente lo relativo a un estado general de tranquilidad, felicidad, tener una vida sin preocupaciones ni problemas; y las competencias psicológicas como tener salud mental, estar bien mentalmente o, simplemente, “estar cuerdo”

2010	Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A., & Van Dierendonck, D.	Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico	Cuáles son las relaciones entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, y la capacidad predictiva de ambos modelos sobre variables de funcionamiento positivo (autoestima) y negativo (depresión). La incorporación de los recursos internos como componente del bienestar eudaemónico permite fortalecer el aspecto de la autorrealización como parte sustancial del propio constructo, y que para poder alcanzar la realización del verdadero potencial personal, es necesario recoger los aspectos internos de la persona que favorecen mayores niveles de integración personal y de sus capacidades internas.
Bienestar psicológico de los profesionales de la salud			
2008	Polo, J. D., De Castro, A., & Amarís, M.	Vivencia de bienestar psicológico de profesionales acompañantes de procesos de integración social en Barranquilla (Colombia)	Hay una interacción de factores laborales y personales que influyen en la forma en que se viven las situaciones estresantes y satisfactorias al interior de las actividades laborales, de ahí que en la medida en que las personas tienen una estructura personal fuerte, con apoyo social y capacidad personal para la motivación intrínseca, dan un abordaje adecuado a las diversas situaciones y logran mantener su bienestar psicológico.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Comprender desde la perspectiva de los psicólogos clínicos la relación que existe entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico.

4.2. Objetivos Específicos

Identificar las concepciones que tienen los psicólogos clínicos acerca del bienestar psicológico.

Describir desde la perspectiva de los psicólogos clínicos el lugar del vínculo terapéutico en relación a los logros en el proceso de psicoterapia.

Identificar los aspectos constitutivos del bienestar psicológico de los psicoterapeutas que tienen mayor influencia en el vínculo terapéutico.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se orientó desde la guía metodológica de la *investigación clínica cualitativa*, dado que este tipo de investigación privilegia la subjetividad de los participantes, en tanto permite describir e interpretar los significados suministrados al fenómeno desde la perspectiva y vivencia del participante; y es desde el discurso de éstos y la triangulación estratégica que se genera el conocimiento (Barcellos, Gomes, & Ribeiro, 2006).

Este tipo de investigación se basa en una perspectiva cualitativa del proceso de psicoterapia, del paciente o puede centrarse en comprender más sobre la forma en que un psicoterapeuta se relaciona con la praxis y con el mundo (Chenail, 1992), mediante la inclusión de la perspectiva del investigador, los participantes de la terapia, y a veces ambos, en pro de los beneficios para el tratamiento y de los pacientes (Maione, 1997). Utiliza estrategias metodológicas cualitativas en la investigación y la reflexión como estudios de casos, la observación participante, las entrevistas y los procedimientos de la teoría fundamentada.

Según lo plantean Chenail y Maione (1997) para hablar de investigación clínica cualitativa se debe cumplir al menos una de las siguientes condiciones:

El foco de la investigación está en la práctica clínica, la población o una situación de esta índole.

Al menos uno de los investigadores es clínico.

El método de investigación cualitativa empleada esta derivada de una técnica previamente conocida y practicada en la clínica.

El enfoque de la investigación es la evaluación de los procesos y ayuda a las partes interesadas en la creación de cambios en el proceso clínico.

Al ser una investigación cualitativa se enfatiza en el valor de la subjetividad y los significados otorgados por los entrevistados y el valor de la comprensión más que de la explicación (Kazdin, 2003, p. 226). Permite la comprensión de los significados de las experiencias subjetivas e intersubjetivas, por medio del reconocimiento de la realidad humana, como objeto legítimo de conocimiento científico, el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, de esta forma ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas (Sandoval, 1996; Montero & León, 2002). Es así como la meta de la investigación cualitativa es comprender la experiencia en tanto unificada e interpretar la experiencia del modo más parecido posible a como la sienten o la viven los participantes (Blaxter, Hughes, & Tight, 2002)

5.2. PARTICIPANTES

Los participantes en la presente investigación se seleccionaron de acuerdo con dos criterios básicos de la investigación cualitativa: la pertinencia y la adecuación, entendiendo por pertinencia la identificación y participación de las personas que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación; y la adecuación como los datos con los que se cuenta para desarrollar una completa y acertada descripción del fenómeno (Sandoval, 2002, p. 136). Por ello los participantes fueron aquellos que cumplieron las siguientes características: psicólogos de la ciudad de Medellín, con experiencia en el

ejercicio clínico profesional superior a 10 años, que dedican su labor a la psicoterapia desde las diferentes orientaciones teóricas y campos de aplicación, y quienes libre y voluntariamente decidieron participar de la investigación (Tabla 1).

La cantidad de participantes estuvo determinada por la saturación teórica, es decir aquel punto en la construcción teórica en el cual ya no emergieron propiedades, dimensiones o relaciones nuevas para el análisis (Strauss & Corbin, 2002, p. 149); o sea cuando no hubo elementos nuevos que aportaran o modificaran lo que ya se ha encontrado (Anadón, 2008, p. 207) y que de continuar con la obtención de datos se hubiese tendido a la redundancia (Salamanca & Martín-Crespo, 2007).

Tabla 2. Caracterización de los participantes en la investigación

PSEUDÓNIMO	SEXO	TIEMPO DE EXPERIENCIA	FORMACIÓN	CAMPO DE TRABAJO	ENFOQUE TEÓRICO
PM	F	12 años	Esp. en Farmacodependencia	Clínico en contextos de rehabilitación en farmacodependencia	Humanístico
GC	M	16 años	Esp. en Clínica y Esp. en Farmacodependencia	Clínico: En consulta particular y contextos de rehabilitación en farmacodependencia	Dinámico
MN	F	11 años	Mg. en Psicología	Clínico: En consulta particular, investigación y docencia	Cognitivo
FL	M	23 años	Esp. en docencia investigativa universitaria Esp. Ética Candidato a doctor en Psicología	Clínico: En consulta particular, en instituciones de salud y docencia	Humanístico
GA	M	25 años	Mg. en Educación	Clínico: En consulta particular y docencia	Psicoanalítico
MH	M	15 años	Doc. Psicoanálisis y psiquiatría Doc. Psicología de la salud	Clínico: En consulta particular, en instituciones de salud y docencia	Psicoanalítico
ML	F	30 años	Esp. en Psicología clínica cognitiva Mg. en Psicología clínica	Clínico: En consulta particular, en instituciones de salud y docencia	Cognitivo Constructivista
EA	F	22 años	Mg. en Psicología clínica	Clínico: En consulta particular y en instituciones educativas, investigación y docencia	Dinámico
HL	M	13 años	Mg. en Psicología Junguiana	Clínico: En consulta particular y docencia	Psicoanalítico Junguiano
SM	F	36 años	Mg. en Psicología con énfasis en clínica	Clínico: En consulta particular, investigación y docencia	Dinámico

5.3. MUESTREO TEÓRICO Y PLAN DE ANÁLISIS

5.3.1. Procedimiento para la construcción de los datos

Inicialmente se hizo un contacto personalizado con cada uno de los participantes, con el fin de dar a conocer el objetivo e intención de la investigación por medio del consentimiento informado, en el cual se explicó en detalle las técnicas y el instrumento para la construcción de los datos; así mismo se logró en este primer encuentro establecer lazos empáticos y un ambiente adecuado para el desarrollo de las actividades propias de la investigación.

5.3.2. Procedimiento para el análisis de los datos

Se procedió a la recolección de información por medio de la entrevista semiestructurada con guion temático (Anexo 2), por ser ésta una técnica que posibilita el encuentro personal, y en la que interesan las opiniones, creencias, atribuciones del entrevistado a los temas planteados por el entrevistador, quien cuenta con una guía de preguntas en la cual se tiene la posibilidad de plantear temas adicionales cuando lo considere pertinente para dar mayor precisión u obtener más información por parte del participante según los temas de interés, los cuales a su vez surgen de planteamientos globales o temas generales que permiten llegar a los focos de interés del entrevistador (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006). Este tipo de entrevista permitió comprender y aprehender el significado otorgado por los entrevistados a las temáticas abordadas (Krause, 1995, p. 30). Y posibilitó la generación de nuevos conocimientos a partir de experiencias de vida (Barcellos et al., 2006, p. 813).

Las entrevistas fueron grabadas con pleno consentimiento y autorización de los participantes, ya que la utilización de las grabadoras permite el registro de todas las producciones verbales que se den durante el proceso de entrevista y facilita la interacción entre entrevistado y entrevistador por los niveles de atención que se favorecen allí. Así mismo, la grabación posibilitó transcribir su contenido y realizar el análisis de la información.

5.3.3. El análisis de la información

El análisis se hizo según los procedimientos propuestos por la teoría fundamentada, los cuales permiten el desarrollo de conceptos a partir del fenómeno que se estudia y la explicación teórica detallada (Corbin & Strauss, 1990). El análisis de los datos según esta teoría consta de 3 niveles:

Codificación Abierta: corresponde a los resultados descriptivos, de donde se extraen los conceptos, narraciones o formulaciones precisas hechas por los participantes para articular analíticamente el material. Aquí los datos son fragmentados, conceptualizados y relacionados de diversas maneras, para identificar conceptos, categorías y subcategorías.

Codificación Axial: es el conjunto de procedimientos por medio de los cuales los datos se vuelven a unir después de la codificación abierta; enfatizando en la estructura (por qué sucede el fenómeno) y en el proceso (cómo sucede el fenómeno). Se tiene en cuenta: el fenómeno, las condiciones causales o antecedentes, el contexto, las condiciones intervinientes, las estrategias de acción/interacción y las consecuencias.

Codificación Selectiva: corresponde a los resultados relacionales, por medio de las actividades centradas en la construcción de conceptos y un modelo comprensivo; dicho proceso implica seleccionar la categoría central y relacionarla con otras categorías.

El análisis de datos arrojados por las entrevistas se hizo mediante el programa Atlas ti 6.2, el cual favoreció el proceso de codificación y permitió la construcción de un sistema categorial y la emergencia de las comprensiones esperadas.

5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación tuvo en cuenta las condiciones éticas determinadas en el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 para la investigación en seres humanos, sin riesgo; con las cuales se garantizó la dignidad de las personas. Dentro de las condiciones éticas del estudio se encuentran las siguientes:

a. Secreto Profesional

La investigadora se compromete a garantizar el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo. Por lo que no informara en sus publicaciones, ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permita su identificación.

b. Derecho a la no-participación

Los participantes tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que les sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.

c. Derecho a la información

Los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.

d. Remuneración

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

e. Divulgación

Los resultados de la investigación serán presentados por escrito a la Universidad de Antioquia, a través de la biblioteca, para que sean conocidos por la comunidad; así mismo se publicará un artículo en el ámbito nacional e internacional en una revista indexada. No obstante, en estos procesos de divulgación el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad de los participantes.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado que contiene la siguiente información: título de la investigación, descripción de la investigación, descripción de la participación, condiciones éticas y firmas del participante, del investigador y del director de la investigación.

Con la firma del consentimiento los participantes certificaron que fueron informados(as) sobre el curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos; que actuaron consciente, libre y voluntariamente como participantes de la investigación contribuyendo a la fase de recopilación de la información; que fueron

conocedores (as) de la autonomía suficiente que poseían para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que les fueron formuladas y a prescindir de su colaboración cuando así lo consideraran. Así mismo el investigador se comprometió a respetar la buena fe, la confidencialidad e intimidad con relación a la información suministrada, lo mismo que la seguridad física y psicológica de los participantes (Anexo 1).

6. HALLAZGOS

Los hallazgos están organizados en torno a cuatro categorías: *el bienestar psicológico, el vínculo terapéutico, la persona del terapeuta y el bienestar psicológico del terapeuta* (Figura 1).

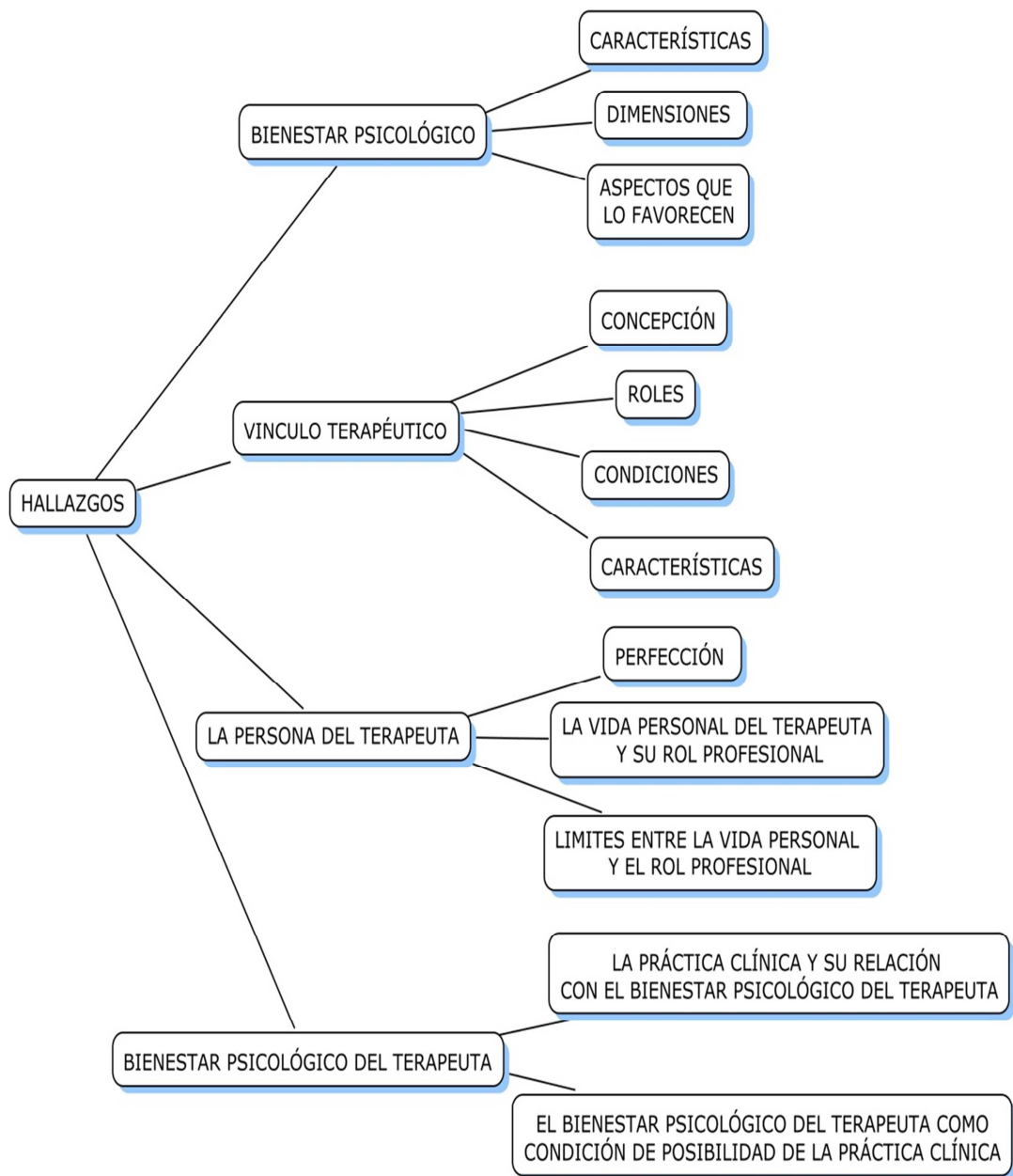


Figura 1: Esquema de los Hallazgos

Tomando como base la matriz paradigmática propuesta por la teoría fundamentada, se organiza la información en relación a: un fenómeno, unas condiciones, unas acciones interacciones y unas consecuencias. De la siguiente forma: el fenómeno es el bienestar psicológico del terapeuta, las condiciones son el bienestar psicológico, las acciones interacciones son la persona del terapeuta y las consecuencias el vínculo.

Primero se define el contexto más amplio, *qué entienden los psicólogos clínicos sobre el bienestar psicológico*, luego el fenómeno, a saber, *el bienestar psicológico del terapeuta*, qué consideraciones particulares tenían en este marco general cuando se habla específicamente de los terapeutas, esto conduce a pensar en *la persona del terapeuta* como el sujeto de esta práctica, y posteriormente se aborda el tema de interés para esta investigación: *como este sujeto se relaciona con el vínculo*.

Entonces, el centro de nuestra estructura categorial es el bienestar psicológico del terapeuta, sin embargo para presentarlo de una manera coherente se van a presentar en el siguiente orden: bienestar psicológico, vínculo terapéutico, la persona del terapeuta y finalmente en el bienestar psicológico del terapeuta.

6.1. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Tal como se ha mencionado, en la presente investigación la categoría “bienestar psicológico” se ha construido de manera inductiva a partir de los datos, en lugar de adoptar una posición teórica previa sobre la misma. Dicho de otro modo, las concepciones del bienestar psicológico no han sido el punto de partida del investigador, sino que se constituyen en un emergente de los datos.

Interesa entonces comprender qué significa el bienestar psicológico para los participantes, cuáles son sus características, las dimensiones que lo componen y los elementos favorecedores. En atención a lo anterior, la organización de la categoría muestra tres características del bienestar psicológico (subjetivo, relacional y procesual), cuatro dimensiones del mismo (coherencia, equilibrio, paz interior y adaptación) y tres aspectos que lo favorecen (reconocimiento de los propios deseos y expectativas, responsabilidad individual y acciones e interacciones) (Figura 2).

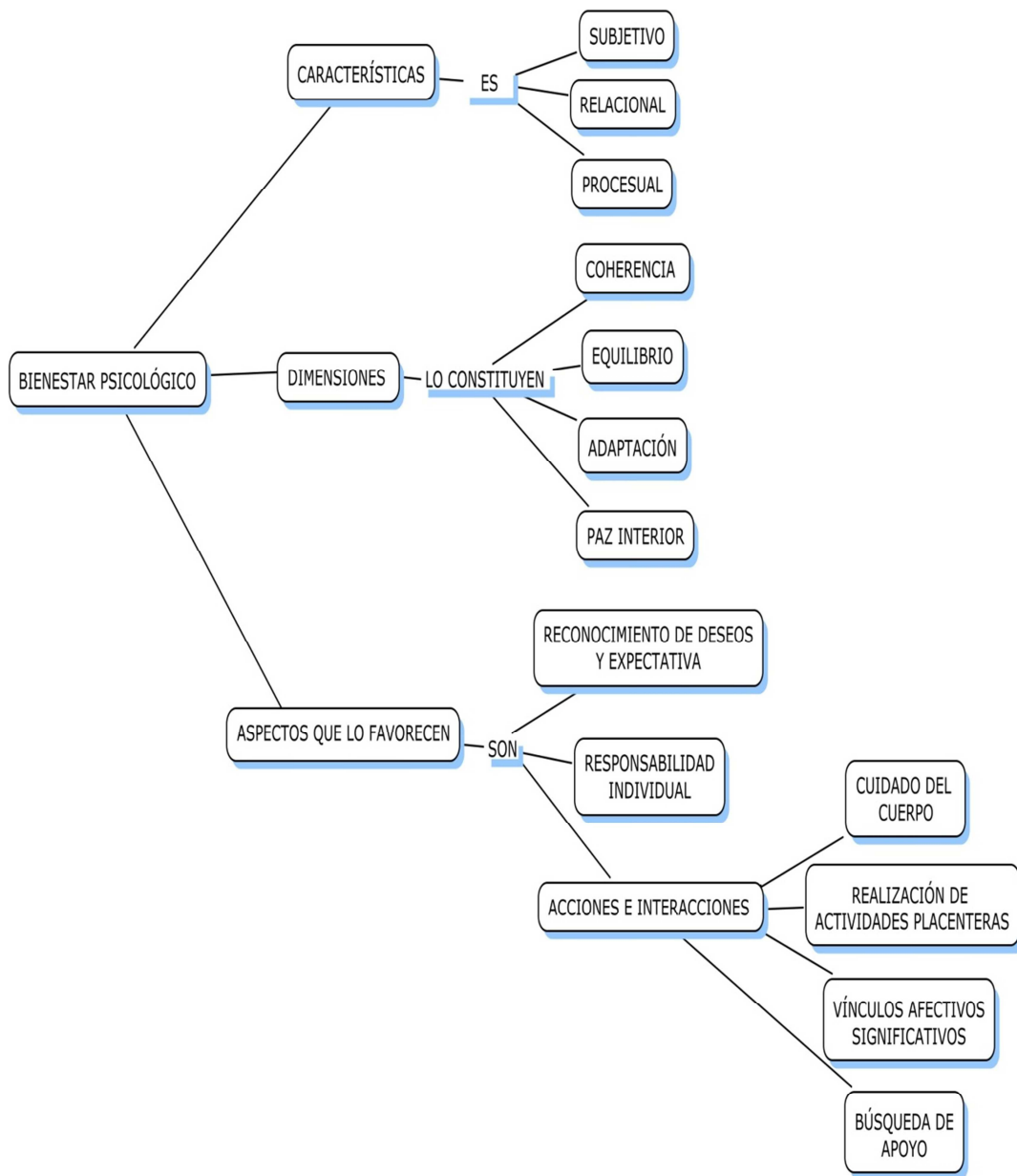


Figura 2. Esquema del bienestar psicológico

6.1.1. Características del bienestar psicológico

a. El bienestar psicológico es subjetivo

En primer lugar, “*el bienestar psicológico es subjetivo*”. Se presenta así debido a la mención que de esta característica realizaron todos los participantes para dar inicio a

la definición del bienestar psicológico; es la primera característica que se nombra y que sirve como enlace para enunciar las otras dos.

Al afirmar que el bienestar psicológico es subjetivo, los participantes se oponen al universalismo apriorístico que intenta establecer criterios generales, y en su lugar coinciden en afirmar que el bienestar psicológico es una construcción relativa a la historia, deseos, contexto y condiciones de vida de los sujetos. La categoría del bienestar psicológico es un continente, cuyo contenido es de naturaleza subjetiva, y por ello no puede hablarse del bienestar, al margen de la valoración que hace el sujeto de su propia vida. En ese orden de ideas, cada persona construye su bienestar y lo define desde su particularidad, desde sus experiencias y desde la percepción que tiene del mundo y de su propia vida:

“el bienestar psicológico depende de los intereses de cada uno... lo importante es que tú tengas claro qué es eso que te genera bienestar” (ML)

Al ser de naturaleza subjetiva, el bienestar psicológico no está dado sino que es una construcción del sujeto, en el escenario de las interacciones sociales. Al hablar de construcción se hace alusión a un proceso personal en el que se integran los significados que cada sujeto da a las vivencias y que le permiten una valoración de las mismas, en términos de si son generadoras o no de bienestar.

“el bienestar psicológico es subjetivo, lo veo como un proceso con el que de una u otra forma se busca poder adaptarme conmigo mismo y con el entorno, y ahí van también los parámetros de evolución de cada uno, qué quiere consigo mismo y qué quiere con el entorno” (MH)

Las expectativas frente a la vida y los intereses personales, anudados al momento evolutivo, permiten perfilar qué es aquello que genera bienestar, ya sea un momento, un logro, una sensación, un objeto, una actividad, una relación o la sumatoria de ellos, y será entonces su obtención o realización lo que permita el bienestar.

“el bienestar psicológico surge en la medida en que tú seas coherente con las cosas que realmente tu deseas, o sea que todo lo que tu hagas siempre persiga tus inclinaciones naturales, que trabajes desde tus propias expectativas, que no estés complaciendo a otros, que no estés trabajando por una imagen, por un qué dirán, sino simplemente que te bases en tus inclinaciones y que te dejes llevar por la vida” (ML)

Ya se ha indicado que el bienestar es una construcción personal en la que el sujeto define, también, qué es aquello que le genera sufrimiento o malestar. MN expresa que es: no expresarse abiertamente, la falta de amigos, la falta de interacción con otros profesionales y la falta de retroalimentación.

“en mi caso yo soy una persona extrovertida, con alta capacidad de expresión emocional, de decir lo que pienso, siento y actúo, y digamos que allá no habían esos espacios ni las personas para hacerlo, se llega un punto donde yo no tenía amigos cercanos... yo no podía compartir mis casos, por ejemplo, no había otro que aportara en términos de lo que yo hacía por los pacientes o en términos de lo que yo hacía en la comunidad. Entonces la no retroalimentación para mí se convirtió en un factor bastante... no diría que de riesgo, pero sí que me llevaba a no sentirme tan sana, porque no había intercambio...no había tiempo porque había que hacer millones de cosas, y ya me había metido en tantas cosas que yo no sentía que había bienestar en mí” (MN)

Ahora bien, el carácter subjetivo del bienestar psicológico no puede confundirse con una construcción solipsista, pues las construcciones sobre el bienestar son el resultado de las interacciones sociales; de ahí se deriva la segunda característica: “*el bienestar psicológico es relacional*”.

b. El bienestar psicológico es relacional

Una característica del bienestar psicológico es su nexo con las relaciones, ya que al hablar de bienestar psicológico de una u otra forma se hace alusión a ellas. Las relaciones para el bienestar psicológico pueden ser: *favorecedoras, equivalentes y un escenario*.

Cuando se hace referencia a que las relaciones son *favorecedoras* se está aludiendo a que éstas posibilitan el proceso de construcción del bienestar, pero para que ello sea posible dichas relaciones deben tener unas características especiales: deben ser sanas y adecuadas. Así lo expresa PM:

“El bienestar psicológico se puede favorecer, a partir de una relación sana y adecuada con los otros, o viceversa”

Como ya se señaló, el establecimiento de relaciones favorece el bienestar, pero FL va un poco más allá al afirmar:

“el bienestar psicológico es establecer relaciones o vínculos significativos”

Lo que permite una comprensión de las relaciones significativas como el bienestar en sí mismo, es decir hay una *equivalencia* entre ambos. Además no es la simple relación la que permite el bienestar, sino el significado que dicha relación tiene para cada sujeto. Es así como las relaciones no se reconocen como un complemento,

una parte o un promotor del bienestar, sino como un todo: el establecimiento de relaciones significativas es el bienestar en sí mismo.

Por otra parte, SM hace referencia a las relaciones como el contexto:

“El bienestar no preexiste en esa medida, sino que se construye en el contexto de las relaciones, cada uno tiene que definirlo por cómo piensa y por lo que hace”

Tal como lo expresa SM la relación ya no es un favorecedor o un equivalente al bienestar psicológico sino *el escenario* en el que se gesta.

La relación como *escenario* del bienestar toma mayor relevancia cuando se piensa que en dicho escenario no solo se construye el bienestar, sino que es posible en él y a través de él acompañar a los otros en la búsqueda de su propio bienestar; las características de cada relación, el contexto en el que se dan y los procesos psicológicos que entran en juego allí, son los que contribuyen a que el bienestar psicológico de uno se convierta en un favorecedor del bienestar psicológico del otro. Es posible que dicho acompañamiento se realice de forma intencionada o que simplemente surja de forma espontánea de los participantes en dicha relación.

“tenemos que tener en cuenta al otro porque no es solamente conmigo mismo sino, en la relación, en el vínculo con los demás, o sea para yo poder tener un bienestar o favorecer el bienestar en el otro tiene que haber una relación, un vínculo que favorezca esa coherencia” (PM)

Es así como el bienestar psicológico de una persona, puede a través de la relación, servir de soporte o de guía para que la otra persona de la relación construya su propio bienestar.

Con lo anterior se busca poner de manifiesto la importancia de las relaciones sociales en la construcción del bienestar, tal como lo indica EA en la siguiente cita:

“Me parece fundamental la vida social, tener amigos, conocer gente, salir, y si lo que te gusta es discoteca entonces discoteca, y si lo que te gusta es casa entonces casa, pero que haya contacto social, y la vida familiar también me parece muy importante”

Ya se han presentado dos características el bienestar psicológico, como subjetivo y relacional; al hablar de subjetivo se hizo referencia a una construcción personal, y en lo relacional se señaló la importancia de la relación como favorecedor, como equivalente y como escenario del bienestar; en dichas descripciones es posible reconocer que el bienestar no es estático, no es permanente, no es un estado y que por el contrario está en continua transformación, por ello “*el bienestar psicológico como un proceso*” es el siguiente aspecto a desarrollar.

c. El bienestar psicológico es un proceso

Como ya se ha indicado el bienestar psicológico es una construcción, un proceso en el cual cada sujeto va determinando las formas de pensarlo (la idea que de él se tiene), de vivirlo (experiencia en la vida diaria) y de buscarlo (acciones e interacciones). Es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida.

“el bienestar psicológico es un proceso de vida” (EA)

“el bienestar es algo, que incluso es muy cambiante, porque mira yo puedo estar muy bien pero al momentico pasó algo que me tocó, me desequilibró, pero uno esta como en un constante proceso de cambio” (PM)

En este proceso hay experiencias que permiten el bienestar por sí mismas y otras que aunque no redunden en bienestar en el momento conducen a él. Es por ello que el

bienestar no es “algo estático” que se logra, sino que es el mismo proceso el que se percibe como bienestar.

“... no es algo estático, sino algo dinámico, que se va logrando, se va desarrollando en el aquí y en el ahora y que en cualquier momento se puede ver afectado” (FL)

“hablando por ejemplo del ciclo de necesidades y autorregulación orgánica, si uno está sintiendo una necesidad, un deseo, busca el movimiento, busca los recursos para satisfacer eso, lo satisfizo y después aparece otra necesidad... pues la idea es que uno pueda ir logrando y satisfacer esas necesidades tan adecuadamente que no lo deje a uno con ese sin sabor, como con esa insatisfacción y que ya pues lo frustre a uno, sería algo nefasto y muy dañino, pero por un ratito. Busco como resolver eso pero si yo no satisfago y no hago lo tengo que hacer me voy a sentir frustrada y eso ya no estaría bien y estaría hablando de una salud no muy buena, no habría bienestar” (PM)

Dependiendo de la dinámica que cada sujeto establezca con su bienestar, la conciencia y la búsqueda de él pueden permitirlo como una suerte de continuidad o estabilidad, y mantenerse como una forma de vida.

