Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Maestría en Psicoterapia



La relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo en la psicoterapia

---

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **ANA LAURA TELLES MARTÍNEZ**

Asesor **MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

9 de julio de 2025

Agradecimiento y dedicatoria

La construcción de este documento implicó bastante dedicación, esfuerzos, retos, aprendizajes y alguna que otra lágrima, fue toda una experiencia. Ahora sé que hay cosas que no pesan por el oro que contienen sino por el proceso pulidor que elimina las ideas aturdidoras de no continuar y no seguir. Entonces algo que parece no alcanzable poco a poco se va construyendo, y poco a poco se va evidenciando el lugar al que es posible llegar. Es preciso mencionar que el proceso pulidor sucedió en apoyo y colaboración de muchas personas que realizaron un relevo constante acompañando, escuchando, solicitando y recuperando lo que iba pasando a cada paso, sobre todo cada vez que yo sentía desfallecer.

Agradezco y dedico este producto formativo muestra de mis esfuerzos, mi entusiasmo y mi perseverancia:

Principalmente a Dios que en su infinita bondad me permitió dar un paso que ha cambiado mi forma de ver, sentir y pensar la vida al ser parte de esta maestría; a mis padres Ana y Eduardo, a mis amados hermanos Mar y Luis E., quienes me motivan, sostienen y acompañan a seguir por caminos más prósperos.

También a esas personas que nunca me han dejado sola, que oran por mí, que confían y creen en mí, que solo desean que obtenga lo que busco, que han conocido mis luchas y se han convertido en cómplices de esta aventura en la que me embarqué y decidí llevar a buen puerto a pesar de las tormentas, que siempre fueron un faro que me impulsaban a seguir en la confusión y desánimo, incluso a la distancia. Fueron un cielo despejado en la frescura de los buenos momentos de esta formación profesional.

Por último, a mis profesores de la maestría en psicoterapia: Eugenia, Bernardo, María Luisa, Tania, Ceci, Lety, Dulce y al más grande soporte en todo este proceso de construcción del TOG, al Dr. Marco, sus palabras, acciones, atenciones y comprensión se quedan en mi corazón, aprendí de ustedes, me alentaron en conjunto con mis compañeros y compañeras en las circunstancias que tantas veces compartí con ustedes en las aulas, hicieron de esta etapa formativa un capítulo totalmente resiliente y esperanzador.

Por mí y los míos, quienes no solo implican a mi familia sino también a cada persona con la cual la vida me ha permitido coincidir en la psicoterapia. Muchas gracias, les comparto este documento, bendiciones y agradecimiento.

Resumen

La relación terapéutica es la facilitadora de los cambios subjetivos en los procesos de psicoterapia, esto es referido en este documento desde las diferentes posturas o enfoques psicoterapéuticos, así como desde los resultados que se presentan en este estudio de caso.

En el análisis de los turnos de palabra de un proceso de psicoterapia, se revisó cómo la relación terapéutica facilitó el cambio subjetivo, en otras palabras, cómo el encuentro de un profesional especializado en psicoterapia sintoniza con una persona con una situación a resolver que solicita el acompañamiento del profesional.

El estudio que se realizó fue un estudio de caso, en el cual participaron una terapeuta en formación de la maestría en psicoterapia y una consultante que de acuerdo con su voluntad y decisión accedió a participar en el Proyecto Presencia. Se realizaron grabaciones y videograbaciones de cada una de las sesiones, estas fueron transcritas y se aplicó la escala de factores facilitadores del cambio en psicoterapia, la cual cuenta con tres apartados: uno dedicado a los factores que están asociados a la relación terapéutica, otro al cambio subjetivo y otro con relación a la psicoterapia, a diferentes turnos de palabra que fueron elegidos selectivamente, esto de acuerdo con el método de investigación cualitativa. Por lo tanto, los datos fueron identificados como significativos cuando estos representaron una incidencia en investigaciones previas o bien cuando estos datos o hallazgos fueron descriptivos de este caso en particular, contando con similitudes o bien ciertas diferencias.

Los resultados nos mostraron que la presencia de los factores facilitadores del cambio en psicoterapia que tuvieron mayor incidencia fueron el acto comunicativo, la referencia del malestar psicológico referido por la misma persona, los cambios cognitivos y el seguimiento por parte del terapeuta. Se concluyó que la relación terapéutica es una vía facilitadora del cambio subjetivo que se da en el proceso psicoterapéutico.

Palabras clave: Relación terapéutica, cambio subjetivo, psicoterapia.

Summary

The therapeutic relationship is the facilitator of subjective changes in psychotherapy, this is referred in this work according to different perspectives or psychotherapeutic approaches, as well as from the results of this case study analysis.

In the analysis of speaking turns in a psychotherapy process it was reviewed how the therapeutic relationship fosters subjective change, that is, the therapeutic encounter in which there is a professional specialized in psychotherapy in tune with a person with a situation to resolve that request the professional's accompaniment.

This work is a case study in which a therapist studying a master's in psychotherapy participated, a consultant who according to her will and decision agreed to participate in Proyecto Presencia program. Audio and video recordings of each session were saved, transcribed, and studied. The scale of factors that facilitate change in psychotherapy was applied. The scale has three sections, one dedicated to factors that are associated with the therapeutic relationship, another to subjective change and another in relation to psychotherapy. The scale was used to study different speaking turns that were selectively chosen, and it was done according to qualitative research methods. Therefore, the data identified was significant when it represented an incidence in previous investigations or when the findings were descriptive of this case, having similarities or certain differences.

The results show the presence of factors that facilitate change in psychotherapy; some with a higher incidence were the communicative act, the reference of psychological discomfort reported by the consultee, cognitive changes, and follow-ups by the therapist. In conclusion, the therapeutic relationship is a facilitator of subjective change as it occurs in the psychotherapeutic process.

Key words: Therapeutic relationship, subjective change, psychotherapy.

Índice Temático

La relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo en la Psicoterapia 1

I. Introducción 1

II. Planteamiento y Justificación del problema 3

Objetivo general 9

Pregunta principal 9

Preguntas subsidiarias 9

Supuestos de la investigación 10

III. Marco Referencial 10

3.1 La psicoterapia hoy, revisión histórica de los abordajes psicoterapéuticos 11

3.2 La relación terapéutica 33

3.3 El cambio subjetivo en la psicoterapia 43

3.4 Una Integración funcional para la práctica psicoterapéutica……..…..49

IV. Marco metodológico ..... ¡Error! Marcador no definido.

4.1 Diseño de la investigación 59

4.2 Método de estudio de caso en psicoterapia 61

4.3 Instrumentos de recolección de datos 62

4.4 Técnica de análisis de datos 63

4.5 Presentación de caso 68

4.6 Consideraciones éticas 71

IV. Resultados 72

V. Conclusiones y propuestas 105

VI. Referencias 111

I. Introducción

La relación psicoterapéutica conformada por un psicoterapeuta y una persona consultante, en la interacción, escucha y comunicación logran identificar una problemática correspondiente al motivo de consulta, la cual a través de la relación terapéutica propicia el ambiente y espacio para que el cambio buscado y esperado pueda lograrse, sin embargo, en muchas ocasiones puede que la efectividad de las intervenciones no cumplan sus objetivos. Es por eso importante ahondar en este análisis acerca de aquellos elementos que influyen directa o indirectamente en los posibles cambios subjetivos como resultado de la asistencia a psicoterapia.

La relación terapéutica se entreteje desde el primer contacto, desde la primera sesión y conforme suceden las sesiones siguientes, esto en un momento dado facilitará la confianza, capacidad de escucha, calidez, empatía y el respeto (Almeida, 2018). Las intervenciones por parte del terapeuta buscarán obtener un resultado que corresponda a la cercanía de resolución del identificado motivo de consulta. En 1936 Rosenzweig describió los factores comunes explícitos en psicoterapia que consistían en la catarsis, el reacondicionamiento social, la personalidad del terapeuta como estimulante o inspirador y la consistencia formal del sistema explicativo del terapeuta. Sin embargo, aunque existen una variedad de aportaciones en torno a una intervención eficaz, siguen existiendo una variedad de incógnitas que aseguran la eficacia de una intervención psicoterapéutica. Algunos autores han asegurado que tiene que ver con el modelo de intervención, como lo son las estrategias correspondientes al enfoque cognitivo conductual, humanismo, psicoanálisis, terapia familiar sistémica, entre otras, cuestionándose si son las técnicas las que se relacionan linealmente con los cambios cognitivos y/o emocionales del consultante en cuestión (Basto, 2014).

Otros elementos que también suelen asociarse al cambio subjetivo tienen que ver con la duración de los procesos. Se hace alusión a que en procesos psicoterapéuticos cortos, en las sesiones número ocho a la doce, es cuando sucede un cambio clínico significativo (Painepán, 2012). Sin embargo, Blanco et al. (2016) argumentan que ante la situación de un consultante con un pasado traumático, en quien al evocar una memoria emocional dolorosa al grado de evitar recuerdos que son de evidente complicación para verbalizar, el interés genuino y auténtico del terapeuta por conocer al consultante, saber de su sufrimiento y entender los momentos de su vida que le pudieron haber marcado, es lo que permite experimentar sus angustias de una forma más

soportable, es decir, parecidas a cómo el terapeuta las vive y en las cuales se ve reflejado y orientado por las neuronas espejo que le permiten copiar la manera de sentir del terapeuta.

Evaluar la eficacia de la psicoterapia implica tener en cuenta el proceso desde su inicio hasta su término. En este trabajo el foco de estudio será la revisión del impacto de la relación terapéutica, es decir, la interacción entre el terapeuta y el consultante, de la calidad de la comunicación, la complicidad por el bienestar y desarrollo del paciente y del espacio terapéutico. A partir de la calidad de esta relación terapéutica se realizan las intervenciones, los diálogos, las elaboraciones de un consultante en torno a sus percepciones internas y externas del mundo y de sí mismo. En ese sentido y por tal motivo, el presente trabajo está orientado a analizar la relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico, describiendo las acciones de la interacción que conforman la relación terapéutica, describiendo los episodios de cambio subjetivo de una consultante durante el proceso de psicoterapia, e identificando las acciones comunicacionales dominantes de la terapeuta y su influencia en el cambio subjetivo encontrado en las verbalizaciones de la terapeuta y la consultante en el espacio psicoterapéutico, en un proceso con enfoque de intervención interdisciplinar.

II. Planteamiento y Justificación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que en la escala mundial aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión y que cada año se suicidan más de 700 mil personas (OMS, 2021). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) dice que la depresión continúa ocupando el primer lugar como el padecimiento con mayor incidencia en la población entre los trastornos mentales. En América Latina y el Caribe el 77.9% de la población (OPS, 2014).

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), también ofrece cifras reveladoras acerca del panorama en salud mental. Reportó que en 2017 a diario 1 479,681 personas que tienen entre 15 a 29 años, 3 842,572 de personas que tienen entre 30 y 49 años, 2 866,469 de personas que tienen entre 50 a 64 años y 1 894,991 de personas que tienen entre 65 años y más en México se han sentido deprimidas. En Jalisco 60.4% de la población de hombres se ha sentido preocupado o nervioso, en el caso de mujeres las cifras indican 56.5% y 67.7% de la población total (INEGI, 2017).

En México 3 241,260 de personas de entre siete y 65 años y más han experimentado sentimientos de depresión a diario. En Jalisco el porcentaje de la población total que ha experimentado estos estados anímicos depresivos corresponde a 22.5% (INEGI, 2017). Las tasas de depresión en Jalisco en el año 2020 refieren un 89.88, identificándose una tasa del 48.25 en el caso de población masculina y un 129.40 en el caso de población femenina. Las tasas de anorexia y bulimia correspondieron a 1.84 en población total, 1.21 en población de hombres y un 2.46 en población de mujeres (INEGI, 2020).

Se contabilizaron a nivel nacional en 2018, 6 808 defunciones por suicidio, en 2019 7,223 y en 2020 7,896. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 informó que en 2020 el número de defunciones por suicidio en mujeres fue de 1,436 y en hombres 6,452, siendo de 20 a 29 años el rango de edad en que se identificaron mayores defunciones con un número de 2,293. De 20 a 24 años fue el rango con mayor número de defunciones con una incidencia de 959 en el caso de la población de hombres y de 15 a 19 años con 292 fallecimientos en el caso de la población femenina (INEGI, 2020).

Jalisco se encuentra en el segundo lugar a nivel nacional en número de defunciones por suicidio, lugar que implica una cifra de 655 fallecimientos en 2020, de los cuales 555 fueron hombres y cien fueron mujeres (INEGI, 2020).

Justificación

Este panorama nos permite identificar lo urgente y vital que es para la población los servicios de salud mental que de acuerdo a la OMS (2021) y la OPS (2014), el plan de acción debe incluir servicios psicosociales y de psicología clínica que permitan la recuperación, es decir, la aparición, fomento, reparación, recuperación y fortalecimiento de la esperanza, la aceptación, visualización y el reconocimiento de las capacidades y áreas de oportunidad propias; el desarrollo de una vida propositiva que permita la autonomía, la identidad grupal, familiar y comunitaria, así como un significado existencial que permita vivir con una finalidad, una visión positiva de sí mismo, identificando la esperanza, mejoría, autonomía y vinculación como los cuatro elementos internos básicos que generan una mejora significativa ante algún malestar mental clínico.

Las personas acuden a terapia con una gran variedad de problemáticas refiriendo sentirse enojadas, deprimidas, ansiosas, estresadas, limitadas; acuden a terapia buscando ayuda ante las afectaciones de padecer trastornos psíquicos que interfieren su sensación de bienestar subjetivo y su salud física; buscando acompañamiento en sus procesos de duelo así como herramientas, estrategias o bien el desarrollo de habilidades que les permitan adaptarse a escenarios que les generan malestares clínicos significativos y que demandan su adaptación (APA, 2011).

La Universidad Nacional Autónoma de México (2018) refiere que las personas mantienen consigo estigmas que no les permiten solicitar atención psicológica oportuna, pese a las angustias, afectaciones a su vida escolar y laboral, es decir, la población mexicana no acude al psicólogo. Asimismo, encontramos otras complicaciones en las y los consultantes cuando asisten a psicoterapia, ya que arriban con una serie de expectativas y creencias que bien les pueden limitar en la apropiación del acto relacional, pueden obstaculizar la confianza, el diálogo genuino, la comunicación abierta y fluida, el trabajo de introspección. Desde el primer momento la interacción psicoterapéutica se ve influida por esta variedad de elementos.

Otros elementos vitales que afectan a las personas al acudir a la psicoterapia son las deficiencias formativas de los mismos profesionales, que lejos de favorecer a la calidad de vida y

atender a las demandas de las y los consultantes, generan afectaciones por un inadecuado manejo psicoterapéutico. Pueden no contar con una comprensión teórica fundamentada, recursos, estrategias y técnicas, y mostrarse débiles en habilidades básicas de comunicación, interacción y encuentro, lo cual genera que el consultante se mantenga en la visión del conflicto; la vivencia del conflicto puede entonces extenderse al punto de ser agobiante y desbordante, esto quiere decir que, existe la posibilidad de agudizar o bien propiciar un daño clínicamente significativo en el consultante. Otras variantes que impactan negativamente son la normalización de limitaciones socio-profesionales, la falta de atención en la salud mental del mismo profesional, e incluso la justificación del manejo de información de los diferentes marcos teóricos sin contar la observancia, evaluación, corrección y orientación por parte de psicoterapeutas con experiencia acerca de su actuar en la relación terapéutica.

Se podría identificar que la lejanía del acto informativo, formativo y orientador constante del psicoterapeuta, así como la falta de actualización profesional y educación continua, que fomente una praxis pertinente profesional con una orientación hacia la mejora, el desarrollo, la construcción de una trayectoria exitosa y ética, agudiza las malas prácticas y con ello contribuye a que prevalezca la desconfianza y estigma social que agudiza el rechazo a la experiencia de iniciar procesos psicoterapéuticos. Es decir, para los consultantes los espacios psicoterapéuticos llegan a ser amenazantes, violentos, poco funcionales y útiles en la pertinencia de atención especializada y apropiación de un profesional que favorezca a su salud mental y facilite el alcance de un estado de bienestar subjetivo deseado.

Entre las complicaciones de praxis en el marco de la relación terapéutica están el carecer de actitudes empáticas y respetuosas, orientadas al cambio y al futuro, cálidas, que provean al consultante de confianza y a un ambiente de escucha genuina. Estas pueden dificultar el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica, apego al tratamiento, compromiso y aceptación a las intervenciones del terapeuta, y también dificultar la expresión y verbalización de parte del consultante, pues está ausente la creación de un entorno de respaldo emocional y de seguridad afectiva de parte del psicoterapeuta.

La influencia, impacto e importancia de la relación terapéutica en la eficiencia de la psicoterapia ha sido minimizada por muchos autores. Otros autores resaltan la vital importancia de la relación terapéutica asociada a la eficacia de los procesos psicoterapéuticos, los cuales citaremos

más adelante en este mismo documento. En torno a la postura minimizante se deposita la responsabilidad directa y aislada en los enfoques explicativos con los que se interviene y en el uso de técnicas que cada enfoque sugiere, sustentando que los modelos teóricos y las estrategias de intervención por sí mismos son la causa asociada al éxito o fracaso psicoterapéutico, dejando de lado el encuentro humano y la construcción de significados (Molina, et al., 2015).

Sin embargo, es en el encuentro psicoterapéutico en que se da el encuadre terapéutico, la expresión del malestar clínico y subjetivo significativo, así como el planteamiento de los objetivos deseados una vez resueltos los conflictos internos del consultante. La calidad de la relación terapéutica pasa a ser una condicionante para que estos elementos de la psicoterapia se mantengan durante las sesiones, así como la percepción del consultante en torno a las intervenciones y estrategias recomendadas sean envueltas en la vital actitud genuina y auténtica del terapeuta en torno a la situación del consultante.

Bordin (1979) propuso la definición con mayor aceptación. Denominó a la alianza terapéutica como un constructo multidimensional en el cual se identifican tres componentes: (1) acuerdo en las tareas, (2) vínculo positivo y (3) acuerdo en los objetivos. Acuerdo en las tareas implica visualizar esfuerzos en conjunto y en co-construcción, es decir, el terapeuta acompaña genuinamente a su consultante proviéndole la oportunidad de visualizar mayores opciones para afrontar la situación de conflicto; facilitar la creación de un vínculo positivo, que se fortalecerá continuamente hasta que consultante y psicoterapeuta puedan identificar como afable el vínculo creado, que el consultante pueda describirlo como un espacio y coincidencia agradable; sin olvidar, por último, la búsqueda y compromiso en construir lo pertinente para que los objetivos acordados se alcancen.

Es importante resaltar que los objetivos deben ser trazados inicialmente por el consultante, eso implica evitar querer imponer ideas en el consultante. La imposición de ideas respondería más a las necesidades del terapeuta mismo, por lo tanto se aleja abismalmente de la persona de nuestro consultante. Tal imposición puede ser invasiva, un elemento obstaculizador para alcanzar los cambios subjetivos deseados, ya que lejos de potencializar el entorno facilitador del cambio, se potencializaría un entorno limitante, demandante, intimidante, vigilante y amenazador.

Es el habla entre el terapeuta y el consultante el medio por el cual existe la interacción, la afectividad, el intercambio de información. Según Austin (1962), el habla implica y permite la visualización de cambios, es decir, dependiendo de lo afortunado o desafortunado de las expresiones lingüísticas en que sus tres elementos (sentimientos, pensamientos, intención) se encuentren en concordancia o discordancia, es como se podría identificar la importancia de la minuciosa revisión y categorización del discurso en el proceso de psicoterapia, intentando a la vez tener claridad en torno a la relación terapéutica y de sus alcances en el cambio subjetivo.

El cambio subjetivo se identifica como la variedad de factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, estos cambios son un motivante esencial en cada uno de los consultantes para acudir a terapia. En un principio pueden referir cierto malestar o situación de conflicto, el cual es expresado desde sus concepciones, pero que es reformulado en co-construcción y co-descripción con la o el terapeuta. Esta identificación facilita la clarificación de los objetivos a alcanzar en el proceso de psicoterapia, por lo cual es vital expresar esta variedad de factores que implicarían el cambio en la situación del consultante en el espacio profesional, tanto por el consultante como por el terapeuta. Sin embargo, la descripción puede ser clara, ambigua o incluso puede no ser visualizada de acuerdo a los objetivos de cambio en ninguna de sus formas.