“el bienestar psicológico es un proceso, ahora, se convierte en estado pero el estado no tiene que ver con algo estático, sino con la vida misma, es un estado porque se sostiene” (SM)

Durante el proceso de bienestar pueden presentarse situaciones que no generen bienestar, en ese momento; pero es posible que ellas conduzcan al bienestar, porque coinciden con el sentido existencial que nombra SM. En ese mismo orden de ideas,

durante el proceso es posible tener experiencias placenteras pero que no necesariamente sean bienestar al no coincidir con el sentido existencial.

“El bienestar psicológico tendría que ver con el sentir, pero también con el sentido existencial de cada sujeto” (SM)

Durante el proceso de búsqueda de bienestar se van identificando aquellas “cosas” que pueden contribuir a mantener el bienestar, a favorecerlo y a afectarlo, entendiendo que dicha identificación parte del criterio y la experiencia subjetiva de cada persona.

“Hay cosas que pueden favorecer el bienestar, o sea que no es una cosa estática sino que hay algunos elementos que pueden favorecerlo, que se potencialice o se mejore” (PM)

Como se ha indicado en apartados anteriores, el bienestar psicológico es una construcción subjetiva, y en dicho proceso de construcción se presentan lo que podría nombrarse *desequilibrios* en los cuales el bienestar resulta afectado o favorecido, según las situaciones y experiencias que cada sujeto vaya teniendo a lo largo de su vida.

“Si pensamos el bienestar como un proceso consiente de relación con los desequilibrios y con los movimientos internos de adaptación... Yo tengo que tener ese bienestar, es decir esa conciencia de mi movimiento interno” (HL)

El reconocimiento de estos *desequilibrios* está sujeto al conocimiento de sí mismo y a las formas reconocidas como generadoras de bienestar, que cada sujeto a construido para sí.

“No es un estado permanente, pero se espera que con el proceso cada vez hayan más momentos de estabilidad y más prolongados, pero habrá momentos en que no... en

la media en que va pasando la vida, vas teniendo tu proceso de vida, cada vez el bienestar psicológico, espero, sea más alto y tenga rangos más altos” (EA)

El bienestar al ser un proceso de vida permite una suerte de aprendizaje para evaluar continuamente las formas de vivirlo y buscarlo, a la vez que se posibilita la trascendencia de lo episódico a lo continuo y progresivo; es decir a lo largo de la vida es posible tener mayor bienestar.

“Entonces si pienso en un bienestar psicológico pienso que es una cierta estabilidad psíquica” (EA)

“ese proceso, ahora se convierte en estado pero el estado no tiene que ver con algo estático sino con la vida misma, un estado de... sostenibilidad, porque esto se sostiene” (SM)

Durante todo el proceso se puede hablar de una suerte de “márgenes de estabilidad psíquica” en las cuales hay una apertura a situaciones del contexto que hace que el bienestar sea variable, pero al mismo tiempo están las respuestas del sujeto que permiten la continuidad de éste, haciéndolo sostenible y no una simple respuesta a situaciones esporádicas.

6.1.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico

En esta investigación, al igual que en otros estudios realizados y en las diferentes conceptualizaciones que del bienestar psicológico se han hecho, se encuentran diferentes aspectos, elementos, componentes o dimensiones, que lo constituyen (Junta examinadora de psicólogos de Puerto Rico, 2002; King, Renó, & Novo, 2014).

Dichas dimensiones permiten una mayor comprensión del concepto y pone en evidencia la interrelación de diferentes elementos, entre los cuales se encuentran: *la coherencia, el equilibrio, la adaptación y la paz interior.*

a. Bienestar psicológico como coherencia

En la búsqueda de una forma de entender el bienestar psicológico, el concepto de coherencia aparece con frecuencia, como una de sus dimensiones constitutivas:

“Yo entiendo por bienestar psicológico la coherencia... la coherencia que debe existir en cada ser... tendría que abordar diferentes aspectos: una coherencia entre el pensamiento, el sentimiento e incluso el actuar (...) como que yo pudiera tener una concordancia entre estos aspectos” (PM)

Dicha coherencia se presenta en el marco de una triada en la cual los pensamientos, los sentimientos y las acciones se encuentran interrelacionados entre sí, de ahí que lo que pasa en uno de ellos tiene un efecto en los otros dos:

“Es como poder asumir la parte emocional, la parte del hacer y la parte del pensamiento creo que todo eso hace parte del bienestar psicológico” (PM)

“Yo creo que es una fuente de bienestar, el sentirte coherente en tu manera de pensar, de sentir y hacer” (ML)

La coherencia se relaciona con otro aspecto vital del ser humano: el sentido de vida; dicha relación es enunciada por FL quien ve en la coherencia un “recurso” facilitador para la construcción de lo que él denomina *sentido de vida.*

“El bienestar psicológico es la posibilidad de que la persona se desarrolle y sea más coherente con su experiencia, y tenga la posibilidad de encontrarle sentido a su vida” (FL)

Con lo anterior es posible ver como la coherencia no solo se encuentra referida a momentos o situaciones concretas de la cotidianidad, sino que implica armonizar entre el pensar, sentir y actuar, con el sentido de vida y es ello lo que permite la sostenibilidad del bienestar antes nombrada.

b. Bienestar psicológico como equilibrio

Otra dimensión del bienestar psicológico es *el equilibrio*, éste entendido como la dialéctica entre lo físico, lo psicológico, lo relacional y lo espiritual.

“Yo diría que el bienestar es un equilibrio emocional... es estar bien, como en unas condiciones óptimas que le permitan a la persona mantener su homeostasis o su equilibrio” (PM)

“Yo comparto la posibilidad del bienestar en términos integrales y holísticos como la posibilidad de un sano equilibrio dinámico en la persona” (FL)

Para MH el equilibrio se refiere a la integralidad en lo bio-psico-interaccional, agregando a lo físico y a lo psicológico el aspecto relacional.

“El bienestar es a nivel bio-sico-interaccional, es aquella persona que se puede desenvolver en esas tres áreas; un estado de bienestar que se adecue a él, es el nivel de equilibrio sobre esas tres áreas” (MH)

Finalmente, MH destaca lo relacional y FL lo espiritual como aspectos que hacen parte del equilibrio conducente al bienestar.

“El bienestar comprende e implica tanto lo fisiológico, psicológico y lo espiritual, la totalidad del ser” (FL)

La relación entre los aspectos constitutivos del bienestar psicológico implica una interrelación en la cual la ausencia o afectación de uno afecta a los otros tres, y por ende al bienestar. Es así como el bienestar psicológico solo puede pensarse si se cuenta con bienestar en estos cuatro aspectos.

“Yo pienso que es muy difícil hablar de bienestar psicológico o bienestar físico y bienestar espiritual de forma desligada (...) para mí la concepción del ser humano es holística, entonces me parece poco probable que yo pueda tener bienestar psicológico y no tenerlo físico, o no tenerlo espiritual y si físico o psicológico, porque el bienestar es de una persona y la persona es en términos holísticos, de hecho cuando se altera el bienestar psicológico se altera el bienestar de la persona, no es que se altere una partecita” (FL)

Hasta ahora se ha planteado el bienestar psicológico como el equilibrio que se da al interior del ser humano y que integra las diferentes áreas del ser; pero dicho equilibrio también tiene un impacto en las interacciones con el medio, PM lo describe de la siguiente manera:

“Un equilibrio que permita, que favorezca la realización como persona, asumir su vida de una manera responsable tranquila, como enfrentando lo que debe ser de una manera adecuada”

Es importante resaltar que el equilibrio, como el bienestar, no es quietud, ni imperturbabilidad, es un proceso continuo que implica poder organizar las tensiones, malestares y altibajos. En esa medida el malestar hace parte del proceso de equilibrio.

“En el ser humano siempre hay un desequilibrio, por lo tanto siempre hay un malestar. El bienestar psicológico es algo a lo que uno apunta, como dice Hernando

Galeano: una utopía que nos sirve para caminar, pero malestar psicológico siempre va ha haber” (HL)

“No simplemente con el logro de unas metas, o sea para mi bienestar no es necesariamente, un ejemplo, no tener gripa, no tener un problema de ansiedad generalizada; el equilibrio y el bienestar yo creo que abarca mucho más que eso” (FL)

En síntesis, el bienestar no solo obedece a situaciones concretas o un área específica del ser humano sino que implica un equilibrio a lo largo de la vida.

c. Bienestar psicológico como adaptación

Se asocia *el bienestar psicológico con la capacidad adaptativa*, en la cual se contempla una adaptación *externa* y una adaptación *interna*. Entendiendo lo externo como aquello que se sucede en el contexto social y cultural, y que no dependen de la persona, mientras que lo interno obedece a la configuración psíquica y a la forma como la persona se relaciona consigo misma.

“El concepto de bienestar tiene que ver con la adaptación en doble vía: al mundo exterior a los elementos que encuentras afuera en la cultura, en la sociedad, la economía, etc., y la adaptación al mundo interior, o sea a uno mismo, que es tan complejo como la adaptación al exterior, porque en uno mismo hay una serie de elementos que se manifiestan de forma inesperada; la relación que uno establece entre esos dos tipos de adaptación determina el bienestar” (HL)

La adaptación al mundo exterior hace referencia a las exigencias y normas sociales que imprimen en el sujeto la necesidad de acogerse a ellas y hacer parte de la sociedad; mientras que la adaptación interior tiene que ver con el sí mismo.

Para MH el proceso de adaptación también se encuentra referido a esas dos vías:

“El bienestar psicológico es aquello que te permite una adaptación en los diferentes medios: social, personal... poder adaptarme conmigo mismo y con el entorno, y ahí van también los parámetros de evolución de cada uno: qué quiere consigo mismo y qué quiere con el entorno” (MH)

En resumen, es posible hablar de bienestar psicológico cuando a través del proceso de vida se logra una adaptación tanto a las exigencias personales como a las exigencias sociales.

d. Bienestar psicológico como paz interior

El bienestar psicológico como *paz interior* hace referencia a un estado de tranquilidad que influye en la relación dinámica entre el sí mismo y los demás.

“El bienestar psicológico es paz interior... bueno yo lo llamo paz no sé cómo lo podríamos llamar de otra manera, pero que al menos está bien consigo mismo, y estar bien consigo mismo es estar más tranquilo, más sereno, saber tratar bien a las personas” (GC)

Según lo propone GC, el bienestar psicológico se expresa por medio del comportamiento y especialmente en el trato asertivo a otras personas. Introduce la empatía y sus formas de expresión como aquello que surge de la paz interior.

“Admiro mucho a esas personas que tienen... que son muy tranquilas, muy ecuanímes, que no se dejan alterar fácilmente, que saben utilizar las palabras, que no están ofendiendo a los demás, que se saben relacionar, yo no diría que se ponen en los zapatos del otro pero sí que tratan de entender que le está pasando al otro, y eso solo se consigue teniendo paz interior” (GC)

A partir de lo expresado por GC, podría decirse que la paz interior es un proceso que va desde lo interno hacia lo externo, en la medida en que el sujeto realiza una serie de reflexiones que luego pone al servicio de la relación con los otros, por medio del buen trato, y que da cuenta de la empatía.

Para finalizar, es importante señalar que cada dimensión del bienestar psicológico obedece a un proceso diferente y por lo tanto abarca diversos aspectos de la vida del ser humano, tenemos así: *el equilibrio*, que se da entre las diferentes áreas del ser: física, psíquica, interaccional y espiritual; *la coherencia*, que se establece entre: pensar, sentir y actuar; *la adaptación* a factores internos y externos al sujeto; y por último, *la paz interior* que da cuenta de una tranquilidad emocional que se evidencia en la relación con el sí mismo y en el trato hacia las demás personas.

6.1.3. Aspectos que favorecen el Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico no es “algo” que “se tiene” o “no se tiene”, sino un proceso continuo que se va modificando a lo largo de la vida. Así mismo, el bienestar no es algo que se le da al sujeto desde afuera, sino que implica el despliegue de unos recursos y la generación de acciones e interacciones que le permitan al sujeto la realización de éste. Al respecto se encuentran tres elementos centrales:

Como principal elemento favorecedor del bienestar psicológico, está el *reconocimiento de los propios deseos y expectativas*, es decir, saber qué es lo que el sujeto desea y busca para su vida, por considerarlo valioso, bueno y placentero. Este reconocimiento implica *la autenticidad* para afirmar las expectativas propias y diferenciarlas de aquellas que se imponen desde afuera.

En segundo lugar, está la *responsabilidad individual* que se refiere a la capacidad de elegir y tomar decisiones. Implica que el sujeto pueda desplegar sus recursos personales para poder tomar las decisiones que sean congruentes con esos deseos, metas, valores y propósitos, y también para asumir las consecuencias de las propias elecciones.

Finalmente, como resultado de las dos anteriores, aparecen un conjunto de “*acciones e interacciones*” que permite que el sujeto encuentre y ponga en marcha diferentes acciones con el fin de encontrar, preservar o restablecer su bienestar psicológico. Abarcan diversos aspectos como el cuidado del cuerpo, la realización de actividades placenteras, la expresión de sentimientos, el establecimiento de vínculos afectivos significativos y la búsqueda de apoyo (entre otros). En síntesis, se trata de lo que el sujeto hace para procurar su propio bienestar y que son particulares en razón de lo que los sujetos reconozcan como deseable, bueno y valioso.

a. Reconocimiento de los propios deseos y expectativas

Dicho reconocimiento es posible gracias a un proceso intencional y consciente de descubrimiento personal, en el cual hay una disposición clara para conocerse. En esa medida, solo quien sabe qué quiere, qué no quiere, qué le gusta, qué le disgusta, qué desea, qué le molesta, qué necesita, qué lo hace feliz, qué le afecta y qué le genera bienestar puede desarrollar acciones que lo conduzcan a ello:

“Primero poder conocerme a mí misma, lo que me gusta, lo que me satisface... mejor dicho por lo que yo estoy dispuesta a dar cosas de mí por el otro, si yo tengo eso claro también puedo definir qué es lo que no me gusta, con quién no estaría, en qué lugar no estaría, etc.” (MN)

Este reconocimiento le permite al sujeto asumir su vida, tomar las decisiones, hacerse responsable de las consecuencias y vivirlas de la forma más tranquila posible, eligiendo formas de vida que le permitan el bienestar. Lo anterior se relaciona con lo que GA ha denominado “Claridad”:

“El bienestar psicológico es que yo no sufro por lo que escojo (...) yo lo pensaría en la lógica del placer, alguien que tú ves y ves que vive rico, no se queja porque está casado, porque está soltero. Elijo y estoy feliz, la paso rico, paseo, y no: ay que pereza ese paseo que hicimos. Es una claridad en la elección” (GA)

Esa “claridad” se funda en el conocimiento personal, por medio del cual es posible, primero, reconocer que es aquello que produce placer, y segundo, tomar decisiones, para elegir aquello que conduzca a ese placer.

GA hace referencia a “elección consciente” como una forma de responsabilidad frente al bienestar, en cuanto a la posibilidad que tiene cada persona de buscar estrategias que le permitan el bienestar psicológico, y así, proveérselo en la medida en que esté a su alcance. Los dominios de elección del sujeto y su relación con el bienestar, podrían ser:

Por medio de la toma de decisiones, eligiendo aquello que represente placer; y, asumir las situaciones que no se pueden elegir, porque han sido elegidas por otros o porque hacen parte de las condiciones de la vida.

“Tus elecciones son placenteras o no las haces, y las que no puedo elegir pues las asumo, porque hay cosas que no elegí yo como hacer una fila de 4 horas en la Dian, así de sencillo, pero mis elecciones en términos de deseos son placenteras, como mi relación de pareja, la ropa que me pongo” (GA)

En síntesis, el reconocimiento del deseo personal y las formas subjetivas de placer, permiten la construcción de una forma de vida en la cual las acciones emprendidas, las decisiones tomadas y las propias experiencias tiendan al bienestar psicológico.

El proceso de reconocimiento de deseos y expectativas tiene como base la subjetividad, por lo que la búsqueda del bienestar estará orientada por la autenticidad propia de cada sujeto.

“Para mí bienestar psicológico es que tu estés absolutamente libre de expectativas ajenas, de complacencias compulsivas de otros, eso para mí es bienestar psicológico... es que todo lo que tu hagas siempre persiga tus inclinaciones naturales, que trabajes desde tus propias expectativas, que no estés complaciendo a otros, que no estés trabajando por una imagen, por un qué dirán, sino simplemente, que te bases en tus inclinaciones y que te dejes llevar por la vida independiente de cuales sean las consecuencias” (ML)

Es la autenticidad la que le permite al sujeto identificar y construir las formas de bienestar, en las cuales lo que prima son las expectativas personales.

b. Responsabilidad Individual

El logro del bienestar no solo depende de las oportunidades de las que disponga el sujeto para poder realizar ciertos deseos o necesidades, sino también de la capacidad del sujeto para tomar decisiones y hacer elecciones que permitan convertir esas oportunidades y recursos en formas de bienestar. Dicho de otro modo, el bienestar no es algo que se le brinda al sujeto desde afuera, sino que el sujeto tiene una responsabilidad sobre el logro de su propio bienestar.

“O sea que yo tengo que tener esa voluntad, ese deseo, ese querer buscar mi bienestar a partir de un querer estar bien. Pero si yo me siento mal y no hago nada pues ahí me voy a quedar mal, entonces imagina ahí los efectos de eso” (PM)

La responsabilidad individual implica el reconocimiento de un sujeto “agente”, capaz de definir sus propias metas, objetivos, valores y propósitos, sin que estas estén supeditadas a las expectativas ajenas.

La responsabilidad individual en la búsqueda del bienestar implica entonces que el sujeto despliegue recursos personales para poder realizar sus propias expectativas, metas y propósitos, de manera auténtica.

c. Acciones e interacciones para procurar el bienestar

Las acciones e interacciones se refieren a la forma concreta que tiene cada sujeto para enfrentar la vida y que le permiten encontrar, preservar o restablecer su bienestar; se encuentran directamente ligadas a las dimensiones desarrolladas anteriormente, a saber, el reconocimiento de los propios deseos y expectativas y la responsabilidad individual.

Se asocian estas acciones e interacciones al cuidado del cuerpo, a la realización de actividades placenteras, al establecimiento de vínculos afectivos significativos y a la búsqueda de apoyo.

- *Cuidado del cuerpo*

Se reconoce la importancia de preservar la salud como una forma de mantener el bienestar. Por medio de la actividad física, del descanso y de la alimentación:

“Comer bien, hacer ejercicio, dormir bien” (GA)

“Pensaría que el ejercicio físico también hace parte de eso, como que te permita sentir el cuerpo saludable” (EA)

La relación del ser humano con el cuerpo es fundamental a la hora de experimentar bienestar. Pero la salud no se encuentra solo referida al cuerpo sino que también implica otras dimensiones, tal como lo expresa GA:

“Entonces estaría la parte de la salud desde lo físico, lo espiritual y la parte de la mente”

La integralidad del ser humano en cuanto a cuerpo, espíritu y mente, también se evidencia en la salud y la forma de percibirla. Es así como las acciones dirigidas a la conservación de la salud deben ir más allá de lo netamente corporal e incluir aquellas que favorezcan lo intangible, a saber el espíritu y la mente.

- *Realización de actividades placenteras*

Las actividades de la vida cotidiana están cargadas de acciones e interacciones que permiten el bienestar.

“... realizar sus metas, encontrarle sentido a su vida, establecer relaciones o vínculos significativos, realizar actividades que sean importantes o tengan un sentido, disfrutar por lo menos de la mayoría de cosas que hace” (FL)

Algunas de las actividades mencionadas por los participantes como generadoras de bienestar son:

La lectura que alimente el espíritu y enriquezca a la persona:

“...Me parece fundamental alimentarse de la lectura y que no solo sea técnica, ni solo psicología o aquello que alimenta tu labor, sino aquello que te alimente el espíritu, que te distraiga. Cuando digo la literatura me refiero no solo a leer, sino a

teatro, cine, literatura, cosas que te alimenten no el hacer sino que te enriquezcan como persona, eso me parece fundamental” (EA)

Compartir:

“Hay una cosa que también me hace sentir bien, yo soy muy dadora de cosas a la gente en la cotidianidad, desde el afecto y desde cualquier rosquita.... (MN)

Y el uso del tiempo libre:

“Generar otros espacios de buen uso del tiempo libre” (PM)

“Escucho música, salgo y camino, respiro aire fresco, me contacto con la naturaleza, tengo a mis perros entonces abrazo mis animales (...) también comparto con mi familia, tengo otras actividades, hago deporte” (ML)

“Lo que hice fue buscar otros espacios en los que pudiera interactuar, el espacio clínico individual y el espacio clínico reflexivo, en otros espacios, por ejemplo los grupos, los espacios comunitarios y el hospital... empecé a formar un montón de grupos: sociales, comunitarios, acciones específicas en grupos juveniles, con niños, emisora local, pues, con muchas cosas a nivel local para que ese espacio fuera más agradable” (MN)

MN en este apartado muestra que cuando los espacios no están dados la opción es formarlos, es asumir una actitud activa, es construir espacios en los cuales sea posible la vivencia de experiencias agradables y que contribuyan al bienestar.

Se recurre a espacios y personas que no solo permitan el desarrollo de actividades, sino también el encuentro consigo mismo. Es decir, se realiza una búsqueda y una selección consciente e intencionada de aquello que conduce a las diversas formas de bienestar.

- *Vínculos afectivos significativos*

Retomando el carácter relacional del bienestar psicológico, se encuentra que en las situaciones difíciles y en los momentos en los que el bienestar se ve afectado, las vinculaciones afectivas son el principal recurso para restablecer el bienestar.

“A veces uno debiera pensar más en su familia, sacar espacios de esparcimiento, de diversión de sana recreación, pues, que le permitan a uno pues también como... separarse de toda esa carga que genera el trabajo en este campo” (PM)

Se presenta la familia como el principal referente de vinculación afectiva, se reconoce también la importancia de disfrutar de otros espacios en los que la recreación y la diversión aparecen como una forma de obtener bienestar.

- *Búsqueda de apoyo*

La posibilidad de poner en palabras las preocupaciones, los malestares y todo aquello que afecta el bienestar, resulta ser una posibilidad para darle trámite a lo que afecta el sujeto, permitiendo un acercamiento al bienestar.

Así lo expresa NM quien durante algún tiempo estuvo por fuera de su ciudad de origen, por motivos laborales, y en dicho lugar vivió experiencias poco agradables y que afectaban su bienestar.

“Cuando te digo que mi familia y mi pareja fueron una red de apoyo muy buena es porque en mi familia la expresión emocional es clara, expresar lo que se piensa, lo que se siente, y el nivel pues de confianza entre todos... entonces, yo pude hacer eso cuando yo llegué aquí, mi familia me permitió ese espacio como: vení contanos qué pasó” (MN)

Se expresa claramente la importancia de las relaciones familiares y la comunicación abierta al interior de ésta. La familia se presenta como un espacio (físico y emocional) que permite la liberación de tensiones, por medio de la palabra y del compartir.

La búsqueda de apoyo también es pensada en un proceso psicológico o un grupo de apoyo.

“En ese procurar estar lo mejor posible... pues, sin duda el proceso individual y de crecimiento personal, que sea desde la opción que cada persona elija: su proceso psicoterapéutico, o grupos de apoyo, o en fin tantas opciones que hay para que una persona logre estabilizarse y obtener un bienestar” (PM)

El acompañamiento de un profesional en el proceso psicológico se reconoce como una de las principales herramientas con las que puede contar el sujeto, no solo en los momentos críticos donde hay una afectación del bienestar, sino en aquellos donde el bienestar se encuentra en su mejor momento, esto como una forma de mantenerlo y preservarlo.

6.2. VÍNCULO TERAPÉUTICO

No es interés de esta investigación realizar la diferenciación conceptual que sobre el vínculo terapéutico está dada desde las diferentes orientaciones teóricas; por ello, para el desarrollo de este apartado se hablará de vínculo terapéutico cuando se esté haciendo referencia a la relación entre el paciente y el terapeuta, entendiendo que ésta es nombrada por algunos psicólogos clínicos como *relación terapéutica* y por otros como *vínculo terapéutico* (Figura 3).

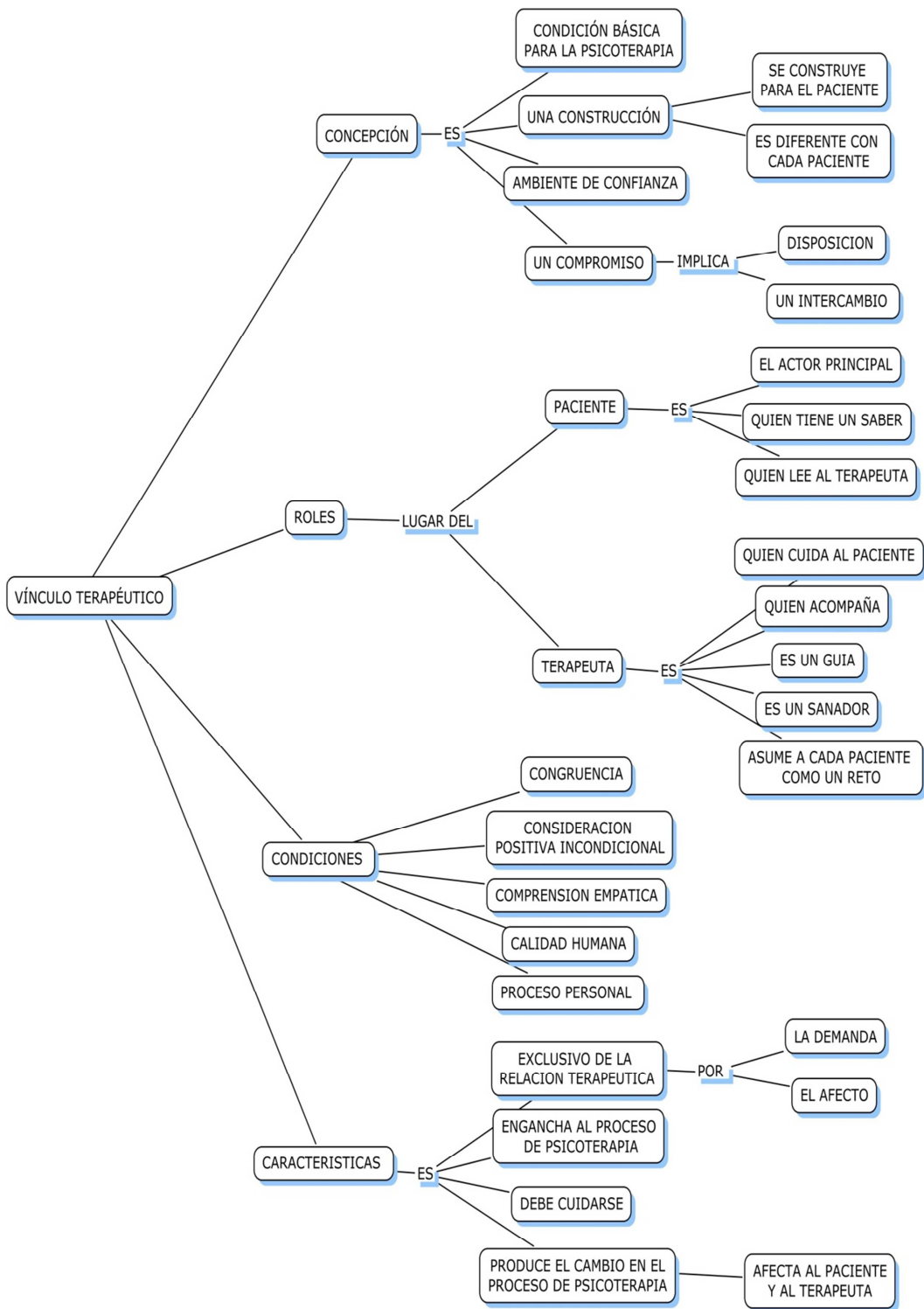


Figura 3. Esquema del vínculo terapéutico

6.2.1. Concepción del vínculo terapéutico

En este apartado se desarrollan la concepción que sobre el vínculo terapéutico tienen los psicólogos clínicos, entre las cuales se encuentra: primero, *es una condición básica para la psicoterapia*, porque sin el establecimiento del vínculo no se dan las medios para que el proceso pueda desarrollarse; segundo, *es una construcción* entre el paciente y el terapeuta (se construye para el paciente y es diferente con cada paciente); tercero, *es un ambiente de confianza* en el cual el paciente se siente seguro; y cuarto, es *un compromiso* en el cual ambos participantes del vínculo asumen responsabilidades en favor del vínculo y del proceso en general (disposición e intercambio).

a. Es una condición básica para la psicoterapia

Se hace referencia al vínculo como esa condición básica para que la psicoterapia sea posible; es esencial que se establezca ésta relación para el inicio y desarrollo del proceso de psicoterapia.

Así lo expresan MN y SM:

“Es la condición básica para poder empezar un proceso” (MN)

“Si no hay vínculo no hay nada” (SM)

“Sin vínculo terapéutico no puede existir psicoterapia” (ML)

Por su parte FL, hace referencia al lugar que ocupa este vínculo en el proceso de psicoterapia, refiriéndose a que es: fundamental.

“El lugar de la relación terapéutica en el proceso de psicoterapia... es fundamental: es el elemento esencial para poder llevar a cabo un proceso terapéutico” (FL)

Para que el proceso de psicoterapia sea posible se requiere de la transferencia que solo este vínculo terapéutico permite.

“El vínculo en el proceso es esencial, si no hay vínculo no hay terapia, si un paciente no establece una relación transferencial... no hay terapia, es como una condición básica” (GA)

Es el vínculo que se establece entre paciente y terapeuta con su carácter transferencial el que posibilita la terapia.

b. Es una construcción

El vínculo terapéutico no está dado *per se*, sino que surge de la interacción entre paciente y terapeuta; es una construcción que se da a lo largo del proceso y depende tanto del terapeuta como del paciente.

En la construcción del vínculo, tanto el paciente como el terapeuta aportan algo de sí mismos para que éste surja. PM hace referencia a las cualidades y destrezas de ambos, y a la formación del terapeuta.

“Yo no creo que eso sea innato, hay que construirlo, pues o sea cada psicólogo y cada persona tiene sus habilidades, sus destrezas, y precisamente la formación del clínico es la que lo permite (...) de una manera como natural, como que uno... va integrándose y va permaneciendo” (PM)

El vínculo, además de las características propias de cada persona, se da en relación a las problemáticas que llevan al paciente a consultar; esto hace que el tiempo para establecimiento del mismo no sea estándar y que el terapeuta deba trabajar en él de una forma diferente.

“No es que el vínculo se establezca desde la primera cita, de hecho dependiendo de las problemáticas de cada paciente a veces se demora un poquito más, pero es algo que tú trabajas desde la primera llamada telefónica” (ML)

Para que el vínculo se establezca es necesario más que un encuentro ocasional, porque éste implica un proceso de interacción. El terapeuta tiene un rol activo y sus acciones son intencionadas desde el primer contacto con el paciente.

Si bien, es un proceso que se da entre los dos, el vínculo terapéutico *se construye para el paciente* y por ello *es diferente con cada paciente*.

- Se construye para el paciente

Para que el vínculo sea posible se requiere la demanda del paciente y la disposición del terapeuta para vincularse y para brindar el acompañamiento que el paciente está buscando. A partir de allí, se construye un vínculo cuyo objetivo es acompañar al paciente, y en el cual el terapeuta se vincula para estar ahí para el paciente; porque el vínculo se construye para el paciente.

Una de las principales características del vínculo es que el terapeuta se dispone para estar ahí para su paciente, permitiéndole sentir que ahí puede ser escuchado.

“Usted tiene que poder sentarse ahí, vivir ahí, sentirse cómodo ahí y estar ahí para esa persona, para que los pacientes sientan que ahí hay alguien que va a estar para él, para que sienta que ahí está la escucha” (EA)

EA hace referencia a que el terapeuta “tiene que poder”, haciendo referencia a la capacidad que se supone le permite estar ahí para el paciente. Así mismo MN, expresa que para el establecimiento del vínculo, el terapeuta debe evaluar su capacidad para vincularse y para asumir el proceso, teniendo claro qué puede aportar a su paciente.

“Yo en el primer momento hago una reflexión y soy capaz de decir: ¿qué soy capaz de dar?, ¿soy capaz de asumir la vinculación, pero en aras de posibilitar un crecimiento del otro? porque yo ya no estoy en el lugar de como voy a crecer yo todo el tiempo, sino cómo lo voy a posibilitar en el otro” (MN)

Se hace referencia a que el terapeuta hace un despliegue de sus capacidades para la vinculación con el fin de posibilitar en el vínculo el crecimiento del paciente; y no en busca de algo para sí mismo, entendiendo que ese vínculo que se construye es para el paciente.

“La relación terapéutica es una relación de crecimiento mutuo, pero lo que más se tiene que favorecer es el crecimiento del otro, porque yo con cada paciente aprendo pero no necesariamente tengo que aprender al mismo nivel del paciente; el paciente va a aprender cosas del vínculo, de esa relación y de mí cosas para la vida, y yo voy a aprender cosas más en términos del otro” (MN)

El vínculo permite que ambos aprendan y crezcan durante el proceso: el paciente aprende del vínculo y del terapeuta; y el terapeuta aprende de sí mismo en relación al otro. Aunque el aprendizaje sea para ambos, para el terapeuta es claro que el objetivo de esa vinculación es el paciente, que él está ahí por y para el paciente.

- Es diferente con cada paciente

El vínculo terapéutico, al estar determinado por las características personales tanto del terapeuta como del paciente, y al estar construido específicamente para cada paciente, adquiere una particularidad que lo hace único.

Así lo expresa MN:

“No hay vínculo ni bueno ni malo, hay vinculaciones especiales con los pacientes de acuerdo a sus personalidades y la mía, de acuerdo a sus demandas y a lo que uno espera” (MN)

Si el vínculo surge de la dinámica entre las características personales del paciente y del terapeuta no es posible hacer valoraciones en términos de vínculos buenos o malos, porque todos son diferentes; además a esa forma “especial de vinculación” se suma la demanda que realiza el paciente y la expectativa del terapeuta.

Las diferencias en el vínculo que se establece con cada paciente, logra ser reconocida por el terapeuta quien experimenta sensaciones y emociones diferentes con cada paciente.

“Hay pacientes que llegan y a uno le da sueño (...) y otros que llegan y a uno no le gustaría que llegaran” (GC)

“Hay pacientes con los que uno se duerme, otros con los que se alegra, otros con los que se apasiona, hay pacientes que llegan a consulta cuyas personalidades entran en choque con las nuestras hasta el punto de no ser capaz” (MN)

Tal vez sea la formación, la experiencia o las propias habilidades del terapeuta las que le permitan reconocer esas diferencias en el vínculo que se establece con cada paciente a través de los sentidos. Pero indiscutiblemente expresiones que hacen alusión a que: con algunos “se duerme”, con otros “se alegra”, con otros “se apasiona” y con otros no se vincula; da cuenta de que cada vínculo este diferente.

Hasta el momento se ha mencionado que es la subjetividad de ambos la que determina las características del vínculo; pero ahora se hace alusión a que es dicha subjetividad la que en algunos casos no posibilita la vinculación. MN hace referencia a

la dificultad para establecer un vínculo con un paciente con quien no logra “conectarse”; y EA refiere que hay pacientes con los que no siente “comodidad”.

“...es que no había forma de conectarse con él por mi propia personalidad”

(MN)

“Uno también tiene el derecho a tener pacientes con los que no se siente cómodo” (EA)

El vínculo es tan diferente con cada paciente dada las características personales de ambos, que es posible que dichas diferencias generen la dificultad para “conectarse” y sentirse “cómodo” en la relación con el otro, restringiendo así la posibilidad del vínculo.

c. Ambiente de confianza

Se hace referencia al vínculo terapéutico como una condición para establecer el ambiente de confianza entre paciente y terapeuta. Es la confianza la que le permite al paciente sentirse seguro para depositar en el vínculo sus asuntos más íntimos.

Así mismo, es la confianza en el vínculo la que le permite al paciente creer en el proceso y en las posibilidades de encontrar en el espacio terapéutico aquello que está buscando.

“El vínculo provee al paciente de la confianza de que esa búsqueda se puede hacer” (HL)

ML cita a Guidano, para decir que la confianza en la relación motiva al paciente a hablar de aquellos aspectos íntimos que no habla en otros espacios.

“Como dice Guidano, no hay relación más íntima para un ser humano que la relación terapéutica, porque es pura confianza, mira que los pacientes te dicen: ‘yo le

voy a contar algo que nunca le he contado a nadie'; y es verdad nunca se lo han contado a nadie, entonces no hay una relación más íntima que esa, es imposible" (ML)

Por su parte, GC hace referencia a que la confianza motiva al paciente a hablar de sus verdaderas problemáticas.

"Da confianza para hablar de lo que le viene a hablar, porque alguien puede hablar y hablar, pero de las verdaderas problemáticas solo se habla si usted le da confianza" (GC)

El vínculo es el que le permite al paciente confiar en el proceso y posibilitar los avances en el mismo.

"Es un ambiente de confianza que posibilita el progreso en el caso del paciente" (ML)

"Es el clima, el ambiente de confianza y todas las condiciones óptimas para que todo florezca, avance, se favorezca" (PM)

Es la confianza que provee el vínculo la que diferencia el espacio terapéutico de otros en espacios, en cuanto a que en éste se habla de lo más íntimo y de las verdaderas problemáticas confiando en que todo lo que se dice tiene un fin terapéutico y que conducirá al progreso en el proceso.

d. Es un compromiso

El vínculo terapéutico basado en la confianza antes desarrollada, se convierte en un compromiso entre el paciente y terapeuta, en el cual cada parte asume unas responsabilidades con el fin de lograr, en esa relación de ayuda, los objetivos propuestos. El compromiso consiste en la *disposición* de ambas partes para establecer el

vínculo, y en un *intercambio*, en el cual *el terapeuta se compromete a cuidar a su paciente*.

- Disposición

El vínculo terapéutico es un compromiso que requiere la disposición del paciente y del terapeuta; cada uno adquiere ciertos compromisos según el lugar que ocupan en la relación, es así como, el terapeuta se compromete a estar para el paciente y el paciente se compromete a estar en el espacio que el terapeuta ha dispuesto para él.

EA cita a Althea Horner para hablar de la disposición para el vínculo:

“Althea Horner dice: ‘uno va por el paciente un 50 por ciento y el paciente también tiene que venir, y ahí está la forma de construir ese vínculo’, es decir yo estoy acá y tengo que estar en disposición para estar con usted y usted vendrá, entonces creo que es una parte fundamental del vínculo, el que usted quiera hacer el vínculo, esté dispuesto y se comprometa con él” (EA)

No es suficiente que el terapeuta esté dispuesto para el paciente si el paciente no está dispuesto a vincularse con el terapeuta; así como no basta con la disposición del paciente para estar en el vínculo si el terapeuta no está dispuesto a estar ahí para él ni para construirlo juntos.

“Entonces el terapeuta se implica en una relación y es ahí donde hay una posibilidad de que se construya un vínculo, que no solo depende del terapeuta pero el terapeuta si tiene que implicarse, tiene que estar dispuesto y disponible” (SM)

Además de la disposición del terapeuta SM hace referencia a que el terapeuta debe implicarse y estar dispuesto para el vínculo.

- Intercambio

El vínculo terapéutico, tiene implícito un intercambio en términos de: la demanda de ayuda que hace el paciente y la ayuda que provee el terapeuta, mediada por el dinero. En dicho intercambio el terapeuta se compromete a acompañar al paciente y el paciente se compromete a pagar al terapeuta por el acompañamiento que recibe.

“El vínculo es tan importante que se vuelve un compromiso, el compromiso de que en cada cita tiene que pagar (...) el otro me paga para que yo lo acompañe en su proceso, pero con ese dinero que él me está pagando estamos creando un compromiso” (GC)

En el vínculo terapéutico se da un intercambio en el cual el compromiso del terapeuta es garantizar un proceso mediado por la ética y el respeto, y el compromiso del paciente además de asistir es pagar cada cita.

“El paciente me paga porque hace parte del compromiso de intercambio, pero en ese que me pague hay una responsabilidad ética conmigo para poder garantizar éticamente un proceso” (MH)

Esa responsabilidad ética que el terapeuta tiene con el paciente se ve reflejada en el respeto que hacia éste se tiene.

“Con el paciente hay que tener todo el respeto del mundo, porque para empezar esa persona me está pagando a mí porque yo le ofrecí un lugar que era para él” (EA)

En este intercambio el terapeuta reconoce que para el paciente estar en ese vínculo representa un “sacrificio” no solo en lo que al dinero se refiere sino en tiempo y emociones; el paciente deposita esperanza y el terapeuta responde a ello con ética y cuidando de él.

“Esa es la postura del cuidado, de la ética, el paciente no viene a charlar, porque la terapia cuesta plata, es un sacrificio en tiempo y emocional, y es una esperanza: voy a ir al psicólogo a ver si allí... yo tengo que ser muy responsable con eso” (GA)

Este intercambio pone al terapeuta en el lugar de cuidado de ese paciente que llega a su espacio, haciendo una inversión emocional y económica con la esperanza de encontrar allí aquello que no encuentra en otras relaciones. Es por ello que el intercambio va más allá del dinero.

6.2.2. Roles en el vínculo

El vínculo terapéutico se establece entre dos personas: el terapeuta y el paciente. Cada participante de esta diada terapéutica tiene unas características y desempeña un rol en el vínculo. Con respecto al paciente se plantean algunos aspectos relacionados el lugar que ocupa en el vínculo terapéutico (*es el actor principal, quien tiene un saber y aquel que lee al terapeuta*). Se presenta el lugar del terapeuta como una construcción basada en la experiencia y formación, motivo por el cual se dificulta una única definición (el terapeuta *cuida a su paciente, acompaña, guía, es sanador y asume a cada paciente como un reto*).

a. El lugar del paciente

Partiendo de lo que ya se ha indicado sobre la participación de paciente y terapeuta en la construcción del vínculo, y de la responsabilidad del terapeuta de propiciar las condiciones para que este sea posible, se aborda el lugar del paciente.

Cuando el terapeuta logra definir su lugar en el vínculo le permite al paciente definir el suyo.

“Lo importante es que el lugar del terapeuta esté definido, y esté definido el lugar que se le va a permitir al otro, y el lugar que se le permite es donde él puede construir a partir de la relación” (SM)

La importancia del lugar que se le permite al paciente en el vínculo está dada, según lo plantea SM, porque es el lugar en sí mismo el que permite que el paciente construya en el vínculo terapéutico una respuesta o una solución a aquello que lo llevó a terapia.

En cuanto al lugar que el terapeuta le permite al paciente al interior del vínculo terapéutico, se encuentra que éste puede ser: *el actor principal, es quien tiene un saber y el paciente lee al terapeuta.*

- El actor principal

En la relación terapéutica ambos participantes tienen un rol importante, pero se entiende que dicha relación ha sido construida para el paciente (quien busca ayuda) y con el paciente (quien colabora en dicho propósito).

Por eso para GC el paciente es “el actor principal”:

“El paciente es el actor principal de esta reunión, y uno lo tiene que hacer sentir como el rey, el paciente tiene derecho a decir lo que quiera y como quiera” (GC)

Al ser el “actor principal” en el espacio terapéutico, el terapeuta debe propiciar las condiciones para que la expresión de sentimientos, pensamientos y demás sea posible de una forma tranquila y segura. El paciente debe tener la certeza de que ese espacio es para él, que ha sido construido para él y que allí puede ser él, sin temor a señalamientos o juzgamientos por parte del terapeuta. Así lo expresa EA, quien en su

práctica profesional se asegura de que su paciente tenga claro cuál es su lugar allí, con expresiones como las que siguen:

“Estamos centrados en usted y para usted, aquí solo se habla de usted y este es un espacio para que usted pueda traer sus cosas, donde no será juzgado, ni aconsejado, ni dirigido, a diferencia de cuando usted sale con sus amigos”

Son las características de ese lugar que se le otorga al paciente en el espacio terapéutico las que marcan la diferencia con respecto a otros espacios en los que el sujeto se relaciona.

- Es quien tiene un saber

En el espacio terapéutico se trabaja en pro del paciente, es una cooperación en la cual tanto paciente como terapeuta aportan sus conocimientos y ponen allí lo necesario para obtener los logros esperados. El terapeuta contribuye con sus conocimientos y técnicas, y el paciente contribuye con el saber que sobre su historia de vida tiene.

“El paciente es el que sabe de su vida (...) entonces mira que es una posición no de omnipotencia, donde es que yo soy la que sé y tú eres el que tiene problemas, no; puede que yo sepa muchas teorías y muchas cosas, pero es el paciente el que sabe sus dificultades” (ML)

Son los conocimientos que el paciente tiene sobre sí mismo los que permiten la evolución del proceso terapéutico, porque ellos saben aquello que el terapeuta no.

“Ellos saben una cantidad de cosas de su trastorno, de sus cosas (...) por eso hay que darle el valor al otro como ser humano, rico de experiencias de vida, de significados y cosas que tú puedes saber y aprender, tú no estás en ninguna posición de autoridad frente al otro” (ML)

Son los pacientes los realmente saben sobre su vida; y si saben sobre su vida saben de sus sufrimientos, padecimientos y los significados que a las experiencias vividas le han dado; estos son saberes que solo pueden llegar al terapeuta por medio del paciente.

“Es ese paciente el que hace lo que hace por él mismo, es él el que genera las estrategias, yo sé que yo no puedo hacer nada por nadie que ese alguien no quiera que hagamos” (ML)

Al ser el paciente un conocedor de sí mismo, es también quien aporta en la construcción de las estrategias que le permitirán encontrar lo que busca en el espacio terapéutico, y también quien decide qué hacer con dichas estrategias.

- El paciente lee al terapeuta

Durante el proceso de psicoterapia el paciente no solo conoce aspectos de su propia vida, sino también del terapeuta por medio de las lecturas constantes que de él realiza; entendiendo como lecturas las observaciones e interpretaciones con respecto a su hacer en la práctica clínica y su la vida personal. El paciente lee específicamente el buen vivir del terapeuta.

El conocimiento que el paciente va construyendo de su terapeuta y la actitud observadora que frente a él mantiene le permite reconocer esos momentos en los cuales el terapeuta se equivoca.

“La terapia es una relación entre dos en la cual solo hablamos de uno de los personajes pero aunque uno no esté hablando de uno, uno está diciendo mucho de uno, entonces cada vez que yo cometo un error el paciente me lee” (GC)

“Ve creo que estoy medio perdido (...) eso se nota en la relación, cuando el terapeuta esta dudoso y no sabe ese proceder el paciente lo percibe” (GA)

El paciente está atento a todo aquello que en el espacio terapéutico se dé, ello incluye al terapeuta con sus expresiones, su lenguaje corporal y su actitud.

La lectura que los pacientes hacen de los terapeutas puede darse de forma espontánea por la frecuencia de los encuentros o de forma intencionada, la cual está orientada a conocer aspectos específicos del terapeuta como *el buen vivir* planteado por GA:

“Y el paciente atribuye cosas del terapeuta en tanto felicidad, curiosamente no lo veo tanto desde el saber no les importa de dónde salí, qué estudié, nada, sino como ciertas referencias, ¿usted vive bueno? Esas referencias sutiles al buen vivir del terapeuta (...) los pacientes cada rato hacen la referencia: es que usted vive muy bueno, es que: ‘que consultorio tan bonito’, es que: ‘usted no trabaja los viernes ni los sábados entonces usted debe vivir muy bueno’”

Lo pacientes quieren conocer un poco más allá de la persona que ven en el consultorio, por ello hacen este tipo de observaciones y referencias a la vida personal del terapeuta.

En el caso de las mentiras SM hace un especial énfasis no solo por lo que a nivel relacional y social representa sino por las implicaciones en el proceso.

“Y también, es permitir ese lugar al paciente, en cuanto a que también nos está leyendo... claro, ellos lo leen a uno, más vale que uno no diga mentiras porque no no” (SM)

Tener claridad sobre el lugar del paciente en el proceso terapéutico, las particularidades de cada caso, el reto que representa cada paciente para el terapeuta y la lectura constante que el paciente hace del terapeuta; pone en manifiesto la responsabilidad del terapeuta frente a su proceder en relación al paciente.

b. El lugar del terapeuta

Al indagar con los psicólogos clínicos sobre el lugar del terapeuta en el vínculo, se encuentra que el lugar más allá de ser estándar o unificado corresponde a una construcción que cada terapeuta realiza a partir de su experiencia y formación.

MN hace referencia a una continua reflexión en cuanto al sentir y al hacer en el espacio clínico.

“Yo empecé a trabajar mucho lo que es el lugar del terapeuta: cómo me siento como terapeuta, cómo me veo yo, cómo me muevo, cómo escribo, qué le pregunto, qué no, y me cuestiono mucho en ese espaciecito que tengo entre paciente y paciente” (MN)

La construcción del lugar está dada por la observación continua del hacer y el ser terapeuta; es esta reflexión la que permite un lugar propio, que va más allá del lugar que teóricamente está definido.

“He ido haciendo cosas que vayan en relación a eso... a pensarme en el lugar del terapeuta, pero persona, no el terapeuta del libro, sino como soy; y eso incluso implica un asunto desde lo económico” (MN)

Por su parte MH, hace referencia al lugar del terapeuta como ese que posibilita un ideal para la identificación del paciente.

“Entonces lo que hace el psicólogo es posibilitar esa identificación, el problema es que esta identificación es sobre un ideal y el terapeuta va a proporcionar el ideal de eso que el otro desea (...) para el que llega soy un ideal y por eso tengo que saber de mí” (MH)

Proporcionar el ideal para la identificación del paciente implica un conocimiento propio, esa reflexión a la que hace referencia MN, hace parte de la construcción del lugar que no solo tiene un significado para el terapeuta sino que posibilita al paciente la construcción de su propio lugar.

Por ser el lugar del terapeuta una construcción a partir de la propia reflexión, no es posible establecer una única definición de éste, por ello se presentan algunas concepciones que al respecto tienen los psicólogos clínicos:

- El terapeuta cuida a su paciente

Tal como se indicó antes, el vínculo es un intercambio en el cual cada parte adquiere un compromiso: el paciente a estar ahí y pagar el valor de cita y el terapeuta a estar ahí para el paciente y cuidar de él. Así lo expresa SM:

“En el vínculo yo cuido a mi paciente, porque un paciente se puede angustiar tremendamente, y ese es mi compromiso con él” (SM)

Una forma que cuidar al paciente y cumplir con el compromiso que se ha adquirido es darle la seguridad de que el terapeuta está ahí para él, para escucharlo.

“El terapeuta tiene que estar ahí para que los pacientes sientan que ahí hay alguien que va a estar para él, para que sienta que ahí está la escucha, que ahí es cuidado” (EA)

Entonces, el compromiso está dado por la disposición para establecer el vínculo y por la responsabilidad que tanto paciente como terapeuta tienen para el desarrollo del proceso; donde se da un intercambio, en el que alguien paga para ser escuchado y acompañado y otra persona se compromete a cuidar éticamente de él.

- El terapeuta acompaña

El terapeuta se concibe como esa persona que dedica su labor profesional a acompañar a aquellas personas que precisan su ayuda.

Para HL el acompañamiento implica posibilitar al otro la confianza frente a su proceso y sus búsquedas; es darle al otro la confianza y la “fe” en que es posible lograr los objetivos propuestos.

“Es un acompañante en términos de proveer al paciente de la confianza y de que esa búsqueda se puede hacer, ese es nuestro papel: acompañar dando confianza en el proceso, inspirando confianza y hasta fe; un autor habla de fe psicológica, él dice “la fe psicológica es aquella actitud del ego que se vuelve hacia las imágenes interiores y confía en ellas” (HL)

Para GC el terapeuta es quien acompaña a otras personas en sus búsquedas personales y en sus procesos de cambio.

“El terapeuta se dedica a acompañar sujetos que tienen problemas, o al menos que tienen problemas y los colocan en el campo... o consideran que están en el campo psicológico y desean hacer un cambio, un cambio para tener un estilo de vida diferente, yo no sé si mejor pero sí diferente” (GC)

Según lo expresa GC el acompañamiento se da a las personas que tienen algún problema en el campo psicológico y que desean hacer un cambio al respecto. Pero en

esta relación, es tan importante el deseo de cambio del paciente como el deseo del terapeuta para acompañar.

“Por eso digo uno ni carga, ni tolera sino que acompaña, entonces yo soy una acompañante, me gustan las personas, me gusta poder acompañar y creo que la vida acompañada es mejor... entonces mi trabajo es acompañarlo a usted y mostrarle los diferentes caminos para usted, para el estilo de vida que usted eligió” (SM)

Es importante la capacidad de decisión porque tal como se ha indicado el terapeuta acompaña por un tiempo específico y posterior a eso el paciente debe continuar sin él, asumir su vida y tomar decisiones sin el terapeuta.

“El espacio de las intervenciones la satisfacción esta del orden de la dimensión y de los valores que yo creo, para qué sirve esto: para que el otro se encuentre así mismo, sea más si mismo, se individúe, para todo eso; pero si está buscando eso yo lo acompaño, yo lo acompaño un ratico porque no se puede quedar aquí para toda la vida” (SM)

El lugar de acompañante que el terapeuta asume en vínculo con su paciente tiene un objetivo claro: estar con el paciente en ese proceso de búsqueda y cambio, y una vez que los objetivos propuestos sean alcanzados el terapeuta deja de acompañar.

- El terapeuta es un guía

El terapeuta además de acompañar a sus pacientes en el proceso de búsqueda y cambio, se convierte en un guía.

“El trabajo es ese, acompañar y puedo ser un guía pero no guía porque sepa cómo es el camino sino porque... una imagen que yo uso para explicarle a los estudiantes como es que funciona la vaina es: nosotros somos como los taxistas, el taxi

es mío y yo manejo, y tengo licencia para manejar, usted me llama y yo voy y la recojo y ya usted me dice a dónde quiere ir porque yo no sé usted dónde vive, pero yo manejo, yo conozco mi carro y conozco la ciudad, ahora usted me tiene que decir donde vive, hay unos pacientes que te dicen: yo vivo en la calle tal con tal, que queda cerca de tal y yo lo llevo allá porque sé cuál es el camino para ir allá; mientras que hay otro que te dice: ahh yo vivo en una casita con dos palmas, umm y ¿usted sabe por dónde queda? No, pero yo vivo allá. Entonces ¿qué hacemos? Vamos a buscarla, yo manejo y usted me va diciendo lo que conozca, yo lo que hago es manejar porque eso es lo que se” (SM)

Se entiende que guía no es aquel que conoce todo, que lo sabe todo, sino aquel que tiene un conocimiento y unas herramientas de búsqueda que pone al servicio del paciente y que le permiten en su compañía encontrar aquello que está buscando.

- El terapeuta sanador

Se hace alusión a que el terapeuta conoce el dolor, es sensible al dolor del otro y a su propio dolor.

“Me gusta el mito del sanador herido, el mito es muy bello porque Heracles sabe de lo humano, no de los seres humanos y el clínico también tiene que saber de lo humano, del dolor humano, saber que existe pero lo peor es que sabe que no se lo puede curar y en el momento dado renunciar. Quirón en el momento dado renuncia y como no puede morir cambia su vida, su lugar con Prometeo que esta encadenado, y ese es el lugar del terapeuta un lugar doloroso y solo” (MH)

El terapeuta en el proceso de acompañamiento a sus pacientes, logra acercarse y reconocer el dolor que estos llevan a consulta, es la empatía la que le permite desplegar los recursos para ayudarlo a “sanar”; aun cuando en su interior también haya dolor.

- El terapeuta asume a cada paciente como un reto

Como se indicó antes, el lugar en el vínculo terapéutico se construye desde las particularidades y formas de relación de cada persona. Cada paciente llega al espacio con una historia de vida, con una forma de ser y desde allí se relaciona.

“Cada paciente es un mundo” (HL)

“Para mi cada paciente (...) cuando está llegando un ser humano donde usted, es un reto nuevo” (GC)

Al ser cada paciente un mundo diferente se convierte en un reto para el terapeuta, quien continuamente debe aprender del otro, de ese que llega a su consulta teniendo en cuenta que la práctica clínica no se realiza solo desde los conceptos y teorías aprendidas sino desde la interacción en la relación con cada paciente.

“En su trabajo diario, en su profesión, en su quehacer diario tiene que ponerse retos, no es como usted aprender a manejar una máquina, que con el tiempo usted lo hace también que no le tiene que poner cuidado sino que lo hace de memoria; no, mire que cada paciente que llega es un reto nuevo” (GC)

El reto que representa el paciente para el terapeuta está dado por las particularidades del caso y sobre todo por la dinámica relacional que se gesta entre ambos. El terapeuta desde el lugar que ha construido para atender a sus pacientes asume el reto de conocerlo y relacionarse con él con el fin de obtener los logros propuestos en el proceso.

6.2.3. Condiciones para el vínculo

El establecimiento del vínculo depende tanto del paciente como del terapeuta, pero es el terapeuta quien dispone las condiciones para este sea posible.

Entre las condiciones se encuentran: la congruencia del terapeuta, la consideración positiva incondicional, la comprensión empática, la calidad humana y el proceso personal.

Para hacer referencia a las condiciones que deben ser tenidas en cuenta por parte del terapeuta para el vínculo terapéutico, FL cita a Rogers quien propone tres condiciones: la congruencia, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática.

a. La congruencia

“Para Rogers la congruencia tiene que ver con que el terapeuta sea capaz de ser consecuente consigo mismo y acompañar a la otra persona para que lo sea, para que tenga una correlación entre lo que piensa, siente y expresa, que haya una integración en esos aspectos” (FL)

Esta condición se relaciona directamente con la persona del terapeuta, de quien se espera pueda integrar sus pensamientos, sentimientos y expresiones consecuentemente, y en esa medida poder acompañar a su paciente en el proceso.

b. La consideración positiva incondicional

“Es aceptar a la persona valiosa y aceptarla como es, sin juzgar o justificar sus sentimientos, comportamientos o actitudes, podríamos llamarlas poco sanas o no

adecuadas, y no juzgarla sino valorarla como persona y ahí acompañarla en ese proceso para que resuelva sus asuntos” (FL)

Para que el vínculo sea posible, el terapeuta debe aceptar a su paciente tal como es y acompañarlo en su proceso valorando en él la persona que es, sin juzgamientos.

c. La comprensión empática

“Rogers la plantea como la capacidad que tiene el terapeuta de percibir la realidad del otro desde su propio marco de referencia con los sentidos y los significados que para él tienen; como si fuera el otro pero teniendo claro que no lo soy porque si pierdo esa condición caería justamente en ese asunto de la identificación, entonces yo puedo comprender que lo que le pasa al otro lo afecta de una manera particular, pero que yo no soy el otro” (FL)

La tercera condición propuesta por Rogers según FL tiene que ver con la capacidad del terapeuta de comprender el dolor del otro desde una postura empática, que a su vez le permite diferenciarse de él. El terapeuta no siente el dolor del otro pero si lo comprende.

Por su parte PM hace alusión a *la aceptación incondicional*, la cual se relaciona con la *consideración positiva incondicional* desarrollada antes por FL.

“La aceptación incondicional que es cuando tu aceptas a ese otro que llega, viéndolo como es y aceptándolo como es, sin hacer juicios de valor o rechazo, de malestar por ese que yo estoy viendo con ciertas características o deteriorado, oliendo maluco, sucio ¿cierto? Es aceptarlo así como es, con sus enredos, precisamente con sus confusiones...así también debo aceptarlo” (PM)

En síntesis, del terapeuta depende que las condiciones para el vínculo se den, desde su proceso de formación, siendo congruente consigo mismo, aceptando a su paciente tal y como es, y comprendiendo su dolor, sin identificarse con él. Además, de estas condiciones propuestas por Roger se encuentran otras cualidades propias de la persona del terapeuta que se ponen en juego en la relación con sus pacientes y posibilita la vinculación.

d. Calidad humana

Al respecto GC, expresa que el terapeuta posibilita que el vínculo se establezca mediante el trato que les da a los pacientes que llegan a su consulta.