La espera del consultante acerca de ciertos cambios como resultado de su asistencia a psicoterapia implicaría expectativas que bien pueden estar identificadas o en un momento dado algo difusas en la forma concreta de generar esos cambios. Es importante decir que la noción de cambio puede irse configurando sesión a sesión de acuerdo con el diálogo, datos, la comunicación, incluso motivaciones internas del consultante mismo.

Winkler et al. (1989) definen que además de los diagnósticos clínicos, existen factores demográficos como edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, ingresos y situación familiar, que pueden jugar a favor o en contra de que la psicoterapia resulte efectiva. Es decir, el cambio en psicoterapia está sujeto a variables que incluso pueden no estar al alcance del actuar del terapeuta.

Almeida (2018) asegura que una relación terapéutica es aquella en la que se da y sostiene la escucha activa, se sostienen procesos empáticos, se permite una postura comprensiva, así como la confianza y el interés transparente del terapeuta, es decir, evitando las dobles intenciones y los juicios; esta es una práctica pertinente para que el consultante alcance los cambios esperados. Sin

embargo, la falta de habilidades, formación e información retroalimentadora, en ocasiones es causa de intervenciones deficientes, carentes de calidad en el fortalecimiento de la relación terapéutica y con esto impactar el sentir, pensar y actuar del consultante para con la práctica psicoterapéutica.

El acuerdo en las tareas, la creación del vínculo, el mantenimiento de la empatía, el uso de la comunicación con habilidad socio-psicoterapéutica, el acuerdo de objetivos establecidos y co-construidos en psicoterapia, la confianza, la seguridad, la sintonización, lo fortuito en el habla de las emociones, sentimientos, pensamientos e intenciones, el manejo de variables pertenecientes al entorno del consultante, la constatación del encuadre psicoterapéutico creado en la primera sesión y mantenido en la constante interacción psicoterapéutica, son características identificables en una relación psicoterapéutica sólida, facilitadora del cambio, sin embargo, pueden estos procesos quedar inconclusos, agudizando en el consultante la sensación de desesperanza, desánimo, fracaso, inutilidad, desconfianza, abandono, rechazo, vacío, soledad, fanatismo, conformismo, cansancio emocional, desgaste psicológico, aturdimiento, así como la instalación indiscriminada de emociones desadaptativas que no exactamente se expresan verbalmente sino por el contrario, su expresión es no verbal y afectiva (Greenberg, 2015).

El proceso continuo del consultante de describirse y simultáneamente crearse acerca de quién es (Greenberg, 2015) requiere de atención y disponibilidad, pero sobre todo de un soporte equilibrado, cercano y significativo por parte del terapeuta, es decir, el terapeuta se convierte en el recurso humano. Al ser escuchado, al ser comprendido e intervenir con expresiones o evocaciones por el cual el otro entiende, el consultante ve, siente y transforma su vivencia emocional.

El cambio exitoso del *self* implica la articulación, elaboración y transformación de la historia de vida del cliente (Greenberg, 2015), por lo cual es importante contar con una compañía humana que permita entretejer historias, experiencias, nociones, conceptos, definiciones, constructos de lo vivido y desarrollado. Este interlocutor podría permitir identificar pautas de comportamiento que mantienen el problema, que sostienen estados de complicación interna que imposibilitan visualizar opciones óptimas de expresión emocional y esquemas cognitivos que faciliten respuestas conductuales acordes a acciones conscientes y reguladoras y a eventos cotidianos y extraordinarios.

Es la relación terapéutica el espacio en el que de forma genuina se logra el cambio, y es vital que esta interacción se dé como una respuesta natural al interés por la mejora de la situación del consultante, facilitando un espacio psicoterapéutico generador de cambios subjetivos que favorezcan la percepción acerca del escenario de conflicto.

Objetivo general

Analizar la relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico.

Objetivos específicos

Describir las acciones de la interacción conformadoras de la relación terapéutica durante el proceso de psicoterapia.

Describir los episodios de cambio subjetivo de la consultante durante el proceso de psicoterapia.

Identificar las acciones comunicacionales dominantes de la terapeuta y su influencia en el cambio subjetivo durante el proceso de psicoterapia

Identificar las acciones comunicacionales de la consultante.

Pregunta principal

¿Cuáles son los elementos propiciadores de la relación terapéutica que facilitaron el cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico?

Preguntas subsidiarias

¿Cuáles son las acciones de la interacción que conforman la relación terapéutica?

¿Cuáles fueron los episodios de cambio en la consultante?

¿Cuáles fueron las acciones comunicacionales en la psicoterapeuta y cómo influyeron en el cambio subjetivo de la consultante?

¿Cuáles fueron las acciones comunicacionales en la consultante y cómo evidencian el cambio subjetivo?

Supuestos de la investigación

La relación terapéutica y las acciones comunicacionales del terapeuta favorecen el cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico.

III. Marco Referencial

En este capítulo se incluye una revisión teórica desde la postura de diferentes autores, esta revisión nos permite analizar diversas perspectivas en torno a la relación terapéutica y su influencia en el cambio terapéutico en el entorno de la psicoterapia. Para un mejor análisis, esta revisión se divide en cuatro apartados, en los tres primeros se revisan: a) la psicoterapia hoy, b) la relación terapéutica y c) el cambio subjetivo en la psicoterapia. En estos tres primeros se abordan los conceptos básicos para la revisión de este trabajo y el cuarto apartado se titula d) una integración funcional para la práctica psicoterapéutica y este está dedicado a definir la integración de los factores facilitadores del cambio en psicoterapia.

A continuación se describe lo que se revisará en cada apartado:

a) La psicoterapia hoy es una breve revisión de los enfoques psicoterapéuticos contemporáneos, sus reflexiones y aportaciones teóricas, técnicas y prácticas psicoterapéuticas en el contexto actual.

b) En La relación terapéutica el eje directriz está en la revisión de la variedad de conceptualizaciones, definiciones, elementos, factores, descripciones, hallazgos que entran en juego en la interacción, vinculación, dinámica y convivencia entre el consultante y el psicoterapeuta. La relación terapéutica es el tema central de esta investigación.

c) En El cambio subjetivo en la psicoterapia la prioridad es identificar aquellas características, formas y componentes que definirían una serie de cambios, es decir, de una descripción situacional en la que está inundada de expresiones comunicacionales y acciones que evidencian el malestar psicológico para entonces alcanzar el objetivo orientado de estados que correspondan al bienestar.

d) En Una integración funcional para la práctica psicoterapéutica se realiza la revisión de los conceptos que integran las categorías con las cuales fue construida una escala de acuerdo a un

Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI). Esta escala constituye la perspectiva de factores facilitadores del cambio en psicoterapia.

Las búsquedas de información científica se realizaron de manera sistemática, se recuperaron datos de blogs, revistas científicas en psicología, salud y salud mental que se han realizado del tema de interés de este trabajo de obtención de grado de la maestría en psicoterapia.

Las palabras clave que se utilizaron para estás búsquedas fueron: relación terapéutica, enfoques psicoterapéuticos, cambio en psicoterapia, salud mental, depresión, eficacia de la psicoterapia, fundamentos de los enfoques psicoterapéuticos y estadísticas en salud mental.

La selección bibliográfica implicó observación detallada y específica con el fin de que correspondiera a la tarea de describir la relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico; así como también al análisis de la relación terapéutica formada entre el consultante y la psicoterapeuta, la descripción de los episodios de cambio subjetivo de la consultante, y el análisis de las acciones comunicacionales dominantes del terapeuta y su relación con el cambio subjetivo, con no más de diez años de publicación a la fecha actual.

Se obtuvieron selectivamente 89 documentos, once blogs de instituciones que producen y distribuyen información científica en temas relevantes a la salud mental, la psicología, la psicoterapia o estadísticas, de los cuales se tomaron documentos y blogs institucionales para referencia bibliográfica. De los documentos elegidos, parte de su contenido fue extraído con el eje directriz de relevancia, pertinencia y congruencia teórica.

3.1 La psicoterapia hoy, revisión histórica de los abordajes psicoterapéuticos

Como se ha mencionado previamente, el objeto de estudio de este trabajo de obtención de grado es la relación terapéutica y cómo esta puede influir en el cambio subjetivo de una consultante, pero para el estudio de esta relación es necesario conceptualizar la psicoterapia desde las diferentes corrientes o postulados teóricos de las principales corrientes psicoterapéuticas, de esto último es de lo que se tratará este apartado.

La psicoterapia es un término que con el avanzar de los años se ha ido contextualizando, se le han realizado adaptaciones e incluso se le han añadido o bien eliminando elementos característicos de la práctica misma. Entre algunas concepciones de psicoterapia están las

siguientes. Meehl (1960) describía la psicoterapia como la aplicación artística de una ciencia que aún no existe. Korchin en 1976 decía que cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte del profesional clínico con el fin de un cambio en la personalidad o conducta deseados en el paciente era sinónimo de una práctica psicoterapéutica.

Un año después, Wolberg (1977) definía la psicoterapia como el tratamiento por medios psicológicos en situaciones problemáticas de naturaleza emocional, en la que una persona con entrenamiento de manera deliberada establecía una relación profesional con el paciente. Esta relación se conformaba de acuerdo con los siguientes objetivos: a) suprimir, modificar o paliar síntomas, b) intervenir en las pautas distorsionadas de la conducta o bien c) promover el crecimiento o el desarrollo positivo de la personalidad.

En 1978 la psicoterapia era identificada como un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que le han generado problemáticas o conflictos al paciente al punto de buscar a un profesional entrenado (Strupp, 1978).

El diccionario de psiquiatría le llamaba psicoterapia al método científico con fundamento en el tratamiento de un paciente, pareja, familia o grupo, destinado a detectar conflictos inconscientes, actos fallidos y problemas con el fin de conducir a los pacientes al conocimiento profundo de sí mismos y mejorar su realidad (Battegay et al., 1984).

Ya en los años noventa la psicoterapia era definida como un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional empática y que conlleva un rol de poder, con afectaciones duraderas en múltiples aspectos de la vida del paciente. La idiosincrasia, conformada por posturas preconcebidas del terapeuta y del paciente se encuentran en proceso (Zeig & Munion, 1990).

En 1991 la psicoterapia era definida como una relación que parte desde una plataforma teórica especializada en los supuestos básicos de la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, en la cual el psicoterapeuta trabaja con el cliente para generar una alianza segura, estable y cariñosa, en la que el cliente puede explorar su pasado, presente y futuro posible en torno a sí mismo, las relaciones dinámicas y su mundo (Mahoney, 1991).

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (1992) entendía la psicoterapia como todo aquel tratamiento de naturaleza psicológica que promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la mejora en los procesos de adaptación a su entorno, en la salud física y psíquica, con la búsqueda tendenciosa a la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido.

La profesión del psicoterapeuta es relativamente reciente, sin embargo, en la actualidad se consolida como una actividad profesional autónoma (Feixas, 1993) que requiere de saberes teóricos, metodológicos, procedimentales, empíricos y técnicos propios del mismo campo de la psicoterapia. De acuerdo a la American Psychological Association (2012) la psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Teniendo su base fundamental en el diálogo, este ambiente psicoterapéutico proporciona apoyo a quien asiste a psicoterapia, permitiéndole hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial. La persona y el profesional en psicología, con formación en materia de salud mental y psicoterapéutica trabajan en conjunto para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que intervienen con sus estados de bienestar subjetivo.

La forma de trabajo en la que existe la co-participación del terapeuta-consultante y consultante-terapeuta se realiza con base en un fundamento teórico, metodológico y empírico en el cual se ha formado la o el terapeuta. Esta mirada formativa le permite identificar, analizar, explicar, intervenir, comprender y acompañar en lo que el paciente refiere cómo motivo de consulta hacia una co-construcción de la posible problemática en una situación manejable, que por medio de la interiorización, la apropiación, el cuestionamiento, la aplicación de estrategias especificas se facilite un cambio y con este cambio se procuren estados deseados de bienestar subjetivo.

Existe una gran variedad de modelos o enfoques psicoterapéuticos. Estos modelos evidencian la comprensión de un fenómeno en la psicoterapia desde una perspectiva teórica específica. Existen modelos centrados en las pulsiones sexuales, pulsiones agresivas, centrados en la conducta y/o en el área cognitiva, así como también algunos otros toman como eje directriz las interacciones, la comunicación, las emociones, el *self*, entre otros.

El cambio subjetivo es algo que ha implicado variados estudios que tienen como objetivo identificar qué o cómo es que sucede este fenómeno en y a partir de la terapia misma. Los factores comunes en psicoterapia fueron identificables a partir de un análisis exhaustivo de elementos que denotaban eficacia en la terapia, pero también por una cuestión ética en la que es importante clarificar si es o no influyente un cierto enfoque de abordaje psicoterapéutico en los resultados de los procesos (Uribe, 2008).

En 1936 Rosenzweig describió los factores comunes explícitos de la psicoterapia, menciona que la naturaleza misma de los fenómenos mentales, su complejidad, hace que no solo no puedan abordarse desde una sola perspectiva, sino que toda perspectiva, todo punto de vista tendrá algo de cierto. El ser humano en su complejidad existente necesita ser conocido desde las diferentes miradas clínicas de la salud, asimismo, su cura entonces estará correcta por muy variada o distinta que ésta pueda ser mientras cubra una lectura del comportamiento y malestar clínico significativo de una persona.

A continuación se revisa brevemente la conceptualización, postulados teóricos, así como algunos elementos básicos de los principales enfoques psicoterapéuticos utilizados por profesionales de la salud mental para incidir en la situación particular de los consultantes que buscan dar quietud, resolución y afrontamiento a ciertos conflictos que les aquejan cuando solicitan un servicio de psicoterapia, se trata pues de la revisión de un panorama general de las diferentes perspectivas en psicoterapia.

Modelo psicodinámico

Este modelo está centrado en los procesos del inconsciente (Freud,1920) y su influencia en el comportamiento. Existe una mirada analista en las resistencias del cliente, las formas en las que ha reprimido, controlado o rechazado ciertos deseos o agresiones hacia sí mismo o bien hacia las personas con las que se ha relacionado o mantiene un apego no resuelto. Los sueños, la asociación libre y los actos fallidos son elementos a revisión por parte del analista y expuestos en el trabajo psicoanalítico, generalmente estos estarán inmersos por deseos o comportamientos no aceptados socialmente, determinados por normas implícitas y explícitas de cada contexto sociocultural, político y religioso, lo cual hace más complicada la resolución, validación e integración de esta información que de forma dinámica se le desea bloquear, negar o bien ignorar.

El proceso de intervención es prioritariamente catártico, es decir, se permite la libre exteriorización de sucesos traumáticos por la gran cantidad de representaciones patógenas. El esfuerzo por la sinceridad es algo en lo que se ha de hacer énfasis, para no excluir de la comunicación ni la más mínima ocurrencia. El análisis está orientado hacia una actitud de introspección profunda en la que es importante la atención y el desapasionamiento de sí mismo (Freud,1920).

El mundo consciente suele ser el menos presente, es decir, lo inconsciente (yo, ello y superyó) es lo psíquico verdaderamente real, es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales (Freud, 1990), por lo cual es importante profundizar e ir hacia el mundo inconsciente que la mayoría de veces rige, condiciona, ajusta al conciente y con esto la estabilidad que permite lejanía de la neurosis.

En este caso la frustración es lo que conlleva a la neurosis, que es el resultado de un obstáculo interno que no facilita la satisfacción al deseo potencial que deviene de una libido activa y libre que existe en la persona. Asimismo, la libido puede tener dos posibles salidas, una con manifestación patógena, en la que se antepone un estancamiento de la libido, es decir, existe una tensión psíquica que bien puede desembocar en una renuncia libidinosa o una permisividad de la vivencia libidinal; y otra en la que la persona enferma resultado de una demanda amenazadora incluso al yo, se enferma en el intento por adaptarse a la realidad y tropieza con dificultades internas insuperables (Freud, 2011).

En esta breve revisión teórica puede concluirse que para el análisis el área psicosexual es identificada como reveladora de información del inconsciente y esta información puede generar demasiada angustia en el consultante; el trabajo del análisis entonces estará orientado a hacer concsiente lo inconsciente y crear formas resolutivas de los hallazgos encontrados. Esta perspectiva se ha fortalecido por otros analistas como Alfred Adler, Carl Gustav Jung y Joseph Breuer, y por otros postfreudianos como Melanie Klein, Donald Winnicott y Heinz Kohut encabezados por Anna Freud; ellos han fomentado la revisión continua de la teoría psicodinámica y su aplicabilidad en situaciones actuales desde diferentes escuelas psicoanalíticas y por los terapeutas que trabajan bajo este enfoque en la actualidad.

Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación en la psicoterapia

La perspectiva de estudio del comportamiento humano centrada en la conducta tiene sus inicios con los aportes de John B. Watson en su artículo *Psychology as the behaviorist views it* (1913). Este autor realizó una crítica a la psicología centrada en la introspección y la conciencia (Ardila, 2013), fortaleció un giro a la perspectiva de estudio en la que Pavlov y otros colaboradores ya buscaban explicar los fenómenos implicados en el estudio de las glándulas digestivas y el estudio de los reflejos condicionados, entre las cuales de sus descubrimientos más significativos estaba la conceptualización del condicionamiento (Gutiérrez, 1999).

Watson trabajó sobre el origen de las emociones básicas (Gutiérrez, 1999), aunque más adelante continuó enfatizando el estudio científico del comportamiento humano, describiendo modelos lineales en torno a la comprensión y justificación de la conducta humana. Estímulo-respuesta (E-R) fue un constructo básico de este modelo, posteriormente se permitió la posibilidad de influencia por variables organísmicas (O), internas, psicológicas, entre otros, mejor identificadas con el constructo E-O-R.

Pino Pérez (2000) refiere cuatro periodos de las terapias conductuales:

Primera ola: se identifica el modelo operante de la conducta en la cual los procedimientos, y técnicas son propuestas con los objetivos de incrementar, mantener, reducir o bien adquirir nuevas conductas.

Segunda ola: se da espacio a la modificación e interacción de lo cognitivo con la conducta y los modelos de aprendizaje por condicionamiento.

Tercera ola: se permite el acto de fraccionar la conducta de lo cognitivo, siendo este último la perspectiva dominante.

Cuarta ola: con mayor atención a los tratamientos psicológicos, sus componentes, elementos, climas de aceptación e integración, con base en evidencias de investigación en las técnicas, procesos y análisis de resultados concretos.

Por otro lado, Zych, Casal y Rodríguez (2012) clasifican tres generaciones de terapias conductuales que se describen a continuación.

Primera generación: Se abordan técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el neoconductismo. J.B. Watson, y B.F Skinner fueron los pioneros que sentaron las bases de la teoría conductual bajo los principios del condicionamiento y el aprendizaje, con una visión influenciada primordialmente por el modelo científico de la medicina. El condicionamiento operante y el conductismo radical enfatizan la relación de la triple contingencia, es decir, el estímulo, la respuesta y la consecuencia (E-R-C).

Segunda generación: Incluye principios más flexibles. Utilizando técnicas de modificación de conductas desde la cognición, se propone la interacción entre estructuras cognitivas, procesos cognitivos, conductas y consecuencias ambientales, de tal forma que la solución a la conducta o síntomas problemáticos de cada persona es debida a ciertas disfunciones cognitivas (Obando, 2015). Becoña (1997) nombra tres terapias cognitivo-conductuales. La primera se refiere a las terapias de reestructuración cognitiva (terapia racional-emotiva, entrenamiento de auto-instrucciones, terapia cognitiva y reestructuración racional sistemática). En segundo, las terapias de habilidades de afrontamiento (modelo encubierto, entrenamiento para afrontar situaciones, entrenamiento en el manejo de la ansiedad y la inoculación del estrés). Por último, las terapias enfocadas en la resolución de conflictos interpersonales y de índole personal; incluyen constructos y procesos tales como pensamientos, creencias, actitudes, ideas, atribuciones, expectativas, distorsiones cognoscitivas, reglas de vida y esquemas (Uribe-Escobar, 2012).

Tercera generación: Se cimentaron las bases científicas de las primeras dos generaciones, incorporando el elemento contextual, el lenguaje natural, la relación entre el terapeuta y el paciente y se centró en el análisis funcional (Mañas, 2007). Esta generación se caracteriza por la indagación de las variables que hacen posible el fracaso o bien el éxito de las intervenciones desde los modelos cognitivos-conductuales, los resultados sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica funcional y la perspectiva radical acerca de las concepciones y modelos que aproximan a la comprensión funcional del comportamiento humano. Las terapias que la conforman son: la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, la terapia de conducta dialéctica, la terapia integral de pareja y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Mañas, 2007).