“El vínculo es esa relación entre el terapeuta y el paciente, que depende mucho de cómo actúa el psicólogo, cómo trata a esa persona que llega donde él” (GC)

Brindar un trato adecuado a los pacientes, no solo da cuenta del rol del terapeuta en ese contexto, sino de unas cualidades de la persona que está asumiendo dicho rol.

“Que haya calidad humana, que verdaderamente seamos personas, no trabajamos con materiales sino con una persona igual a nosotros, que haya calidez y principalmente que esa persona se sienta escuchada” (GC)

En el encuentro con el otro, no solo entran en juego los roles que se han establecido para ese vínculo, sino también la persona del paciente y la persona del terapeuta. Reconocer esta interacción le permite al terapeuta poner al servicio de este vínculo algunas de sus cualidades personales.

e. El proceso Personal

GC hace alusión al proceso personal del terapeuta como una condición para el vínculo terapéutico.

“El vínculo va mediado en gran parte por el trabajo personal que haya hecho el terapeuta (...) si uno no tiene un trabajo personal uno no puede creer que vínculo y que psicoterapia y todas estas cosas pueden ser exitosas” (GC)

En este sentido el proceso personal del terapeuta no es solo una condición que posibilita el establecimiento del vínculo, sino también un mediador durante el proceso.

El paciente logra percibir el bienestar del terapeuta, a través de la actitud que asume frente a él, siendo esto lo que le permite al paciente vincularse.

“Pongámonos a imaginar que llegamos donde un terapeuta al que vemos muy amargado, que el saludo es muy seco, por encima empezamos a pensar que esa persona tiene un montón de problemáticas y que ahí no hay bienestar, entonces ahí yo no me vínculo” (GC)

En ese sentido, el reconocimiento que el paciente logra hacer sobre algunas problemáticas del terapeuta que afectan su bienestar, dificultan la vinculación.

“Los pacientes se lo pillan, entonces se van quedando sin pacientes... los pacientes se van” (HL)

“Cuando los pacientes dejan de llegar es porque algo con el terapeuta no está funcionando” (GA)

Si bien, las problemáticas del terapeuta pueden afectar el establecimiento del vínculo también afectan la permanencia del paciente en él.

6.2.4. Características del Vínculo

Las características del vínculo terapéutico se presentan en cuatro aspectos: primero, es exclusivo de la relación terapéutica (*la demanda y el afecto*); segundo, el

vínculo engancha al paciente y al terapeuta al proceso; tercero, el vínculo debe cuidarse (*ajustes al vínculo*); y cuarto, el vínculo produce el cambio en el proceso de psicoterapia (*afecta al paciente y al terapeuta*).

a. Es exclusivo de la relación terapéutica

Se establece entre una persona que tiene un saber y asume el rol de terapeuta y una persona que busca ayuda y asume el rol de paciente. Aunque está mediado por el afecto y por la constante interacción se diferencia de los vínculos de amistad y amorosos.

“Para mi es la condición, de hecho yo le digo a mis estudiantes la diferencia entre un trabajador social, un sociólogo o cualquier otro tipo de profesional con la psicología es el vínculo, que nosotros desde el primer momento que estamos preguntándole al sujeto cómo se llama ya nos estamos conectando con él, o sea hay una intervención directa” (MN)

Entre los aspectos que diferencia en el vínculo terapéutico de otros vínculos se encuentran: la demanda y el afecto.

- La demanda

La especificidad del vínculo terapéutico está dada por la demanda de ayuda que el paciente, en un contexto terapéutico, le hace al terapeuta.

“Yo creo que la relación es universal, pero el vínculo es terapéutico, la relación se vuelve un vínculo cuando hay un paciente, es decir un paciente que se pregunta por sí mismo... lo que llamamos una demanda, y ahí hay un vínculo” (GA)

Ya se indicó que el vínculo se establece a partir de la demanda que el paciente hace al terapeuta, entonces, si no hay demanda no hay vínculo, y si no hay una demanda que motive la construcción de un vínculo, la psicoterapia no tiene razón de ser.

“Yo tengo relación con todas las personas que vienen al consultorio, pero vínculo con mis pacientes. Y yo lo diferencio así: hay personas que vienen dos o tres veces pero no son mis pacientes desde lo técnico, porque vienen a una asesoría o por algo puntual” (GA)

Como se ha indicado, el vínculo terapéutico solo se establece con los pacientes, no con todas las personas que se relacionan con el terapeuta, ni con quienes se coincide en un espacio terapéutico, tampoco con todas las personas que asisten a consulta.

- El afecto

Además del saber que posee el terapeuta y de la demanda de ayuda del paciente que acude a él, para el que el vínculo sea posible se requiere de cierta disposición emocional en la cual el amor es fundamental.

“Tú no puedes tener un vínculo terapéutico sin amor, eso es imposible” (GA)

“Para mí el vínculo es lo que se establece entre dos personas, y que desde mi parecer puede ser un vínculo de amor, estableciendo la diferencia de un vínculo amoroso” (ML)

El amor propio de los seres humanos, y que hace parte de todas las relaciones interpersonales es el que le permite al terapeuta disponerse para ayudar a otro en sus búsquedas personales.

“El vínculo terapéutico es una relación mediada en principio por el afecto, pero también por una posición sincera de ayuda, y es que usted viene porque desea saber algo de usted” (MH)

Si bien el vínculo terapéutico se encuentra mediado por el afecto y puede ser “un vínculo de amor” tal como expresa ML, no es un vínculo amoroso, ni un vínculo de amistad.

“En la psicoterapia el vínculo no es de amistad, es un vínculo terapéutico” (GC)

“Es una relación que es terapéutica, yo no me voy de vinos con mis pacientes” (SM)

En síntesis, la especificidad del vínculo está dada por la demanda de ayuda que el paciente hace al terapeuta; a partir de allí se crea un vínculo que tiene como objetivo ayudar al paciente a través del afecto. Son estas características las que hacen que los encuentros entre paciente y terapeuta sean netamente terapéuticos.

b. El vínculo engancha

Como ya se indicó, el vínculo es la condición básica para el proceso de psicoterapia; se considera así por ser éste el que permite que el paciente se “enganche”, es decir, decida quedarse en dicha relación e iniciar un proceso.

“El vínculo tiene que ver con engancharse” (SM)

“El vínculo es donde se engancha, y el paciente se queda o se va” (GC)

El terapeuta tiene un rol activo en el enganche; del trato que éste les brinde a los pacientes desde las primeras sesiones dependerá que el enganche sea posible y el paciente decida quedarse en el proceso.

“De la forma como estés tratando a tu paciente desde el inicio, porque las primeras sesiones son importantísimas, depende de que la persona se enganche en el trabajo o no, porque muchos vienen a probar, voy a ir a ver qué pasa” (GC)

GC reconoce que algunos pacientes buscan el espacio terapéutico por “probar” y “ver qué pasa”, pero de esos pacientes solo quienes logran establecer un vínculo con el terapeuta logran engancharse en el proceso.

“El vínculo es usted poder enganchar esa persona y que esa persona logre quedarse ahí, aunque usted le saque la rabia, la piedra, porque muchas veces pasa... eso es lo que lo mueve a uno de esa zona de comodidad y en el momento en que alguien lo sacude y le dice pilas pues, despierte a ver ¿sí?” (GC)

Es el vínculo con el terapeuta el que le posibilita al paciente engancharse al proceso, y es el enganche el que le permite al paciente quedarse en el proceso aun cuando éste genere sentimientos de rabia y movilice aspectos que generen en él algún malestar.

c. El vínculo debe cuidarse

Ya se ha indicado que el vínculo posibilita el proceso, que es una condición básica y que sin él el proceso no es posible; al ser así, el terapeuta debe cuidarlo soportándose en su proceso personal.

“El del trabajo personal de psicólogo es tan importante en el vínculo que permite cuidar que la relación no se vaya a romper antes de tiempo, sino que llegue un momento en que haya un enganche, se forme este vínculo, pero también que se vaya llegando un momento en que todos dos se preparen para separarse, no para romper el vínculo...” (GC)

Para cuidar el vínculo no se requiere de un despliegue de conceptos y técnicas; éste se cuida por medio del trato, la alimentación y la retroalimentación continua.

Por su parte, SM hace referencia al agente 86 para metaforizar el vínculo como esa burbuja que debe ser cuidada.

“El vínculo es una burbujita, el agente 86 tenía una burbuja en la que él se metía en las reuniones y nada se escuchaba, entonces de alguna manera ese es el vínculo y por eso lo guardamos, lo cuidamos... eso es lo que yo cuido, el vínculo” (SM)

Para cuidar del vínculo GC hace referencia al trato que el terapeuta le brinda al paciente a lo largo del proceso.

“El vínculo es una cosa muy importante que se alimenta y se retroalimenta continuamente, que se cuida sesión a sesión, porque el vínculo requiere cuidarse, porque si yo al principio te trato muy bien, en la fase del enamoramiento ta ta ta tá y después cuando llevamos ochenta citas entras y ni te saludo, suena el teléfono y ahí si contesto, no” (GC)

Aspectos tales como el respeto y la cordialidad en trato permiten mantener y cuidar el vínculo a lo largo del proceso, independiente de la cantidad de citas que con cada paciente se lleve. Para ejemplificar la importancia de cuidar el vínculo terapéutico GC hace referencia a las relaciones de pareja “con la novia”.

“Uno se consigue una novia, entonces uno va y todo muy bien, pero algún día no se apareció entonces algo tiene que hacer para que el vínculo no se rompa y no se acabe de quebrar porque de todas formas ya se hizo unaaa... entonces es algo que se tiene que alimentar y retroalimentar sesión a sesión” (GC)

Las dificultades que se presentan a lo largo del proceso de psicoterapia pueden afectar la vinculación, generando sentimientos de odio y ambivalencias, que de no ser reparados pueden romper el vínculo.

“Ese vínculo se tiene que ir alimentando porque se presentan escollos, en la relación terapéutica también se pueden presentar porque como te digo a veces el paciente sale amándome y yo soy lo mejor, pero otras veces me odia y dice ese viejo hp jajajaja” (GC)

La dinámica propia del proceso psicoterapia va generando situaciones que hacen necesario realizar retroalimentaciones. Con el fin de cuidar el vínculo se hacen ajustes al vínculo.

Al ser una construcción en la que intervienen dos personas, el vínculo es dinámico, y en la medida en que el proceso va desarrollándose se presentan cambios que hacen necesaria la realización de ajustes continuamente.

“Siempre hay algo que pulir en la relación terapéutica” (GC)

GC se refiere a estos ajustes como “pulir” dejando ver que el objetivo es afinar o mejorar dicho vínculo.

“Entre ambos se toman decisiones con respecto a lo clínico y a la interacción” (MN)

Para “pulir” es necesario tomar decisiones durante todo el proceso, en la interacción, en los temas que se abordan y en el ritmo del mismo, éstas decisiones son tomadas en conjunto.

d. El vínculo produce el cambio

El vínculo terapéutico se establece entre un persona que llega a consulta en busca de ayuda y el terapeuta que está allí dispuesto a propiciarla, valiéndose de su experiencia en el ejercicio clínico y de la formación que al respecto tiene; pero más allá de la experiencia y del conocimiento del terapeuta, los logros del proceso y los cambios que en éste se dan, se deben al vínculo.

Así lo expresan GC y PM:

“En la psicoterapia lo que sana es el vínculo” (GC)

“El vínculo produce el efecto que se espera en un proceso” (PM)

Así mismo, FL cita a Rogers para hacer mención del efecto del vínculo terapéutico en el proceso de psicoterapia.

“Rogers dice muy claro: la sola relación terapéutica genera un cambio, además de todas las técnicas que se apliquen” (FL)

“Los logros están influidos o dados por ese proceso de acompañamiento, ¿mediado por la relación? lo que pasa es que... difícilmente eso es posible sin la relación, porque además si eso fuera posible sin la relación, yo me atrevería a decir que la persona no iría a consulta y habría una “autoterapia” - si es que se puede llamar así-, porque no tendría sentido ir a consulta si eso fuera posible sin la relación, sin la relación yo no voy a terapia, porque lo que posibilita ese acompañamiento es la relación” (FL)

Se hace énfasis, en que el vínculo que produce los cambios es el un vínculo que se ha construido sanamente, es decir, se requiere de un vínculo positivo, constructivo y sanador. Es decir, es preciso un vínculo con unas características especiales para que la obtención de los logros sea posible.

“La sola relación sanamente desarrollada o estructurada, produce cambios” (FL)

“Un vínculo sanador, positivo y constructivo es el que genera ese cambio o produce lo que la otra persona está esperando encontrar, su estabilidad, su bienestar” (PM)

Si bien en el proceso de psicoterapia son importantes las técnicas que aplica el terapeuta desde su experiencia y formación, lo que hace que las personas vayan a consulta es la posibilidad del encuentro con el otro.

- El vínculo terapéutico afecta al paciente y a la persona del terapeuta

El vínculo terapéutico se establece entre el paciente y el terapeuta, se construye para el paciente quien acude a consulta en busca de ayuda, siendo dicho vínculo el que genera los cambios durante el proceso. Pero aunque el objetivo es el paciente y la demanda que ayuda que él realiza, en esta interacción tanto paciente como terapeuta se ven afectados por el vínculo.

“El vínculo terapéutico tiene un papel muy importante, desde la perspectiva de este enfoque el proceso es una relación persona a persona, es un encuentro entre dos personas, la persona del terapeuta y el paciente o consultante, como lo quieras llamar, y en esa relación cada uno se ve afectado en la dinámica propia” (FL)

La continua interacción y los movimientos que durante el proceso se dan, afectan a ambas personas, paciente y terapeuta.

“Cuando se lleva a cabo un proceso terapéutico de una u otra manera ambas personas se ven afectadas en el proceso y de hecho no de la misma manera. Cuando digo afectada me refiero no solamente en términos de lo negativo sino también de lo positivo, pero se ven afectadas” (FL)

En síntesis, la participación de ambos, paciente y terapeuta, en la construcción del vínculo, desde el establecimiento, los ajustes y el proceso en general, hace de éste una vivencia mutua en la cual ambos están implicados y por ello afectados, aunque no de la misma forma por lo que el rol y el motivo de la vinculación representa.

6.3. LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Este apartado sobre la persona del terapeuta se desarrolla en tres aspectos: primero, la perfección del terapeuta, que hace alusión a esa idea que en general se tiene sobre las personas que se dedican a esta labor, idea frente a la cual los participantes tienen otra percepción; segundo, la vida personal del terapeuta y su rol profesional en la cual se evidencia que ser terapeuta obedece a uno de los roles que la persona asume en su vida, y también, la influencia de las características personales del terapeuta en su estilo de intervención; y tercero, los límites entre la vida personal y el rol profesional, estos límites tienen que ver con *diferenciar los espacios y limitar las comunicaciones entre: lo que el paciente sabe porque el terapeuta lo comunica y lo que el paciente sabe del terapeuta por fuera del espacio clínico.* (Figura 4).

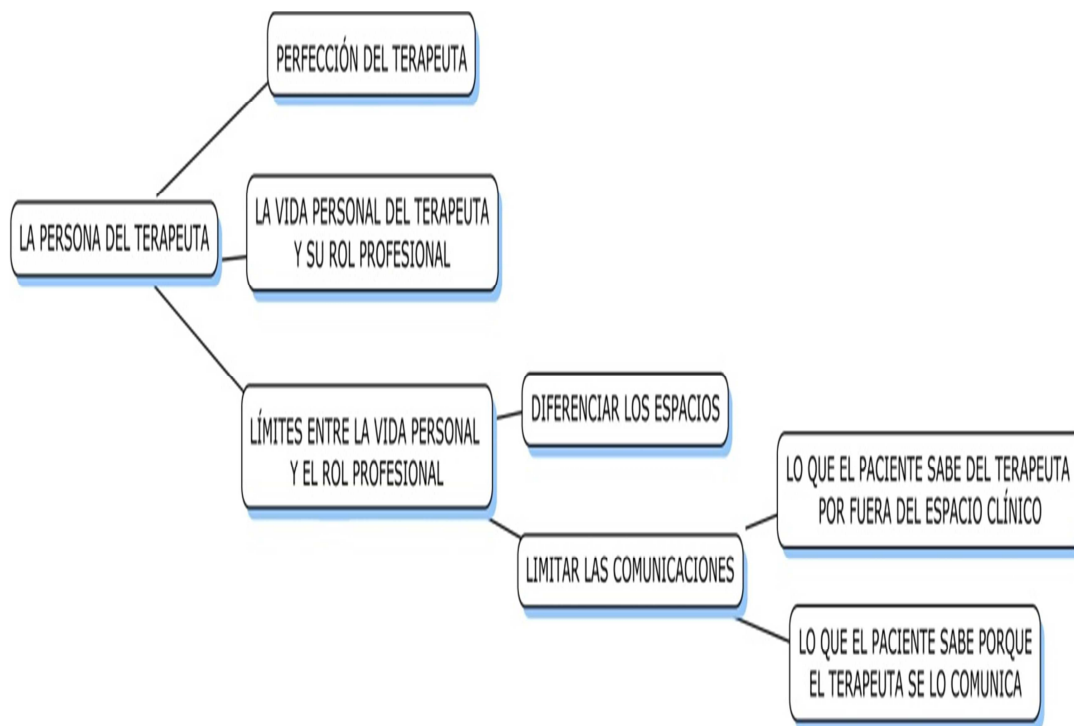


Figura 4. Esquema de la persona del terapeuta

6.3.1. Perfección del terapeuta

Durante el proceso de recolección y análisis de los datos se encontraron diferentes aspectos relacionados con la percepción del terapeuta frente a su rol en la sociedad y a las expectativas que la sociedad tiene frente a él.

Se presenta así, la idea del terapeuta como una persona con intachable conducta donde no hay cabida para la alteración en la expresión de emociones, y en quien el autocontrol y el buen proceder son facultades obvias. En general, se asocia a la persona del terapeuta con la perfección.

“La idea de que estamos en un pedestal, y que no vamos a cometer ningún error, y que tenemos que ser perfectos” (GC)

“El cuento de que somos perfectos y que no nos ofuscamos y que todo va bien, no, para nada, esto es una vida” (EA)

En contravía a lo que la sociedad piensa, el terapeuta se reconoce a sí mismo como una persona común con dificultades similares a las de las demás personas, que se diferencia de los otros solo por el conocimiento que el estudio de la psicología le permite. Por ello, la perfección no es una condición ni una característica de la persona del terapeuta.

“...la vida del terapeuta no fácil ni perfecta para nada” (SM)

“Ser terapeuta no es ser perfecto o inmune” (EA)

La elección de la psicología como profesión no implica unas condiciones humanas especiales; los terapeutas al igual que el resto de las personas tienen aciertos y desaciertos, dificultades y situaciones complejas.

“La mayoría de los terapeutas como el resto de las personas tenemos problemas económicos, preocupaciones, problemas con nuestra pareja, peleamos con nuestros hijos, se nos vencen las cuentas, o sea nos pasa lo que le pasa a todo el mundo” (ML)

Por lo tanto, las dificultades en el campo económico y en las relaciones afectivas generan en la persona del terapeuta preocupaciones al igual que a otras personas.

“Nosotros somos una gente común y corriente, y para eso es el trabajo personal porque tenemos los mismo duelos, las mismas pérdidas porque esa es la vida, porque todos vivimos las mismas dimensiones y los temas humanos son básicos, son los mismos” (SM)

Al igual que las personas que asisten a su consulta, el terapeuta también vive experiencias de pérdida y conflictos que lo llevan a consulta y a hacer su propio proceso personal.

Cada terapeuta a lo largo de su vida ha construido una forma de ser y de relacionarse con el mundo; esta subjetividad se reconoce también en su bienestar psicológico y en las formas de experimentarlo. Estas formas pueden estar, o no, en relación a las expectativas y normas sociales.

“Un psicólogo o psicóloga no necesariamente tiene que vivir de la forma más sana según lo que digan los cánones sociales de lo que es sano, puede que visite antros y en eso encuentre bienestar, y claro que lo que hace es malestar, pero para él era bienestar” (MH)

Aunque se preserve la subjetividad y las formas de bienestar que cada terapeuta tiene para su vida, hay un reconocimiento de lo que ser terapeuta implica a nivel social y para los pacientes; por ello *EA* hace referencia a que el terapeuta debe tener “una vida relativamente organizada”:

“No es que sea la vida de santos pero uno si tiene que ser muy prudente con lo que hace (...) Uno tiene que ser congruente con lo que hace, entonces para mi si, usted tiene que tener una vida relativamente organizada para poder trabajar con otro” (EA)

En síntesis, la persona del terapeuta al igual que otras personas tiene experiencias de vida que afectan su bienestar y que en ocasiones lo llevan a consulta; así mismo, el terapeuta decide las formas de bienestar y cómo conducir su vida, teniendo en cuenta que su rol tiene implicaciones a nivel social, pero también que es una persona común que se aleja de la percepción de perfección de que ella se tiene.

6.3.2. La vida personal del terapeuta y su rol profesional

Cuando se habla de la persona del terapeuta se está haciendo referencia a la persona que decide dedicar su actividad profesional a la psicoterapia, entendiendo que

ser terapeuta es una elección que la persona realiza pero que no es lo que define su vida, sino que hace parte de ella.

“Es que un terapeuta no deja de ser persona, y no se puede olvidar de eso” (FL)

“Uno es una persona que asume roles (...) porque yo soy un ser humano, no soy solo la terapeuta, soy *MN* la que asume un rol; y reconocer mi lugar de humanidad para mi es bienestar” (MN)

Para el terapeuta, reconocer su lugar como persona o “de humanidad” como lo expresa *MN* hace parte de su bienestar psicológico.

En tanto, el rol de terapeuta hace parte de una serie de roles que la persona del terapeuta asume en su vida. Es el caso de *FL* quien se reconoce como persona, profesor y terapeuta, separando cada rol y asumiéndolos según el contexto en el que se encuentre.

“Yo soy psicoterapeuta cuando estoy en consulta, yo salgo de consulta y soy *FL*, y en la universidad soy profe cuando estoy en clase, pero cuando salgo soy *FL*. Aunque muchos piensan que es muy difícil separar eso, es lo posible; es fundamental tener claro que antes de ser terapeuta yo soy persona” (FL)

Cuando el terapeuta logra separar su vida personal de los diferentes roles y actividades que realiza en el día a día, puede desempeñarse en cada uno de estos preservando un lugar para la persona que es.

Si bien, el terapeuta puede separar su vida personal del rol profesional con el fin de mantener su lugar como persona, es inevitable que algunos aspectos de su vida personal y de su forma de ser terminen haciendo parte de su rol como terapeuta y *definiendo su estilo de intervención* porque el terapeuta se relaciona e interviene no solo desde su formación profesional sino también desde lo que como persona es.

“Cada clínico le da un matiz a la intervención, le da como su propio... le da su estilo propio a lo que hace” (PM)

El rol terapéutico, las relaciones y las intervenciones que como terapeuta se hacen, están nutridas de las características propias de la persona del terapeuta.

“En terapia tú no eres distinto de cómo eres con tu hijo, con tu pareja, con tus amigos; tú no eres otra cosa, yo soy yo aquí y en todas partes; entonces se pone en juego todo, mi manera de ver la vida, yo soy una persona particularmente positiva y eso es lo que yo le transmito a los pacientes” (ML)

Son las particularidades propias de la persona del terapeuta las que posibilitan que cada profesional construya un *estilo propio para la intervención* y el ejercicio clínico.

6.3.3. Límites entre la vida personal y el rol profesional

Para el terapeuta es posible preservar la intimidad de su vida privada y mantener su rol profesional mediante el establecimiento de límites.

“Uno puede poner los límites, porque yo no puedo dejar de ser yo, porque sería algo como... un trastorno de personalidad, porque yo soy yo en todas partes, pero me pongo límites” (MN)

Al hablar de límites se está haciendo referencia a la capacidad del terapeuta de diferenciar los espacios y limitar las comunicaciones (qué se dice y qué no se dice) a los pacientes.

a. Diferenciar los espacios

Para preservar el rol profesional el terapeuta es cuidadoso con las actividades que realiza aun cuando no está ejerciendo como terapeuta; en su tiempo libre tiene

presente la responsabilidad consigo mismo, como clínico y las posibles implicaciones de su actuar en la imagen que sus pacientes tienen de él.

“Uno tiene que cuidar su vida personal, a ningún paciente mío le gustaría verme a mí en el Lleras borracha; si yo me voy a emborrachar lo hago en mi casa o en la casa de alguien con un grupo cerrado de amigos, como clínica tengo que guardar mi nombre y una apariencia” (EA)

Si bien, el terapeuta tiene la libertad de hacer cuanto desee en los momentos en cuales no está atendiendo consulta, se reconoce la importancia de cuidar su comportamiento en lugares en los cuales pueda coincidir con sus pacientes. El terapeuta debe cuidar su imagen.

“Yo tuve un practicante que era cantante en un grupo de música tropical, y ella decía: yo no voy a hacer clínica, porque a ningún paciente le gustaría ver a su terapeuta con una ombliguera parada en una tarima; yo estoy de acuerdo con eso” (EA)

Ser terapeuta implica desempeñar un rol que está cargado de expectativas tanto para los pacientes como para la sociedad en general, pero más allá de esas expectativas lo que prima es la percepción que el propio terapeuta quiere transmitir a sus pacientes; por eso es su decisión velar por sus actuaciones dentro y fuera del espacio clínico. Y tal como lo ejemplifica EA, es posible decidir no ejercer como terapeuta cuando otros aspectos del estilo de vida propio no coinciden con esa imagen que desea proyectarse.

b. Limitar las comunicaciones

Cuando se hace referencia a limitar las comunicaciones se hace pensando en la importancia de restringir el conocimiento que el paciente tiene sobre la vida personal del terapeuta. Aunque, aquello que el paciente conoce de la persona del terapeuta, es

posible en dos escenarios: primero, lo que el paciente sabe del terapeuta porque él mismo lo revela en el contexto clínico, y segundo, lo que el paciente sabe del terapeuta por fuera del contexto del clínico, sin que sea revelado directamente por el terapeuta.

- Lo que el paciente sabe porque el terapeuta lo comunica

En el primer escenario, algunos aspectos de la vida personal del terapeuta son puestos en evidencia en el espacio clínico como una intención del terapeuta.

Por ejemplo ML, se reconoce como transparente con sus pacientes y permite que ellos conozcan diversos aspectos de su vida.

“Yo soy muy transparente con mis pacientes ellos saben de mis gustos, de mi vida, de mis cosas” (ML)

Las revelaciones que el terapeuta hace al paciente sobre su vida personal obedecen a diferentes motivos: puede ser por asuntos éticos, por decisiones basadas en la técnica o por circunstancias de tipo práctico.

Con respecto a la *ética*, se hace alusión a las situaciones en las que durante el proceso de psicoterapia se presentan situaciones en la vida personal del terapeuta que afectan el curso de éste.

“(…) ellos tienen derecho a saber, porque aunque vomitar es feo, los terapeutas también lo hacen, entonces les dije por respeto a ustedes yo no soy capaz de seguir, me siento enferma, créanme que no son ustedes. Les conté que llevaba 15 días con dengue, con todo el amor del mundo les quiero ayudar pero en este momento no soy capaz. Ellos se fueron, cuadrarnos otra cita y volvieron e hicimos el proceso...” (ML)

Se hace alusión al derecho que tienen los pacientes de conocer los motivos por los cuales va a ser suspendida la sesión o el proceso, si fuera el caso; y al respeto que se

merecen los pacientes durante la sesión por medio de la disposición del terapeuta para atenderlos.

En ocasiones el terapeuta puede compartir cierta información de su vida personal, de forma intencionada, como una *técnica* cuando identifica que por medio de esta información puede ayudar a su paciente en el proceso de viene realizando.

“No es necesario que el paciente conozca lo que te está pasando, aunque uno a veces lo hace porque cree que puede ser una imagen que le sirve al paciente, uno puede decir: ‘ve si cuando murió mi padre pasó esto’ yo lo he hecho porque le sirve al paciente como imagen, porque siente además la horizontalidad y porque no va a estar sujeto al saber o al poder de uno sino que está en relación con un ser humano que también reacciona y ha tenido unas vivencias similares y puede ser una buena metáfora para él, si no es una buena metáfora para él no se la cuente, depende de la relación con ese paciente y de la relación con su mundo metafórico, porque de lo contrario no, guárdese” (HL)

Hacer uso de la información personal como una técnica para el proceso de los pacientes es posible por el conocimiento del vínculo que se tiene con ese paciente y de las características del paciente.

Y, en ocasiones en las que el terapeuta debe cancelar las citas por dificultades que se presentan en su vida personal, como a un asunto *práctico* puede compartir esta información con sus pacientes.

“Los pacientes también podrían saber que uno tiene problemas por ejemplo cuando uno tiene cancelar una cita, se me daño el agua en la casa, me torcí un tobillo, etc., los terapeutas también tenemos problemas porque también somos cualquiera” (SM)

Son estos casos en los cuales así el terapeuta quiera mantener su vida personal separada de la profesional, se ve obligado de revelarlas, debido a que estas situaciones no dependen de él, se salen de su control.

- Lo que el paciente sabe del terapeuta por fuera del espacio clínico

En el segundo escenario, el paciente conoce algunos aspectos sobre la vida personal del terapeuta sin que esto sea revelado directamente por él.

“Mi papá se me murió alguna vez en plena semana entonces no fui a trabajar; algunos se dieron cuenta por cualquier otra razón o lo que fuera y se habló aquí: ‘ahh que supe lo de tu papá’, y eso, y listo. Además yo empecé a trabajar cuando estaba lista para hacerlo y ya. Algunos preguntan: ¿qué pasó, usted se ve distinta? entonces sí: hubo una situación en mi familia, y ya la cosa pasa, porque mentiras tampoco decimos” (SM)

El paciente puede tener acceso a cierta información personal del terapeuta por otros medios diferentes a la comunicación en la relación terapéutica. En esos casos, el terapeuta debe ser cuidadoso a la hora de responder, ya que el paciente ya tiene un conocimiento y no es conveniente para el vínculo terapéutico incurrir en mentiras.

6.4. BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL TERAPEUTA

El bienestar psicológico del terapeuta se desarrolla en dos sentidos: primero, la relación entre la práctica clínica y el bienestar psicológico del terapeuta, y segundo, la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y la práctica clínica, para decir que el bienestar psicológico del terapeuta es una condición de posibilidad de la práctica clínica (Figura 5).



Figura 5. Esquema del bienestar psicológico del terapeuta

6.4.1. La práctica clínica y su relación con el bienestar psicológico del terapeuta

Para desarrollar la relación entre la práctica clínica y el bienestar psicológico del terapeuta se abordan los siguientes aspectos: la clínica y el buen vivir del terapeuta, aspectos de la práctica clínica que afectan el bienestar psicológico del terapeuta (*la implicación emocional en la terapias, la complejidad de los casos y el ritmo de trabajo*), la persona del terapeuta no sufre por las problemáticas de los pacientes (*por la situación del paciente y por la situación clínica*).

6.4.1.1 La clínica y el buen vivir del terapeuta

Se entiende *el buen vivir del terapeuta* como una forma de vida en la cual prima la búsqueda del bienestar y la vivencia de éste en las actividades que se desarrollan. Obedece a una posición personal que le permite al terapeuta bienestar psicológico en las diferentes esferas de su vida.

Según lo expresa GA el buen vivir del terapeuta puede reconocerse en que todo aquello que realiza, incluyendo su hacer clínico, está basado en la “lógica del placer”.

“Yo lo veo ahí, en los detalles lo tendría que resolver cada uno, es decir, cuáles son esos objetos de deseo para cada uno, pero que no se sufra con ellos (...) es un sujeto que sus elecciones son desde la lógica del placer, no sufre con lo que escoge, entonces nunca le da pereza atender un paciente, si es un hobby. Puede que uno salga un poco cansado físicamente pero sale feliz, es una elección”

La lógica del placer corresponde no solamente a la elección de aquellas cosas que producen placer, sino también aquellas que alejan del sufrimiento. La búsqueda de ese buen vivir implica tomar algunas decisiones que en su momento pueden representar malestar pero que tienen como objetivo de vida el bienestar.

Al reconocer el buen vivir como una forma de vida, también entran en juego otros aspectos propios de la cotidianidad, entre ellos los ingresos económicos, que representan para el terapeuta la posibilidad de acceder a ciertas comodidades que dan bienestar a su forma de vida.

“Los que nos dedicamos a la clínica sabemos que ningún psicólogo se gana en ningún empleo lo que se gana en el consultorio, eso también hace parte de un buen vivir, sin cobrar demasiado, con tarifas diferenciales, pero uno termina teniendo una vida estupenda y la clínica te termina dando buen dinero para vivir muy rico, que también me parece chévere. Primero vas a atender un paciente, luego dos, y después de 10 años muchos y vas a vivir muy bueno” (GA).

En relación a esa elección de la clínica como una forma de ejercer la psicología y las implicaciones de ésta para el buen vivir y por ende para el bienestar psicológico, de hace alusión a *la satisfacción por la práctica clínica* como la posibilidad de hacer del ejercicio clínico una experiencia de satisfacción que permita que el bienestar psicológico del terapeuta no se vea afectado, por lo menos en lo referente a su actividad profesional.

Para ello, y basado en su experiencia personal y profesional, el terapeuta debe tomar algunas decisiones respecto a cuáles casos atender y en cuáles puede construir una experiencia de fortalecimiento tanto para el paciente como para sí mismo.

“Ya estoy en el lugar donde atiendo casos que yo sepa que me van a favorecer como persona y voy a poder favorecer al otro desde mi propio fortalecimiento” (MN)

En este apartado MN hace alusión a la implicación del *fortalecimiento* del terapeuta en el *favorecimiento* del paciente, dejando ver la incidencia de las características del terapeuta en los procesos de psicoterapia y específicamente en el

paciente. El bienestar en la relación terapéutica está pensado en doble vía: hay un interés por el bienestar del paciente pero dicha experiencia inicialmente debe representar bienestar para el terapeuta, para que desde allí, tal como lo plantea la cita, el terapeuta logre favorecer al otro. Hay una responsabilidad no solo con el otro sino con el mismo terapeuta. Es la responsabilidad por hacer de la terapia un espacio en el que tanto paciente como terapeuta logren ese fortalecimiento.

Dicha responsabilidad redunda en lo que SM nombra como “*satisfacción por la labor cumplida*” la cual obedece a una construcción del terapeuta a lo largo de su experiencia. Hay una ganancia no solo para el paciente sino también para el terapeuta quien encuentra “sentido” en su práctica clínica; esto redunda en bienestar psicológico y le satisfacción por su labor.

“Yo no sé si el bienestar o la satisfacción de la labor cumplida, de acompañar a otros da ese sentido, pero hay que construirlo, porque yo creo que así la vida tiene sentido” (SM)

Para SM es la satisfacción por el hacer clínico y el sentido que da éste a la vida; y para GA la clínica es más que una forma de ganarse la vida, es una pasión.

“Es un hobby, es una pasión, entonces no podría alguien ejercer cuando: ay no que pereza atender pacientes, y la gente sufriendo; jamás” (GA)

Deja ver que el hacer clínico se encuentra ligado a la convicción del terapeuta, expresando que no podría ejercer aquel que no encuentra satisfacción en esta práctica.

Estas expresiones ponen en evidencia que el quehacer clínico necesariamente debe estar atravesado por la satisfacción personal que el profesional encuentre allí. Hay una implicación personal que atraviesa la práctica clínica.

La satisfacción antes nombrada, está directamente ligada con el gusto y la convicción por la labor que se realiza; teniendo en cuenta que el ejercicio clínico por sus particularidades y carga emocional, requiere que el terapeuta encuentre en él una forma de disfrutar su hacer profesional. Además, es una construcción personal en la cual priman las expectativas y deseos personales, alejados de la necesidad de reconocimiento por parte de otros. Según ML, ello hace parte del bienestar psicológico del terapeuta.

“Bienestar psicológico en el terapeuta es que tú seas tú, que estés trabajando por tus propias expectativas, que no estés necesitado de un reconocimiento, de una imagen, sino que tengas esa fuerza que te da la capacidad de servir, que es como un plus que tiene tu trabajo, tu puedes ser muy buen terapeuta pero si a eso le sumas el gusto por el servicio tu terapia tiene un plus distinto, una mirada diferente” (ML)

Tal como se indicó antes, la dedicación a la clínica es una decisión que el terapeuta toma no solo desde los conocimientos teóricos y desde la oportunidades que ofrece el medio laboral, sino que implica que toda la persona del terapeuta se involucre allí, porque particularmente la labor terapéutica no es posible como un simple hacer, como la aplicación de unas técnicas y conocimientos a disposición del paciente; el trabajo terapéutico requiere de la disposición emocional del terapeuta para acompañar al paciente.

“El bienestar psicológico tendría que ver con el sentir, pero también con el sentido existencial del sujeto que es el psicólogo o el que elige estar sentado en esa silla, que la eligió libremente, que la trabajó, que le dio trabajo -porque no es gratis, ni fácil-, pero tiene que tener sentido, entonces el bienestar psicológico está en el sentido que tenga el trabajo con respecto a una filosofía general, a creencias personales, a una

vitalidad de sí, porque estoy haciendo lo que yo creo y que tiene sentido para mi vida”
(SM)

Encontrar satisfacción y un sentido existencial en el quehacer clínico solo es posible en la medida en que éste corresponda y obedezca a los deseos, a las creencias y al sentido que cada terapeuta ha construido para su vida.

6.4.1.2. Aspectos de la práctica clínica que afectan el bienestar psicológico

Se entiende que la afectación del bienestar psicológico del terapeuta, puede estar asociada a dificultades personales, pero también, a las funciones y actividades propias de la labor clínica, tales como: la implicación emocional del terapeuta en las terapias, la complejidad de los casos y por el ritmo de trabajo.

A continuación se presentan algunos aspectos asociados a la práctica clínica que pueden afectar el bienestar del terapeuta.

a. La implicación emocional del terapeuta en las terapias

Ya se ha indicado que la práctica clínica conlleva una serie de implicaciones para el terapeuta, que hacen de ésta una actividad exigente no solo en lo que a conocimientos y técnicas se refiere, sino al aporte emocional que realiza el terapeuta durante el proceso de acompañamiento, el cual puede resultar “agobiante” tal como lo describe PM a continuación:

“Realmente es un campo que agobia muchísimo al terapeuta... el terapeuta debe separarse de toda esa carga que genera el trabajo en este campo” (PM)

Por su parte (GC), reconoce la posibilidad de verse afectado por las problemáticas que sus pacientes traen a consulta.

“Si, yo los escucho y me digo: eso no me hace daño, pero tendría que aprenderlo muy bien para que eso realmente no me haga daño” (GC)

Es posible que aquello que el terapeuta escucha de su paciente resulte haciéndole daño, pero para ello, tal como lo indica GC, el terapeuta debe contar con un saber, un aprendizaje que le permita escuchar sin que esto suceda.

b. La complejidad de los casos

La labor clínica se basa principalmente en la atención y acompañamiento en situaciones conflictivas que representan un sufrimiento para quienes acuden a terapia. A lo largo de la experiencia se presentan casos que representan mayor complejidad, ya sea por la historia que trae el paciente o por el contexto en el que se dé la situación.

“Llegó un momento en el que tuve un caso bastante fuerte, yo ya venía muy aporriada... estaba saturada de todo, de todo, el nivel de los casos, la gravedad, estamos hablando de secuestro, extorsión, abuso infantil, violencia intrafamiliar, elaboraciones de duelo, masacres” (MN)

Es este caso en particular la afectación del bienestar del terapeuta se evidencia en las expresiones: *aporriada* y *saturada*, que utiliza la terapeuta para describir su estado emocional, y a ello se suma *la gravedad* de los casos.

c. El ritmo de trabajo

La actividad clínica puede ser desempeñada en diferentes contextos, ya sea en instituciones (públicas y privadas) o en los consultorios y espacios particulares; en todos éstos es frecuente encontrar que la demanda de atención clínica es alta, lo que implica que el terapeuta deba atender un número significativo de pacientes durante el día,

restringiendo el tiempo de atención a lo determinado en el contexto laboral y que deba ceñirse a los protocolos y parámetros determinados en dicho espacio.

“Entonces a veces, ¿cuántos pacientes se atienden en un día? Muchos. Y cada uno viene con una problemática diferente...” (GC)

Tal como lo enuncia GC no solo es la cantidad de pacientes atendidos durante la jornada laboral sino también las problemáticas que cada uno trae a la consulta.

La demanda de atención y la cantidad de pacientes atendidos dificultan la posibilidad para dedicar tiempo a la realización y puesta en práctica de otra serie de actividades que permitan el descanso y propendan al bienestar.

“Porque es que yo te lo digo, yo me he sentido absorbida -aquí te lo confieso- me he sentido... yo he permitido que la institución me absorba, entonces yo soy del trabajo a la casa y de la casa al trabajo” (PM)

“A mí me pagaban por hacer una sola cosa, atender pacientes y ya, era uno en un pueblo encerrado, porque no podía salir por la situación de violencia y paramilitarismo etc., entonces eran las mismas diez personas, las mismas diez familias” (MN)

Este ritmo de trabajo hace del ejercicio clínico una tarea mucho más difícil de lo que por su naturaleza es, conduciendo al terapeuta a estados de tensión, y tal como lo nombra la siguiente participante: *“al límite de desbordarse emocionalmente”*.

“Cuando te decía que llegue a un límite fue porque ya era como crónica de una muerte anunciada, yo ya sabía que un caso más y me iba a desbordar emocionalmente; y efectivamente, llego uno (...) yo creo que en cualquier momento de la vida un caso como el que atendí hubiese sido difícil, pero en ese momento, donde yo ya estaba muy saturada fue el más difícil” (MN)

Lo anterior permite ver que no solo es la complejidad de los casos atendidos sino el nivel de “*saturación*” que en ese momento este viviendo el terapeuta en relación a la cantidad de pacientes, lo que genera el “*desborde emocional*”.

Otro factor que se suma a la complejidad de los casos es la limitación en el tiempo, no solo en la consulta sino en el número de sesiones para el desarrollo del proceso de psicoterapia.

“Yo atendía casos demasiado fuertes para resolver en el menor tiempo posible”
(MN)

Esta limitación en el tiempo imprime mayor tensión al terapeuta, quien además de las dificultades de los casos tiene que atenderlos en cortos periodos de tiempo, dadas las reglamentaciones institucionales. Los psicólogos que atienden a sus pacientes en consultorios particulares no tienen esta limitación.

6.4.1.3. La persona del terapeuta no sufre por las problemáticas de los pacientes

La experiencia en el ejercicio clínico, la formación académica y el proceso personal le permite al terapeuta reconocerse como persona, identificando las dificultades y los recursos disponibles para diferenciar su vida personal de su rol profesional y de las problemáticas que el paciente trae a consulta.

El terapeuta protege su bienestar psicológico separando su vida personal del proceso que adelanta con sus pacientes.

“El terapeuta a pesar de sus asuntos personales y de las adversidades que está viviendo, puede establecer un límite, que le permita enfrentarse a las situaciones que plantea un paciente sin que eso lo toque y se le mezcle con los asuntos de él” (PM)

ML hace referencia al “proceso de autonegación” como la estrategia que permite el cuidado de la persona del terapeuta durante el proceso de psicoterapia con sus pacientes, citando a Michael Mahoney:

“En Michael Mahoney hay una propuesta muy bonita que es el cuidado del psicoterapeuta, obviamente en el momento en que tú estás atendiendo a tu paciente tú haces un proceso de autonegación, o sea tus dificultades no entran en juego, aunque obviamente tampoco te puedes olvidar de ellas pero las haces muy conscientes para evitar engancharte en los procesos del otro” (ML)

El terapeuta durante la atención a sus pacientes separa sus vivencias personales, y tal como lo nombra ML, no permite que sus “dificultades entren en juego” en ese momento, evitando así mezclar sus experiencias con las de los pacientes.

“Yo personalmente cuando estoy con mi paciente niego toda esa realidad y me centro absolutamente en él” (ML)

“Yo si te puedo decir que yo entro a la consulta y me olvido de muchas cosas de mi misma, pues estoy metida en cuerpo y alma con ese paciente” (MN)

Separar los problemas y la vida personal de la actividad clínica le permite al terapeuta continuar el ejercicio clínico aun cuando esté atravesando por dificultades.

“Si uno está mal y tiene problemas no es que... que se vaya tampoco, que eso lo vaya a imposibilitar para ejercer su profesión como clínico, no, que sepa poner esos límites, separar y no resultar llorando con el paciente” (PM)

“Nunca me afecta realmente por dolorosa que sea la situación, nunca me afecta a nivel personal” (ML)

En síntesis, para el ejercicio clínico el terapeuta, además de pensar en el bienestar de su paciente, protege el suyo separando las dificultades que a nivel personal pueda tener de aquellas que sus pacientes llevan a consulta.

Por otro lado, se hace referencia a *la experiencia como ese recurso que permite al terapeuta acompañar a sus pacientes sin que la persona del terapeuta se sufra por ello*. Los psicólogos clínicos a lo largo de su trayectoria han identificado que durante los primeros años de práctica profesional su vida personal resultaba afectada, debido a la situación del paciente o a la situación clínica.

“Yo te lo confieso... sobre todo al comienzo cuando alguien me relataban algo yo era: ¡ay no! y me imaginaba la película y era casi con esas ganas de llorar... pero afortunadamente nunca me ha pasado” (PM)

“En tus primeros años como clínica puede que te voltee una cosa hasta el punto que no podas trabajar ahí, pero cuando uno tiene la suficiente experiencia puede manejarlo, hasta ahorita yo lo he manejado” (EA)

En esas primeras experiencias aun no lograban separar a la persona del terapeuta del rol profesional; pero, la trayectoria en la práctica les permite enfrentar situaciones complejas sin que ello los afecte, tales como: *la situación del paciente y la situación clínica*.

a. Por la situación del paciente

La experiencia le permite al terapeuta acompañar a sus pacientes, aun en las situaciones más críticas, sin que ello altere la tranquilidad y el descanso del terapeuta.

“La experiencia también hace que uno vaya asumiendo una posición y logre aceptar y comprender eso. O sea, si alguien desertaba del tratamiento o si alguien se suicidó, pues es muy duro pues, pero yo no me puedo morir también con el otro” (PM)

“Tampoco me quedo preocupada por qué pasó, qué pensó y eso, no, yo no me afecto ya por eso” (ML)

Hay un reconocimiento de la complejidad de algunos casos y situaciones clínicas, pero el terapeuta mantiene su rol profesional, acompaña al paciente hasta donde sea posible y continúa con su vida, comprendiendo que su acompañamiento tiene límites.

“La persona del terapeuta contiene muchas más cosas de la vida del terapeuta, y el entrenamiento, la práctica y el trabajo personal le posibilitan seguir trabajando como terapeuta, independiente de que hayan muchas cosas” (MS)

Es así como la experiencia en la práctica clínica y proceso personal le permite al terapeuta no alterar su vida personal por las problemáticas de sus pacientes, y continuar su vida personal y profesional.

b. Por la situación clínica

La persona del terapeuta desprovista de la experiencia y el adecuado manejo de sus emociones a la hora de escuchar a sus pacientes, puede tener dificultades para separar las vivencias, conflictos y el dolor de sus pacientes de su propio sentir.

“Tiene que ver con la experiencia, porque yo recuerdo que cuando yo estaba haciendo la práctica yo me podía despertar a media noche a pensar en una paciente, ya no, a menos que esté en una crisis muy severa y que realmente tengamos una situación

delicada, me preocupo pero ya no a media noche. Ya uno va aprendiendo a manejar el asunto” (EA)

Es precisamente, la experiencia en la atención a ciertas situaciones y el manejo de las emociones que frente a ellas se genera, lo que le permite al terapeuta mantener su lugar y no preocuparse más allá de lo que la situación exige, y en esa medida preservar su bienestar psicológico.

6.4.2. El bienestar psicológico del terapeuta como condición de posibilidad de la práctica clínica

Para el desarrollo del bienestar psicológico como una condición de posibilidad para la práctica clínica se hace referencia a: la coherencia del terapeuta, al buen vivir del terapeuta (*el paciente se identifica con el buen vivir del terapeuta y el buen vivir como un soporte para la terapia*), y el bienestar psicológico en la práctica clínica (*la técnica, la ética y relacional*), a las formas de promover el bienestar psicológico (*revisarse y el proceso personal*), y por último, el bienestar psicológico del terapeuta y los logros del proceso de psicoterapia.

Tal como se indicó en la categoría del *bienestar psicológico* éste es subjetivo y obedece a una construcción personal a lo largo de la vida. Es el sujeto quien determina las formas del bienestar para sí mismo, y decide si buscarlo o no. Por lo tanto, el *bienestar psicológico del terapeuta*, al igual que el bienestar del resto de las personas, depende del sujeto y de las acciones que éste emprenda para lograrlo. Si bien, se indicó que la decisión de buscarlo o no es opcional, en el caso de los terapeutas hay algunas particularidades asociadas a su hacer profesional que hacen que el bienestar psicológico

y la búsqueda de éste no sea opcional, sino que se presente como un deber o una *condición para la práctica clínica*.

Los psicólogos reconocen que el bienestar psicológico debe hacer parte de sus vidas no solo por las implicaciones que a nivel personal éste sugiere, sino también realizar su actividad clínica.

“Es el sujeto mismo el que tiene que estar en bienestar, el que tiene que tener un equilibrio en su vida cotidiana para poder estar con un paciente o con un grupo” (MN)

Es labor de los terapeutas buscar su bienestar psicológico, ya que éste les permite estar “lo mejor posible” en su vida personal y profesional, y posibilita llevar a cabo sus funciones.

“Como persona y psicóloga procurar estar lo mejor posible para poder pretender acompañar a otro” (PM)

Se hace referencia al bienestar psicológico como algo que se requiere para llevar a cabo las actividades propias del terapeuta, como: estar con grupos, con pacientes y acompañarlos. Es por ello que la particularidad en el bienestar psicológico del terapeuta obedece a que no se limita a la voluntariedad del sujeto para buscarlo sino que se presenta en él como un deber o una condición para poder llevar a cabo su práctica clínica.

A continuación se desarrollan algunos aspectos del bienestar psicológico que toman mayor relevancia en el terapeuta, a saber: la coherencia, el buen vivir (*el paciente se identifica con el buen vivir de su terapeuta y buen vivir un soporte para la terapia*), el bienestar psicológico del terapeuta en la práctica clínica (*técnica, ética y relacional*),

formas de promover el bienestar psicológico (*revisarse y proceso personal*) y por último, el bienestar psicológico del terapeuta y los logros del proceso.

6.4.2.1. Coherencia en el terapeuta

Cuando se abordó *el bienestar psicológico* se desarrolló el concepto de coherencia como una dimensión constitutiva del bienestar. Se entiende dicha coherencia como una dinámica en la cual tanto pensamientos, sentimientos y acciones se encuentran en relación al sentido de vida, y aquello que sucede en uno de ellos afecta a los otros.

Con respecto al bienestar psicológico del terapeuta, la coherencia se presenta como esa dimensión fundamental para aquellos que deciden dedicar su actividad profesional a la atención de pacientes.

“Como persona y psicóloga procurar estar lo mejor posible para poder pretender acompañar al otro... es la coherencia que debe haber en el terapeuta para poder aspirar a ser facilitador en el otro, también de esa búsqueda de la coherencia” (PM)

La coherencia tal como lo expresa PM permite “estar lo mejor posible” en lo personal y en lo profesional, aspectos fundamentales para desarrollar las funciones del terapeuta: acompañar y facilitar los procesos de los pacientes.

“El bienestar psicológico del terapeuta puede favorecer los logros en el proceso de psicoterapia... claro que sí, yo pienso que el bienestar psicológico del terapeuta si influye, porque si estamos hablando que el bienestar es todo esto que hablábamos de la coherencia, de generar unas condiciones, entonces, si yo no estoy en esas condiciones no estoy en ese bienestar, entonces ¿en la relación terapéutica qué voy a favorecer?” (PM)

Se encuentra una relación entre la coherencia del terapeuta y los logros del proceso, entendiendo que esta dimensión del bienestar psicológico le permite al terapeuta, no solo acompañar y facilitar, sino también favorecer la relación terapéutica y los logros del proceso.

6.4.2.2. Buen vivir del terapeuta

Tal como se desarrolló en el anterior apartado, el buen vivir del terapeuta se concibe como una posición personal en la cual prima la búsqueda del bienestar y la vivencia de éste en las diferentes actividades que se realizan en el día a día. Ahora, se establece una relación entre ese buen vivir y la práctica clínica en dos sentidos: primero, la identificación del paciente con el buen vivir del terapeuta; y segundo, el buen vivir del terapeuta como un soporte para terapia.

a. El paciente se identifica con el buen vivir de su terapeuta

El buen vivir del terapeuta al igual que otros aspectos de su vida profesional y personal, puede ser reconocido por los pacientes y tiene un efecto en los procesos de psicoterapia que lleva a cabo. Así lo plantea GA quien reconoce que el buen vivir trasciende la vida personal del terapeuta y tiene un efecto en la actividad clínica, en la medida en que es el paciente quien busca en el hacer, en las expresiones, en el físico y demás características del terapeuta manifestaciones de un buen vivir.

“...Hoy siento que si te tuviera que decir qué anhela el paciente del terapeuta: es que uno viva bueno. Y el paciente lo va detectando hasta en la disciplina, en lo juicioso de un terapeuta en el horario, hasta en cierta estética del espacio físico, hasta en como descansas (...) los pacientes cada rato hacen la referencia: ‘es que usted vive muy

bueno, es que que consultorio tan bonito, es que usted no trabaja los viernes ni los sábados entonces usted debe vivir muy bueno” (GA)

Algunos aspectos de ese buen vivir no son tan evidentes porque no se encuentran a la vista, como los mencionados anteriormente, pero el paciente interpreta algunas situaciones y las lee a la luz de ese buen vivir que busca en su terapeuta.

“En situaciones como: ¿Me puede atender el viernes? No, yo los viernes por la tarde no trabajo. ¡Ay que dicha! Pero son cosas del azar y más del imaginario del paciente, porque el viernes me dedico a la universidad, pero el paciente lo asume” (GA)

Es así como el buen vivir del terapeuta se implanta en el imaginario del paciente quien lee desde allí todo lo que acontece en relación a éste. Esa lectura que hace el paciente, más que ser una simple observación de la forma de vida de su terapeuta, surge de un deseo por reconocer en ese otro nuevas formas de desarrollar su vida, tal vez como un modelo a seguir, o como un referente de eficacia para su proceso personal, al reconocer que ese otro que intenta ayudarlo ha hecho ciertas elecciones a lo largo de su vida que ahora le permiten un buen vivir.

“Si algo aprecia el paciente en uno es que uno viva mejor que él, en términos de buen vivir, ¿ves? Como que el paciente siente que hay alguien que vive rico y que solo por eso es que lo puede ayudar” (GA)

El interés del paciente por conocer y leer la forma de vida del terapeuta está ligado a la percepción de eficacia de su proceso y a la posibilidad de ayuda por parte del terapeuta. El terapeuta y su buen vivir son un referente para él.

“El paciente también hace referencia a una cierta eficacia simbólica, con cierta exactitud (...) el buen vivir: si usted me va a llevar por la selva yo espero que usted

conozca la selva, por su puesto la edad con la edad siente el paciente que está más... Y el paciente atribuye cosas del terapeuta en tanto felicidad, curiosamente no lo veo tanto desde el saber no les importa de dónde salí, qué estudié, nada, sino como ciertas referencias, ¿usted vive bueno? Esas referencias sutiles al buen vivir del terapeuta”

Se reconoce entonces, que el buen vivir del terapeuta va más allá de una postura personal para desarrollar su vida, porque su rol y el efecto que tiene en los pacientes resulta ser un referente para su práctica profesional.

b. El buen vivir un soporte para la terapia

Como ya se ha indicado, el buen vivir el terapeuta tiene implicaciones no solo en la vida personal sino en la actividad profesional. Este da cuenta de una historia de vida en la cual las elecciones se han hecho desde la lógica del placer, las cuales han permitido el disfrute de la vida y de las experiencias que ella implica. Es precisamente esta lógica con la que se vive, la que le permite al terapeuta acompañar los procesos personales de sus pacientes. Así lo expresa GA:

“El buen vivir del terapeuta me permite saber que no todo es sufrimiento en el paciente, aunque tú sabes que hay algunas entidades clínicas muy difíciles; es lo que me garantiza tener la paciencia y la seguridad de decirle al paciente, tranquilo que yo sé para dónde vamos”

El buen vivir también da cuenta de un recorrido por diferentes situaciones y experiencias, que le permiten al terapeuta la seguridad a la hora de acompañar en el camino a sus pacientes.

“El buen vivir del terapeuta es lo que es capaz de sostener el sufrimiento del otro, porque sabe que al final hay un puerto con un helicóptero y nos vamos a devolver

al hotel, si yo no he recorrido ese camino me desespero con el sufrimiento del otro”
(GA)

La seguridad que la experiencia permite se convierte en una suerte de tranquilidad tanto para el terapeuta que conoce el recorrido que debe atravesar el paciente, porque ya lo ha recorrido, como para el paciente que siente seguridad en el recorrido que ha realizado el terapeuta.

“Hay dimensiones de la vida que golpean inevitablemente como la muerte de tal o la muerte de mi papá, y luego muchos años, después me encuentro con personas que han perdido sus padres en las condiciones que sea, es como decir si eso duele, y eso va a volver a pasar, y le ve a volver a dar el patatús, y volver a llorar... pues llore, pero sepa que eso pasa; y le preguntan a uno: ¿pero usted me está diciendo la verdad? Sí, le estoy diciendo la verdad, ¿y por qué, a usted se le murió su papá? Si” (SM)

En esa medida, es el terapeuta un guía que acompaña desde su experiencia, teniendo presente que durante el proceso hay tramos más complicados que otros, pero que finalmente se llegará al objetivo propuesto, o según lo expone GA al final del recorrido en barco.

“Yo lo relacionaría ahí, ¿cómo incide mi buen vivir, con el proceso y con los logros? Como yo ya sé dónde termina el río, cuando el paciente se está desesperando a las 10am y el paseo se termina a las 2pm yo le puedo decir: si, a esta hora los mosquitos se alborotan pero espérate media hora, ¿ves aquel árbol? Allá se acaban los mosquitos pero todavía tenemos media hora de mosquitos. Si yo no sé eso me desespero con el paciente, ¡matemos los mosquitos! Y nos caemos todos del barco” (GA)

Es el terapeuta, quien con su buen vivir le da estabilidad al proceso (barco) que está cargado con las emociones, angustias y temores del paciente. Es él quien hace de su buen vivir un soporte para que todo lo que el paciente trae consigo no limite el proceso y la obtención de los logros que se pretenden.

En resumen, el buen vivir del terapeuta y su bienestar psicológico, tienen un doble efecto: por un lado está la posibilidad de disfrutar y obtener placer por medio de las elecciones y actividades que realiza en su día a día; y por otro está la posibilidad de hacer de su práctica profesional una experiencia gratificante tanto para él como para sus pacientes, quienes ven en él un referente de que es posible vivir mejor, o tener un buen vivir.