Estos modelos conductuales, cognitivo-conductuales y analítico funcionales suelen ser muy específicos en la identificación de los síntomas, la búsqueda de estrategias puntuales que correspondan a la modificación, mantenimiento, reducción o adquisición de nuevas conductas con el fin de alcanzar el objetivo claramente identificado en el espacio de la consulta terapéutica.

Modelo humanista

La perspectiva humanista hace una crítica a la perspectiva conductista, ya que en su propósito de sistematizar y dar una fundamentación objetiva que permita la explicación de la conducta y comportamiento humano, surge el problema de la generalización y crítica al argumento de ese modelo de que toda conducta está determinada como lo estaría la tecnología de cualquier electrodoméstico, y deja de lado la infinidad de subjetividades que también se hacen presentes de forma dinámica en el ser y hacer de la persona (Martínez, 1993).

Bertrand Russell (1975) señala que la esencia de la ciencia reside en la "persecución sistemática del conocimiento", es decir, que tiene el objetivo de cientifizar todos los saberes prácticos y racionales, generando estándares en torno a la conducta humana y con esto paradigmas explicativos y de intervención con resultados concretos que hacen alusión a una diferenciación entre el conocimiento no conocedor y el conocimiento que sí aporta conocimiento. Esto para el humanismo es una visión muy limitada dado que al generalizar se ignoran datos.

La psicología humanista señala la gran riqueza de la naturaleza del ser humano, se centra en un núcleo estructurado que puede ser el concepto de persona, el yo o el sí mismo. Esta trata de conocer el sí mismo, siendo esto el origen, el regulador de estados y procesos de la persona. En este sentido, el humanismo muestra a un ser humano capaz de auto descubrirse y auto describirse, un ser humano que se mantiene activo ante sí mismo (Martínez, 1993). Es una perspectiva que se ocupa de la subjetividad, la experiencia interna de la persona como un todo, que se encarga de investigar los fenómenos positivos, constructivos y saludables del ser humano, como la capacidad de amor, creatividad, libertad, respeto, solidaridad, tolerancia, autenticidad y toma de decisiones, que favorecen al equilibrio y la plenitud propias de procesos de autoaceptación y aceptación de lo que existe (Riveros, 2014).

El ser humano es comprendido desde su capacidad altamente valorada e incidente en la misma historia, momento y experiencia del consultante. Es así como las vivencias y aprendizajes

adquiridos de este cobran sentido para permitirle existir en formas más satisfactorias de acuerdo con la atención, comprensión y ocupación de sus necesidades. Con esto se utilizará pues como recurso de intervención vivencial el contacto, siendo este el punto partida y el medio, pero también el fin que propiciará psicoterapéuticamente un ambiente en el mundo para el consultante, en el cual éste mismo pueda incidir.

La psicoterapia centrada en la persona explica que la persona cuenta con una tendencia al desarrollo de la actualización (Rogers, 1961), lo que permite que se mantenga viva pero también que busque constantemente desde sus recursos y su realidad una existencia que le prevea de sus necesidades. Esta capacidad de actualización nunca se pierde, incluso en circunstancias adversas, críticas y autolesivas. Desde esta perspectiva, se explica que la persona busca y realiza una acción que le genere un grado de bienestar o que facilite una vivencia experiencial más grata de la que le rodea.

Allport (1966) le llamó *propium*, a este núcleo central y mencionó que se compone de siete elementos que coexisten y se fusionan.

1. Sí mismo corporal: tiene que ver con la funcionalidad adecuada de cada uno de los órganos y partes del cuerpo, así como con todas las reacciones fisiológicas, que son vistas como una forma de expresión emocional.
2. Identidad de sí mismo: lo que una persona piensa de sí mismo, en cada una de las situaciones en las que se encuentra, en cada evento, momento o acontecimiento de su existencia y cómo este se piensa y se define de acuerdo con lo que asocia con lo que le ha sucedido.
3. Estima de sí mismo: lo que la persona asocia con la afectación o no a su estima, cariño, afecto, valía y amor propio, de acuerdo a una situación concreta.
4. Extensión de sí mismo: se refiere a la serie de ideas que se hacen presentes en la mente sobre un suceso o resultado, con lo que se elaboran opiniones que tendrían los otros acerca de un sujeto en dicha situación.
5. Imagen de sí mismo: se refiere a las expectativas, anhelos, esperanzas, ilusiones y aspiraciones que tiene la persona de sí misma y cómo estas dan un significado a la persona.
6. Agente racional: La capacidad resolutiva y de afrontamiento ante las situaciones de reto o conflictos.

7. Esfuerzo orientado: tiene que ver con la orientación del sí mismo en el futuro y sus alcances a mediano y largo plazo.

La coexistencia de estos elementos es lo que permite que la persona sea vista como alguien con capacidad de conocer, y le da a la persona la oportunidad de escribir.

La terapia gestáltica de Perls, el *focusing* y la aproximación experiencial enfocada en las emociones de Greenberg, son las principales formas de trabajo terapéutico de esta corriente. Sus autores, más que coincidir en una línea de conceptos teóricos, comparten el objetivo de describir a la persona en sus más amplias y profundas esencias (Riveros, 2014).

Modelo sistémico

La epistemología de la teoría general de sistemas es una perspectiva que identifica al ser humano como alguien que cuenta con la capacidad de aprender valores y creencias con un alto valor, que las resguarda como algo que ha sido compartido por personas con quienes está vinculado y que también le asignan un valor a sí mismo de estima, desprecio, egoísmo o individualismo; que se encuentra en una dinámica continua con los demás miembros de su sistema o subsistema, en la forma de altruismo, cooperación o indiferencia, conformando así una idea de sí mismo y una serie de creencias acerca del mundo (Garibay, 2013).

En 1925 von Bertalanffy con su teoría de sistemas abre la puerta a un amplio camino de lo que es la perspectiva sistémica, la cual aporta una visión del ser humano distinta a las perspectivas anteriormente mencionadas. Esta perspectiva da importancia a lo relacional y comunicacional, a las interrelaciones que tiene el individuo para con los miembros de su sistema y como los miembros del sistema interaccionan con el miembro identificado como paciente.

La causalidad de la teoría general de sistemas, también identificada como modelo psicoterapéutico sistémico familiar o perspectiva sistémica en psicoterapia, ofrece la posibilidad de comprender de forma distinta a la tradicional la conducta, interacción humana y formas de comunicación. Entre las formas tradicionales de epistemologías se encuentra el modelo lineal, el cual se caracteriza por una secuencia claramente identificada y unicausal, marcada por una interrelación muy rígida. Por el contrario, la teoría general de sistemas se fundamenta en sus interrelaciones circulares, tiene que ver con interacciones, resultados multidireccionales y con un grado de implicación mutua con otras

variantes que intervienen en los escenarios comunicacionales y concretamente con aquellos que se presentan en el consultorio.

Todo sistema cuenta con un proceso de entrada y de salida de información, estos sistemas pueden ser cerrados o abiertos. Algo importante en el análisis de los sistemas son los procesos de retroalimentación, y estos pueden ser positivos o negativos. La retroalimentación positiva es aquella que por medio de información nueva que entra al sistema se abre la posibilidad de un cambio en el sistema; por su parte, la retroalimentación negativa es aquella que mantiene al sistema estático, sin posibilidades de un cambio, conservando así un equilibrio en el sistema.

La teoría general de los sistemas busca la formulación y la derivación de aquellos principios que son válidos para cualquier sistema en general. Dichos principios son los de totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y regulación (Garibay, 2013).

La expresión "el ser humano es una continua dinámica" quiere decir que el ser humano no es estático sino que es movimiento y está en actividad con los otros y su entorno, y su entorno y los otros están en interrelación con él.

Un sistema es una entidad cuya existencia y funciones se mantienen integradas por la interacción de sus partes. Un sistema abierto o vivo es aquel que establece un intercambio con su medio circundante, e importa y exporta materia, energía e información. Las relaciones, tanto de los elementos de un sistema como los de éste y su ambiente, son de suma importancia para su comprensión (Arnold & Osorio, 1998).

El principio de totalidad nos dice que los sistemas abiertos deben funcionar como un todo, puesto que la composición y la interrelación de sus elementos son los que conforman una identidad diferente respecto de la suma de sus componentes, todos funcionan conectados: si se cambia uno de sus elementos, si se remueve alguno de sus componentes o conexiones, o deja de funcionar una de sus partes, el comportamiento global del sistema no es igual e incluso puede desaparecer. En consecuencia, su "buen" funcionamiento depende de su estructura y organización global.

En este sentido, la familia o bien el sistema familiar es importante que pueda ser visto en su totalidad, se toma en cuenta que la conducta de un miembro de la familia no está aislada de los demás miembros del sistema, unos a otros se retroalimentan, manteniendo una sinergia, estructura, equilibrio, homeostasis, organización, morfogénesis, dando oportunidad a la complejidad sistémica con fronteras y sobre todo buscando mantener su equifinalidad.

Los sistemas vivos funcionan con las siguientes propiedades: procesan las corrientes de entrada, son sinérgicos, isomórficos y recursivos, tienden a la autorregulación (homeostasis, retroalimentación, circularidad) y la morfogénesis (tendencia al crecimiento), además de que cada sistema cuenta con diferentes niveles de organización.

Desde esta visión, el ser humano es un ser social, es parte de su sistema y el sistema se encuentra en él, esta mirada nos favorece al realizar un análisis de las diferentes variables que están influenciando de forma dinámica la conducta del ser humano.

Se hace a continuación una revisión breve de otros modelos psicoterapéuticos.

La logoterapia propuesta por Viktor Frankl

El sentido de la existencia que propuso Viktor Frankl (neurólogo, psiquiatra y filósofo), también conocida como logoterapia, el cual refirió él mismo como la voluntad del significado, sentido o propósito, es una propuesta de atención a los conflictos morales, espirituales o existenciales. La logoterapia tiene como objetivo ayudar al paciente para que encuentre el sentido de su vida (Jairo, 1998), el conflicto que origina infinidad de situaciones de conflicto. El problema generalmente es descrito desde un visión en la que se solicita un cambio o modificación de las circunstancias o del cambio de conducta de las otras personas. De acuerdo a la propuesta de Frankl, el cambio dependerá de la forma en que la persona elabora por voluntad un sentido a la situación de conflicto, que pueda permitirle optar con una mirada menos conflictiva y más integradora, y desarrolle otras opciones para afrontar la situación que le aqueja.

La logoterapia considera a la persona como aquella que se interesa principalmente por cumplir un sentido y realizar sus propios principios morales (Jairo, 1998), entendiendo el sentido de la vida como algo que atiende a la situación individual y que por lo tanto es específica, y no un sentido general que a toda persona le impulsa, sostiene o mueve su voluntad. En este sentido, podría decirse que esto implica que la persona se encuentre a sí misma y trace un camino que le permita desarrollar su interés, pero también una sensación de satisfacción y felicidad, esto se da como resultado de un propósito intencional a partir de las reflexiones que se generen en las intervenciones de la psicoterapia.

A diferencia de otros modelos psicológicos en los que se busca comprender o bien profundizar por qué y cómo es que sucede la conducta, el pensamiento, las emociones, las interacciones, la comunicación en torno a una cierta situación problemática en cuestión, Frankl en 1993 mencionó que la logoterapia considera que la esencia íntima de la existencia humana está en su capacidad de ser responsable, es decir, a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida. Esto trae consigo la búsqueda, pero sobre todo, la construcción de ese sentido que le permita al mismo tiempo avanzar en el actuar cotidiano, también es la construcción del potencial de sí mismo hacia situaciones más favorables, a través de la resolución y el mantenimiento de estilos de vida que sean más amenos.

Para la logoterapia el dolor y el placer no son los determinantes de lo que puede o no hacer, decidir o inclinarse el paciente, más bien es el sentido lo que permitirá incluso sufrir por aquello que desee y apueste a su sufrimiento. En el caso del placer, este puede ser específico, transitorio o permanente en el tiempo para que la persona implique un acto de responsabilidad con el cual participe, tome iniciativa en hacer, practicar o mantener hábitos o actividades que permitan que experimente estados de bienestar (Jairo, 1998).

Uno de sus postulados corresponde al hecho de que el ser humano no es una cosa más entre otras cosas. Las cosas se determinan unas a otras, pero el hombre, en última instancia es su propio determinante, es decir, la capacidad propia del ser humano es la de incidir en su propia forma de existir, es él quien enviste de vida a su persona, su historia, sus circunstancias, incluso las más caóticas pueden estar cimentadas en determinantes estilos de vida.

Lo que llegue a ser lo tiene que hacer por sí mismo (Jairo, 1998), esta idea recuerda al refrán popular: “evita dar un pez al hambriento para comer, mejor enséñale a pescar y así difícilmente podrá volver a estar con hambre”. Con esta idea se quiere transmitir la idea de la capacidad de la persona para proveerse a sí mismo de lo que requiere. Viktor Frankl fue coherente con su forma de pensar, así vivió su vida, con una historia marcada por la gran variedad de sucesos dolorosos y gratos, situaciones que le marcaron, como lo fue haber tenido el número 119104, Frankl, privado de su identidad en la dictadura Nazi liderada por Hitler. En noviembre de 1942 fue separado de su esposa, presenció y fue testigo de uno de los episodios más críticos de la historia, los holocaustos de Theresienstadt, Kaufering, Türkheim y Auschwitz. Estas situaciones las afrontó dando una

estocada de certeza en torno a su visión logoterapéutica, que anunció desde 1926 y con la que trabajó en su práctica privada desde 1937. Frankl optó ser responsable de su existencia incluso en los campos de exterminio donde fallecieron sus padres, su esposa y su hermano.

De acuerdo al análisis existencial de Frankl, la responsabilidad es la clave para describir a la persona, quien actúa en respuesta de sí misma, que si bien puede responder con un salto injustificado del orden natural, común a todos los hombres, o del orden de lo sobrenatural, exclusivo de otros, alcanza así el sentido último vislumbrado solamente por la fe (Selles, 2015).

Terapia fenomenológica de Virginia Moreira

La doctora Virgnia Moreira comparte señalamientos que hace a la visión humanista, en la forma en que a la persona la define el mundo que le constituye, y esto es una parte fundamental de su totalidad y da sentido a su existencia. Su posición dice que la salud mental no solo depende de la perspectiva individual, sino también de la perspectiva social, los cambios en el tiempo y la historia, las sensaciones del cuerpo, las percepciones y las múltiples miradas que inciden en la organización o desorganización interna, en otras palabras, la neurosis contemporánea corresponde a la rigidez personal para integrar al mundo (Moreira, 2001).

Los elementos de su perspectiva fenomenológica mundana (Merleau-Ponty, 1945) son: a) la carne, (cuerpo y mundo) intersubjetividad y subjetividad, lo cual implica reconocer el mundo frente a mí; b) la percepción, referente a la constante elaboración de las significancias de los objetos percibidos; c) la unidad psicosomática, es decir, el organismo implica al sujeto y al cuerpo, evitando una visión aislada de estos elementos de la persona; d) la sexualidad, la cual es vista como inseparable del cuerpo-mundo y es importante que así sea comprendida esta área; e) el tiempo, que tiene que ver con el cómo se vive el individuo en su propia corporalidad, en el tiempo vivido desde su subjetividad; f) la subjetividad y el lenguaje, es decir, aquellos significados conceptuales que son expresados a través del lenguaje, también son significados existenciales, como una envoltura con la que la persona se vive.

La terapia fenomenológica mundana (Moreira, 2001) es una propuesta que intenta reabrir la dialéctica individuo-mundo, evitando romantizar la visión humanista de Rogers, solo centrada en la persona y que deja de lado la influencia de lo social, histórico y cultural. Este enfoque trabaja desde la interacción entre lo real y lo imaginario, aquello que se anhela y cómo esto puede

confrontarse con las vicisitudes o la gran variedad de opciones que emergen de situaciones concretas, esto es, la construcción de la existencia cotidiana.

Entre los elementos importantes de la psicoterapia fenomenológica mundana están los siguientes dos: la reflexión crítica y la importancia de visibilizar el contexto sociocultural y su influencia en la persona, lo cual remite a la existencia de distintas subjetividades. Es necesario explorar lo que se experimenta (cómo vive la persona su experiencia) para así captar lo verdadero a través del hecho psicológico. Por lo tanto, más que interpretar lo que la persona comparte, desde esta perspectiva importa describir los sucesos para así descubrirse a sí mismo en la implicación de lo que ha sucedido.

Terapia existencial desde Yalom

La terapia existencial consiste en una profunda reflexión personal, es decir, la persona es y hace su análisis, comprensión, explicación y toma de decisiones acerca de sí mismo. Algunas condiciones como la soledad, silencio, tiempo y libertad (Yalom, 1984) suelen llenar de experiencias nuestras historias, sin embargo, son también elementos que dan pie a la distracción y motivo de divagación en torno a sí mismo.

Las preocupaciones esenciales (Yalom, 1984) suelen ser identificadas por esta propuesta teórica como estructuras profundas, las cuales cuentan con un límite que les permite mantener una serie de significados fundamentales para conservar ciertas estructuras y evitar ser quebrantados, colapsados o bien triturados por situaciones naturales o inesperadas en que no se sienten el control ni el dominio.

Se identifican cuatro preocupaciones esenciales: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital (Yalom, 1984). A continuación se da una explicación a cada una de estas.

- La muerte: la preocupación esencial más evidente y difícil de comprender es la muerte. La vida se puede esfumar en un segundo, dejando infinidad de incógnitas en aquellos dolientes cercanos al ser querido fallecido. La muerte es el espacio para los conflictos profundos y pese a ser un proceso difícil es el final certero de todo ser viviente. La tensión entre la necesidad de evitar el deceso, de querer ajustarlo para que esto ocurra en condiciones que den tranquilidad y no inquietud y el deseo de seguir siendo y estando -aunque la

transcendencia es un término que ha proporcionado una mirada más amable acerca de este proceso de muerte-, las personas continúan empeñándose por existir en formas que generen la sensación de presencia en la vida.

- La libertad: aunque es deseada por la persona en lo profundo, la libertad existe sin una estructura externa. Está libre de contención, forma, figura o línea, lo cual expone al ser humano a un vacío, a una falta que proporcione una guía para la existencia, la sobrevivencia, la percepción, el diálogo interno y la autodirección, dejando al descubierto el conflicto entre una ausencia de base y el deseo de unos cimientos.
- El aislamiento existencial: se refiere al asilamiento fundamental de todo ser viviente del resto del mundo, pese a la conexión, vinculación e interacción que se pueda establecer en el mundo, es conocido un espacio final donde el ser humano nace consigo mismo sin encontrar una compañía plena y completa. El conflicto que esta visión origina está entre la decisión consciente de optar por el aislamiento absoluto o bien el anhelo sostenido en acciones concretas que permitan la obtención de protección, presencia, o contacto con el exterior.
- La falta de sentido vital: dada la individualidad que nos determina, esto trae por consiguiente una incógnita crítica acerca del cómo vivir y morir, es decir, de marcar nuestra existencia por algo propio, algo que solo corresponda a nuestra visión única, intransferible y limitante. El conflicto parte de ser y estar en un mundo carente de sentido, resultado de una búsqueda constante por contar con significados propios, cuando estos no se tienen ni son dados por nada ni por nadie.

Desde la perspectiva existencial, en la exploración profunda ocurre el intento de eliminar las preocupaciones cotidianas para centrarse solo en la situación propia. Pese a las calamidades y contrariedades, mantiene fija a la persona en un lugar de la conciencia y le ubica en el espacio que le rodea, entonces se da una situación que contribuye a la descripción de lo que la persona es.

Esta perspectiva está centrada en el presente que después se convierte en futuro, da sentido a la existencia en el tiempo, con una mirada hacia adelante; un ser, hacer y estar en el momento que deviene al presente e impulsa a las posibilidades de un mañana.

En este sentido, la realidad se construye gracias a las condiciones prósperas y los escenarios situacionales permisibles de una visión de la realidad del mundo y de sus elementos, o bien se es

agente con posibilidad de incidir en la variedad de factores que mantienen una confluencia dinámica permanente.

La existencia está llena de incertidumbres, sorpresas y hallazgos que pueden traducirse en dolor, inestabilidad e incluso una opción débil de resolución ante lo que es la vida en sí misma. o lo que se alcanza a percibir desde el mundo interno y el existir. Los paradigmas psicológicos suelen alejarse de esta condición que atraviesa a cualquier conducta, deseo, comportamiento, historia o situación crítica que confluye en los consultantes, es por eso que el terapeuta está bajo una urgencia de madurez, es decir, debe ser capaz de tolerar esta incertidumbre fundamental (Yalom, 1984).

Psicología positiva y terapias constructivas

La psicología positiva estudia científicamente el funcionamiento óptimo, propositivo, resiliente y constructivo del ser humano. Su objetivo es descubrir, sustentar, fundamentar, comprender, explicar y promover los factores que permiten a los individuos y a las comunidades vivir plenamente (Tarragona, 2013), es decir, todo aquello que provee estilos de vida y modos de estar en el mundo de forma satisfactoria, con posibilidades de experimentar estados de sensación subjetiva de felicidad.

Es un abordaje que puede ser incluido en casi cualquier modelo psicológico y psicoterapéutico. Joseph y Linley (2006) y Seligman y colaboradores (2006) infieren acerca de esto, con lo cual puede hablarse de la integración de un modelo que puede facilitar la construcción de elementos resolutivos y facilitadores de estados contrarios o bien alternativos al motivo de consulta desde cualquier modelo de intervención.

La psicología positiva y las terapias constructivas pueden hacerse presentes en estilos de abordaje narrativo, modelos centrados en soluciones o bien en la terapia con enfoque colaborativo, ya que más que ser un estricto modelo de acompañamiento es una forma de acompañar y una forma de estar para el otro pese a su conflicto o situación dolorosa. Esto no implica minimizar el sentir del consultante, implica un visión esperanzadora, orientada a las posibilidades y las acciones concretas que la persona procura pese a las circunstancias.

Algunos autores han buscado las palabras para descubrir lo central de la psicología positiva. Por una parte, Seligman (2011) la ha definido como el estudio de lo que escogemos libremente,

mientras que Peterson (2006) la ve como un objeto de estudio de "lo que hace que la vida valga la pena", es decir, aquello que hace que la persona se manifieste con un aliento hacia su vida, la búsqueda pero también la permanencia de estilos de vida plenos. El hecho de que una persona desee continuar en la misma situación, en ocasiones solo requiriendo de ciertas herramientas para continuar allí, por ejemplo, el caso del cuidado de una hija amada en una institución pública de salud, que pese a las dificultades, la madre está contenta, alegre y con actitud valerosa, ya que estar al pendiente, acompañar a su hija es algo que rebasa o al menos no interfiere con la plenitud de vivir. Algunos consultantes lo miran como una oportunidad para reinventarse, crecer y desarrollarse, es decir, una alegría resolutiva internalizada con la que se afronta la vida.

Desde el *boom* de la psicología clínica después de la segunda guerra mundial, se han dedicado más recursos a entender los problemas y a paliar el dolor que a estudiar y promover las virtudes y la resiliencia (Seligman, 2002). Esto es en definitiva un paradigma digno de cuestionar y sobre todo contrarrestar con la evidencia de otros paradigmas encubiertamente contrarios a la visión fatalista, desalentadora, mediadora del dolor y centrada en los problemas y las dificultades que determinan o ante las cuales es necesario cortar, eliminar o desdeñar.

Con la vista puesta en una visión desalentadora y centrada en el desorden o desequilibrio psicológico, la psicología positiva es una propuesta alternativa hacia una psicología equilibrada, en la que es posible tener conocimientos y herramientas tanto para aliviar el dolor, como para cultivar lo que más se valora y es bueno en la vida (Seligman, Parks & Steen, 2004; Tarragona, 2009).

Vázquez y Hervás (2009) titulan justamente así a su libro: *Los fundamentos de la psicología positiva: la ciencia del bienestar*. Hay otras fuentes de conocimiento sobre la felicidad y la plenitud de la vida: la filosofía, las tradiciones religiosas y espirituales, la sabiduría popular y las experiencias personales.

Seligman (2011), al analizar los hallazgos más importantes sobre los factores que contribuyen al bienestar, concluye que este tiene cinco elementos principales, los cuales sintetiza con el acrónimo en inglés PERMA. En español puede traducirse como PRISMA (Tarragona, en prensa):

- ψ Positividad: entendida como la tendencia a permanecer en una postura de visión alentadora, evitando el fatalismo o inundarse de la contrariedad de las circunstancias.

- ψ Relaciones interpersonales: las personas que se sienten con un respaldo vincular grato de seres amados para sí, se les puede identificar con mayor capacidad para afrontar las situaciones de conflicto.
- ψ Involucramiento: el sentirse parte de algo o de alguien fomenta la identidad con los otros, pero también vislumbra las capacidades, habilidades y destrezas con las que puede ser parte de algo que le es significativo.
- ψ Sentido de vida: entendida cuando la persona cuenta con una brújula existencial que le permite orientarse a pesar de las adversidades; el signifiado de la vida, cimentado en una perspectiva amable, grata, cuidadosa de sí mismo.
- ψ Metas alcanzadas: los éxitos y logros alcanzados fortalecerán la autosatisfacción, alimentarán ideas y concepciones alentadoras, de autoconfianza y desarrollo personal, así como a denotar la oportunidad de incidir en el entorno de forma favorable.

Las fortalezas de carácter tienen que ver con la voluntad, tomar decisiones no solo en torno a la conducta o el comportamiento sino el cómo, es decir, la actitud con la que se afrontan los eventos situacionales. Seligman (2002), Peterson y Seligman (2004), y Dahlsgaard, Peterson y Seligman, (2005) proponen 24 fortalezas de carácter agrupadas en seis grandes virtudes:

- Conocimiento y sabiduría incluyen las siguientes fortalezas: curiosidad e interés por el mundo, amor por el aprendizaje, el buen juicio, pensamiento crítico y mente abierta; el ingenio, la originalidad y la inteligencia práctica; la inteligencia social, personal y emocional y la capacidad de poner las cosas en perspectiva.
- Valor: que abarca al coraje y la valentía; perseverancia, diligencia e integridad y honestidad.
- Amor y humanidad: bondad y generosidad, la capacidad de amar y dejarse amar.
- Justicia: sentido de ciudadanía y del deber, lealtad y capacidad para trabajar en equipo; equidad, justicia y capacidad de liderazgo.
- Templanza: autocontrol, prudencia, discreción, cautela, humildad y modestia.
- Trascendencia: aprecio de la belleza y la excelencia; gratitud; esperanza, optimismo y orientación hacia el futuro; espiritualidad, sentido de propósito, fe, religiosidad, perdón y caridad; sentido del humor y capacidad de juego; chispa, pasión y entusiasmo.

Estas seis agrupaciones de fortalezas de carácter son descritas para conocer las distintas formas en las que la persona puede mantener su perspectiva positiva y alentadora. Cada fortaleza puede

haberse construido en entornos incluso desalentadores, resultado de decisiones personales o bien como necesidades intrínsecas por vivirse amorosa y valerosamente.

A partir del último cuarto del siglo XX surgieron una serie de abordajes terapéuticos que dan un lugar central al lenguaje y las historias o narrativas de los clientes, y que conceptualizan la terapia como un proceso conversacional (Tarragona, 2013).

Finalmente, se abordará el modelo integrativo de psicoterapia.

"Existe poca evidencia para sugerir la superioridad de una escuela sobre otra".

(Lambert, 1992, p. 103).

Entre los pioneros de la psicoterapia integrativa está Fernández, quien en 1992 describió que las personas pueden denotar una disfuncionalidad en las estructuras, construcciones y jerarquías de significados, compuestos por las características intrínsecas (asertividad, afrontamiento, responsabilidad, atención, expresividad, emotividad, inteligencia, destreza, retención, entre otros) y los roles (generacionales, sexuales, interpersonales y de cumplimiento de actividades) en los que cada persona puede ser identificada. En este marco, el objetivo de la dialéctica que acontece en la experiencia humana ronda entre estabilidad y cambio. Desde esta perspectiva se identifican tres tipos de cambios:

- Progresivos: marcan modificaciones en las estructuras de significados.
- Circulares: modos de significación que retrotraen al punto inicial, previo a la generación del cambio.
- Regresivos: desplazamiento de ciertas estructuras.

El modelo integrativo que refería Fernández (1992) es una tendencia a la integración, evita el reduccionismo de comprensión e intervención de los desórdenes psicológicos, los cuales ya fomentaban al acompañamiento psicoterapéutico rígido y ortodoxo desde cada modelo de intervención (conductual, cognitivo, psicodinámico); sin embargo, los resultados no siempre eran satisfactorios. Así fue como inició el análisis de las fortalezas de cada modelo clínico, así como su incidencia en las variadas estructuras, construcciones y jerarquías de significados. Esto implicó la variación en las técnicas legítimas con la expectativa de incidir favorablemente y con mayor grado de eficacia de acuerdo a las situaciones de los pacientes.

En 2001 Roberto Opazo en su libro *Psicoterapia integrativa* caracteriza seis elementos de la evolución de la psicoterapia y los diferentes modelos explicativos:

1. Necesidad de síntesis: esto en respuesta al momento situacional de la demanda del consultante. Una actitud rígida por seguir la teoría implicaría dejar de lado la situación del consultante, incluso ajustar la situación de la persona a la teoría sería muy probablemente una limitante de acción en la intervención como profesional en psicoterapia.
2. Insatisfacción con las teorías psicoterapéuticas: identificar las áreas de acción, comprensión de la conducta y comportamiento humano, teorizaciones, conceptualizaciones y postulados. Las situaciones concretas que se exponen en el consultorio en ocasiones evidencian la falta consistencia o inoportunismo teórico, de ahí la necesidad de contar con la posibilidad integrativa.
3. Insatisfacción con los procesos psicoterapéuticos: la búsqueda de una resolución al motivo de consulta y el cumplimiento con alguna expectativa del consultante o del terapeuta estarían sujetas a infinidad de variables, las cuales pueden estar en la interacción paciente-terapeuta o bien tendrían que ver con el entorno. Sin embargo, contar con una perspectiva de psicoterapia permitiría que el abordaje de estas situaciones internas y/o externas al consultante sean atendidas y reorientadas hacia un marco de posibilidades y no continuen en un espacio limitante y rígido que pueda llevar al fracaso de la psicoterapia.
4. Tendencia al empate: se buscará decir qué modelo fue más certero y cuál menos, sin embargo, desde esta perspectiva la acción en conjunto es lo que permite y facilita avanzar hacia la resolución del motivo de consulta, así como de otros elementos que surjan o se identifiquen en el proceso psicoterapéutico mismo.
5. Eclecticismo espontáneo para mostrar eficiencia: el modelo integrativo es como contar con una carpeta de variadas opciones las cuales pueden elegirse de forma espontánea, pero con cierta correspondencia a la situación exponencial. Esto permitiría recuperar situaciones complejas no identificadas al inicio y contar con las posibilidades de incidir, acompañar y abordar en el escenario del paciente.
6. Mostrar eficiencia: la eficiencia se mediría en el grado subjetivo de bienestar y cambio realizado en y por el consultante a raíz de las intervenciones del profesional en psicoterapia.
7. Actitud menos dogmática: el dogmatismo es una herramienta, mas no una limitante de intervención.

Uno de los retos que tiene el modelo integrativo radica en la evidencia y respaldo científico de los enfoques con los que se decide intervenir y dar acompañamiento profesional. Como dijo Seligman en 1996, “la ciencia puede llegar a ser la más significativa aliada de la práctica" y se requiere que lo sea. Una intervención con base en la especulación, idiosincrasia personal del terapeuta o con una ruptura de la evidencia y literatura científica, difícilmente podría ser llamada intervención psicoterapéutica, o considerarse parte de un modelo integrativo de psicoterapia.

El modelo interdisciplinario tiene una doble perspectiva, la dimensión teórica y la dimensión instrumental. Por medio de la reflexión clínica, sujeta a la situación concreta que el consultante menciona, de forma casi artística demanda del profesional en psicoterapia una búsqueda de técnicas para intervenir en el objeto de estudio (Zohn, 2016).

El diálogo interdisciplinario es la base del modelo integrativo de psicoterapia, los siguientes seis elementos complementan su definición (Moreno y Zohn, 2013):

1. Es un proceso continuo de análisis en la utilización de las aportaciones teóricas diversas en la ardua y minuciosa tarea de tratar, acompañar e intervenir en un caso terapéutico.
2. La visualización histórica de significados, esquemas, creencias, ideas, sentimientos y emociones (las cuales se mantienen en constante movimiento e integración) traspola el espacio psicoterapéutico.
3. La pertinencia de otras disciplinas y áreas profesionales nos explican y comparten otras visiones y comprensión del ser humano y de sus vivencias situacionales.
4. Reconocer el potencial, impacto e influencia de la comunicación verbal, no verbal, interpersonal e incluso transpersonal; la interacción entre el consultante, las personas que le referencian y le influyen, así como la interacción con el ambiente y el contexto social; y la construcción de la relación terapéutica, interpersonal e intrapersonal que favorezca la convivencia, la escucha, la confianza, la retroalimentación e introspección.
5. La asesoría sensible, profesional, con un alto grado de experiencia de las y los asesores a los grupos de supervisión de casos.
6. El aporte claro de la práctica en psicoterapia, en su riqueza individual, única y similar a otras experiencias en psicoterapia.

Los acercamientos interdisciplinares implican una postura frente al conocimiento, frente a la realidad, los problemas y su forma de afrontamiento.

La persona es vista desde la alteridad y desde la intersubjetividad como una persona que teje redes, sin detrimento del reconocimiento y valoración de las características particulares de los entornos y los sujetos.

El encuentro interdisciplinario estimula la creatividad, favorece la innovación y la inclusión de nuevos puntos de vista que ordinariamente no se consideran. En ese sentido, el asunto no se circunscribe a "dejar que el otro aporte", supone involucración, aprendizaje y curiosidad por lo diferente, por lo diverso. Para Douglas Hall y Barbara Lawrence, "se trata de aprender y combinar nuevos hallazgos, técnicas y metodologías" (1989, p. 6).

Con esta revisión de modelos psicoterapéuticos, es posible darse cuenta de la gran variedad de perspectivas que intentan examinar al ser humano en su actuar, su sentir, su desear e incluso en las formas rígidas o flexibles de acercarse al entorno terapéutico.

3.2 La relación terapéutica

Para hablar de la relación terapéutica es conveniente hacer una revisión de las conceptualizaciones más representativas para este trabajo en torno a la alianza terapéutica, así como también describir las características y acciones del terapeuta, estas permitirán la condición de "relación terapéutica".

La relación terapéutica se entiende como una condición, es decir, su naturaleza y características la conforman acciones facilitadoras de interacción, comunicación, diálogo, intercambio y nexo interpersonal que constituirán de forma permisiva los objetivos directivos y semidirectivos de un proceso psicoterapéutico, co-creados entre el terapeuta y el consultante. Implicará la participación en un mismo espacio de forma voluntaria y cómoda y permitirá la retroalimentación en la forma, el contenido y uso de las palabras verbalizadas, emitiendo pensamientos, acciones, emociones y sensaciones. Dará lugar a un lazo afectivo nutricio, enmarcado en el énfasis potencializador en favor del desarrollo psicológico, el bienestar y el comportamiento socioemocional de las y los consultantes desde sus concepciones y perspectivas.

El actuar del psicoterapeuta implica una serie de posiciones que implican movimiento emocional, cognitivo, relacional, entre otros, sin embargo, es importante que sea congruente con el modelo evolutivo de ayuda que propone Egan (1975). Es decir, la forma básica descrita del orientador consiste en pensar, juzgar y actuar. Las tareas orientadas hacia el cliente son la exploración de su conducta, la examinación de sus problemas y la búsqueda de la autocomprensión de la acción, estas actúan sobre aquello que ha comprendido.

La persona orientadora requiere utilizar varias destrezas, mismas que Egan (1975) expone en cuatro fases que se explican a continuación. La primera es la fase de pre-ayuda, implica atención física y psicológica hacia la persona que desea ser orientada; la segunda fase es la de respuesta, la cual consiste en optar por estar y ser parte del entorno del cliente, para esto se requiere de la empatía, la comprensión, el respeto y la genuinidad. En la tercera fase se busca mantener una posición que facilite a la persona orientada la visibilidad de varias opciones en el entorno en que se encuentra, involucra empatía exacta avanzada, apertura psicológica, confrontación y proximidad. Por último, la cuarta fase consiste en ayudar a actuar, implica estrategias y técnicas que ayuden a acercar a la resolución de conflictos, a la modificación de conductas que han perpetuado la vivencia del conflicto o del malestar clínicamente significativo y al diseño de programas de acción que ofrezcan claridad para transformar y llevar algo a cabo.

Bordin (1979) menciona tres elementos que conforman la psicoterapia: la alianza terapéutica, el acuerdo en los objetivos de la terapia y el acuerdo en las tareas.

La alianza terapéutica, se identifica como un factor de cambio esencial en todas las formas de psicoterapia, aunque es referida por la teoría psicoanalítica, desde los diferentes paradigmas de la psicoterapia, la calidad de la alianza, de la interacción entre consultante y terapeuta, puede facilitar o bien obstaculizar la comunicación de elementos, anécdotas, experiencias, recuerdos o deseos incómodos si se carece de un entorno de confianza, seguridad afectiva, confidencialidad, lealtad, empatía, interés genuino y cuidado de la realidad emocional del consultante.

El objetivo de la terapia implica al consultante y al terapeuta, es decir, ambos requieren de una dirección específica hacia la cual dirigir el proceso psicoterapéutico. El terapeuta debe estar atento a la demanda en torno a la situación de conflicto que le aqueja al paciente, así como estar en una postura abierta que permita el diálogo constructivo de un objetivo en el que ambos estén en sintonía.

Respecto al acuerdo en las tareas de los objetivos, se refiere a la variedad de estrategias, técnicas, dinámicas, actividades y recursos didácticos que pueden utilizarse con un fin, sin embargo, no todas las estrategias son relevantes para todas las personas. Es por eso que al tomar en cuenta el objetivo de la psicoterapia pueden elegirse las tareas que orienten y acerquen al paciente a los objetivos deseados, esta elección se da también en relación a las posibilidades del paciente y de acuerdo a sus recursos personales, materiales, espaciales y funcionales.

Es importante mencionar algunas características que Guy (1987) asoció a la personalidad de un psicoterapeuta, entre los cuales están: la capacidad de escucha, de conversación, de discernimiento emocional, de introspección, de autonegación, tolerancia a la ambigüedad, la capacidad de cariño, la tolerancia a la intimidad, el confortado rol de poder y la capacidad de reír. Entre aquellas características disfuncionales del psicoterapeuta están: la aflicción emocional, el manejo vicario, la soledad y el aislamiento, el deseo de poder, la necesidad de amor y la rebelión vicaria. Estos elementos facilitan la construcción de la relación terapéutica.

Feixas, (1993) menciona que una de las características básicas del terapeuta es intentar ayudar al consultante, para lograr esto se remite a dos acciones: formular hipótesis acerca del planteamiento del problema y tomar decisiones acerca de lo que debe hacer primero y lo que hay qué hacer después, lo cual permite el establecimiento de la relación terapéutica.

Formular hipótesis sobre el planteamiento del problema, es decir, del malestar clínico expresado o no por el paciente durante el primer encuentro, determinará las hipótesis que se plantee el terapeuta, y será una tarea continua discernir acerca de estas, que cuenten con la coherencia de elementos discursivos, comportamentales, emocionales y cognitivos, que incluyan información nueva y significativa que el paciente comparte para el análisis o como algo que forme, complete o amplíe los primeros datos recibidos. El terapeuta irá elaborando hipótesis con mayor fundamento teórico acerca de lo que observa y percibe en el consultante.

Tomar decisiones acerca de lo que debe hacerse primero y lo que hay qué hacer después, de acuerdo a la formulación de hipótesis acertadas, permitirá la elección de un abanico de posibilidades comunicacionales, de intervenciones que se ajustarán a las hipótesis planteadas y que también, de acuerdo a la información extraída de las intervenciones estratégicas, se irán disipando o

confirmando dudas. Es importante que el objetivo de las intervenciones esté orientada a la mejora del sentir, actuar y percibir del consultante.

Para que la relación terapéutica se establezca es importante que no exista ningún otro tipo de relación. Se trata de una relación profesional asimétrica. El terapeuta tiene un honorario por ofrecer sus servicios al cliente y este último llega con una demanda por motivo de su situación identificada cómo conflictiva.