6.4.2.3. Bienestar psicológico del terapeuta en la práctica clínica

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el bienestar psicológico del terapeuta es importante en su práctica clínica. Dicha importancia está dada en tres aspectos: *en la técnica, en la ética y en lo relacional*.

a. Técnica

Se presume que el bienestar psicológico del terapeuta redundará en la capacidad para aplicar conocimientos y técnicas propias de la psicología, lo que hace que el desarrollo de su práctica clínica se vea enriquecido. Entendiendo que el bienestar psicológico es holístico, que integra el estado físico, emocional y cognitivo del sujeto; el terapeuta requiere de ellos para desarrollar su práctica clínica. Así lo explica ML:

“El trabajo clínico es una cosas muy bonita, yo digo que es como seguir miguitas de pan y armar ese rompecabezas porque los pacientes cada día te van con cada palabra, gesto, olvido, detalle, con cada cosas que ellos hacen, dicen, te están diciendo mi

problema es este; entonces eso requiere que tu estés absolutamente atenta, que estés bien, porque si no estás bien emocional y físicamente, si no estás dispuesta para tu paciente tus procesos de atención no van a ser los óptimos, y entonces no vas a tener esa capacidad metacognitiva de enlazar esto con esto... porque es un rompecabezas es muy lindo. Si tú no estás bien el proceso psicoterapéutico no es lo más adecuado, o beneficioso o afortunado para el paciente”

ML destaca esos aspectos que integran el bienestar psicológico del terapeuta y que permiten el desarrollo del proceso de psicoterapia y conducen a los logros, haciendo referencia a las funciones psicológicas, a la capacidad metacognitiva, a la atención y al estado físico y emocional como esos requerimientos fundamentales para que el terapeuta pueda “armar el rompecabezas” que cada paciente le trae a consulta. Dicho en otras palabras, es el bienestar el que le permite al terapeuta poner a disposición de la terapia todo su potencial y habilidades para comprender aquello que el paciente trae a consulta, aplicar las técnicas y construir con él las alternativas.

b. Ética

Ya se presentó la importancia del bienestar psicológico del terapeuta para su práctica clínica, en tanto posibilita la aplicación de conocimientos y técnicas; ahora se hace alusión a dicho *bienestar como una responsabilidad ética* del terapeuta consigo mismo y con los pacientes. Teniendo en cuenta, que como se indicó antes el bienestar del terapeuta influye en el proceso de psicoterapia, en la obtención de los logros terapéuticos y por ende en el bienestar psicológico del paciente.

“El bienestar psicológico del psicólogo es una responsabilidad primero consigo mismo y luego con los pacientes (...) el ideal sería que más que buscar el bienestar del

otro, el terapeuta tiene que buscar su bienestar por ética, porque estamos ocupándonos de algo muy importante y es la salud o el bienestar del otro” (MH)

Al ser conscientes de la responsabilidad que se adquiere cuando se decide hacer clínica, el terapeuta comprende que en el espacio clínico es él quien se “ocupa de la salud o del bienestar del otro”, por eso debe garantizar que cuenta con el bienestar psicológico que dicha actividad requiere.

“El bienestar psicológico es... Frieda Fromm Reich Mann en el libro de psicoterapia intensiva arranca con los asuntos del terapeuta, o sea arranca con el asunto ético, el terapeuta qué tiene que hacer y en otros lugares habla de eso que te decía, tener una vida rica y ocuparse en primera instancia de sí, de lo contrario es muy difícil hablar de bienestar en ese sentido” (SM)

GC hace referencia a la labor del terapeuta como “acompañar” y expresa que para que ese acompañamiento sea posible el terapeuta debe “estar bien”:

“Yo pienso que si yo quiero acompañar a otro que tiene dificultades en sus relación o que tiene problemáticas o hay una cuestión desde el campo psicológico, yo debo estar bien para acompañar a esa persona. Cuando uno piensa que lo importante es... claro el bienestar psicológico de mi paciente es lo más importante y eso... pero para que él esté bien, yo tengo que estar bien... Si yo estoy bien, el otro va estar bien, ojala todos pudiéramos estar bien y viviríamos sabrosísimo” (GC)

Si bien, el objetivo de la terapia es el bienestar psicológico del paciente, el terapeuta debe “estar bien” no solo para acompañar, sino que se reconoce una suerte de reciprocidad, en la que se plantea “si yo estoy bien el otro va a estar bien”, en ese orden de ideas el terapeuta con su bienestar puede acompañar al otro a que este bien; por eso

es responsabilidad del terapeuta velar por su bienestar psicológico para poder acompañar a sus pacientes. Se destaca así, la responsabilidad ética que tiene éste consigo mismo y sus implicaciones en la práctica clínica.

“Dentro de esa pasión que es atender pacientes me dispongo a eso, y la paso bien, pero me parece que el clínico debe cuidar su salud física, su salud mental en su terapia (...) yo pienso que un psicólogo clínico, en esas formas de bienestar, de alguna manera tiene que tener una vida saludable, me parece que es una responsabilidad con el paciente... o sea que estar bien es una responsabilidad conmigo pero también con el paciente, y cuidarme, tener una vida sana, no digo que soy un puritano porque no lo soy, pero sí tener una vida sana” (GA)

“Es como el mismo cuidado, me parece que cuando uno está al cuidado del otro se tiene que cuidar, para mí esa es la posición ética por excelencia, si yo estoy cuidando del otro tengo que ser responsable de ese cuidado. Me tengo que cuidar para cuidar, es una postura ética” (GA)

Con respecto a la reciprocidad entre el bienestar del terapeuta y el bienestar del paciente antes nombrada, FL expone la dificultad que representaría el no bienestar del terapeuta a la hora de acompañar a otros en la búsqueda del propio bienestar.

“Y si uno no está bien, uno no podría acompañar o ayudar a que el otro se oriente hacia dónde quiere ir” (GC)

“Es muy difícil acompañar al otro a que sea congruente si yo no soy congruente, es muy difícil acompañar al otro en la capacidad de ser empático y aceptarse a sí mismo si yo no soy empático y no me acepto con mi realidad y las personas que tengo a mi lado” (FL)

Se hace referencia entonces, a que es una postura ética del terapeuta “cuidarse para cuidar del otro”:

“El bienestar del terapeuta está en mi práctica, como una responsabilidad mía al preguntarme por cómo estoy y también por mi malestar psicológico... eso hace parte de esa conciencia” (HL)

“Hay una dimensión de trabajo que es absolutamente personal donde lo ético es que uno haga trabajo personal del tipo que quiera, pero hágalo; uno es responsable de uno mismo y del espacio que va a abrir y de la relación que va a establecer” (HL)

Cuando HL hace referencia a la responsabilidad que tiene el terapeuta sobre “la relación que va a establecer” está reconociendo, no solo su lugar y la importancia de su bienestar psicológico en dicha relación, sino también al paciente y el lugar se le va a permitir en la misma.

GC con respecto a los pacientes y a la responsabilidad ética que debe llevar al terapeuta al proceso personal, plantea que, los pacientes son observadores del terapeuta y lo que observan no solo puede afectarlos a ellos sino también al terapeuta.

“Ellos lo están mirando a uno constantemente y ellos lo evalúan, entonces es muy delicado y uno tiene que ser muy ético en ese sentido... y por eso, esa paz interior sería tan importante porque mire que no solamente estaría perjudicando a mi paciente, sino que me estaría perjudicando también yo... bueno... hay un montón de líos ahí que influyen” (GC)

Frente a situaciones en las cuales el terapeuta se encuentra atravesando por dificultades, ya sean personales, laborales o de cualquier tipo, que afectan su bienestar

psicológico, GC, ML y FL plantean que hace parte de su ética y de la responsabilidad consigo mismo y con los pacientes decidir no atenderlos.

“Yo creo que si yo estoy muy mal y tengo citas las debo cancelar porque el paciente va a sentir eso” (GC)

“Yo pienso que desde el amor y desde la ética tú tienes que tener la responsabilidad de decir: yo hoy no estoy en condiciones de atender pacientes” (ML)

“No es sano, no es ético como terapeuta que yo atienda a una persona sino estoy en las condiciones más sanas para atenderlo (...) esos momentos yo siento, y es una opinión muy personal, debo procurar terminar esa consulta de la mejor manera posible, en términos éticos, y si es el caso cancelar las otras. Incluso si es el caso explicarle a las personas: tengo esta dificultad, no lo puedo atender, reubico las citas y si es necesario tomarme el tiempo pertinente para poder asimilar esa situación, elaborarla” (FL)

Y cuando la situación que afecta al terapeuta requiere que éste dedique mayor tiempo a su restablecimiento emocional, la atención a pacientes se suspende durante el tiempo que considere el terapeuta prudente, tanto para él como para sus pacientes. Así lo expresa MN:

“Mi papá murió hace dos años y yo estaba llevando un caso de una elaboración de duelo muy parecida, ¿cómo no me voy a conectar con eso? De hecho yo hice un pare con los pacientes y les dije en dos semanas no voy a atender y volví donde mi terapeuta, hablé del caso y estuve un mes seguidito ahí; como: ve esto me pasa, esto siento, esto pienso, esto hago, ¿por qué? porque cómo no me va a mover el otro” (MN)

Es la ética la que permite al terapeuta establecer un límite entre sus dificultades y su práctica clínica, buscando con ello mantener o restablecer su bienestar psicológico y preservar el de sus pacientes.

Así lo expresa MH:

“También hay que permitirse decir no, porque uno como terapeuta tiene que decir: no te atiendo, y creo que eso es una muestra de bienestar, si viene alguien y yo no puedo, yo tengo que decirle que no, primero por mi bienestar y luego por el de él porque entonces no le voy a garantizar la escucha” (MH)

Se apela entonces, al derecho y a la responsabilidad que tiene el terapeuta de atender pacientes en los momentos en los que considere que cuenta con las condiciones y con el bienestar psicológico para hacer de una manera íntegra; privilegiando así su bienestar y preservando el de los otros.

“Un interrogante en mí: ¿cómo estoy yo para poder escuchar al otro? Si no hay una condición clara de cómo estoy, yo no puedo atender al otro” (MH)

“Podríamos decir que aunque haya malestar en el terapeuta, es un signo de bienestar el hecho de que pueda decir hoy no puedo escuchar, poner ese límite ahí... entonces, entre el bienestar psicológico del terapeuta esta eso, poder reconocer en un momento dado que no estas teniendo una escucha activa para el otro” (EA)

La capacidad del terapeuta para reconocer su malestar y la dificultad para escuchar al otro da cuenta de su bienestar. Tal como se indicó antes, el conocimiento que tiene el terapeuta sobre sí mismo le permite tomar distancia para trabajar en su bienestar a la vez que preserva el de sus pacientes.

“¿el poder diferenciar y separar, o tener la capacidad de identificar es bienestar? Si, por lo menos me doy cuenta de eso y lo asumo... entonces ahí eso no interfiere en mi relación con el paciente”. (SM)

De lo contrario se correría el riesgo de incurrir en lo que FL menciona como la iatrogenia citando a Víctor Frankl:

“Víctor Frankl lo llama, como médico que era... neurosis iatrogénica, itaros es médico en griego entonces es por decirlo de alguna manera, es el daño psicoterapéutico que yo puedo causar en una persona. Entonces si el terapeuta no propende por cuidar su salud en términos holísticos, como lo he dicho ya, esas dificultades que como terapeuta tenga, desde la perspectiva emocional o desde cualquier ámbito de su ser como persona, pueden influir de manera negativa, por decirlo así, en el acompañamiento y el proceso que lleva la persona que está en consulta” (FL)

Cuando se hace referencia a la responsabilidad ética del terapeuta con el paciente, se vincula directamente con la responsabilidad consigo mismo y la importancia de su bienestar psicológico. A continuación se desarrollan los siguientes aspectos: *acallar su ruido interior para posibilitar la escucha, el motivo de consulta del paciente con la vida personal del terapeuta, el terapeuta ya ha vivido esa situación y el terapeuta se encuentra viviendo la misma situación de su paciente.*

- Acallar el ruido interior para posibilitar la escucha

Como se ha indicado, es responsabilidad del terapeuta ofrecer las condiciones necesarias para que el paciente encuentre en él la escucha que está buscando; esto solo es posible si el terapeuta se encuentra disponible para el otro, y para ello se requiere que haya elaborado sus asuntos personales de tal forma que no interfieran en la escucha que

le está prestando al paciente. El terapeuta es responsable de buscar los espacios que le permitan *acallar el ruido interior*, antes de encontrarse con el paciente.

“Tenemos que acallar ese ruido que tenemos dentro de nosotros, para poder escuchar al otro, a veces la falta de ética y todos estos problemas... yo creo que es falta de trabajo personal...” (GC)

Se relacionan aquí las dificultades personales y los problemas éticos con la falta de proceso personal del terapeuta, lo que permite dilucidar que cuando estos problemas o *ruidos* se presentan, es una responsabilidad ética del terapeuta buscar los espacios para hablar de sus procesos personales y así disponerse a escuchar a su paciente.

Los *ruidos* del terapeuta que no permiten la escucha del otro, pueden estar relacionados con diversos aspectos tales como inseguridades con respecto a su desempeño, preocupaciones por la aplicación de la teoría y las intervenciones que realiza, dificultades familiares, entre otras.

“A la hora de tu estar frente a ese paciente lo único que importa es ese paciente, entonces uno puede estar pensando ni en la teoría, ni en la casa, ni en sí lo está haciendo bien o mal, ni en cómo va a intervenir para lucirse frente al paciente o decir cosas muy importantes, porque entonces realmente no estas escuchando” (EA)

A los *ruidos* antes mencionados, MH agrega “la curiosidad”:

“(...) porque a veces lo que se escucha no es lo que el paciente dice, sino lo que el terapeuta quiere escuchar desde su curiosidad o desde sus propios ruidos e historia personal” (MH)

Como ya se indicó, es el proceso personal el que le permite al terapeuta elaborar sus asuntos personales desde diferentes espacios y estrategias que cada sujeto desde su

proceso de vida y de formación ha identificado como funcionales y facilitadores, frente a las adversidades personales y dificultades en la práctica clínica.

MH hace alusión a “un tercero” con quien se puede hablar tras haber identificado que sus “malestares” están interfiriendo en la escucha a sus pacientes.

“El terapeuta tiene que tener a alguien, un tercero al cual decirle: ese paciente hace que yo entre, porque me parece fundamental y ético porque aunque el otro venga con mal/estar yo soy responsable del bien/estar” (MH)

El acompañamiento al terapeuta puede ser dado por diferentes personas. Por ejemplo, GA además su terapeuta encuentra en un amigo (colega) la posibilidad de ser escuchado, y hablar de sus casos y las dificultades que está teniendo para escuchar.

“A mí me ayuda mi terapeuta y voy y pago, o un amigo que me hace control y me siento y le digo ve oírme que tengo este problema está vaina y no sé cómo la estoy oyendo, y si es muy amigo lo invito almorzar: vení oírme este caso que necesito que me oigas, o una colega de toda la vida”

GC encuentra en la formación académica y profesional un recurso para *acallar su ruido*.

“Tengo que acallar ese ruido que yo tengo... y cuando yo digo un trabajo personal, no lo digo como cuando una va a la universidad y bueno ya hice psicología entonces no tengo que volver a hacer otra vez psicología, sino que hago una especialización, una maestría, que se yo... y estudio cuestiones que sean afines a la psicología y con lo que estoy haciendo”

Estos son algunos de los espacios a los que puede recurrir el terapeuta para abordar situaciones propias de su vida personal o dudas en su hacer profesional, y lograr

la disposición emocional que se requiere para el ejercicio clínico. Entendiendo además que en dicho ejercicio clínico se establece un acuerdo en el que el terapeuta adquiere un compromiso con su paciente. Se compromete, entre muchas cosas más, a escucharlo y estar ahí para él.

“Cuando estés ahí para el otro, el otro va a estar ahí, porque cuando uno está ahí no puede estar solamente en cuerpo, tiene que estar en cuerpo y alma” (EA)

“Yo hago una promesa y tengo que cumplir y garantizarle que yo estoy en la capacidad de escucharlo a usted, y mis ruidos deben esperar afuera, cuando tengo muchos ruidos sobre mí entonces voy donde un coterapeuta, para que pueda estar claro” (MH)

Cuando se hace referencia a los *ruidos* no necesariamente está haciendo alusión situaciones conflictivas, GA hace mención a otras circunstancias que pueden alterar su disposición para la escucha y atención a sus pacientes.

“A mí me joden mucho porque me gusta el fútbol, entonces hay una final de la champions y esa tarde no atiendo, así de sencillo y me parece hasta una postura ética, porque yo no puedo estar atendiendo a mi paciente y pensando si alguien metió un gol, entonces me voy para la casa y veo el partido, y vuelvo a las 6, y no pasa nada, es una “bolsa” que yo no soy capaz, que no puedo dejar a fuera... entonces ¿para qué me voy a venir para acá? Me parece que voy a tumbar al paciente, entonces no lo atiendo” (GA)

- El motivo de consulta del paciente con la vida personal del terapeuta

A través de los años de experiencia en la atención a pacientes, los psicólogos clínicos han evidenciado que con frecuencia acuden a ellos personas que presentan

como motivo de consulta asuntos que coinciden con las experiencias que en ese momento o en otro momento de la vida ellos mismos han vivido y enfrentado.

Así lo expresan PM y MH:

“No es gratuito que a tu consulta lleguen cierto tipo de pacientes en ciertos momentos de tu vida. O sea, a mí me llama la atención por ejemplo, cuando digamos yo estaba atravesando por un momento de confusión frente a una relación afectiva, ehh no era gratuito que llegaran personas pues, también cuestionando o abordando esa temática” (PM)

“Yo en ocasiones pienso que no es casual los pacientes que llegan, no es gratuito lo que a uno le llega” (MH)

Aunque no dan cuenta del motivo por el cual esto sucede, si se refieren al hecho como que “no es gratuito”, dejando ver que perciben en dicha situación algo que va más allá de la simple casualidad. Para dar una explicación a estos sucesos HL cita a Jung, quien se refiere a ello como la sincronicidad que se deriva de coincidencias significativas.

“Es muy mágico, Jung llamaba a eso sincronicidad, él decía que probablemente en un estrato profundo de la psique, la psique no era solo individual sino colectiva y ahí era donde estaban esas coincidencias significativas, no meras coincidencias sino significativas. Y que se dé tanto, da más razón al concepto de sincronicidad” (HL)

Además HL, agrega que los pacientes llegan a consulta con temas no solo que el terapeuta está viviendo, sino con aquellos que ya está trabajando o que tiene que trabajar.

“Ocurre mucho que empiezan a llegar pacientes con los temas que uno está viviendo, trabajando o que se tiene que trabajar, pero es de lo más común. Yo te lo digo porque es tema que conozco, que indago mucho y que lo confirman todo el tiempo”
(HL)

Aceptar dicha “*sincronicidad*” o simplemente pensar que “*no es gratuito*” le permite al terapeuta reconocer que ese tipo de cosas pasan, y tal como lo indica HL, que los temas que trae el paciente a consulta pueden ser temas que el terapeuta ya ha vivido o que se encuentra atravesando.

A continuación de se desarrollan estas dos condiciones: el terapeuta ya ha vivido esa situación y el terapeuta se encuentra viviendo la misma situación de su paciente.

- El terapeuta ya ha vivido esa situación

Cuando se trata de situaciones que el terapeuta ya ha vivido y ha elaborado en su historia personal, la intervención que se realiza no solo está basada en los conocimientos y en la teoría que al respecto se tiene, sino que es posible un acompañamiento desde la propia experiencia de vida.

“Alguna vez hace 6 o 7 años me remitieron a una paciente de un pueblo que acaba de tener un aborto, yo recién también había tenido uno muy doloroso y creo que esa es un situación que a ti nunca deja de dolerte... no es que haya un duelo, no nada, sino que uno no deja de imaginarse como sería si hubiera nacido, y todo eso. Cuando yo empecé a trabajar con esta señora obviamente me actualizo mi dolor, porque además era un caso muy parecido y yo realmente me tuve que sentar a pensar y a preguntarme ¿realmente soy capaz o mejor que la atienda otra persona? Me puse a revisar mi proceso, y me dije: si soy capaz de trabajar con ella, sin afectarla, sin que lo que yo viví vaya

obstaculizar el que yo pueda evaluar lo que ella realmente necesita. Y empezamos a trabajar, fue un trabajo muy lindo, al final hicimos el cierre desde la teoría cognitiva, la posibilidad de recaídas, y todo eso... ella después de plantearme lo agradecida que se sentía me dijo: ¿cierto que tu tuviste un aborto? Y yo le dije que sí, y le pregunté ¿por qué me lo preguntas? Ella dijo de una forma muy bonita: la calidad de la atención que me diste solo me la pudo haber dado una mujer que realmente entendiera lo que yo estaba sintiendo. Entonces mira que es bonito que se dio la posibilidad y que yo realmente sabía que ya había elaborado mi dolor, y que desde esa posición de haber vivido, y no es que uno tenga que vivir todo lo que viven los pacientes para entenderlos, pero definitivamente si tú tienes la posibilidad de atender un paciente que te está planteando algo que ya viviste y que tú lo has elaborado adecuadamente, la mirada es muy distinta. O sea es mucho más rica, tú no estás hablando desde la teoría sino que estás hablando desde el corazón, desde el alma, desde el sentimiento y los pacientes se percatan de eso” (ML)

Situaciones como estas tocan a la persona del terapeuta y movilizan experiencias, que si han sido trabajados en un proceso personal le aportaran mayor tranquilidad frente a aquellas situaciones que en el pasado afectaban su vida y estabilidad emocional.

“Es muy importante que sepas, que te des cuenta y muy adentro tu estés dándote cuenta y diciéndote uff yo pasé por esto, porque esto te da un tipo de objetividad que es muy particular y eso evita por ejemplo que uno esté proyectando en el paciente soluciones que son realmente para uno o unos tipos de consejos de indicaciones donde

uno está idealizando la vida del paciente y las soluciones que el necesita, idealizando su ser donde realmente se le está hablando de uno mismo (HL)

Las problemáticas de los pacientes que tocan el pasado del terapeuta posibilitan que éste reconozca la evolución en su proceso personal, logrando poner su experiencia de vida al servicio del proceso del paciente.

“Pero ese es también en el entrenamiento que se requiere y esa es la formación, entonces yo sé que se parece enormemente a lo mío y naturalmente me toca, pero yo puedo mantener la diferencia en la medida en que toca mi experiencia y uno puede utilizar la propia experiencia así como los actores usan su propia experiencia para encarnar un personaje, la vida no es la misma pero le presta su vida a eso. Entonces naturalmente hay cosas que yo logro sanar, no compartiéndolo con el paciente, pero logro sanar y entender algo y le puedo decir a esa persona: sí muy duro pero las cosas también pueden sanar y se pueden resolver, si yo he estado ahí; porque el terapeuta también puede ser tocado, porque está ahí, pero tocado no significa que interprete ni intervenga desde mi experiencia en el sentido de aplicación, sino que las cosas se pueden transformar” (LH)

Estas situaciones le permiten mayor comprensión al terapeuta acerca del dolor del paciente, porque ya se ha estado ahí. Entendiendo que ambos son personas diferentes y que por ende tiene procesos diferentes, pero en términos de HL el terapeuta “presta su vida” para acompañar al paciente. Es así como en estas situaciones la vida personal del terapeuta se convierte en un recurso para acompañar a los pacientes.

- El terapeuta se encuentra viviendo la misma situación de su paciente

En el caso anterior, donde el tema que traen los pacientes hace parte del pasado del terapeuta, se evidenció que dicha experiencia sirve tanto al paciente como al terapeuta. Pero en casos en los cuales el terapeuta se encuentra atravesando por una situación que afecta su bienestar psicológico, las posibilidades de acompañar a ese otro que acude en busca de ayuda por el mismo tema se ven limitadas.

Será el proceso personal y el conocimiento de sí mismo el que determine la posibilidad de acompañar a otro con una problemática igual, así lo expresa MH:

“Yo creo que un alcohólico puede tratar a un alcohólico, pero el problema es si el alcohólico sabe que es alcohólico, porque tendría que ser capaz de dar cuenta de ello”
(MH)

Solo si el terapeuta reconoce que tiene un problema como el del paciente podrá hacerse cargo de su situación personal por medio de su proceso, y en esa medida evaluar la pertinencia o no de acompañar al paciente, entendiendo que cada encuentro con el paciente puede derivar en una situación en la que el terapeuta, más allá de escuchar al paciente, continuamente esté pensando en su vida personal.

“Porque si yo tengo un problema y el otro llega a hablar de eso mismo, no le presto importancia” (GC)

“Es que si vos fueses mi paciente, y llegaras a hablarme de cualquier tema, como tu pareja, y yo aquí pensando en la mía y en los problemas que tengo con ella ¿te voy a poder escuchar?” (GC)

Tal como lo expresa GC, la coincidencia en las problemáticas o temas a trabajar entre el paciente y el terapeuta, afectan la escucha que el terapeuta debe prestar a su

paciente. “Yo en una ocasión saque a una paciente por eso, porque empecé a ver que estábamos viviendo procesos muy similares y que yo estaba sintiendo que no la podía ayudar, porque ella hablaba y yo decía: ay bruta yo también, ay a mí también, ahí mismo lo veía mentalmente, obvio sin decirle nada; pero yo le dije: vamos a tener que suspender el proceso y le explique por qué, y eso hace parte también de la ética” (EA)

Antes se indicó, que el terapeuta debe establecer algunos límites en la relación con sus pacientes con el fin de mantener en la privacidad su vida personal; pero en la situación que se está abordando, tanto GA como EA coinciden en que el terapeuta debe comunicarle a su paciente que en a nivel personal se encuentra atravesando por una situación que lo afecta, y que sobretodo afecta su capacidad de escucharlo.

“Yo creo que el terapeuta le tiene que decir al paciente. Si mi papá tiene un cáncer terminal y el paciente viene porque el papá tiene un cáncer terminal; el terapeuta le tiene que decir: yo no te puedo atender ¿por qué doctor? Porque mi papá tiene un cáncer terminal y yo no te voy a ver, de entrada” (GA)

“Yo le dije a ella: no vamos a poder seguir trabajando, estoy viviendo una situación más o menos similar a la que vives tú y ya no te estoy escuchando de una forma neutral, entonces creo que no es lo correcto; me dijo: gracias, y le dije que si quería le ayudaba a buscar con quien seguir” (EA)

El paciente tiene derecho a saber porque no puede ser atendido por el terapeuta en ese momento particular, o por qué durante el proceso el terapeuta decide parar y remitirlo.

“Se debe cerrar ahí, yo creo que es necesario, y contarle al paciente... yo creo que el paciente tiene el derecho a saber eso, mira: yo no te puedo atender porque a mí me está pasando algo similar en este momento de mi vida” (GA)

Es una responsabilidad ética del terapeuta evaluar los procesos y hacer los cierres que considere pertinentes, y de esta forma garantizarle al paciente que puede ser escuchado en otro espacio; así mismo, es una responsabilidad consigo mismo preservar su bienestar y evitar afectarse al atender pacientes con temas similares a los que la persona del terapeuta está atravesando.

Además, cerrar estos procesos le brinda la posibilidad tanto a paciente como a terapeuta, de buscar espacios en los cuales ambos puedan abordar sus asuntos personales, siendo escuchados e intervenidos de la mejor manera.

Frente a esta situación en la cual el terapeuta se encuentra atravesando la misma problemática que el paciente hay dos posiciones por parte de los terapeutas: la primera hacer referencia a que es posible continuar atendiendo al paciente, y la otra, plantea que es necesario remitir al paciente cerrar el caso.

Con respecto a que *es posible continuar atendiendo al paciente*, los participantes expresan que la identificación con lo que el paciente trae a consulta pone en evidencia la necesidad del terapeuta de revisar ese asunto en su proceso personal. Una vez se haga este reconocimiento se hace más factible que el terapeuta continué atendiendo a su paciente, y simultáneamente estar en su proceso personal.

“Yo pienso que si alguien viene a consulta y yo de una u otra forma me empiezo a identificar con lo que el otro padece tengo que hacerme un interrogante, no significa

que no lo pueda escuchar, pero si me debo interrogar eso en otro espacio, en el espacio personal” (MH)

La identificación con aquello que el paciente lleva a la consulta le permite al terapeuta ver que hay algo de su historia de vida que debe ser revisado en su proceso personal; al realizar esta identificación permite mejorar la escucha que se le está prestando al paciente, siempre y cuando, el terapeuta se haga cargo de ese interrogante que surge en su proceso personal.

“Y ese es otro objetivo en la relación y en el proceso de entrenamiento, que tu utilices tus propios complejos para fortalecer la relación horizontal y para ayudar y acompañar, mientras tú vas trabajando, porque es un encuentro como cualquier encuentro” (HL)

Frente a la segunda alternativa, que hace alusión que *es necesario remitir al paciente o cerrar el caso*, se hace referencia a que es un compromiso ético del terapeuta remitir a ese paciente que está tocando su persona. Con dos objetivos: primero, evitar hacer iatrogenia con ese paciente; segundo, ocuparse de ese asunto en su proceso personal.

“Ese es un asunto ético fundamental, si lo que el otro trae me afecta no solo como terapeuta sino como persona yo puedo y debo remitir a esa persona a otro colega; justamente ahí trabajar ese asunto en mi proceso personal, porque creo que es poco ético que si yo percibo eso pueda seguir atendiendo a esa persona, además se termina haciendo algo iatrogénico” (FL)

“Yo tengo a alguien muy cercano que le está ocurriendo algo, está en una crisis muy tenaz y no es capaz de escuchar. Ahí yo diría que hay que parar el proceso porque

como te dije ahorita: esta la ética y de ahí para abajo el resto, yo creo si yo me siento aquí y tú estás hablando y yo empiezo a pensar en mis cosas, en mi mundo en lo que no me deja, en lo que me invade y tú me dices cualquier cosa y yo lo llevo a lo mío, ya no te estoy escuchando, entonces se perdió la ética y tendríamos que pararlo” (EA)

“En la comunicación con el paciente se toca algo de tu vida... si lo puede poner en cuarentena puede seguir atendiendo a ese paciente, si no lo tengo que remitir” (GA)

c. Relacional

Como ya se indicó el bienestar psicológico del terapeuta permite la aplicación de conocimientos y técnicas durante el proceso; pero la intervención clínica requiere mucho más que eso, requiere que el terapeuta disponga las condiciones para que el establecimiento del vínculo terapéutico sea posible en la relación con el paciente, y que dicho vínculo permita el proceso como tal.

Se entiende el bienestar psicológico como una construcción personal en la cual se articulan diferentes dimensiones, a saber: la coherencia, el equilibrio, la adaptación y la paz interior. PM recurre a una de estas dimensiones, para plantear que la coherencia con la que el terapeuta se relaciona consigo mismo que permite que el paciente establezca una relación con confianza en la cual pueda “abrirse”.