La relación terapéutica requiere de una estructura específica, es decir, un encuadre terapéutico. Este debe determinar los acuerdos en torno a los honorarios que recibirá el terapeuta por el servicio y acompañamiento psicoterapéutico, así como el día, la hora y la periodicidad de las sesiones. Debe evitarse que esta relación profesional se establezca entre personas cercanas, como pueden ser familiares o amistades (Feixas, 1993). Asimismo, si se establece una relación terapéutica es importante que esta no emigre a otro tipo de relación, o bien se difumine con otro tipo de relación socioafectiva o interpersonal.

Teoría del apego y desarrollo de la relación terapéutica

Las teorías del apego nos dicen que el apego es una conducta instintiva pero también es un comportamiento que se produce de forma invariable por una serie de estímulos, es decir, un plan programado de objetivos plausibles de modificarse en función de la retroalimentación, en el cual existen procesos adaptativos que son modificables de acuerdo a las condiciones ambientales (Oliva, 2004). Estas funcionalidades le permiten al infante desarrollar ciertas características de su personalidad, así como modelos internos que le prevén de estabilidad. En la edad adulta las emociones que han acompañado a la forma de establecer el apego se pueden caracterizar por la tranquilidad, el rechazo o la angustia, el adulto cuenta ya con estrategias interiorizadas y exteriorizadas para dar respuesta a la activación de su sistema de apego, basadas en la representación interior de su relación con figuras de apego elaboradas en la infancia y construidas y desarrolladas a lo largo de los años con experiencias de apego sucesivas y variadas (Aguilar, 2019).

Reynolds et al., (2014) indican que los patrones de apego influyen en las expectativas que los adultos depositan en las relaciones cercanas, es decir, que sus afectos, comportamientos e interacciones están influenciadas por los estilos de apego que desarrollaron y que por una cuestión

situacional les fueron inculcados por sus cuidadores, impactando así en las diversas formas en que establecen contacto emocional con las personas de su entorno. En el espacio psicoterapéutico el consultante también establece una forma de relacionarse y esta se desarrollará de acuerdo a los patrones previamente interiorizados y que le han dejado ciertas huellas mnémicas con recuerdos de experiencias agradables, desagradables y ambiguas.

Bowlby (2009) menciona que el analista debe cumplir varias tareas, entre las cuales están generar un entorno seguro para el consultante que permita explorar aspectos dolorosos e infelices de su vida; brindar compañía y ayuda en la exploración de las circunstancias presentes, con una permanente búsqueda de la instauración de las relaciones afectivas con las personas significativas del entorno en el presente y el pasado, lo cual se puede ver en las expectativas, las emociones y comportamientos que mantiene en sus interacciones. También ayuda en la examinación de las interpretaciones que realiza acerca de los comportamientos de la conducta de los demás; ayuda en torno a los pensamientos del presente y el pasado, que se interconectan y viceversa; y hace de su capacidad el reconocimiento de sus modelos operativos de sí y de los otros derivadas de experiencias dolorosas o de mensajes equívocos del pasado para buscar alternativas más ajustadas al presente.

Al ser un espacio donde el consultante puede ver reflejadas interacciones pasadas con una carga emocional desagradable o bien ambigua, la relación terapéutica es una fuente de activación de diferentes dimensiones de su psiquismo, como lo son la autoestima, la afectividad, la estimulación cognitiva y emocional. Es decir, el analista tiene una función doble, como psicoterapeuta y también como una figura del pasado que evoca experiencias, sentimientos e incluso comportamientos difíciles de procesar o dominar y que generalmente traerá dificultades al consultante en sus habilidades relacionales y de autoestima.

Enseguida revisaremos algunas conceptualizaciones de la relación terapéutica, descrita desde los diferentes modelos en psicoterapia.

Modelo psicodinámico

El enfoque psicodinámico centra su procedimiento terapéutico cómo “catártico” (Freud, 1893, 1991), es decir, se brinda el espacio para que brote del consultante eso que le agrede y que le causa malestar. En este sentido, el rol del terapeuta estará enmarcado por unas recomendaciones, estas

consisten en guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura, y no confundirlos con un material parecido oriundo de otros pacientes analizados antes o al mismo tiempo, es decir, diferenciar la información de un consultante de otros. Esto permitirá que la relación terapéutica se establezca, además se requiere que el contexto de la conversación sea cercano. El precepto de fijarse en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado, a saber: que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previa; evitar tomar notas extensas ya que esto afectaría a la atención activa y podría distraer de lo que acontece en el consultorio. Tomar notas durante la sesión se podría justificar por el designio de convertir al caso tratado en tema de una publicación científica, y aun así, la relación terapéutica no debe descuidarse en este proceso.

Para el analista, la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra, al compás de sus necesidades; no especular ni cavilar mientras analiza, y someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar solo después de concluido el análisis, ya que durante el análisis es importante atender a lo que sucede o no en la expresión lingüística, así como a lo que ocurre en el consultante en torno al terapeuta y viceversa. El tratamiento psicoanalítico se toma por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana, y sus fuerzas espirituales se concentran en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte, es decir, tanto terapeuta como consultante se disponen a estar y hacer evidente aquel malestar o conflicto que aqueja la vida del consultante.

Estas recomendaciones pretenden crear el correspondiente, para el médico, de la “regla analítica fundamental” instituida para el analizado. La experiencia no confirma la bondad de esa técnica afectiva, ni la actividad pedagógica, lo decide en primer término la personalidad del paciente. Pero siempre hay que mantener aquí la precaución y la reserva. Es incorrecto dictar al analizado unos deberes: recopilar sus recuerdos, reflexionar sobre cierta época de su vida, etc. Tiene que aprender, sobre todo (lo cual no es fácil de aceptar para nadie), que ni en virtud de una actividad mental como la reflexión, ni de un esfuerzo de atención y de voluntad, se resolverán los enigmas de la neurosis, sino solo por la paciente obediencia a la regla psicoanalítica que ordena desconectar la crítica a lo inconsciente y sus retoños (Freud, 1909-1992).

El abordaje de Lacan es radicalmente diferente. Desde luego, el paciente no quiere cambiar si se desarrollaron síntomas. Si el paciente tiene un comportamiento sintomático, es porque buena parte

de su energía ha quedado atrapada en esos síntomas, aunque el paciente inicialmente pueda afirmar que desea ser aliviado de sus síntomas, en última instancia está decidido a no agitar las aguas.

Un rasgo esencial de los síntomas es que aportan satisfacción de un tipo o de otro, aunque ello pueda no resultar evidente para los observadores externos o incluso para el individuo que carga con los síntomas.

Desde una perspectiva freudiana/lacaniana, es claro que el terapeuta no puede confiar en ninguna especie de "deseo de mejorar" de parte del paciente -una suerte de "deseo genuino de cambiar".

Si hay un deseo que sirve como fuerza impulsora de la terapia, es el del analista, no el del paciente, es decir, el analista es un actor o una actriz que interpreta un papel que no necesariamente transmite sus "verdaderos sentimientos".

Lo que el terapeuta ofrece al comienzo es una satisfacción sustitutiva diferente: la extraña clase de satisfacción que proviene de la relación transferencial y del desciframiento del inconsciente. Para lo cual es fundamental que exista cierta sintonía para que esta apertura de parte del paciente sea fértil a él mismo a través de las maniobras del terapeuta.

El analista debe dejar en claro que todo cuanto interviene en su relación es significativo, y que no se trata de una relación como cualquier otra. Si bien las relaciones son únicas, es cierto que la relación con el terapeuta por todo lo que conlleva no sólo es única sino el recurso de la psicoterapia para el cambio y la modificación de ideas del paciente.

Aproximaciones conductuales sobre la relación terapéutica de primera, segunda y tercera generación

En la búsqueda de la comprensión del comportamiento humano, ha resultado tentador atribuir la conducta de un organismo como causa de un agente interno. Sin embargo, las intervenciones conductuales de la primera ola proponen la búsqueda de las variables de las cuales la conducta es función, así que la conducta humana es una relación de variables entre organismo, ambiente e historia del sujeto (Skinner, 1974). Por lo tanto, el eje central de la primera generación es cuestionar y comprender la función de la conducta.

Frente al cuestionamiento del comportamiento humano, en la primera generación surgen dos grandes ramificaciones: la modificación conductual y la terapia de conducta. La terapia de conducta implica la modificación conductual llevada a cabo en conductas disfuncionales, más específicamente en el ámbito de lo clínico, esto se realiza por medio del análisis conductual aplicado, el cual permite analizar e identificar las variables que controlan la conducta de interés (Martin & Pear, 2008).

Vivas (2019) refiere que las actitudes básicas del terapeuta cognitivo-conductual que favorecen la relación terapéutica son:

- ψ Escucha activa: la atención focalizada, en la que el consultante se perciba escuchado y entendido de acuerdo con lo que ha manifestado.
- ψ Empatía: la comprensión de sentimientos, emociones percepciones y acciones del consultante, centrándose en lo que la persona trae a la sesión.
- ψ Aceptación incondicional: actitud de respeto pleno del consultante, sin emitir juicios, ni reproches a sus acciones, expresiones verbales o emocionales, permitiéndole sentir para buscar la mejoría de aquello que le problematiza.
- ψ Autenticidad: Expresar con sinceridad aquello que se dice con aprecio y a la vez ser oportunos en cómo y qué se dice.

Estos modelos psicoterapéuticos de primera, segunda y tercera generación explicitan que los terapeutas entablen relaciones cooperativas con los pacientes para ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad. La cooperación permitirá tomar la mano del paciente para ir vislumbrando aquello que aqueja, pero también aquello que podría subsanar dicho pensar, sentir o actuar, de formas diversas, menos caóticas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery, 1985; Beck & Young, 1985).

Young (1985) por su parte comentó que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos y no representar el papel de "experto absoluto" ya que esto implicaría una distancia abismal con el consultante lo que limitaría la eficacia de la psicoterapia.

Por su parte Gómez (2020) describe la importancia de trabajar junto al paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar una orden del día para cada sesión, esto marcaría el eje hacia el cual se establecería la relación. En otras palabras, se trata de una relación quizás más

estructurada, sin embargo, se enfatiza el trabajo en conjunto, es decir, debe alcanzarse un acuerdo sobre ciertas metas a alcanzar.

Modelo humanista

La terapia basada en el cliente (persona) propuesta por Carl Rogers e inscrita en la escuela humanista, considera la relación terapéutica como un proceso interpersonal (Gondra, 1978), en la cual los dos individuos implicados (terapeuta y cliente) participan de forma activa. La relación creada tiende a tener el carácter de amistad ya que finalmente se convierte en esto. Pretender borrar toda barrera entre las dos partes involucradas en la terapia es un presupuesto peligroso, ya que puede generar identificación, juicios de valor, compartir creencias, relaciones íntimas, etc., se considera algo contraproducente para el normal y benéfico desarrollo de la terapia. Rogers pensó en un acompañamiento más allá de la fría y distante ayuda terapéutica, y del cual pudieran beneficiarse terapeuta y cliente; pensó la entrevista como una experiencia.

En terapias más actuales como la terapia breve centrada en el cliente, se manifiestan otros tipos de relación terapéutica basados en la cooperación entre terapeuta y paciente. Esta tiene como objetivo la resolución de un problema desde la potencialización de los recursos que tiene el paciente para hacer frente a la vida y sus vicisitudes. En esta terapia se pueden generar diferentes tipos de relación según la personalidad del paciente y de acuerdo al tipo de relación se guiará el proceso terapéutico (Arango & Moreno, 2009). Vale la pena señalar que en esta postura la relación se ve altamente influenciada por la aceptación de múltiples verdades según el contexto en que el consultante se inscriba, esto genera una empatía mayor y permite que este no busque explicaciones a su problemática fuera de las que brinda el contexto (Tarragona, 2006).

Se busca que el encuentro terapéutico sea aquella experiencia que facilite la sensación de agrado y el espacio donde se evite la zona del “no soy”, es decir, que consultante y terapeuta generen un espacio genuino de incidencia donde exista el yo, siendo precavidos con las expectativas del terapeuta que sesguen el mundo interno del consultante (Rogers, et al., 1975).

Modelo sistémico sobre la relación terapéutica

La perspectiva sistémica menciona que la relación establecida entre el terapeuta y el consultante es una relación de intercambio de información y en la que se persiguen objetivos. Debe existir un nivel de motivación, un proceso de profundidad en los intercambios y un contexto de intimidad.

Este modelo explica que es deseable que la comunicación sea circular ya que el psicoterapeuta forma parte del sistema del consultante (Garibay, 2013); es decir, no se trata de una relación unilateral sino bilateral, en la que los dos aportan, informan, escuchan e incluso evolucionan. La relación es aquello que a través de la interacción se trascienda al conflicto en conjunto.

En este ámbito, el encuadre en la terapia sistémica funciona como un método para generar esa relación entre el terapeuta y el consultante, se definen ciertas normas para poder sobrellevar de una manera adecuada el proceso psicoterapéutico. El encuadre implica también la posibilidad de entender las reglas del juego, así como la adquisición de responsabilidades.

Terapia existencial

Sören Kierkegaard padre del existencialismo, afirmó: "lo característico de lo humano es la experiencia personal" (Sánchez, 1998). En este sentido, la relación terapéutica sería una vivencia humana, no solo un acto conveniente de servicio satisfecho y sin significancia humana alguna. El enfoque existencial se interesa por la verdad del ser humano. Nada es real hasta que el cliente lo ha vivido en la inmediatez de su experiencia (Lebl, 2004). La obra de Martin Buber es donde se funda la psicología humanista; este autor destaca que en la relación *yo-tú*, en tanto "encuentro", es donde se constituye la persona libre. Ante el ser propio aparece el "yo soy así", cerrado y dogmático; ante *yo-tú* aparece "el yo soy..." abierto a la posibilidad (Sánchez, 1998). Esto explicita lo crucial que puede llegar a ser la relación entre el terapeuta y el paciente para que el bienestar y cambio subjetivo sean facilitados.

Finalmente, sigue el modelo en el cual se aborda el presente caso de análisis e investigación.

Aportación del modelo integrativo de psicoterapia en la comprensión de la relación terapéutica

La postura integrativa de la psicoterapia refiere elementos sobre la cualidad de la relación terapéutica como las acciones que realizan tanto el consultante como el psicoterapeuta para favorecer el cambio psicológico (Zohn,2016), se habla de una co-participación, una co-

construcción y una implicación continua en el proceso de cambio subjetivo. Quizás aquí se podría incluso explicitar que el cambio no solo acontece en el consultante sino también en el terapeuta, en su forma de vivirse e incluso en su forma de hacer psicoterapia y ser psicoterapeuta.

Es importante comparar e identificar las diferencias en el discurso, en los esquemas cognitivos y emocionales, incluir el entorno, el contexto, la formación, la información, la intervención, el acompañamiento, la calidez, la calidad, la expresión corporal e incluso la expresión facial que pese a que estamos ante un caso de atención psicoterapéutica presencial, por recomendaciones sanitarias existe la obligatoriedad del uso de cubrebocas, todas estas son condiciones sobre las que sucede la interacción. Estos y otros elementos son los que están en el espacio psicoterapéutico y pueden facilitar o bien bloquear al terapeuta y/o al consultante en la formación de una alianza terapéutica significativa y con esto influir en el cambio subjetivo deseado o bien mantener un estancamiento crítico que perpetue la sensación de conflicto.

En síntesis, el concepto de relación terapéutica propuesto en este trabajo se refiere al encuentro no forzado, conformado por acciones facilitadoras de interacción, procesos de comunicación, diálogo e intercambio interpersonal, dando lugar a un lazo afectivo nutricio bajo un marco profesional psicoterapéutico, mismos que facilitarán la conducción y ajuste continuo de los objetivos co-creados entre el consultante y el terapeuta. La relación terapéutica implicará la permanencia e incidencia voluntaria, la cómoda participación, así como la presencia virtual o/y física en un mismo espacio; permitirá la retroalimentación en la forma, el contenido y el uso de las palabras verbalizadas, emitiendo pensamientos, acciones, emociones y sensaciones, enmarcado en el énfasis potencializador a favor del desarrollo psicológico, el bienestar y el comportamiento socioemocional de las y los consultantes desde sus vivencias, experiencias, concepciones y perspectivas enmarcada por sus deseos, metas y objetivos.

3.3 El cambio subjetivo en la psicoterapia

Como lo menciona Zohn (2018), el proceso psicoterapéutico se entiende como una interacción dinámica entre terapeuta y consultante, el primero cuenta con recursos técnicos y básicos de intervención, entre los cuales está la escucha como herramienta principal. Por su parte, el consultante acude con el terapeuta a exponer sus malestares psicológicos que pueden ser o no clínicamente significativos, pero que limitan el uso de habilidades y recursos para afrontar sus conflictos y como resultado de ese encuentro busca un mejor nivel de bienestar percibido.

En la práctica psicoterapéutica se mantienen en juego diferentes elementos entre los cuales están la empatía, la escucha, el *rapport* y la interacción comunicativa. Por lo tanto, el habla como acto puede ser descifrado, evaluado, interpretado y decodificado para fines de un mejor análisis; este proceso permite tener una mayor claridad acerca de las palabras que permiten identificar una problemática o un cambio de lo que se percibe como problemático.

Según Lozano (2010), para hablar de un puente de comunicación se debe contemplar el orden de las palabras, el énfasis, la curva de entonación, el modo del verbo; si estos y otros elementos que se mantienen en juego en el acto comunicativo son considerados por el receptor en relación al discurso del emisor, se puede decir que se está contemplando la teoría de los actos del habla.

Austin (1962), considerado el padre de la teoría de los actos del habla, en su libro *Cómo hacer las cosas con palabras* expone la diferenciación que existe entre lo que el lenguaje expresa y lo que se hace de ese lenguaje expresado. Al momento de decir algo no necesariamente se está haciendo, pero puede que sí, podría decirse que al habla como acto puede implicársele ciertas acciones que anteceden o predisponen a conductas y comportamientos específicos.

En una oración enunciada Austin clasifica tres actos diferentes: el locucionario que es el acto de decir algo, con cierta entonación y acentuación, construido de acuerdo con un sentido o una referencia; el acto ilocucionario es el acto que se lleva al decir algo, como puede ser felicitar, regañar, reclamar, agradecer, definir, insultar, entre otros; y el acto perlocucionario, que es el acto llevado a cabo porque se dijo algo, como asombrar, convencer, apenar, alegrar, doler, entre otros (p. 32).

En este sentido, el habla es el recurso máximo de análisis en psicoterapia para llegar a identificar e incluso determinar si se presentó un cambio significativo en y por el proceso psicoterapéutico, ya que se hace alusión del acto hablado en tres diferentes posibilidades.

En el proceso de psicoterapia se pueden identificar los siguientes tres o más momentos (Austin,1962):

> La referencia de demanda, es decir, el momento en que el consultante expresa su queja, malestar, conflicto o motivo de consulta. En este momento todo se muestra estático en

cuanto a que no existe aun intervención o acto alguno que acompañe al consultante por parte del psicoterapeuta.

El estancamiento en relación a la referencia de demanda y la interacción psicoterapéutica, se identifica una invariabilidad, sin movimiento, alteración, innovación en la percepción y construcción, se mantiene el discurso.

El cambio es el momento resultante de la interacción psicoterapéutica que se caracteriza por la innovación, alteración, integración y/o movimiento de las palabras expuestas por el consultante durante su discurso.

Para esto es necesario recuperar la construcción de esquemas conceptuales de nuestro consultante, tener información clara acerca del constructo de referencia y que generalmente estará invadido de lenguaje emocional y conductas desadaptativas. A partir de la orientación o la capacidad de redirección, incluso de la visión de capacidad de maniobra ante la reconstrucción del esquema conceptual, se podrán identificar episodios de cambio o estancamiento.

Krause (1992) en su teoría del cambio subjetivo distingue tres momentos sucesivos al interior de la construcción de esquemas conceptuales. Estos son: a) establecimiento de conexiones entre síntomas, experiencias vitales (actuales y pasadas), motivaciones, afectos y conductas, es decir es la forma en que los consultantes describen ciertas situaciones y a su vez hablan de ciertas emociones que identifican de forma implícita; b) la elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo, la propia biografía y la relación con otros, es decir, estas construcciones son las que les permiten explicar la vida, el mundo, su entorno, los otros y su misma persona, es con lo que miden, interaccionan y generan expectativas situacionales específicas y concretas; y c) la construcción de teorías sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida, es decir, son constructos identificados como inamovibles, al punto de realizar categorizaciones y juicios con base en ellos, estos llegan a ser rígidos a pesar de ser conflictivos, estos rigen sus experiencias y aquello con lo que tienen contacto o acercamiento alguno.

Con la teoría del cambio subjetivo (Castro, 2015) el estudio se centrará en los significados idiosincráticos de las personas. Es vital identificar cómo las personas integran significados a sus acciones, situaciones de vida e incluso reacciones, emociones y vivencias de los otros. Las interpretaciones con las que se relacionan con el mundo y el cambio, y que implican la integración

de nuevas nociones y significados a las mismas o similares acciones, emociones y experiencias, son expresadas en las acciones comunicacionales psicoterapéuticas.

Según Fernández (2012), estas acciones comunicacionales verbales, es decir, las expresiones que implican contenido, forma y uso del lenguaje, son observadas y sometidas a un análisis detallado del orden de las palabras, el énfasis, la curva de entonación, el modo del verbo, entre otros elementos, y permiten la identificación de verbalizaciones asociadas al cambio. Estas características pueden contener datos, significados e información que no debe omitirse, exigen minuciosidad con sus variaciones pues permiten tener un acercamiento a la perspectiva del conflicto, pero también a las perspectivas del cambio.

El cambio se desarrolla en el tiempo e implica una progresión a través de una serie de cinco etapas (Prochaska et al., 1992):

Precontemplación: en esta fase el consultante no contempla ningún cambio, ni es consciente de que necesita cambiar algo. Asistir a terapia es básicamente resultado de la presión de las personas a su alrededor o bien de la opinión de alguien más, es decir, la persona no ha interiorizado las preguntas ¿qué? ¿para qué? ¿con qué objetivo acudir a terapia? En esta fase el reto del terapeuta será ofrecer un acompañamiento que oriente hacia la introspección de tal forma que no implique intimidación, o más de lo mismo que ha recibido de su entorno.

Contemplación: el consultante se da cuenta del conflicto que le afecta, del malestar psicológico en que se encuentra y comienza a visualizar la resolución de este. Sin embargo, aun no existe la firme convicción de generar un cambio, ni existe un compromiso estable consigo mismo ni con el proceso psicoterapéutico.

Preparación: en esta fase el consultante tiene la intención de cambiar y emprende acciones que realiza durante un mes y medio a un año sin alcanzar los objetivos deseados.

Acción: en esta etapa los consultantes modifican su comportamiento, experiencias o ambiente para superar sus problemas, esto implica un compromiso estable y perseverante, así como comportamientos concretos y visibles que permiten construir experiencias alternas y diferentes a la situación problemática que les aquejaba.

Mantenimiento: cuando el consultante ya ha integrado el cambio persevera en él e incluso cuenta con una nueva directriz que le permite vivirse en novedosas experiencias.

Las fases del cambio requieren del acompañamiento del terapeuta. El fortalecimiento de la relación terapéutica favorece el apoyo y sostén de las diferentes vivencias, experiencias, malestares, problemas y conflictos que limitan y obstaculizan el cambio. En este sentido, se podría decir que el terapeuta debe optar por mantener una actitud de alerta, cuidado y previsión en torno a su actuar en el espacio psicoterapéutico. Con todas las formas de hacerse presente, acompañar, abordar e intervenir, mantiene una escucha activa, abierta, cooperadora y facilitadora de pensamientos creativos, alternativos y resolutivos a la situación de malestar del consultante.

Otra perspectiva sobre la investigación de los episodios de cambio, Krause (2006) ofrece un listado de indicadores genéricos del cambio, los cuales pueden variar en temporalidad y tienen una delimitación compleja.

El listado de los indicadores genéricos del cambio es el siguiente:

1. Aceptación de la existencia de un problema: se refiere a la persona cuando identifica un malestar que puede estar en ella misma, en las personas de su entorno, el mundo o en la forma en que interactúa con su exterior.

2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda: es el espacio en el cual la persona identifica la necesidad de apoyo externo para resolver una situación identificada como crítica.

3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente: se trata de cualquier valoración optimista acerca del profesional con quien el consultante comparte el espacio psicoterapéutico; es el fortalecimiento de la confianza en el trabajo y labor del profesional en relación con el problema o en relación con la dinámica interaccional entre ellos.

4. Expresión de esperanza (remoralización o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas): expresiones orientadas a la confianza, a la espera de la resolución de situaciones complejas o a actuaciones propias que denotan capacidad y seguridad en sí mismo.

5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (fisura): implica el reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.

6. Expresión de la necesidad de cambio: cuando la persona explicita la necesidad del cambio como una respuesta resolutiva a cierto malestar significativo.

7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas: implica la identificación de actos en la perpetuación de la situación de conflicto.

8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo: conceptualización de sí que permite el autodescubrimiento.

9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos: el reporte de hechos concretos que hacen referencia a algo novedoso.

10. Aparición de sentimientos de competencia: surge como consecuencia de la autopercepción positiva de capacidad.

11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:

- Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).

- Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).

- Aspectos propios y elementos biográficos.

12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas: contar con una amplia gama de perspectivas acerca de la situación que permite elaborarlos de forma innovadora.

13. Transformación de valoraciones y emociones en relación consigo mismo u otros, autovaloración positiva.

15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno: incluyendo problemas y síntomas, integración y participación en la realidad con mayor posibilidad de cercanía.

16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía: fortalecimiento de ideas que describen al propio consultante y su historia.

17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico: capacidad de interpretar y dar un sentido a la experiencia desde la responsabilidad y la búsqueda de autorregulación.

18. Reconocimiento de la ayuda recibida: capacidad de visibilizar el apoyo recibido y sus consecuencias.

19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta: mayor capacidad de autodirección y posición comprensiva en cuanto a la percepción de sí mismo (p. 310).

A partir de esta revisión, este trabajo sugiere que el cambio subjetivo es el proceso de identificación del malestar referido por otros y por sí mismo; es la necesidad de cambio; son cambios conductuales, afectivos, cognitivos, relacionales y fisiológicos; es la adaptación al entorno y una apertura a la interacción social. Es la identificación de capacidades, autoconocimiento y desarrollo de la personalidad a partir de la integración de nuevas perspectivas, fruto de la reflexión, revisión, interiorización y clarificación, misma que permite y facilita respuestas más adaptativas. El cambio se realiza en la relación terapéutica, en coparticipación con un profesional en psicoterapia.

3.4 Una Integración funcional para la práctica psicoterapéutica

En este apartado describo de manera estratégica la integración de los diferentes elementos que desde esta perspectiva constituyen a los factores facilitadores del cambio en psicoterapia, los cuales fueron creados a partir de las revisiones descritas en los capítulos anteriores y que fueron aplicados y dados en un contexto profesional, es decir, el entorno en que coinciden un profesional de la licenciatura en psicología, en formación dentro de la Maestría de Psicoterapia, y una consultante. El profesional tiene conocimientos que pone al servicio del grupo disciplinar al que pertenece y en la medida que los ejerce con dedicación y compromiso, apegado a principios éticos, los usuarios de sus servicios saldrán beneficiados. Si se considera que presta servicios, pero al mismo tiempo es usuario de otros, y si cada grupo los ejerce de manera adecuada, entonces la sociedad propiciará el desarrollo y beneficio de sus miembros (Álvarez, et al., 2016).

Las tres categorías que incluye esta escala de factores facilitadores del cambio en psicoterapia son: la relación terapéutica, el cambio subjetivo y la psicoterapia.

La relación terapéutica se refiere a la relación interpersonal entre dos partes, es decir, el consultante y el terapeuta, en la cual se exponen acciones facilitadoras de interacción, comunicación, diálogo, intercambio y nexo interpersonal. En la relación se constituirán de forma permisiva los objetivos directivos y semidirectos de un proceso psicoterapéutico co-creados entre el terapeuta y el consultante; implicara la permanencia e incidencia voluntaria y cómoda en la participación y la permanencia en un mismo espacio. Permitirá retroalimentación en la forma, el contenido y uso de las palabras verbalizadas, emitiendo pensamientos, acciones, emociones y sensaciones; dará lugar a un lazo afectivo nutricio y enmarcado en el énfasis potencializador en favor del desarrollo psicológico, el bienestar y el comportamiento socioemocional de las y los consultantes desde sus concepciones y perspectivas.

Respecto al cambio subjetivo se identifican los siguientes aspectos: el malestar psicológico; la forma en que el consultante refiere la problemática, así como la postura y participación frente a la misma; la manifestación del cambio en sus distintas áreas, es decir, conductual, emocional, cognitiva, emocional y fisiológica; la relación con el entorno por medio de una mayor y mejor interacción, así como integración y participación psicosocial de mayor adecuación; la capacidad de introspección, identificando capacidades, estructurando al Yo y permitiendo mayor congruencia. Por último, la capacidad de respuesta, es decir, la visualización de estados de bienestar y desarrollo de habilidades, y permitir ser co-construtor de experiencias innovadoras para sí mismo y la relación con el entorno.

Finalmente, la psicoterapia incluye las categorías técnicas de intervención y recursos, que de acuerdo a los diferentes enfoques de intervención, puede decirse que sean las más integradoras, sin descartar que después de una o más revisiones pueda verse fortalecida la presente propuesta.

Esta propuesta busca integrar los elementos básicos que aportan las diferentes perspectivas teóricas integradas en la relación terapéutica, dada en un contexto de psicoterapia y que facilita el proceso de cambio subjetivo.

A continuación se describen las conceptualizaciones que componen la presente codificación con la cual se aborda el análisis, el mismo está compuesto por tres áreas que a su vez contienen cada una sus categorías y subcategorías:

1. Relación terapéutica

1.1 Encuadre

Acuerdos de hora, día, condiciones físicas, ambientales y cuota. “Es el conjunto de reglas expuestas por el terapeuta y fijadas por aprobación del terapeuta y el consultante para hacer viable la psicoterapia” (López, 2019). Desde los primeros momentos de contacto entre el terapeuta y el consultante, la adecuada construcción del encuadre permitirá conocer cuáles serán las condiciones sobre las cuales se realizará el proceso psicoterapéutico, dejando en claro los recursos, así como los límites. Esto evitará la confusión, malentendidos y sobre todo una experiencia negativa por parte de ambos actores en la psicoterapia.

1.1.2 Continuidad

Presencia continua, seguimiento y perseverancia en la asistencia a psicoterapia. La permanencia por parte del consultante en el proceso permite evidenciar su compromiso hacia su proceso, sin embargo, también facilita la oportunidad de clarificar la experiencia y si esta es constructiva para su vida. A partir de la asistencia continua a las sesiones, se permiten las diferentes acciones en psicoterapia. El acompañamiento del terapeuta denotará el compromiso genuino al consultante, así le caracterizará como un profesional competente y ético.

1.2 Objetivos

El acuerdo de objetivos se refiere a la claridad de conjuntar los esfuerzos del consultante y el terapeuta con el fin de alcanzar una meta. El acto de caminar sin tener un objetivo puede generar el gasto de recursos desperdiciados por no contar con la claridad de la finalidad de los hechos. Estos pueden ser referidos de forma global y graduada (Nieto, 2006). También pueden ser identificados como los motivos de consulta, aunque estos impliquen ser el estímulo para solicitar el acompañamiento psicológico (Martínez, 2006), el cual tendrá que ser reconfigurado para determinar el objetivo, es decir, el fin que se alcanzará en el proceso de psicoterapia. Los objetivos

en la psicoterapia facilitarán una brújula no intrusiva, es decir, funcional para la experiencia y objetivos esperados del consultante.

1.2.2 Entrenamiento

Integrar saberes en la conducta, la cognición, el área relacional, las emociones y otras áreas diversas del ser humano, puede facilitar la movilización de la zona de desarrollo próximo (Vigosky, 1979). Se determina por la capacidad de resolver un problema de forma independiente y el nivel de desarrollo potencial, también a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con un compañero más capaz. Emplea esfuerzos acordados en situaciones similares para lograr objetivos específicos.

1.2.3 Aprendizaje

A menudo las estructuras están compuestas de esquemas, es decir, representaciones de una situación concreta o de un concepto, lo que permite que se manejen de manera interna para enfrentar situaciones similares o parecidas en la realidad (Carretero, 1994). Las estructuras cognitivas son las representaciones organizadas de la experiencia previa. Son relativamente permanentes y sirven como esquemas que funcionan de manera activa para filtrar, codificar, categorizar y evaluar la información que se recibe con relación a alguna experiencia relevante. Al recibir información esta se organiza constantemente en unidades con algún tipo de ordenación, a la cual se le llama estructura. La información nueva generalmente se asocia con información ya existente en estas estructuras, y a la vez puede reorganizar o reestructurar la información existente (Chadwick, 1999). Se describe como la adquisición de saberes prácticos, teóricos y descriptivos acerca de lo que interesa y dispone a integrar en un sistema de conocimientos.

1.3 Interacción

1.3.1 Empatía

Se refiere a la capacidad de percibir, sentir y comprender lo que el consultante está compartiendo desde su experiencia y vivencia (López, 2004). Con la empatía el ambiente terapéutico evidenciaría un espacio de contacto y de acompañamiento pleno, ya que este puede estar en una di-sintonía que obstaculizaría la comprensión de las experiencias como fueron vivenciadas, mantendría al terapeuta fuera del contexto del consultante y podría poner en riesgo su permanencia en el proceso.

1.3.2 Confianza

Es el elemento facilitador de la exploración y de la invención discursiva, propicia la construcción de relaciones interpersonales, fortalece la valoración positiva de la interacción, crea lazos de cohesión y redes en pro del desarrollo humano. Es un factor que permite inferir acerca de lo que podría suceder a futuro, facilita la iniciativa personal, así como la responsabilidad de la persona en sí misma y su entorno (Mercado, 2013).

1.3.3 Reconocimiento

Validación de la persona con autenticidad y aceptación positiva (Rogers, et al.,1975). Esta condición facilitará la claridad de identificar a la persona como un ser responsable de su realidad, así como sus recursos o bien aquellos elementos que le están comprometiendo y evitando el manejo adecuado de aquello que evidencie como problemático o conflictivo. El ser reconocido, se traduce en ser visto, lo cual es fundamental en la terapia como un recurso útil y vital en la orientación de la persona a un Yo más estructurado.

1.3.4 Afecto

La emoción, en su esencia, es un sistema innato y adaptativo que se ha desarrollado para ayudarnos a sobrevivir y vivir. Las emociones están conectadas a nuestras necesidades más esenciales. Nos alertan rápidamente sobre situaciones importantes para nuestro bienestar. En la terapia se ayuda a los clientes a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones (Greenberg, 2015). Lo anterior implica la sensibilidad afectiva de ambas personas presentes, es decir, el aprecio, consultante-terapeuta, terapeuta-consultante, bajo el marco normativo de una interacción específicamente profesional.

1.4 Comunicación

1.4.1 Comunicar

“Acto de comunicar como el encuentro de fronteras perceptivas”, siendo que “al otro y su conciencia sólo se puede acceder porque también el hombre es un ser cultural” (Duarte, 2003). El acto de comunicar en psicoterapia no solo tiene que ver con cierto sonido que podría implicar cierta

escucha y seguimiento, sino que es propio resaltar que implica un sentido de las palabras que están propiamente dichas y que integran cierto contenido o información.

1.4.2 Retroalimentación

Dinámica comunicativa en la que existe escucha, seguimiento y la introducción de información nueva dentro de un mismo campo semántico para ambos interlocutores. Esto es identificable cuando un interlocutor después de escuchar corresponde semánticamente, incluso integrando elementos o información nuevos, pero pertinentes al mismo tema de conversación. La retroalimentación puede ser negativa, cuando prima el control, o positiva cuando prima la amplificación de las desviaciones (Vega, 1996).

2. Cambio subjetivo

2.1 Malestar psicológico

2.1.1 Trata la referencia del malestar psicológico por los otros. Es la expresión del malestar, problemática o conflicto identificado en el consultante, la situación vista desde la referencia de otras personas del entorno, o bien la referencia del malestar con relación a otras personas del entorno. Austin (1962) menciona que el motivo de queja no es exactamente muestra de intervención en psicoterapia, él menciona que el cambio aparece cuando el consultante realiza un movimiento de las palabras, tales pueden ser referidas incluso hacia los otros. Krause (1992), refiere que la elaboración de constructos y construcción de teorías con relación a los otros permite identificar esquemas internos de la persona, aunque estos sean refiriéndose a los demás. Por lo tanto, la referencia a los demás en términos de malestar, conflicto, diferencias o complicaciones, habla del mundo interno del consultante en su relación con este.

2.1.2 Referencia del malestar psicológico por el mismo consultante. Es la identificación y expresión del malestar del consultante en la que él mismo es autor, creador e incidente. Krause (1992) refiere que la elaboración de constructos y construcción de teorías con relación a sí mismo permite identificar esquemas internos de la persona.

2.1.3 Necesidad de cambio. Es el deseo de crear e incidir en una situación, emoción y/o conductas específicas de acuerdo a una meta. La progresión de la notificación del conflicto puede ser

perceptible cuando el consultante expresa su deseo de cambiar dicha forma de vivir, de actuar o participar en aquello que es problemático (Prochaska et al. ,1992).

2.2 Manifestación del cambio

2.2.1 Conductual. Comportamiento concreto descrito, aquello que es evidente, cuantificable y objetivo.

2.2.2 Emocional. Expresión afectiva, subjetiva, referenciada desde la vivencia y la experiencia. La facilitación de darse cuenta, expresar, regular, reflexionar y transformar emociones constituye el cambio en la gestión emocional (Greenberg ,2015).

2.2.3 Cognitiva. Pensamientos, ideas, creencias, marco de referencia sobre el cual se vive, es decir, el grado de congruencia e integración entre la situación y la forma en la que la percibe la persona. Estructuras y procesos cognitivos, evitando disfunciones cognitivas (Obando, 2015).

2.2.4 Relacional. Interacción y/o vinculación con otras personas presentes o ausentes en el momento actual del consultante en la psicoterapia. La expresión “el ser humano es una continua dinámica”, quiere decir que el ser humano no es estático sino que está en movimiento y en actividad con los otros y su entorno, y su entorno y los otros están en interrelación con él (Bertalanffy, 1952).

2.2.5 Fisiológica. Respuesta física con menores complicaciones y limitaciones. Mejores capacidades de respuesta a funcionamientos débiles y niveles de dolor agudos, así como el desarrollo de hábitos, ejercicios y movimientos que permitan mantenimiento y agilidad física.

2.3 Entorno

2.3.1 Adaptación al entorno. Capacidad de identificarse como un ser en el mundo y de integrarse de forma equilibrada y con concordancia (Moreira, 2001).

2.3.2 Interacción social-apertura social. Participación y/o encuentro con personas en actividades o espacios culturales, familiares o grupales que permitan el desarrollo de habilidades interpersonales (Moreira, 2001).

2.4 Introspección

2.4.1 Identificación de capacidades. Reconocimiento de capacidades y destrezas, expresadas como algo que define. La movilización psicoterapéutica en el consultante se orientaría a la experiencia significativa de verse a sí mismo con potencialidades que permitan crecer o estimular profundamente la libertad interior (Rogers, 1985).

2.4.2 Conocimiento de sí mismo. La persona se identifica y se diferencia en sí mismo. Implica una coherente y organizada percepción del Yo en relación con los otros, con su entorno y en las diferentes circunstancias. La persona se muestra con mayor integridad, es decir, algo que le autodefine, construye y reconstruye (Rogers, 1985).

2.4.3 Desarrollo y fortaleza de la personalidad. El individuo cuestiona el concepto que tiene de su Yo y trata de establecer una congruencia entre aquel y su experiencia, es decir, procura realizar una simbolización adecuada. Así, la tarea psicoterapéutica se orienta hacia la simbolización congruente con las experiencias. Esto implica una reorganización del concepto del Yo, es decir, clarificar ciertas características personales, pero también una correspondencia a las experiencias, permitiendo un funcionamiento óptimo e integral, y una simbolización adecuada de las situaciones, acontecimientos, momentos y personas (Rogers, 1985).

2.5 Capacidad de respuesta

2.5.1 Es la tendencia a la mejoría y el bienestar. Se refiere a la búsqueda y las expectativas que favorezcan al consultante y permitan experimentar sensación de bienestar. En otras palabras, es la capacidad actualizante latente.

2.5.2 Tendencia a la resolución de conflictos. Búsqueda de herramientas, técnicas o habilidades que faciliten afrontar situaciones adversas.

2.5.3 Innovación. Es lo que el consultante identifica como diferente a lo cotidiano en su forma de actuar, pensar o sentir. Es el funcionamiento óptimo, propositivo, resiliente y constructivo del ser humano; su objetivo es descubrir, sustentar, fundamentar, comprender, explicar y promover aquellos factores que permitan a los individuos y a las comunidades vivir plenamente (Tarragona, 2013).