“El bienestar como esa condición de congruencia, coherencia, de intensidad en la relación terapéutica es muy importante porque si yo estoy siendo coherente, sincera, honesta, con mi ser, conmigo, como soy yo, eso también puede favorecer que el otro también se habrá” (PM)

Al respecto FL enuncia dos elementos básicos: la disposición y la congruencia, aludiendo que son estos aspectos del terapeuta los que en primera instancia pueden

influir en la relación que se establece con el paciente. No solo porque se generan las condiciones para que la relación se dé, sino porque el paciente percibe en el terapeuta dicha disposición y congruencia, lo que posibilita el establecimiento de en una relación de ayuda.

“Los aspectos propios de la persona del terapeuta que pueden influir o favorecer la relación terapéutica... yo diría que su disposición porque si yo no tengo disposición difícilmente puedo acompañar al otro en ese proceso, y lo más delicado es que la otra persona lo percibe; su congruencia pues ahí entrarían las condiciones de ayuda que Rogers plantea que no son solo para la persona que va a consulta sino que deben estar en primera instancia en el terapeuta” (FL)

El bienestar psicológico del terapeuta además, de favorecer el establecimiento de la relación terapéutica, le permite al terapeuta leer el tipo de vínculo que en esta relación se está dando, y poder así, ponerlo al servicio del proceso y del paciente.

“Cuando hay un vínculo que yo soy capaz de reflexionar, que tengo la capacidad de advertirlo... a partir del trabajo personal, entonces ahí hay bienestar; pero cuando yo no soy capaz de advertir el vínculo eso me imposibilita a mí y a mi paciente estar equilibrado” (MN)

Se reconoce así, la importancia del bienestar psicológico del terapeuta en el establecimiento de la relación con el paciente.

“Uno no puede esperar, por ejemplo, en una relación terapéutica establecer un vínculo a partir de un malestar por ejemplo o de una desintegración una falta de coherencia como terapeuta” (PM)

Por su parte PM, refiere que no concibe una relación terapéutica desde el malestar o desde la falta de coherencia, es decir, sin bienestar. Entendiendo que cuando se habla de bienestar no se piensa en la completa ausencia de dificultades; por ello no se pretende que el terapeuta esté totalmente exento de preocupaciones y malestares, pero si se espera que logre separarlos a la hora de vincularse con su paciente.

“No quiere decir eso que tenga que ser perfecta ni estar perfecta, tengo todo el derecho a tener problemas, inconvenientes y mis rayones, por decirlo de alguna manera, mientras los esté trabajando, mientras esté consiente de ellos y trabajándolos. Creo que uno tiene que estar más o menos tranquilo para poder hacer clínica” (EA)

“Podríamos decir que es una condición básica que el psicólogo cuente con bienestar para hacer clínica (...) el terapeuta no tiene que estar sano, equilibrado completamente, elaborado, ya sabemos que no es así, porque es un proceso. Si pensamos el bienestar como un proceso consiente de relación con los desequilibrios y con los movimientos internos de adaptación... yo tengo que tener ese bienestar, es decir esa conciencia de mi movimiento interno” (HL)

Se hace alusión a una de las principales características del bienestar psicológico, a saber, el *bienestar psicológico como proceso*, para indicar que se espera que el terapeuta sea consciente de su propio bienestar, del proceso que éste implica en el cual los “desequilibrios” y el malestar deben ser abordados en procura del bienestar. Esta búsqueda del bienestar por parte del terapeuta, no solo permite las condiciones para el desarrollo de la actividad clínica sino que proyecta al paciente la imagen de un terapeuta que como persona hace las mismas búsquedas que él.

“Los pacientes nos ven a nosotros como dioses y cosas así como extraordinarias, y ahora yo pienso que todos los modelos terapéuticos de psicología positiva tienden a mostrar un terapeuta más cercano al paciente, más humano, y por eso obviamente yo me tengo que preocupar más por ese bienestar, por entender cómo mi bienestar influye en los otros” (ML)

Hasta ahora se ha indicado que el bienestar psicológico del terapeuta hace parte del proceso de psicoterapia en tres sentidos, primero, favorece el establecimiento de la relación terapéutica; segundo, le permite al terapeuta conciencia de su propio proceso de búsqueda de bienestar, y tercero, le proyecta al paciente un imagen de un terapeuta más humano. Ahora SM, introduce un cuarto elemento, al afirmar que es el bienestar psicológico del terapeuta que le permite al terapeuta “sostener”, siendo esta una de las principales funciones de la relación terapéutica.

“Bienestar del terapeuta en la relación terapéutica contiene, calma, pacifica (...) porque sostiene en el sentido Winnicotiano del holding”

Por su parte GA, plantea que además de sostener al paciente, permite “sostener el dolor del paciente” y le permite al terapeuta no desesperarse en la búsqueda de lo que él denomina “la cura”.

“El bienestar es lo que me permite sostener el dolor del paciente, y sostener el dolor del paciente es el camino para la cura, sino me desespero” (GA)

En este sentido el bienestar hace las veces de una herramienta o recurso con el que cuenta el terapeuta para acompañar a sus pacientes y preservar su bienestar.

6.4.2.4. Formas de promover el bienestar psicológico

Partiendo de lo que ya se ha enunciado como *la importancia del bienestar psicológico del terapeuta* para el desarrollo de su práctica clínica, se presentan las formas como éste puede preservar y promover su bienestar psicológico, entre las cuales se encuentra *revisarse* que hace alusión a la importancia que estar atento al estado emocional recurriendo a estrategias que implican un acompañamiento terapéutico, a saber, *el proceso personal*; y otras que tienen como base *las actividades de la vida cotidiana*.

a. Revisarse

Dadas las implicaciones de la actividad laboral del terapeuta en su bienestar psicológico, y la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y los procesos que lleva a cabo con sus pacientes, se hace necesario que el terapeuta *se revise* continuamente; ello quiere decir, que esté atento a su estado emocional y que reconozca que al igual que otras personas requiere acompañamiento para enfrentar las situaciones que afectan su bienestar psicológico.

Para ejemplificar el *revisarse* GC se refiere al “mantenimiento y afinación” que debe buscar el psicólogo cuando se encuentre atravesando una situación que así lo amerite.

“No quiere decir que nosotros no tengamos problemas, ni quiere decir que nosotros vamos y hagamos un trabajo personal de no sé cuantos meses, o cuantas citas, y jamás volvamos donde un psicólogo, nosotros somos... o las maquinas las hicieron muy parecidas a nosotros, y la mayor parte de las maquinas, sino todas, necesitan tener un mantenimiento, el psicólogo cada cierto kilometraje tiene que ir (risas)... a que le

hagan una afinación de la mente si (...) cuando yo digo un trabajo personal... yo hablo de un trabajo personal es algo que los seres humanos, hasta el día que fallece puede tener cosas que puede ir puliendo, es como un pulir diario, entonces por eso lo comparo como cuando usted se compra un carro, una moto lo que sea, usted tiene que llevarlo cierto kilometraje a que le hagan una afinación” (GC)

Se hace referencia así a la importancia de un acompañamiento que le permita al psicólogo elaborar aquello que lo afecta. Se entiende que la afectación del bienestar psicológico del terapeuta puede darse por situaciones personales que hacen parte de su proceso de vida, o por las funciones que en la actividad profesional desempeña y que hacen parte de ese acompañamiento que se les brinda a los pacientes.

“En la psique del terapeuta es la conciencia de esa dinámica, de esa búsqueda, y la conciencia de que los pacientes movilizan, desequilibran, alteran, tocan la vida del analista y eso si es lo que se cree, no se cree un ser perfecto pero si un ser consiente de los movimientos que puede generar un paciente, y de cómo la psique de uno se mueve en una terapia y en el ámbito clínico” (HL)

Es esa “consciencia” a la que hace referencia HL la que permite comprender que el acompañamiento a otros, en sus procesos personales, no solo toca la vida de los pacientes sino también la del terapeuta.

“El psicólogo debería también hacerse una afinación, porque es que mire que... en el buen sentido de la palabra, nosotros estamos recogiendo toda la basura que el otro nos trae, y ¿dónde la depositamos nosotros?” (GC)

Teniendo en cuenta que el espacio que el terapeuta le ofrece al paciente tiene como fin que éste hable allí de sus dificultades, problemas, frustraciones y malestares en

general; el terapeuta debe estar preparado para que aquello que lleva el paciente no lo perturbe; debe estar “seguro” si pudiera llamarse así, de que eso que trae el paciente no lo va a entrar en relación con sus propios asuntos.

“El psicólogo puede ser receptor de lo que el otro trae, pero yo no me puedo quedar con lo que el otro trae, yo me tengo que vaciar de eso” (MH)

Así como el paciente encuentra en la relación terapéutica un espacio para “vaciar” lo que lo afecta; el terapeuta también debe buscar su espacio para “vaciar” eso que le trae el paciente. Recibir lo que el paciente trae hace parte del proceso de acompañamiento y ayuda que el terapeuta brinda; es parte de su hacer tomar lo que el otro trae pero no quedarse con él.

“Es que mire que, uno resulta siendo como una especie de instrumento que el paciente utiliza...” (GC)

Si tal como lo expresa GC, el terapeuta es un “instrumento” para el paciente, es menester que el terapeuta esté preparado para ello antes y durante del proceso para cumplir dicha función.

Si bien se ha indicado que el bienestar psicológico del terapeuta y su constante *revisión* le permiten al terapeuta tener mayor claridad a la hora de enfrentar sus procesos, también se reconoce que la ausencia de esta *revisión* puede derivar en afectación al proceso de psicoterapia y al mismo paciente, ya que en ocasiones las dificultades o deserciones del proceso terapéutico pueden estar relacionadas con el terapeuta.

“Muchas veces eh eh por una parte, porque no estamos bien posicionados por estos problemas, y por otra parte, por todos esos errores que se cometen el paciente se

va, no vuelve, entonces uno no tiene que decir solamente: estaba muy enfermo y por eso no quiere volver, no quiere enfrentar sus problemáticas. Uno también tiene que revisarse, ¿qué está pasando en mí?” (GC)

Es el *revisarse* el que permite al terapeuta identificar qué está pasando con sus procesos, con sus pacientes y con él.

“Hay un libro que se llama eros y poder en la psicoterapia, habla de las profesiones asistenciales, el autor dice que estos profesionales se la tienen que ver con qué me pasa a mí y cómo eso influye en la forma como yo trabajo con lo que le pasa al otro, es un tema de no acabar, porque un analista honesto puede llevar 35 años y todavía registrar sus fracasos y “embarraditas”, y es en comillas porque si sabe hacer algo con eso el concepto de fracaso cambia, aunque sigue siendo un fracaso, pero se puede hacer algo con eso” (HL)

Es esta una forma de mantener y cuidar su bienestar psicológico, y asumir responsablemente su rol al prevenir que la afectación de éste termine obstaculizando los procesos con sus pacientes. *El revisarse* sería entonces la forma como el terapeuta podría recibir eso trae el paciente, trabajar con ello y dejarlo ir.

b. El proceso personal

Ya se ha indicado que el terapeuta debido a las características propias de su hacer, en la relación con los pacientes y en los procesos que adelanta, puede ver afectado su bienestar psicológico. Por ello es necesario que realice una búsqueda de aquellas estrategias que le permitan *revisarse* y que favorezcan su bienestar. Como principal estrategia emerge el *proceso personal*; los participantes reconocen que aquel

que se dedica al ejercicio clínico debe también mantener este espacio abierto para recurrir a él cuando lo considere pertinente.

Para acompañar a las personas que llegan a su consulta el terapeuta además de su formación académica y experiencia profesional debe estar preparado emocionalmente. Para dicho fin, se presenta *el proceso personal* como un espacio fundamental para que los terapeutas aborden y elaboren los asuntos, ya sean personales o laborales, que afectan su bienestar.

“Yo sí creo que es necesario que uno esté estable psíquicamente para poder acompañar al otro, yo creo profundamente en la importancia del proceso personal” (EA)

La importancia del proceso personal para el terapeuta se da en varios aspectos, entre los cuales se encuentran: porque el terapeuta es un ser humano, porque el ejercicio clínico moviliza asuntos personales, porque la persona del terapeuta se cura en el proceso con los pacientes; así mismo se reconoce que el terapeuta puede recurrir a él en los momentos que lo requiera y que es una experiencia para el buen ejercicio clínico.

- El proceso personal porque el terapeuta es un ser humano

A la hora de hablar del proceso personal se hace un énfasis especial en la persona del terapeuta antes que en el profesional.

“Antes que ser terapeuta yo soy persona y de ahí la importancia de hacer un trabajo personal” (FL)

Al ser el terapeuta una persona común, que vive situaciones propias de lo humano y que al igual que sus pacientes en ocasiones resulta afectado por diversos acontecimientos; se reconoce la necesidad de un acompañamiento terapéutico, de un proceso personal en cual pueda hablar de sí mismo.

“Tanto el terapeuta o el psicólogo como la persona que asiste a consulta necesitan un espacio donde trabajar sus asuntos personales... entonces cuando yo como persona voy donde el psicoterapeuta no entro como FL el psicoterapeuta que va a consulta sino como LF la persona” (FL)

Se reconoce así el proceso personal como el espacio al cual recurre el terapeuta para ocuparse de sus asuntos personales, de esas situaciones que lo afectan y que le ponen en evidencia la necesidad de hablar de sí mismo; alejándose por un momento de su rol como terapeuta.

“Yo creo que es sano, y respeto el hecho de que haya algunos que no lo hagan, pero es sano y además importante que un psicólogo tenga un espacio, donde también asista y trabaje ciertos asuntos personales” (FL)

El proceso personal, en ninguna medida es obligatorio y es por eso que hay terapeutas que no recurren a él, independiente de los motivos por los cuales no lo hagan, es importante contar con dicho espacio.

- El proceso personal porque el ejercicio clínico moviliza asuntos personales

Ya se indicó que el proceso personal le permite al terapeuta abordar asuntos propios de su vida personal. Ahora se presenta el proceso personal como esa estrategia que le permite al terapeuta preservar y promover su bienestar psicológico al reconocer que durante el proceso de atención a pacientes, algunos aspectos nombrados por éstos pueden movilizarlo y afectarlo emocionalmente.

“Hay asuntos que lo movilizan a uno cuando atiende consulta; de hecho yo lo hago, conozco muchos colegas que lo hacen e incluso históricamente muchos de los que pudiéramos llamar los padres o representantes de la psicología, y sobre todo desde el

enfoque humanista en psicología, llegaron a tener terapeutas a donde iban y trabajaban ciertos asuntos” (FL)

El proceso personal se da entre dos personas, que como se indicó antes, son susceptibles de tener experiencias de vida similares, situaciones en las que coincidan, experiencias en las que se identifiquen; por ello es probable que durante el proceso que se adelanta con los pacientes éstos traigan al espacio situaciones que toquen a la persona del terapeuta.

“Pasa, puede pasar siempre que en la comunicación con el paciente se toca algo de tu vida, y me parece que un terapeuta ahí tiene que pedir ayuda y asesoría y control” (GA)

“Tengo que ser consciente de que esa paciente me movilizó esto y yo tengo que ir a hablar, a hacer algo con eso” (HL)

“De hecho, he sido como docente un defensor de que quienes van a ejercer sobre todo en lo clínico lleven un acompañamiento personal, llámese psicoterapia o cualquier acompañamiento, porque la clínica, la psicoterapia moviliza muchas cosas, y si no estamos en ese acompañamiento no solo puede afectar a la persona del terapeuta sino también a la persona en consulta” (FL)

Cuando el paciente moviliza algo en el terapeuta es el proceso personal el que le permite identificar eso que sucede ahí y cómo tramitarlo. Por eso se hace referencia al proceso personal del terapeuta, casi como un requisito, para quienes decidan dedicarse a esta práctica; aunque SM, expresa que el terapeuta “tiene” que hacer un proceso personal.

“Yo tengo que haber asumido de mi lo bueno, lo malo y lo feo; y eso se hace en el proceso personal porque eso no lo hace uno solo si es psicólogo, porque las personas que no se dedican a este oficio... no todo el mundo hace psicoterapia, sino que vive, tiene experiencias, se va o toma yagé, lo que quiere, pero los clínicos si tiene que hacer proceso, porque si nosotros tenemos el modelo y creemos que eso funciona, el que primero tiene que tomar la medicina es uno” (SM)

SM también hace referencia a la diferencia entre la forma de enfrentar la vida de las personas que no son terapeutas y los que deciden serlo, aludiendo que los otros pueden desarrollar su vida y enfrentar las situaciones que esta presenta por diferentes medios y utilizando diferentes recursos, pero el terapeuta al tener conocimiento del modelo terapéutico tiene que recurrir a él con el convencimiento de su funcionamiento.

“Jung es muy claro cuando dice que el que escucha tiene que ser escuchado” (MH)

El proceso personal hace parte de la vida del terapeuta y es la estrategia fundamental con la que éste cuenta para conocerse, para poder hacer clínica, para hablar de lo que ésta le moviliza.

“Entonces, una de las cosas que hace el trabajo personal para uno es que uno amarra la cosita, la perdida, el trabajo, los líos con la pareja, lo que usted quiera, pero los tiene amarraditos, no los tiene que negar, no los tiene que olvidar, porque están aquí conmigo, pero están amarraditos. Yo uso una imagen que es la de un yate, en el que las ollas no se derraman porque están puestas encima de unas cosas en las que el bote se mueve y las ollas se mueven pero no se caen, ese armazón es móvil, todo el barco está amarrado y yo sé dónde está todo, que el vaso, que la no sé qué, porque el barco se

mueve. Y, lo que no esté amarrado se le zafa y si riega, pero si uno sabe que tiene: cosas terribles, experiencias malucas, lo que usted quiera pero las tiene amarraditas, ya las sacó, ya las ventiló y ahí mismo vuelve y las guarda. Es como el libro que uno se está leyendo, que va en el capítulo 3 pero todos los demás libros que ya se leyó, ya se le los leyó, y yo sé que los libros están ahí pero no los tengo que sacar todo el tiempo. Entonces ¿vuelven temas de la vida? Si claro, y puede que algunos sean del libro que uno está leyendo... esa es la lógica de la empatía” (SM)

- La persona del terapeuta se cura en el proceso con los pacientes

La vida personal del terapeuta puede ser tocada por las situaciones que sus pacientes llevan a consulta, ya se ha indicado que dichas situaciones pueden hacer referencia a temas que el terapeuta ha vivido o se encuentra atravesando en ese momento; pero también se encuentra que las experiencias y narraciones de los pacientes *hacen un llamado al terapeuta* para que aborde en su proceso personal asuntos que ya creía resueltos o que despiertan en él una inquietud sobre sí mismo.

“Son momentos para un terapeuta muy importantes, porque es el llamado a que: hombre, yo tengo que hacer algo frente a esto, porque como voy yo a pretender ayudar a alguien en su confusión de la sexualidad o para definir esta relación afectiva cuando yo sigo enredada en las mismas cosas” (PM)

Si bien, el proceso de psicoterapia tiene como fin acompañar al paciente en su proceso personal, pero inevitablemente la persona del terapeuta también hace parte este encuentro. Así lo expresa SM:

“La persona del terapeuta no se puede quedar afuera, porque yo soy la persona del terapeuta” (SM)

Cuando en la comunicación con el paciente el terapeuta identifica que los temas que éste trae coinciden, de alguna forma, con los suyos; puede desde su experiencia acompañar a su paciente, y tal vez, encontrar alternativas que le ayuden en su propio proceso.

“No solo produce cambios en la persona que va a consulta sino también el terapeuta y creo que es válido que en un momento dado cuando yo estoy atendiendo a una persona en la que pueden coincidir ciertos asuntos, el acompañamiento a esa persona me ayuden también a mí a resolver asuntos de mi realidad como persona” (FL)

Hasta ahora se ha indicado, que en ocasiones durante el proceso de psicoterapia el paciente toca aspectos que *hacen un llamado* al terapeuta a revisar algunos aspectos de su vida. Pero HL, va un poco más allá y expresa que el terapeuta a través de la relación con su paciente se “cura” al identificar asuntos por trabajar y hacerlo en su proceso personal y cita a Jung para ilustrar la cura que el terapeuta puede encontrar en el acompañamiento a sus pacientes:

“en ese sentido es que veo que la relación cura al terapeuta porque le permite irse mirando.... Jung llamaba a la terapia la relación que cura y decía que en la terapia no se estaba curando solo el paciente sino también el terapeuta, que eso era una “cura a dos” pero también depende del terapeuta y de la formación, su experiencia y capacidad para leer eso y hacer algo con eso en él, además es muy útil cuando uno puede detectar el complejo personal que le mueve el complejo del paciente” (HL)

- El proceso personal como experiencia para el buen ejercicio clínico

Ya se ha presentado el proceso personal como la estrategia que les permite a los terapeutas preservar su bienestar psicológico. Es este el espacio al cual se recurre en los

momentos en los que la vida personal o el hacer profesional así lo exigen. Pero por otro lado, el proceso personal también es reconocido como parte del proceso de formación y preparación para el ejercicio clínico.

Al respecto MH refiere que el proceso personal es una experiencia que todo terapeuta debe vivir.

“Todo clínico tiene que haber pasado por un proceso psicoterapéutico y no porque esté mal, sino por tener la experiencia... pero tampoco ir por ir” (MH)

Para HL el proceso de formación y preparación para el ejercicio clínico exige que el terapeuta haya realizado la búsqueda de su bienestar en un proceso personal. Desde su orientación teórica dicho proceso es avalado por un analista quien autoriza al terapeuta para iniciar la atención a pacientes.

“No se puede hacer psicoterapia Junguiana si tú no has hecho la misma búsqueda, y no sabes de esa búsqueda de bienestar en ti, si no atraviesas también por esos desequilibrios, si no conoces de ti, no se te autoriza; por eso se nos exige un montón de horas de análisis personal, y no solo horas si no logros en el proceso con la autorización de sus analista” (HL)

Es el proceso personal el que le permite al terapeuta conocer de sí mismo, enfrentar sus propios asuntos, vivir la experiencia terapéutica y construir un saber que le permita acompañar a sus pacientes.

“Si uno no se hace un trabajo personal es como si un ciego estuviera guiando otro ciego, entonces yo pienso que eso es muy importante y hacer un trabajo serio, no porque me lo exijan, sino porque yo vea la necesidad” (GC)

El terapeuta en su proceso personal no solo se encuentra consigo mismo y elabora asuntos relacionados a su historia de vida, sino adquiere conocimientos sobre el hacer clínico.

6.4.2.5. Bienestar psicológico del terapeuta y los logros en el proceso de psicoterapia

Tal como se desarrolló en el apartado de *vínculo terapéutico*, los logros del proceso de psicoterapia se encuentran directamente relacionados con la disposición del paciente para generar cambios en su vida y para vincularse con su terapeuta; siendo *el vínculo en sí mismo el que produce los cambios*. Pero el terapeuta también hace una contribución para que el vínculo y los logros se den, él dispone las condiciones conceptuales y personales para el vínculo sea posible. Entre los aportes que realiza el terapeuta para que el vínculo se establezca se destaca su bienestar psicológico como recurso para la obtención de los logros del proceso de psicoterapia. Es decir, el bienestar psicológico del terapeuta no solo tiene influencia en el establecimiento del vínculo sino que se relaciona directamente con los logros obtenidos por el paciente durante el proceso de psicoterapia.

Al respecto FL destaca que el trabajo principal para la obtención de los logros durante el proceso lo hace el paciente, y que el terapeuta aporta un “granito de arena”; y MH propone unos porcentajes que destacan la participación de ambos durante el proceso.

“el terapeuta mediante ese acompañamiento hace un aporte para que la persona logre esas metas terapéuticas y sea congruente con eso; yo creo en este aspecto el

terapeuta aporta su granito de arena pero el trabajo fundamental lo hace la persona que va a consulta” (FL)

“Yo creo que el terapeuta es posibilitador (...) por eso yo no creo en los logros del terapeuta, digamos que yo no me los creo porque veo el avance, los logros y en ocasiones me sorprenden los logros de mis consultantes, y digo: ¿esta señora cómo llegó allí? porque yo soy un solo posibilitador, y me parece que el ochenta o noventa por ciento corresponde al trabajo del paciente y el resto al terapeuta y ahí es muy importante la relación transferencial” (MH)

El terapeuta aporta su bienestar psicológico para que la obtención de los logros sea posible. Así lo expresa SM quien reconoce que el proceso y los logros dependen del paciente y que lo que el terapeuta aporta es su bienestar:

“El bienestar del terapeuta posibilita los logros, pero eso si depende de los pacientes porque uno cuenta con uno y con que está dispuesto a compartir y lo pone ahí, o lo que uno puede hacer ahí está... lo otro es como decía Freud que es tan bello, que es como una partida de ajedrez donde las movidas en la mitad son infinitas, las de apertura y las de cierre más o menos sabemos cómo son, pero lo que pasa en la mitad depende del paciente, depende de los recursos del paciente. Uno pone lo que uno puede poner, su bienestar” (SM)

Para darle mayor claridad a la idea de que el terapeuta aporta su bienestar psicológico al proceso y a la obtención de los logros, es importante recordar que con respecto al bienestar psicológico del terapeuta se indicó que tiene como especificidad *el buen vivir y la coherencia*. Son entonces, estos aspectos además de las dimensiones

generales del bienestar psicológico, los que el terapeuta pone a disposición del proceso y los logros de sus pacientes.

EA expresa que es el bienestar del terapeuta el que le permite al paciente vincularse con el proceso; y, para el paciente es un principio de bienestar permanecer vinculado a él.

“Mi bienestar... si yo estoy bien, estoy cómoda con lo que hago el proceso va a funcionar y va a haber adherencia, no puedo garantizar que el paciente esté bien, puede estar bien viniendo, está bien amarrado con esto, está sintiéndose bien viniendo acá y queriendo venir acá, que creo que es mucho proceso, pero no puedo garantizar que es este bien, puedo decir que hay un principio de bienestar” (EA)

“Sin lugar a dudas, el bienestar mío si favorece los logros... eso también es terapéutico” (PM)

“El bienestar del terapeuta influye demasiado en los logros del proceso, yo pienso que un porcentaje altísimo, si tú no eres un terapeuta que está bien... simplemente tus funciones psicológicas no están puestas al servicio del paciente” (ML)

GA hace referencia a dos aspectos importantes para el tema que se está desarrollando, primero, el logro que se busca obtener en el proceso de psicoterapia es el bienestar del paciente, y segundo, el bienestar del terapeuta le permite al paciente permanecer en el proceso con “la certeza” de que es posible lograr el bienestar.

“Los logros están directamente relacionados a la persona del terapeuta (...) la certeza del paciente de esperar en el tiempo para que ese bienestar se vaya consolidando requiere del bienestar del terapeuta” (GA)

En relación a lo anterior, SM expresa que es el bienestar el que le permite al terapeuta disponer las condiciones para mantener el vínculo con el paciente mientras se trabaja en la obtención de los logros propuestos.

“El bienestar psicológico del terapeuta contiene, tranquiliza y de alguna forma garantiza algunas cosas en la relación (...) si sostiene podríamos decir que se genera un espacio en el que se pueden producir cambios, porque se producen movimientos, y yo diría más que cambios transformaciones porque el propósito de este trabajo no es que alguien cambie sino que sea más sí mismo” (SM)

En síntesis, los logros durante el proceso de psicoterapia dependen de la disposición y del trabajo que el paciente realiza en la relación con su terapeuta, es el vínculo terapéutico el que permite el espacio para que esto se dé. Durante el proceso psicoterapia, el terapeuta en su lugar de posibilitador pone a disposición del proceso aspectos como su buen vivir y la coherencia que le permiten al paciente identificarse con ese bienestar y trabajar en la posibilidad de lograrlo para sí mismo. Finalmente es el bienestar del terapeuta el que le permite soportar y contener a su paciente durante el proceso.

7. DISCUSIÓN

Para esta discusión se abordarán aspectos desarrollados en la investigación como puntos importantes sobre los cuales interesa hacer una reflexión, estos son: la percepción que sobre el bienestar psicológico tienen los psicólogos clínicos participantes y las particularidades que sobre el bienestar psicológico de los terapeutas se encontraron, la relación entre el bienestar psicológico del terapeuta y la práctica clínica, en ambas direcciones, es decir, la práctica clínica en el bienestar psicológico del terapeuta y el bienestar psicológico del terapeuta en la práctica clínica; siendo esta última relación en la que se centra este escrito haciendo referencia a la ética, al vínculo terapéutico y a los logros del proceso de psicoterapia.

El primer objetivo de esta investigación fue conocer la concepción que los participantes tienen sobre el bienestar psicológico. Si bien, este es un concepto que durante las últimas tres décadas ha sido estudiado de forma sistemática por diferentes autores Ryff, 1995; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Díaz y Sánchez, 2002; Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van-Dierendonck, 2006; Casullo, 2002; Casullo y Castro-Solano, 2000; Benatuil, 2003; Sánchez-Cánovas, Balcázar, Malvaez, Gurrola, Bonilla, y Trejo; es debido a la falta de acuerdo en la delimitación conceptual, por su carácter temporal, su naturaleza pluridimensional, y por los múltiples factores objetivos y subjetivos que se tienen en cuenta a la hora de hablar de bienestar psicológico (García-Viniegras & González, 2000, p. 586).

Al preguntar a los psicólogos clínicos participantes en esta investigación sobre el bienestar psicológico, la primera característica que es nombrada por ellos es la

subjetividad, entendiendo que no hay criterios generales que lo definen sino que es una construcción que cada sujeto realiza desde su historia, sus deseos y sus condiciones de vida. Diener (1994, p. 104) refiere que el bienestar psicológico tiene tres características entre las cuales predomina la subjetividad; segundo, la presencia de indicadores positivos y no ausencia de factores negativos; y tercero, una valoración global de la vida. Al respecto García-Viniegras y González (2000) expresan:

“El término bienestar lleva implícita la experiencia personal, y por tanto hablar de bienestar subjetivo puede considerarse una redundancia (...) el bienestar es definido por la mayoría de los autores como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida” (p. 587)

La subjetividad también da cuenta de un proceso en el cual el sujeto va valorando las experiencias de vida y construyendo poco a poco lo que para él es bienestar. Para realizar esta valoración el sujeto utiliza recursos cognitivos y afectivos; los cognitivos le permiten establecer la relación entre las expectativas propuestas y los logros alcanzados, y los afectivos tienen que ver con la experimentación de sentimientos y emociones agradables asociados al estado de ánimo (Diener, 1984, p. 545; Díaz, 2001, p. 572; Ballesteros et al., 2006, p. 241; Clemente, Tartaglini, & Stefani, 2008, p. 47).