3. Psicoterapia

3.1 Técnicas de intervención

3.1.1 Preguntas. Las preguntas, son una parte indispensable del proceso de entrevista. Su efectividad depende del tipo de pregunta y la frecuencia de su uso. Toda pregunta debe plantearse con un propósito determinado. Están las preguntas abiertas, las cuales producirán una respuesta específica en el cliente y proporcionarán información importante sobre el problema expuesto (estas preguntas podrían responder al qué, cómo, cuándo, dónde o quién). También están las preguntas cerradas. Son útiles para buscar hechos particulares o manifestar interés en una cuestión específica; responden con un sí o no, o con una respuesta muy breve; también pueden utilizarse para procesos de evaluación.

3.1.2 Parafraseo. Implica el uso de paráfrasis y persigue el propósito de atender selectivamente a la parte cognitiva del mensaje, trasladando las ideas claves del cliente a sus propias palabras. En ocasiones la paráfrasis puede ayudar a centrarse en una situación, un suceso, idea o conducta particular (Madrid, 2005).

3.1.3 Clarificación. Se utiliza para esclarecer el mensaje previo del cliente y para confirmar la exactitud de la percepción del mensaje, este es un recurso útil ante cualquier duda del terapeuta (Madrid, 2005).

3.1.4 Confrontación. Con este recurso el terapeuta describe las posibles discrepancias, conflictos y mensajes mixtos de los sentimientos, pensamientos o acciones del cliente. Se busca que el paciente sea más consiente de estas discrepancias o incongruencias, así como a que explore otras formas de autopercepción o aspectos que conducen a diferentes acciones o conductas. (Madrid, 2005).

3.1.5 Información. Este recurso es necesario cuando el paciente desconoce otras opciones, es útil cuando el cliente no es consciente de los resultados de una decisión o plan de acción determinado, también es conveniente para corregir datos no fiables o inválidos, y sirve además para examinar los problemas que se han estado evitando (Madrid, 2005). También es utilizada por el consultante para explicar lo que sucede, es decir, su forma de dar a conocer la situación que vive.

3.1.6 Síntesis. Consiste en unir los múltiples elementos que surgen en los mensajes del cliente (Madrid, 2005).

3.1.7 Reflejo. Se utiliza para repetir la parte afectiva del mensaje, esto ayuda al cliente a sentirse comprendido y también anima a que exprese sus sentimientos. Permite que los pacientes puedan aprender a discriminar diferentes sentimientos con precisión (Madrid, 2005).

3.1.8 Paradoja . Referida por Ferrater (2007) como "las cosas que maravillan". No deja de ser un razonamiento lógico válido y es en la locura donde las paradojas interpelan el *statu quo* de la "realidad". La paradoja no solamente influye en la interacción y en la conducta humana, sino que pone a prueba las "creencias" en las congruencias y en el sentido de la vida (Buschiazzo, 2014).

3.1.9 Exploración. Técnica que sirve como medio para lograr un acercamiento íntimo a la interioridad individual, utilizarla requiere establecer un diálogo comprensivo-empático con el consultante (Vargas, 1961).

3.1.9.1 Metáfora. De acuerdo con su etimología, la metáfora se describe como algo que transfiere, es decir, es el medio para transferir ideas, constructos y creencias (Ruiz, 2012). Refiere a una habilidad lingüística de expresar a través de imágenes literarias que tienen el fin de representar con palabras sencillas algo que quizás sea abstracto.

3.1.9.2 Aseveración. Se refiere al significado de la palabra en el contexto de la oración declarativa, tal como se usa en la situación de habla para aseverar algo. La situación de habla no es el estado de cosas que describimos o sobre el cual "informamos" con la emisión, sino las circunstancias de emisión que "indicamos" con ella (Austin, 1975, p. 3).

3.1.9.3 Reflexión. La capacidad de comprender e interpretar las conductas propias y de los otros como expresiones de estados mentales: sentimientos, fantasías, deseos, motivaciones, pensamientos y creencias (Fonagy, et al., 2002).

3.2 Recursos

3.2.1 Validación. La validación emocional implica escuchar activamente, hacer contacto visual, ser consciente de la comunicación verbal y no verbal, reflejar las emociones sin juzgar y tener en cuenta la historia de vida del otro para comprender de dónde viene determinada emocionalidad (Cerón & Contreras, 2022; Linehan, 1997; Miller, 2015).

3.2.2 Seguimiento. Es un procedimiento que ofrece información sobre los consultantes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticador y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos. Es un elemento de ayuda para el terapeuta en la medida que permite evaluar la progresión de su tratamiento, como también para que el paciente pueda confrontar la situación presente con otro profesional (Campo, 2000).

3.2.3 Contextualización. Contextualizar el comportamiento humano, de acuerdo con la situación, tiempo y lugar, para lograr la comprensión y explicación de la conducta.

3.2.5 Deconstrucción. Se requiere en ocasiones de una reinterpretación de lo acontecido tiempo atrás, lo que se puede lograr si el consultante y el terapeuta se involucran en una conversación que les permita adentrarse en el sistema de significados de cada uno y les ayude a considerar la posibilidad de ampliar sus propios márgenes de libertad o acción (Trujano & Limón, 2010). Brabender, et al. (2004) han encontrado que la apertura para escuchar a otros permite valorar positivamente la diferencia y relativizar la propia experiencia, la idea de verdad y el significado.

3.2.5 Psicometría. La prueba psicométrica, el test, se interesa por la precisión, la cantidad, el tiempo de reacción y el cronómetro. En la psicometría hay un control técnico-mecánico, en la clínica se refiere a un “control” del sentido del habla. Es el papel que juega el material durante la elaboración de un diagnóstico (Vargas, 1961). Estos pueden ser utilizados como instrumentos, como herramientas en la práctica psicoterapéutica. Es importante dar visibilidad e integración a los elementos anteriores, con la finalidad de conjuntar los diferentes sub-elementos de lo que se presenta en la psicoterapia, la cual es el contexto donde ocurre la relación terapéutica, la cual busca facilitar el cambio subjetivo del consultante.

IV. Marco metodológico

4.1 Diseño de la investigación

La presente investigación es de corte cualitativo, de acuerdo con Hernández-Sampieri (2014) sus procesos son sistemáticos, críticos y empíricos, aplicados al estudio de la interacción psicoterapéutica y los episodios de cambio y estancamiento en ese proceso.

En la investigación cualitativa se pueden realizar preguntas e hipótesis, ya sea antes, durante o después de la recolección de datos y así proseguir al análisis de estos (Hernández-Sampieri, 2014). La investigación es en relación con los hechos, así como con su interpretación, es decir, la forma en que se ha definido la experiencia. Por lo tanto, es probable que existan variaciones en cada caso estudiado bajo el mismo tema o incluso con una muestra que cuente con los mismos o similares criterios de inclusión.

En esta investigación cualitativa de un proceso psicoterapéutico se busca indagar acerca de la forma en la que se interpreta el consultante a sí mismo, a su entorno, al mundo, al problema identificado, sus experiencias y su interacción con dicho conflicto. En esta interpretación se mezclan una variedad de componentes que corresponden a su historia, a sus expectativas, marcos de referencia y necesidades.

De acuerdo con Creswell (2013) y Neuman (1994), las actividades principales de la presente investigación cualitativa son:

- Adquirir un punto de vista desde el fenómeno en sí mismo, aunque manteniendo una perspectiva analítica, es decir, tomando distancia como un observador externo.
- Utilizar diversas técnicas de investigación y habilidades sociales e interpersonales de una manera flexible, de acuerdo a los requerimientos de la situación y respetando los límites de la ética profesional en psicoterapia.
- Definir variables sin objetivo experimental de manipulación.
- Producir datos en forma de notas extensas, videos, mapas o “cuadros humanos” para generar descripciones detalladas de cada una de las interacciones en psicoterapia.
- Extraer el significado de los datos.
- Entender al consultante participante estudiado y mantener los procesos empáticos activos.
- Mantener una doble perspectiva: analizar los aspectos explícitos, conscientes y manifiestos, así como aquellos implícitos, inconscientes y subyacentes. En este sentido, la realidad subjetiva en sí misma es objeto de estudio.

•Observar los procesos sin irrumpir, alterar, ni imponer un punto de vista externo, sino tal como los perciben los actores del sistema social.

•Ser capaz de manejar paradojas, incertidumbres, dilemas éticos y ambigüedades sin el propósito de incidir en el cambio abrupto de estas concepciones del consultante (p. 4-6).

En el presente proceso de investigación cualitativa se procedió a una revisión de la literatura referente a los temas: psicoterapia, situación del consultante, interacción en psicológica clínica y episodios de cambio y estancamiento, para la elaboración del tema de estudio, la formación del marco teórico, el análisis de datos, el reporte de resultados y la descripción de los hallazgos identificados en las observaciones.

Se dio oportunidad de revisar el material videográfico, las transcripciones, notas cortas y extensas del reporte de cada una de las sesiones con el consultante y posterior a esta revisión circular se continuó con el proceso mismo de la investigación.

Para el primer encuentro con el objeto de estudio de esta investigación cualitativa, la agudeza perceptiva de elementos sensibles como lo pueden ser las conductas, las emociones, las acciones comunicativas en torno a sí mismo, las personas del entorno, el mundo, el problema y su relación con el problema, permitirán servir de guía para la investigadora y así mismo para verificar la factibilidad del estudio.

En el presente caso, el consultante, la recolección de datos y el análisis de datos se encuentran interrelacionados para su estudio.

En la investigación cualitativa en psicoterapia se tiene claridad del objeto de estudio, sin embargo, no se sigue una estricta observancia en lo presentado en el terreno de la psicoterapia, sino que se les da acceso a elementos no preidentificados; se examina el discurso y una forma de representar lo que se escucha, las hipótesis se generan durante el proceso mismo de investigación de acuerdo a los datos que ofrece el consultante en su discurso, como son las emociones, experiencias, significados y otros elementos subjetivos.

4.2 Método de estudio de caso en psicoterapia

Se considera el estudio de caso en psicoterapia como una examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple (Scandar, 2014). Un proceso de psicoterapia

con un consultante en el que los elementos psicoterapéuticos son analizados, revisados y evaluados (Zohn, 2018), tales como la alianza terapéutica, la empatía, el *rapport*, la comunicación verbal, el encuadre, las intervenciones, las técnicas de abordaje, los cambios, los estancamientos, la interacción, entre otros.

Stake (1998) define el estudio de caso como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad y circunstancias concretas. Es decir, se refiere al estudio de la particularidad del constructo del esquema conceptual del consultante en turno.

Es un estudio diacrónico que conforme se va generando el fenómeno, que es el proceso psicoterapéutico y los elementos inmersos, surge la acción de análisis del mismo caso en psicoterapia.

Los estudios de caso en psicoterapia permiten la formulación de explicaciones que permiten la comprensión de la interacción terapéutica y sus elementos, realizados con eficacia en términos de generación del cambio, centrados en la persona y en la experiencia psicoterapéutica.

4.3 Instrumentos de recolección de datos

Para la realización de esta investigación la recolección de datos se realizó por medio de:

Audio grabaciones

Material audiograbado correspondiente a las sesiones psicoterapéuticas en las que se analizan las interacciones, respuestas, episodios de cambio, episodios de estancamiento, comportamiento, ideas, comentarios, percepción y comprensión de las estrategias de abordaje. El análisis se realizó a partir de criterios científicos, metodológicos y teóricos establecidos para los estudios de caso (Ribeiro, et al., 2014).

Notas

Material escrito de registro del psicoterapeuta realizado en el momento de las sesiones, en el cual se incluyen datos biográficos, notas explicativas, notas comprensivas, observaciones acerca de la conducta, las emociones o ideas del consultante, frases clave significativas de alcance

retroalimentador o confrontativo. Estas notas tienen como objetivo almacenar en tiempo real costumbres, hechos y fenómenos obtenidos en el terreno psicoterapéutico (Ribeiro, et al., 2014).

4.4 Técnica de análisis de datos

El instrumento con aspectos técnicos que se utilizó para el análisis del discurso tiene el nombre de Análisis Fenomenológico Interpretativo, por sus siglas identificado como AFI. Este modelo, surgió en las ciencias naturales, buscando la derivación de hipótesis basadas en teorías, las cuales se contrastan empíricamente a través de diseños experimentales.

Habermas (1993), Martínez (2006) y Packer (2013) comentaron que existen múltiples realidades, estas son producto de la interacción y la actividad humana, una consecuencia de la voluntad, el lenguaje y la cultura. Estas realidades, no responden a principios de causa y efecto, surgen producto de procesos holísticos y complejos en los que la individualidad y la circunstancia propia de cada momento permite subjetividades específicas y que no corresponden a generalidades.

Según Howit y Cramer (2011) el AFI busca generar una descripción minuciosa, profunda y detallada de las experiencias particulares tal cual como son vividas, entendidas, percibidas y expresadas por una persona. Su objetivo es estudiar un acontecimiento, pero desde la perspectiva de quien lo vive, ya que se parte del supuesto de que las personas tratan de elaborar significados sobre sus experiencias, es decir, cada persona de acuerdo con su experiencia personal genera una serie de significantes con las que explica su realidad y clasifica sus experiencias. A partir de esto se desprenden una variedad pensamientos y expresiones lingüísticas que se acompañan de emociones y acciones.

Estas experiencias pueden ser de corta o larga duración, pueden ser positivas o negativas, y es relevante que las mismas tienen un significado para las personas, son expresadas en sus propias palabras, modismos y términos (Smith, et al., 2009).

Las bases teóricas del AFI se encuentran en la fenomenología (Husserl, 2012), un movimiento filosófico preocupado por la experiencia vivida. Husserl, defendió la idea de ocuparse de la experiencia humana, pero en sus propios términos, lo cual implica dejar suspendidas categorías predeterminadas y permitir que el fenómeno se exprese en sus propios términos.

Una de las premisas del AFI es que para el investigador la experiencia psicológica de los sujetos es algo digno de ser estudiado y genera un interés profundo en sí mismo, ya que desde estas experiencias en sus contextos y desde su vivencia individual es posible la obtención de datos que bien pueden contrastarse o diferenciarse de otras vivencias.

Esta realidad toma la forma de creencias y constructos personales, los cuales se reflejan en el discurso de los participantes. De tal manera, el significado es lo más importante y la meta será interpretar el contenido y la complejidad de esos significados del consultante, así como su actuar frente a su discurso (Smith & Osborn, 2008).

El AFI enfatiza el estudio de las experiencias personales, se centra en hechos que adquieren gran relevancia para quienes los viven, cómo se viven, cuándo y con quién; todo esto permite una identificación específica del sentir, pensar y actuar en circunstancias únicas.

La recolección de datos

El AFI exige una técnica de recolección de datos que permita una elaboración profunda de una situación concreta y delimitada de la vivencia personal respecto del fenómeno en cuestión. Este elemento debe ser lo suficientemente flexible como para permitir que los significados elaborados surjan.

La recolección de los datos, en específico las acciones comunicacionales, se realizó en el curso de las sesiones de psicoterapia, en las que de acuerdo con el objetivo inicial del proceso se realizaron las entrevistas clínicas; estas fueron grabadas en audio.

Durante las sesiones se aplicaron acciones de bagaje de conceptos, prácticas, áreas y técnicas conocidas por la terapeuta, por lo cual se generó como producto para codificación de las unidades de análisis la integración de los factores facilitadores del cambio en psicoterapia, que es la forma en que distintos autores han proporcionado pautas para facilitar la organización y delimitación de los temas que han de integrar las codificaciones. Estos autores aportan los tres pasos siguientes para una adecuada construcción (Brinkmann, 2013; Josselson, 2013; King, et al., 2019; Kvale, 2011; Seidman, 2019):

1. Ordenar las áreas, preguntas, diálogos, interacciones, intervenciones y respuestas acordes a un criterio lógico, de menor exigencia y relevancia emocional a otras de mayor compromiso

psicológico y exigencia reflexiva, categorizando contenidos y emitiendo una etiqueta que permita describir y dar nombre a cada elemento identificable en cada unidad de análisis, que en este caso fueron las acciones comunicacionales.

2. Elegir las áreas, preguntas, diálogos, interacciones, intervenciones y respuestas indicadas para cada área de interés.
3. Preparar las áreas, preguntas, diálogos, interacciones, intervenciones y respuestas alternativas para ampliar las primeras a partir de las respuestas de los participantes.

A lo identificado como repetitivo y similar en el discurso del consultante o del terapeuta se le denomina "saturación de datos" (Strauss & Corbin, 2002). Estos datos saturados permiten identificar la incidencia en el discurso, sin embargo, su expresión continua genera clasificaciones constantes sin variedad de significados y significantes; esto fue revisado en la incidencia de cada una de las codificaciones, así como la asociación de a quién pertenecieron esas acciones comunicacionales y su aporte a la relación terapéutica para propiciar el cambio subjetivo en un proceso de psicoterapia.

Selección de los participantes

Los investigadores que recurren al AFI implementan una selección completamente intencional, esto debido a que solo podrán ser parte del estudio quienes hayan vivido o estén viviendo la experiencia que se pretende conocer; para quienes las áreas, diálogos, interacciones e intervenciones que se realizaron fueron significativas y despertaron la sensibilidad (Smith y Osborn, 2008). En el caso específico de la psicoterapia, la participación del consultante se debió a una decisión personal y a la necesidad de resolver situaciones conflictivas, de buscar estados de bienestar y mayor capacidad de respuesta. Respecto a la terapeuta, esta participa de forma voluntaria, busca una adecuada comprensión del caso, cuenta con la agilidad para indagar en cada uno de los momentos de la psicoterapia y cuenta con estrategias de intervención y acompañamiento que permitan evidenciar la conformación y mantenimiento de la relación terapéutica, la aplicación de técnicas y recursos propios de la psicoterapia y evidenciar los cambios subjetivos que se propiciaron en este contexto y práctica.

La credibilidad está asociada al hecho de garantizar que los procedimientos de recolección y análisis de datos han sido los apropiados, de tal forma que los resultados y las conclusiones reflejen

fielmente la realidad estudiada (Yin, 2015). Es a través de esta apropiada recolección y selección de las grabaciones de audio, que se obtienen las expresiones lingüísticas cargadas de significados acerca de los sucesos por los que el consultante refiere situaciones de conflicto y poca habilidad de respuesta ante los mismos.

El AFI facilita una guía para el análisis de los datos, la cual, según las necesidades del investigador, puede ser en gran medida adaptada a las circunstancias. Se revelarán significados a modo de grandes temas, estos reflejarán las representaciones otorgadas a la experiencia vivida.

Primer paso: comentarios iniciales.

Como primer paso en esta etapa se realizó la transcripción de sesiones de psicoterapia (Smith, et al., 2009), la lectura reiterativa de las transcripciones, las anotaciones en cada una de las líneas, a un costado del margen, hacia el lado derecho del mismo. Estas anotaciones tomaron la forma de un resumen breve. Shinebourne (2011) recomienda utilizar un cuaderno, aunque esto se realizó en un documento de Excel, que incluyó doce hojas, cada una correspondió a cada una de las sesiones. Los comentarios se centraron en el contenido, el uso del lenguaje —metáforas y otras figuras retóricas, pausas, tono, entre otras— y el contexto, considerando también aspectos emocionales y situacionales.

Segundo paso: identificación de temas.

Se identificaron temas emergentes, enmarcándolos en las conceptualizaciones conocidas y utilizadas por la terapeuta. Esta identificación de los temas se realizó a partir del análisis a las transcripciones, enmarcados en las áreas, diálogos, interacciones e intervenciones conocidas y conceptualizados por la terapeuta, fueron encontrados en la síntesis, resumen e integración del contenido y en estrategias reportadas en las unidades de análisis.

Tercer paso: agrupamiento de los temas.

Se aplicó un criterio semántico y conceptual para el agrupamiento, generando una etiqueta o frase que agrupe a un número de temas (Smith & Osborn, 2008), esto lo podemos identificar en las 3 áreas que abarcó la codificación de relación terapéutica, el cambio subjetivo y la psicoterapia, facilitando identificar categorías y subcategorías.

Cuarto paso: elaboración de la tabla de temas.

Se elaboró una tabla de temas que facilitó la redacción de los resultados. La investigadora eligió cada tema y los identificó como categorías, de las cuales a su vez se desprendieron subcategorías. Se acompañaron de su definición teórica, encontrada a detalle en el apartado 3.4, de una integración funcional para la práctica psicoterapéutica, seguida de sustentación e ilustración a partir de los extractos obtenidos de las entrevistas, indicando al final a la participante, el número de entrevista y la línea del fragmento transcrito. La investigadora realizó algunos comentarios analíticos sobre las codificaciones expuestas.