La construcción de la idea de bienestar está en continua relación con el momento de la vida que el sujeto esté atravesando; puede entenderse, entonces, que las formas de bienestar y la percepción de éste están ligadas a los cambios evolutivos (Harrington & Loffredo, 2011, p. 42; Chávez & Torres, 2006, p. 28). También influyen circunstancias

medioambientales, vivencias, contextos, experiencias y factores que hacen parte de la vida del sujeto (García-Viniegras & González, 2000, p. 587).

Por otra parte, el proceso de construcción del bienestar no termina, no hay un fin en cuanto que “se logre” el bienestar como algo definitivo, porque siempre está en movimiento dependiendo de las condiciones antes mencionadas. Es el proceso mismo el que se percibe como bienestar, la experimentación continua de emociones positivas, satisfacción con su vida y sentimientos agradables hacen parte de un proceso de bienestar; lo contrario ocurre con la persona que experimenta pocas emociones positivas y no siente satisfacción con su vida (Díaz, 2001, p. 572).

Si bien, no es estático, depende de cada sujeto mantenerlo como una suerte de estabilidad, según la dinámica que establezca con su bienestar y del conocimiento de sí mismo. Para explicar esta estabilidad Diener (1994) recurre a los componentes del bienestar, a saber el cognitivo y el afectivo, para decir que éste último es mucho más cambiante, momentáneo e inestable por lo que las emociones representan para las personas; mientras que el cognitivo tiene como principal característica la estabilidad porque valora positivamente la vida a lo largo tiempo, haciendo una apreciación general y no de cada momento.

Al respecto García-Viniegras y González (2000, p. 586), reconocen que el bienestar tiene aspectos estables y transitorios, que permiten no solo la valoración de cómo ha sido la vida hasta el momento, sino que también realizar proyecciones a futuro y pensar como le irá más adelante (Chávez & Torres, 2006, p. 26). Es la dinámica que establezca el sujeto entre estos dos componentes la que permite la sostenibilidad del bienestar; además, los autores proponen que el bienestar se mantiene por la sumatoria de

experiencias que resultan placenteras y satisfactorias para cada sujeto en los diferentes aspectos de la vida, ya sea social, económico, laboral, etc.

Por otra parte, la influencia de las relaciones interpersonales en la valoración que el sujeto hace de su bienestar, le da al bienestar psicológico una característica relacional. Cuando el sujeto tiene la posibilidad de establecer relaciones significativas que permitan la cercanía, la intimidad y el apoyo de otras personas experimenta satisfacción consigo mismo y bienestar (Ryff & Singer, 2000, p. 32; Oramas, Santana, & Vergara, 2006, p. 35) El carácter relacional del bienestar psicológico está dado por la naturaleza relacional del ser humano, en la que su desarrollo y construcción personal están sujetos a las relaciones establecidas (Berger & Luckmann, 1968).

Esta investigación al igual que otras que se han realizado con respecto al bienestar psicológico (Junta examinadora de psicólogos de Puerto Rico, 2002 King et al., 2014) encontró que hay unas dimensiones que lo constituyen. Las emergentes en este estudio son: *la coherencia, el equilibrio, la adaptación y la paz interior*.

La coherencia se presenta en una triada en la cual los pensamientos, los sentimientos y las acciones se encuentran interrelacionados entre sí.

El equilibrio entendido como la dialéctica entre lo físico, lo psicológico, lo relacional y lo espiritual. García-Viniegras y González establecen ese equilibrio entre los aspectos que denominan como “el funcionamiento físico, psíquico y social” que hacen parte de la salud en un sentido general; argumentando que el bienestar se manifiesta en todos aspectos de la vida (2000, p. 587). Estos tres aspectos (físico, psíquico y social) están influidos por la personalidad y de ahí se derivan las interacciones (Chávez & Torres, 2006, p. 27).

Finalmente, tanto a factores internos como externos, entendiendo lo interno como la configuración psíquica y lo externo aquello que se sucede en el contexto social y cultural, y que no dependen de la persona. Casullo y Castro (2002, p. 130) y Amutio, Ayestaran, y Smith (2008, p. 237) afirman que el bienestar psicológico puede ser analizado en lo sociocultural, en cuanto al desempeño en las diferentes áreas: empleo, relaciones sociales, economía, etc. y por lo individual, en relación a las creencias, percepciones, actitudes, entre otras. Por su parte, Ryff y Singer (1998, p. 6) hacen énfasis en la adaptación e integración del sujeto a su ambiente social y en la aceptación y crecimiento personal del individuo como un elemento fundamental para valorar la percepción de bienestar de cada sujeto.

En general, puede decirse que el bienestar psicológico es la percepción que cada tiene sobre sí mismo, percepción que obedece a la coherencia entre las expectativas que el sujeto mismo ha planteado para su propia vida y los logros de las mismas, o tal como expresan Clemente et al. (2008), el bienestar psicológico da cuenta de “en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva” (p. 47). Siendo entonces, un constructo que cada persona hace sobre su vida, que expresa el sentir y el pensar acerca de sí mismo, y la forma como se relaciona con los demás (Chávez & Torres, 2006, p. 27; Díaz, 2001, p. 572; Clemente et al., 2008, p. 47).

Hasta ahora se ha hablado del bienestar psicológico en general, es decir, el bienestar que tiene que ver con todas las personas. Pero, en esta investigación fue posible conocer por la experiencias de los participantes, que si bien se reconoce al terapeuta como una persona común hay aspectos propios de su hacer que representan una mayor exigencia en cuanto al bienestar se refiere, esto en dos vías: primero, la

práctica clínica influye en la persona del terapeuta, específicamente el bienestar psicológico y segundo, el bienestar psicológico del terapeuta influye en la práctica clínica, específicamente en el vínculo terapéutico.

Al respecto Baker, Elman, y Schoener (2007, p. 604), refieren que hay situaciones que son propias de la profesión de los terapeutas que representan mayor exigencia en las prácticas de cuidado propio y del bienestar; porque los terapeutas se enfrentan a situaciones de riesgo en cuanto a experimentar agotamiento, angustias y traumas que no solo afectan su bienestar sino también su competencia profesional. Por lo tanto, el terapeuta por ser igual a los otros seres humanos, tiene fortalezas y debilidades, pero se hace más vulnerable a la afectación de su bienestar por las dificultades que a nivel emocional presenta la naturaleza de su trabajo (Linley & Joseph, 2007, p. 388).

En la categoría del bienestar psicológico del terapeuta se desarrolló éste tema en relación a tres aspectos identificados por los psicólogos clínicos como los principales factores que inciden en la afectación de su bienestar, a saber, la implicación emocional del terapeuta en las terapias, la complejidad de los casos y el ritmo de trabajo.

Al respecto Carter y Barnett (2014), enfatizan en la importancia que tiene para el bienestar del terapeuta que éste logre reconocerse como un humano y no como un “súper humano” (p. 122), porque al reconocerse igual que sus pacientes puede ocuparse de las cosas que le afectan. El terapeuta más allá del conocimiento y las técnicas que tiene para el manejo de las situaciones estresantes, a nivel personal y laboral, debe estar atento a su bienestar, no solo por él sino por y para el paciente, quien espera que su terapeuta esté ahí para él brindándole el acompañamiento.

Baker et al. (2007, p. 604) explican que ser terapeuta implica ser compasivo con el otro y ayudarlo a identificar y atender proactivamente sus necesidades, pero para ello es importante que en la relación consigo sí mismo el terapeuta también sea compasivo y atienda sus necesidades.

En este orden de ideas, es posible decir que hay asuntos propios de la práctica clínica que tienen un efecto en el bienestar psicológico del terapeuta, quien además de las situaciones de su vida personal debe enfrentarse día a día con las conflictivas que sus pacientes llevan a la consulta y a los factores estresantes de la actividad laboral. Por ello, se hace énfasis en que el terapeuta debe desarrollar cierta sensibilidad para reconocer cuándo su bienestar está siendo afectado por dichas situaciones para emprender acciones asociadas al cuidado de sí que favorezcan su bienestar.

En la comunicación con los participantes de esta investigación emerge que además de la influencia de la práctica clínica en el bienestar psicológico del terapeuta, existe otra relación entre estos dos aspectos, a saber, que el bienestar psicológico del terapeuta influye en la práctica clínica, específicamente en el vínculo terapéutico que se establece entre el paciente y el terapeuta. Teniendo en cuenta que para que el vínculo sea posible el terapeuta debe tener disponibilidad emocional para propiciar el vínculo y disponer las condiciones para que el paciente logre vincularse (Acuña, 2003, p. 111; Arango & Moreno, 2009, p. 143).

Si partimos de lo propuesto por Berenstein y Puget (1997, p. 143) sobre la función del terapeuta en el vínculo, como quien dispone su deseo de ayudar al paciente, y aporta además de sus conocimientos su mundo emocional, toma relevancia el bienestar psicológico del terapeuta, entendiendo que de éste depende la capacidad para

disponerse para el otro y vincularse. Así mismo, es el bienestar del terapeuta el que le permite estar ahí para el paciente y construir con él un vínculo, poniendo al servicio de éste las características del bienestar psicológico encontradas en este estudio, a saber, lo relacional y lo procesual; porque, tal como lo proponen De Bei et al. (2007, p. 48), es el terapeuta quien está atento a los cambios y realiza los ajustes necesarios para construir y mantener el vínculo.

De hecho Alcázar (2007, p. 57) refiere que uno de los motivos por los cuales los pacientes no logran permanecer en los procesos de psicoterapia es por la percepción que en las primeras sesiones tienen del terapeuta, por esos lo pacientes que deciden continuar lo hacen porque perciben características positivas en el terapeuta, no solo como terapeuta sino como persona. Por otro lado, los motivos por los cuales el paciente no se vincula pueden tener múltiples factores asociados a sus propias dificultades para la vinculación, y a factores asociados al terapeuta, entre los cuales se encuentran: la falta habilidades interpersonales, dificultades en la comunicación, en la capacidad de empatizar y la imposibilidad para generar expectativas en los pacientes a partir de lo que proyecta de su forma de ser (Andrade, 2005, p. 19).

Por la influencia que tiene el bienestar psicológico del terapeuta en el vínculo terapéutico Baker et al. (2007, p. 604) hacen referencia a un asunto ético, asociado a la eficacia de la práctica clínica. Se entiende entonces, que hace parte de la ética del terapeuta velar porque el proceso de psicoterapia sea exitoso y si para ello es importante su bienestar psicológico también debe velar por estar lo mejor posible. En relación a esto, la APA (2002) en el principio A, llama la atención a que los psicólogos reconozcan

los posibles efectos de su salud física y emocional en su capacidad para ayudar a los demás.

Pensar que el bienestar psicológico del terapeuta influye en su práctica clínica remite directamente a la persona del terapeuta y a la forma como se relaciona con su rol profesional, porque si bien se reconoce que el terapeuta en la relación con sus pacientes está ejerciendo un rol demandado por la situación clínica, hay características propias de la persona que se ponen en juego en dicho rol o como lo expresa McConaughy (1987, p. 305) hay características de la persona del terapeuta que trascienden el rol terapéutico y tienen una influencia en la práctica clínica; y hace referencia a un estilo de intervención único según el terapeuta, dado que es la persona del terapeuta quien elige desde su subjetividad cuales son las estrategias y técnicas más adecuadas para desarrollar su práctica clínica.

Tanto McConaughy (1987) como López Medina (2010) coinciden en afirmar que en la relación que se establece con el paciente, el terapeuta está poniendo no solo su saber profesional sino su experiencia personal; por eso el paciente se vincula con la persona del terapeuta en una relación persona a persona. Es en esa relación de iguales donde el terapeuta expresa quien es más allá del rol profesional, y siguiendo la línea del bienestar psicológico, es ahí en la relación con el paciente donde influye el bienestar psicológico del terapeuta.

López Medina (2010, p. 7) expresa que si el terapeuta no se encuentra estable, sino se siente bien consigo mismo o si tiene asuntos personales sin resolver, probablemente se le dificultará la vinculación con su paciente, ya sea porque se

identifique con el sufrimiento que ese otro trae a consulta o porque simplemente no tenga las condiciones emocionales para vincularse.

Por el contrario, si la persona del terapeuta se encuentra bien, si siente satisfacción con su vida y con práctica clínica, tendrá mayor disposición para la vinculación con los pacientes (Baker et al., 2007, p. 609). Porque en la medida en que el terapeuta se acepta, valora y cuida de sí mismo, es más eficaz a la hora de ayudar a sus pacientes en el proceso de conocerse y cuidarse (McConaughy, 1987, p. 309). Se reconoce entonces que hay una relación entre la forma como el terapeuta se relaciona consigo mismo y la forma como lo hace con sus pacientes.

Teniendo en cuenta además, que es el vínculo entre el paciente y el terapeuta el que produce los cambios en el proceso de psicoterapia es responsabilidad del terapeuta aportar a dicho fin y promover en el paciente la disponibilidad para mantenerse en el vínculo; por su parte Fossa (2012, p. 102) hace referencia que es el terapeuta quien debe propiciar un vínculo de calidad para garantizar la obtención de los logros

Por ello, tal como lo expresan los participantes, el bienestar psicológico del terapeuta es una responsabilidad del terapeuta consigo mismo pero también con sus pacientes, puesto que de su bienestar psicológico van a depender sus recursos emocionales, su disposición para el vínculo y su capacidad para poner acompañar el proceso de psicoterapia.

Es por ello que Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008, p. 67) llaman la atención sobre la importancia de que los terapeutas tomen conciencia de los riesgos a los que se exponen diariamente en el ejercicio de su profesión, haciendo énfasis en que el terapeuta para poder ayudar a otros primero debe poder ayudarse y cuidarse a sí mismo,

buscando su salud física y mental y promoviendo la calidad de vida. Baker et al. (2007, p. 604) expresan que se espera que los psicólogos tengan la capacidad de notar en ellos mismos los signos de afectación emocional a medida que se presenten y tomar las acciones necesarias para evitar problemas no solo en la vida personal sino también en el ámbito profesional; además, hacen referencia al cuidado personal como un herramienta “para aumentar los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales del psicólogo clínico” (p. 68). A la vez que minimizan el impacto que a nivel emocional genera el trabajo clínico, el cual se suma a las dificultades propias de la vida como: enfermedades, muerte de un ser querido, conflictos económicos y relacionales.

Por eso se llama la atención sobre importancia de tomar conciencia y crear una cultura en la cual se destaque el del bienestar del terapeuta y las prácticas de cuidado de sí, tomando medidas que permitan promoverlo como un asunto ético; en tanto una de las funciones del terapeuta en el ámbito laboral es promover el bienestar y acompañar a sus paciente en la búsqueda del mismo, pero poco se hace con respecto al propio bienestar.

Limitaciones

En el desarrollo de esta investigación se identificaron algunas limitaciones metodológicas y teóricas, que se presentan a continuación.

La investigación procuró comprender desde las diferentes orientaciones teóricas la perspectiva sobre el bienestar psicológico del terapeuta y su relación con el vínculo terapéutico, pero no fue posible incluirlas todas y estas se quedaron por fuera de los hallazgos. Si bien no se pretendió hacer una distinción ni profundización desde cada

enfoque, los hallazgos y la discusión habrían sido enriquecidos con estas otras perspectivas.

Los conceptos abordados para este estudio resultan ser polivalentes o tener distintos significados según la orientación teórica de los participantes. Estas diferencias en algunos conceptos influyeron a la hora del abordaje empírico y la inferencia teórica, haciendo que no fuese posible, en algunos momentos, precisar los conceptos, debido a que tanto en la teoría como en la práctica estos pueden ser intercambiables; algunos de estos conceptos son: relación terapéutica, vínculo terapéutico y alianza terapéutica; empatía y aceptación incondicional.

Aunque se realizó la triangulación con el asesor durante todo el proceso de investigación, desde la obtención y análisis de los datos y los hallazgos, no fue posible realizarla con los participantes, lo que hubiese sido muy interesante para someter a discusión esta información.

Estas limitaciones abren otras posibilidades para desarrollar nuevas investigaciones que permitan profundizar en el tema de investigación.

En aras de la diversidad hubiese sido interesante realizar la recolección de datos con participantes de otras orientaciones teóricas, no solo por medio de la entrevista semiestructurada sino también en grupos focales.

Pudiera ser interesante hacer esta investigación particularizando los datos aportados desde los diferentes enfoques, realizando así un análisis específico por orientación teórica.

Implicaciones prácticas

Esta investigación permite la reflexión acerca de la importancia de preservar y promover el bienestar psicológico de los terapeutas, como una postura ética asumida por cada psicólogo que decide dedicar su labor a la atención clínica; y también para los espacios de formación de futuros terapeutas y las instituciones que ofrecen atención psicológica.

En cuanto a *los psicólogos en formación* (pregrado), es necesario fortalecer el proceso de formación integral, en el cual haya mayor interés por la persona en formación y no solo del sujeto de formación, para que desde este momento el futuro terapeuta logre identificar la importancia de la persona del terapeuta y no solo del rol como terapeuta.

El proceso de acompañamiento a los estudiantes durante la experiencia de práctica profesional, debe permitir un espacio para lo personal en el cual el estudiante pueda hablar de esos aspectos que afectan su bienestar psicológico, tales como la implicación emocional en los casos, la identificación con los temas que llevan sus pacientes a consulta, el ritmo de trabajo y la movilización emocional que la práctica le genera.

Posibilitar espacios en los cuales sea posible que la persona del terapeuta (en formación) no solo hable de los casos y sus procesos académicos, sino también, de sí mismo en otros contextos, en otros roles, es decir, como hijos, hermanos, parejas, etc.

Con respecto a *los terapeutas en práctica clínica*, se destaca la importancia de mantener la supervisión para el acompañamiento en los casos que día a día asumen, en tanto ésta permite no solo pensar en torno a los pacientes, sino también sobre los asuntos

que se movilizan en la atención clínica. En esa medida, se cuida el proceso que se lleva con los pacientes y se cuida a la persona del terapeuta.

Mantener el proceso personal, no solo en el tiempo de formación, sino durante todo el tiempo que se considere necesario, éste hace parte de esas prácticas de cuidado de sí que favorecen el bienestar psicológico del terapeuta y que emerge en la investigación como una responsabilidad del terapeuta consigo mismo y con el paciente, en tanto redunda en la calidad del acompañamiento que se le brinda a los pacientes.

Frente a las *instituciones*, se hace un llamado a velar por la persona que atiende a aquellas personas que buscan la atención psicológica. Para esto, es importante pensar estrategias que posibiliten el bienestar psicológico de los terapeutas, por medio de actividades de bienestar y salud, y ofreciendo espacios estructurados y continuos que se ocupen de la persona del terapeuta.

REFERENCIAS

- Alcázar, R. J. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental, 30*(5), 55-62.
- Amutio, Alberto, Ayestaran, S., & Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24*(2), 235-252.
- Anadón, M. (2008). La investigación llamada «cualitativa»: de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Investigación y Educación en Enfermería, 26*(2), 198-211.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud, 16*(1), 9-29.
- Arango, A. M., & Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(2), 135-145.
- Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(3), 477-502.
- Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(6), 603-612.
doi:10.1037/0735-7028.38.6.603
- Balcázar, P., Malvaez, N., Gurrola, G., Bonilla, M., & Trejo, L. (s. f.). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Revista electrónica de psicología, 7*, 69-86.
- Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a una servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas psychologica, 5*(2), 239-258.

- Barcellos, B., Gomes, C., & Ribeiro, E. (2006). Data Colletion in Clinical-Qualitative Research: Use of Non-Directed Interviews With Open-Ended Questions by Health Professionals. *Revista Latinoamericana de Enfermeria*, 14(5), 812-820.
- Baringoltz, S. (2009). Las emociones del terapeuta en el interjuego de la relación terapéutica. Presentado en I Congreso Internacional de Terapias Cognitivas Constructivistas y Posracionalistas, Argentina.
- Berenstein, I., & Puget, J. (1997). *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica* (1.ª ed.). Paidós.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blaxter, L., Hughes, C., & Tight, M. (2002). *Cómo se hace una investigación* (2.ª ed.). Gedisa.
- Carter, L., & Barnett, J. E. (2014). A guide to psychological wellnes for graduate students in psychologic. En *Self-care for clinicians in training* (pp. 121-203). New York: Oxford University press.
- Casullo, M. (2008). *Prácticas en psicología positiva*. (M. Gancedo, Ed.). Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Casullo, M., & Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(2), 129 - 140.
- Chaves, L. (1996). Reconceptualizaciones sobre la relación terapéutica en clínica cognitiva. *Revista Universidad de San Buena Ventura*, (5), 25-30.
- Chávez, A., & Torres, J. (2006). *Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior* (Maestría). Universidad de Colima, Colima, Col.

- Chazenbalk, L. (2011). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. En *Psicología, cultura y sociedad*. Argentina.
- Chenail, R. (1992). A Case for Clinical Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 1(4).
- Chenail, R., & Maione, P. (1997). Sensemaking in Clinical Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 3(1).
- Clemente, A., Tartaglini, M., & Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 47-53.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (1.ª ed.). Heder.
- Congreso de la Republica. (2007, octubre 3). Ley 1164 de 2007.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120-129.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cornejo, M., & Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 6(2), 143-153.
- De Bei, F., Colli, A., & Lingardi, V. (2007). Deconstructing the therapeutic relationship in order to reconstruct it. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 46-67.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social indicators research, 31*, 103-157.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema, 23*(4), 566-572.
- Fabregó, E., & Viñas, A. (2010). Las emociones del terapeuta sistémico en juego. *Revista de Psicoterapia Relacional en Intervenciones Sociales, (23)*, 129-148.
- Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clinica y Salud, 17*(3), 297-318.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias* (Edición ampliada). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU, 3*(1), 101 - 126.
- Froján, M. (2011). Introducción: ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clinica y Salud, 22*(3), 201-204. doi:10.5093/cl2011v22n3a1
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 21*, 155-169.
- García-Viniegras, C., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*(6), 586-592.
- González Barrón, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema, 14*(2), 363-368.

- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psyche*, 17(2), 67-78.
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta* (1.ª ed.). Paidós.
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2011). Insight, Rumination, and Self-Reflection as Predictors of Well-Being. *The Journal of Psychology*, 145(1), 39–57.
- Hernández, M. (2007). La Neutralidad Terapéutica del Psicólogo. *Persona y Bioética*, 11(29), 126 - 137.
- Hernández, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas psychologica*, 6(2), 285-29.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: : McGraw Hill.
- Hoglund, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.-P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2007). Análisis de la relación paciente-terapeuta en la psicoterapia dinámica: un estudio experimental de la interpretación de la transferencia. *Am J Psychiatry*, 10(1), 24-31.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-57.
- Junta examinadora de psicólogos de Puerto Rico. (2002). Revisión del Código de Ética.
- Kazdin, A. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica* (3.ª ed., Vol. 6). México D.F.: Pearson Educación de México.
- King, M. F., Renó, V. F., & Novo, E. M. L. M. (2014). The Concept, Dimensions and Methods of Assessment of Human Well-Being within a Socioecological Context: A Literature Review. *Social Indicators Research*, 116(3), 681-698. doi:10.1007/s11205-013-0320-0

- Krause, M. (1995). La Investigación Cualitativa: Un Campo de Posibilidades y Desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Krause, M., & Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(002), 299-325.
- Lambert, M., & Barley, D. (2011). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy Work and Therapists' Positive and Negative Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385-403.
- Londoño, C., & Flórez, L. (2010). Formación en Psicología de Salud en Colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(1), 55-61.
- López Medina, L. I. (2010). La Otra Cara de Terapia: La Vida Personal del Psicoterapeuta. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 19.
- Mahoney, M., & Fernández-Álvarez, H. (1998). La vida personal del psicoterapeuta. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 16, 9-22.
- Maione, P. (1997). Choice Points: Creating Clinical Qualitative Research Studies. *The Qualitative Report*, 3(2).
- Marsollier, R., & Aparicio, M. (2011). El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas: individuo y sociedad*, 10(1), 209-220.

- Martin, D., Garske, J., & Davis, K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- McConaughy, E. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy, 24*(3), 303-314.
- Ministerio de la protección social. (2006, septiembre). Ley número 1090.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *Motricidad. European Journal of Human Movement, 18*, 79-91.
- Montero, I., & León, O. (2002). Clasificación y Descripción de las Metodologías de Investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología y de la Salud, 2*(3), 503-508.
- Nina-Estrella, R. (2011). Código ético de psicoanalistas y psicoterapeutas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 221-226*.
- OMS. (2011, octubre). Salud mental: un estado de bienestar.
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo, 7*(1-2), 34-39.
- Polo, J. D., De Castro, A., & Amarís, M. (2008). Vivencia de bienestar psicológico de profesionales acompañantes de procesos de integración social en Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe, 22*, 25-36.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A., & Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema, 22*(1), 63-70.
- Romero, A., Brustad, R., & García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte, 2*(2), 31-52.

- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C., & Singer, B. (2000). Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30-44.
- Salamanca, A. B., & Martín-Crespo, C. (2007). El Muestreo en la Investigación Cualitativa. *Nure Investigación*, 27.
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 383-403.
- Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Chenevard, C. L., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Santibáñez, P., Román, M., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Simon, G. M. (2006). The Heart of the Matter: A Proposal for Placing the Self of the Therapist at the Center of Family Therapy Research and Training. *Family Process*, 45(3), 331-344.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., ... Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios Sanmarquinos. *Revista de investigación en psicología*, 11(2), 139 – 152.

Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

ENTREVISTA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS

INVESTIGADORA: ANGELA YANETH VELEZ RAMIREZ

ASESOR: DIEGO ALVEIRO RESTREPO OCHOA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Relación entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico, desde la perspectiva de los psicólogos clínicos.

DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Su participación dentro de la presente investigación consiste en una entrevista semiestructurada, en la que se abordan, los siguientes aspectos: formación profesional, experiencia y orientación teórica, bienestar psicológico, vínculo terapéutico y proceso de psicoterapia.

CONDICIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de las condiciones éticas para este estudio se encuentran las siguientes:

- **Secreto Profesional:** la investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se compromete a no

informar en sus publicaciones ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.

- **Derecho a la no-participación:** los participantes, al estar informados de la investigación y el procedimiento, tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.
- **Derecho a la información:** los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.
- **Remuneración:** los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo la colaboración de los participantes en ella es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.
- **Divulgación:** la devolución de los resultados será presentada por escrito a las instituciones participantes para que sean conocidos por la comunidad. Los resultados de la investigación serán divulgados como material escrito en la biblioteca de la Universidad de Antioquia y en publicaciones. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUÍA**

ENTREVISTA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Relación entre el bienestar psicológico de los psicoterapeutas y el vínculo terapéutico, desde la perspectiva de los psicólogos clínicos.

Yo: _____

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recopilación de la información. Soy conecedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando así lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

FIRMA PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

C.C.

FIRMA

C.C.

FIRMA ASESOR

C.C.

ANEXO 2. Guion temático para la recolección de los datos

Objetivo específico	Aspectos que lo componen	Preguntar para indagar estos componentes
Información general	Formación Experiencia Orientación teórica	¿Qué pudiera usted contarme acerca de su historia como psicólogo (a) y específicamente como psicólogo (a) clínico (a)?
Identificar las concepciones que tienen los psicólogos clínicos acerca del bienestar psicológico.	Concepciones del bienestar psicológico Dimensiones del bienestar psicológico	Tal como le mencioné al inicio, la investigación que estoy realizando tiene que ver con el bienestar psicológico. Me interesa mucho saber ¿Qué es para usted el bienestar psicológico? ¿Cómo se entiende? Usualmente las aproximaciones al bienestar psicológico incluyen unas dimensiones, es decir, unos aspectos constitutivos del bienestar psicológico. Desde su experiencia ¿Cuáles son los aspectos que componen el bienestar psicológico?
Describir desde la perspectiva de los psicólogos clínicos el lugar del vínculo terapéutico en relación a los logros en el proceso de psicoterapia.	Lugar del vínculo terapéutico Proceso de psicoterapia	Otro aspecto importante que estamos considerando en la investigación es la del vínculo terapéutico. Desde su orientación teórica ¿cómo se concibe el vínculo terapéutico? ¿Qué lugar ocupa el vínculo dentro del proceso de psicoterapia? ¿Qué aspectos de la relación entre el terapeuta y el paciente intervienen el

		<p>vínculo terapéutico?</p> <p>¿Qué aspectos relacionados con la persona del terapeuta se ponen en juego en el vínculo terapéutico?</p>
<p>Identificar los aspectos constitutivos del bienestar psicológico de los psicoterapeutas que tienen mayor influencia en el vínculo terapéutico</p>	<p>Bienestar psicológico de los psicoterapeutas</p> <p>Lugar de este en el vínculo</p> <p>Aspectos constitutivos del bienestar psicológico</p> <p>Influencia de estos en el vínculo terapéutico</p>	<p>Usualmente, cuando se piensa en el bienestar psicológico en el ámbito de la psicoterapia se piensa en el bienestar psicológico del paciente. Sin embargo, la persona del terapeuta y su lugar dentro de la psicoterapia no ha recibido la misma atención. Específicamente, no se ha indagado suficientemente acerca del lugar que tiene el bienestar psicológico de los terapeutas en el establecimiento del vínculo terapéutico. ¿Considera usted que el bienestar psicológico de los terapeutas puede influir en la forma como se establece el vínculo con los pacientes?</p> <p>Hace un momento, usted me mencionaba unas dimensiones del bienestar psicológico tales como X, Y y Z. ¿Cuáles de estas dimensiones considera usted que tienen una mayor influencia en el vínculo terapéutico?</p>