Se contempló la percepción de la consultante, pero también de la terapeuta, por lo tanto, la codificación se realizó desde las conceptualizaciones dadas, encontradas y reformuladas por la terapeuta y se aplicó a las transcripciones para revisar la consistencia y la aplicabilidad a las unidades de análisis.

A continuación, se encuentran las categorías y subcategorías de este Análisis Fenomenológico Interpretativo que utilizó esta investigación:

Codificación de factores facilitadores del cambio en psicoterapia. Tabla 1.0, presentación breve.

1.Relación terapéutica	1.1	Encuadre	1.1.1 1.1.2	Acuerdos de día, hora, condiciones físicas, ambientales y cuota Continuidad
	1.2	Objetivos	1.2.1 1.2.2 1.2.3	Acuerdo de objetivos Entrenamiento Aprendizaje
	1.3	Interacción	1.3.1 1.3.2 1.3.3 1.3.4	Empatía Confianza Reconocimiento Afectividad
	1.4	Comunicación	1.4.1 1.4.2 1.4.3	Escucha Diálogo Retroalimentación
2.Cambio Subjetivo	2.1	Malestar Psicológico	2.1.1 2.1.2 2.1.3	Referencia del malestar psicológico por otros Referencia del malestar psicológico por persona misma Necesidad de cambio
	2.2	Manifestación del cambio	2.2.1 2.2.2 2.2.3 2.2.4 2.2.5	Conductual Emocional Cognitivo Relacional Físico

	2.3	Entorno	2.3.1 2.3.2	Adaptación al entorno Interacción social-apertura social
	2.4	Introspección	2.4.1 2.4.2 2.4.3	Identificación de capacidades Conocimiento de sí mismo Desarrollo y fortaleza de la personalidad
	2.5	Capacidad de respuesta	2.5.1 2.5.2 2.5.3	Tendencia a la mejoría y el bienestar Tendencia a la resolución del conflicto Innovación
3.Psicoterapia	3.1	Técnicas de intervención	3.1.1 3.1.2 3.1.3 3.1.4 3.1.5 3.1.6 3.1.7 3.1.8 3.1.9 3.1.9.1 3.1.9.2 3.1.9.3	Preguntas Parafraseo Clarificación Confrontación Información Síntesis Reflejo Paradoja Exploración Metáfora Aseveración Reflexión
	3.2	Recursos	3.2.1 3.2.2 3.2.3 3.2.4 3.2.5	Validación Seguimiento Contextualización Deconstrucción Psicometría

Nota: Elaboración propia.

Con la aplicación de este sistema de codificación se busca llegar al análisis de aciertos y desaciertos en términos de los objetivos terapéuticos expuestos por la consultante, así como al análisis de las hipótesis elaboradas acerca del conflicto identificado por la terapeuta. Con esto se reúne evidencia de las aportaciones y la conformación de las acciones comunicacionales en la relación terapéutica que generan más episodios de cambio y menos episodios de estancamiento.

4.5 Presentación de caso

El presente caso está constituido por la participación de una psicoterapeuta en formación de 32 años y una consultante femenina de 31 años que acudió a solicitar el servicio de acompañamiento psicoterapéutico.

Este servicio se atendió desde la perspectiva del diálogo interdisciplinario, el modelo integrativo de psicoterapia del programa de atención terapéutica que proporcionaban estudiantes en formación como psicoterapeutas. Desde esta perspectiva se resalta la visión del trabajo psicoterapéutico como el arte profesional de acompañar a los consultantes en momentos donde su vivencia se trastoca por

múltiples problemáticas, conflictos y malestares psicológicos que bloquean sus habilidades y a las oportunidades de responder a sus circunstancias de formas más avante.

El análisis y la reflexión (Zohn, 2013) son herramientas por excelencia de esta propuesta de lectura del otro y sus circunstancias, es la persona en su entorno, en su realidad percibida, la que se expone en el entorno psicoterapéutico. Bajo este contexto, tanto del consultante como del terapeuta, es comprendida esa realidad expuesta tan vívida para el consultante y que, por medio de la empatía, llena de significancia al terapeuta.

Esta visión de diálogo nos permite comprender que, aunque existen fortalezas teóricas y explicaciones metodológicas que nos hablan del comportamiento humano, estas no envuelven con amplitud las complejidades en las cuales vive el consultante (Zohn, 2013), por lo tanto, la terapeuta requirió entablar una interacción y un diálogo con las diferentes disciplinas a nivel intra, inter y multidisciplinar.

Con esta propuesta de diálogo interdisciplinario, la evaluación, evolución, co-construcción, complementariedad e incluso contraste entre los diferentes enfoques, modelos y teorías en favor de la persona que se encuentra en el entorno terapéutico es posible en miras de una integración de mayor utilidad y apropiación del consultante, es decir, que la psicoterapia le sea al consultante algo significativo, cercano y lleno de posibilidades reales de las cuales pueda apropiarse y así integrar a su vivencia, una vivencia a la cual pueda responder y en la cual pueda incidir.

El proceso de este estudio de caso se identifica en tres momentos: a) introducción del caso, b) intervención y acompañamiento y c) cambios subjetivos expresados por la consultante. A continuación se explica en qué consistió cada uno de ellos.

Introducción del caso

La consultante era una femenina de 31 años que laboraba en una empresa desde hacía cinco meses, su trabajo le permitía contar con un ingreso económico y seguridad financiera, llevaba cuatro meses de separación al momento de acudir por primera vez a la cita.

Asistió a su primera sesión para compartir su situación de conflicto, se encontraba en un proceso de separación y próximo divorcio, en ese momento actuó con ira y descontrol hacia el papá de su hija, también exesposo. Esto ocurrió frente a acuerdos pactados que, sin embargo, en ocasiones él

se comunicaba para explicitar que no podría cumplir con pactos previos, tales como ir por su hija a cierta hora y día, solicitaba otros horarios para convivir con su hija o en ocasiones informaba de la dificultad para verle, dejando la convivencia para otros días.

La psicoterapeuta en formación con edad de 32 años.

En este primer momento, el acompañamiento se centró en escucharle, validarle y acompañarle en la autocomprensión de sus reacciones y emociones por el proceso que estaba viviendo. La terapeuta le recibió, realizó el encuadre, estableció la interacción a partir de la empatía, la confianza, el reconocimiento y el afecto, y facilitó la comunicación para ofrecer un espacio de diálogo y retroalimentación, con el propósito de mantener esto durante todo el proceso psicoterapéutico.

Intervención y acompañamiento

En el segundo momento, la consultante prioritariamente expresó la resignificación de sus vivencias, y de esta manera, aperturó a una significación menos conflictiva y facilitó la identificación de emociones y reacciones que acompañaban a estas vivencias emocionales.

Para lo anterior, la terapeuta utilizó técnicas de intervención como hacer preguntas, paradojas, exploración, metáforas, aseveraciones y movilizaciones a la reflexión. Usó recursos de acompañamiento como validar la vivencia, dar seguimiento a los discursos, contextualizar las situaciones y llegar a la deconstrucción de ciertas interpretaciones.

Cambios subjetivos expresados por la consultante

Entre los cambios que refirió la consultante se identificó la apropiación de sus emociones; la capacidad de tolerar la decisión de su expareja en torno a la convivencia y a la forma de llevar la paternidad con su hija; la apertura para vivir sus propias experiencias; y un mejor manejo de sus emociones.

En este tercer momento la terapeuta realizó una recolección de datos e información que permitió identificar la referencia del malestar psicológico a partir de las personas del entorno de la consultante y de sí misma, así como su necesidad de cambio. Además, identificó las áreas en las que se evidenciaron los cambios, es decir, en las áreas conductual, emocional, cognitiva, relacional y/o fisiológica; también, observó en la consultante su adaptación al entorno, la apertura a la

interacción social y a la capacidad de introspección, la cual permitió que identificara capacidades, que evidenciara conocimientos sobre sí misma y así facilitar el desarrollo de la personalidad en términos de mayores fortalezas.

De esta forma se concluye que este caso contempló la percepción de la consultante y también de la terapeuta.

4.6 Consideraciones éticas

En este apartado se esclarece la importancia y vitalidad del rol que tiene el consentimiento informado en una investigación de esta índole. Por medio de este documento se puede proceder a la utilización del material de audio y video recopilados de forma sincrónica, para así evidenciar la exposición de la persona consultante y la terapeuta en el trabajo de acompañamiento psicoterapéutico.

El objetivo del consentimiento informado es garantizar el respeto a la dignidad humana, a los derechos humanos y a los principios en bioética (Martínez, 2017), lo cual es acorde al respeto de la historia y/o vivencia de la persona, al trato digno en la descripción y percepción expresada en su relato. Para que el consentimiento informado fuese representativo y contara con validez jurídica fue aceptado bajo una decisión plena previa a la participación, se brindó sin ninguna privación de la libertad, mucho menos amenazas, manipulación o coerción. Esto implicó que fuese parte de una práctica en la que se brindó información de fácil comprensión, completa y concreta (Corte IDH, 2016), elementos que ofrecen el entorno adecuado para la posibilidad de un consentimiento del individuo, aceptado en su plenitud.

En el ámbito de la investigación clínica el consentimiento informado se considera un proceso comunicativo entre quienes participan en un ensayo clínico (Nijhawan, et al., 2013). La validez de este proceso comunicativo permitió que el caso de psicoterapia aquí analizado pudiese ser utilizado, analizado y de los resultados obtenidos se pudieran llegar a ciertas conclusiones que se explican en el capítulo de resultados de este documento.

El manejo de la información fue estrictamente confidencial y con fines académicos, de acuerdo con lo informado a la consultante en el inicio de su proceso psicoterapéutico.

Se agregan en los anexos 1 y 2 los documentos: Aviso de confidencialidad y Consentimiento informado (se ocultan datos sensibles por cuidado y protección de datos).

IV. Resultados

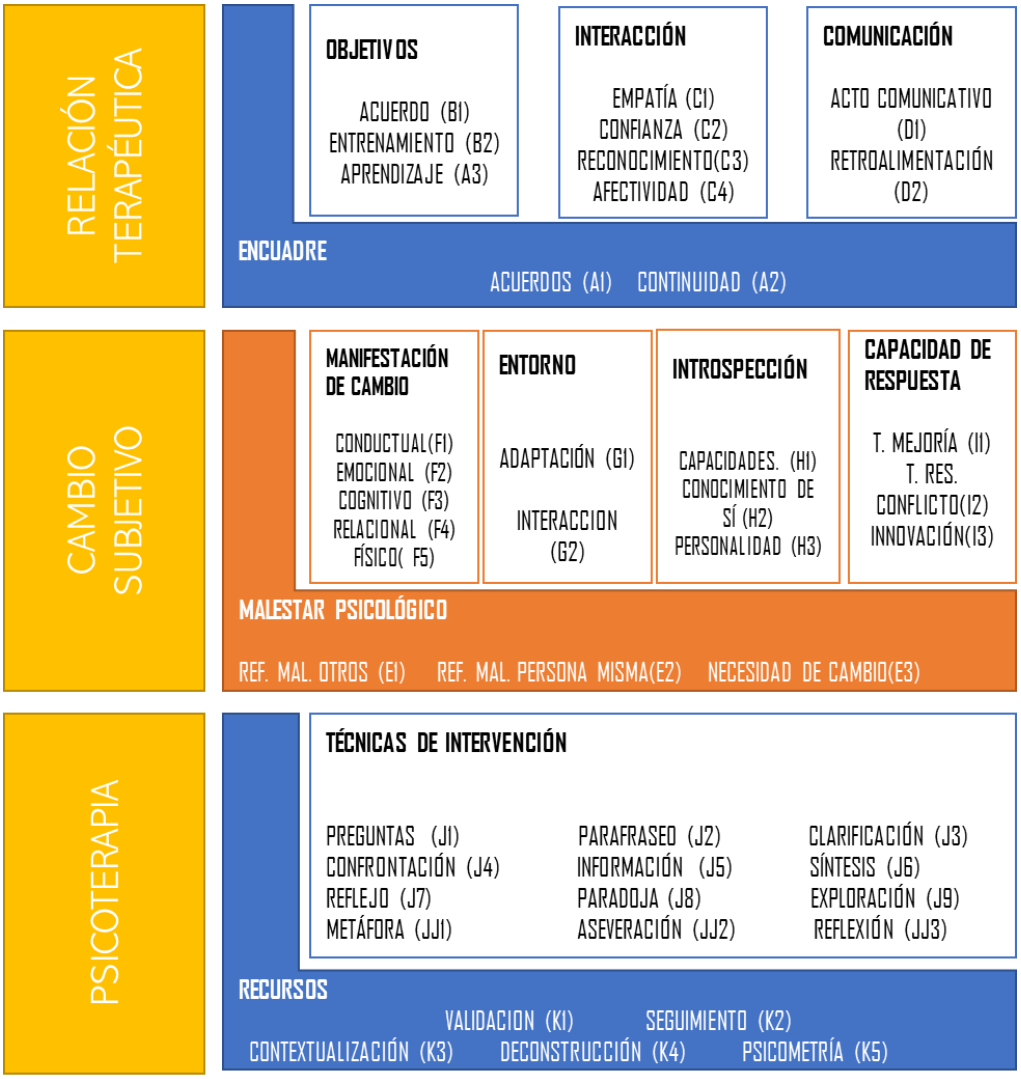
Este apartado se construyó de acuerdo con el objetivo general de este trabajo el cual consiste en analizar la relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo durante un proceso psicoterapéutico. Para esto se presentan los siguientes tres apartados, que a su vez corresponden a los objetivos específicos:

4.1 . - Acciones de la interacción conformadoras de la relación terapéutica.
4.2 . - Episodios de cambio subjetivo de la consultante durante el proceso de psicoterapia.
4.3 . - Acciones comunicacionales dominantes de la terapeuta con influencia en el cambio subjetivo.

En cada uno de los apartados se describirán a detalle los hallazgos encontrados a partir de la codificación de los factores facilitadores del cambio subjetivo en psicoterapia. La conforman 44 conceptualizaciones que corresponden a tres áreas eje con once temas de análisis, esta codificación fue aplicada a 929 turnos de palabra de doce sesiones de psicoterapia. Las sesiones fueron seleccionadas de forma intencionada, esto se hizo así para concretar en los segmentos de turnos de palabras con correspondencia al tema central de esta investigación. Las sesiones seleccionadas fueron las siguientes: 1, 2, 3, 5, 7, 8 9, 10, 12,14,16 y 17 de 22.

Estos 44 conceptos fueron descritos y se aplicaron a las acciones comunicacionales para un análisis exhaustivo y profundo, denotando elementos que corresponden a la relación terapéutica propiciadora del cambio subjetivo en un proceso de psicoterapia. A continuación, el siguiente

gráfico muestra la integración de estos elementos en forma de esquema y permite visualizar el orden e integración de categorías y subcategorías:



Nota: Elaboración propia para facilitar la codificación y presentación de los resultados, esta codificación corresponde a la Tabla 1 (páginas 67 y 68); se describieron conceptualmente en el apartado 3.4.

4.1 Acciones de la interacción conformadoras de la relación terapéutica

En este primer apartado se encuentra la incidencia de las acciones comunicacionales que se presentaron durante el proceso que permitieron la conformación de la relación terapéutica. Estos resultados se obtuvieron a partir de la filtración de datos que implica el análisis de los turnos de palabra de la terapeuta y la consultante, que, de acuerdo con la escala de factores facilitadores del

cambio en psicoterapia, están integrados por once ítems que evalúan la presencia de elementos que tienen que ver con el encuadre, los objetivos y la interacción. A continuación, la gráfica 1.0 ilustra los resultados en los que se pueden describir algunos elementos que se evidenciaron en el proceso terapéutico, así como los porcentajes que corresponden al nivel de incidencia.

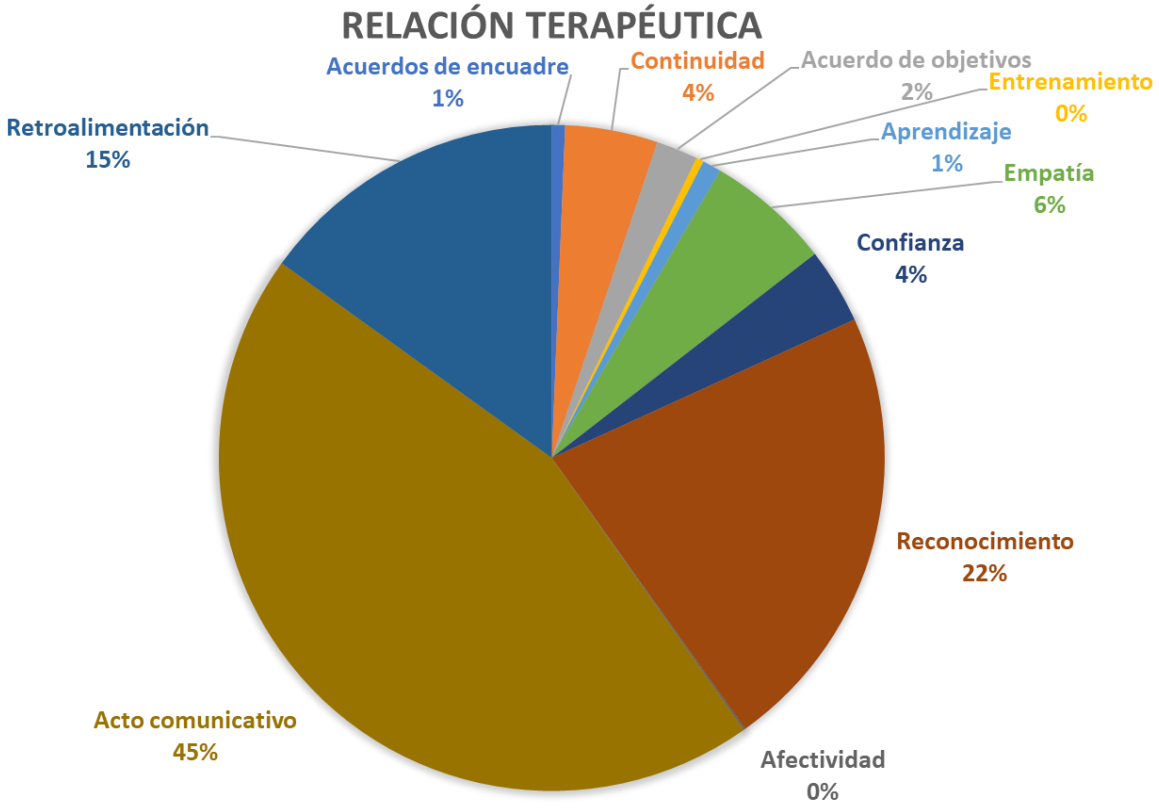
En lo que sigue se observa el área con sus categorías y subcategorías de este apartado de resultados, así como la formulación breve del sentido de cada área:

1. Relación terapéutica

1.1 Encuadre	
1.1.1 Acuerdos de hora, día, condiciones físicas, ambientales y cuota.	La terapeuta expresó el acuerdo en diferentes sesiones en torno a la hora del proceso psicoterapéutico, así como la periodicidad, primero teniendo sesiones semanales y después sesiones quincenales, a lo que la consultante coparticipó y confirmó aceptando estos acuerdos.
1.1.2 Continuidad	La consultante se mantuvo en constante asistencia, al inicio de la sesión refería situaciones en contexto con sesiones anteriores, al finalizar refería que nos veríamos en la siguiente sesión para seguir continuando con la revisión de lo que se había hablado en la sesión y lo que ya se había venido trabajando.
1.2 Objetivos	
1.2.1 Acuerdo de objetivos	Se clarificó que había varios temas a trabajar en su proceso terapéutico, uno de esos temas sus formas de reaccionar emocionalmente, así como contar con un espacio seguro para poder expresarse y vivir sus emociones.
1.2.2 Entrenamiento	Se realizaron actividades que implicaron explicación, aplicación de lo conocido, análisis y ejecución de nuevos intentos conductuales, por ejemplo, en la forma de reaccionar hacia su hija o con su expareja, su familia e incluso compañeras y compañeros de trabajo.
1.2.3 Aprendizaje	Se encontró en los datos que la consultante aprendió a relacionarse con el papá de su hija y a cómo relacionarse con sus emociones, con aquello que hacía y aquello que decía o como ella refirió en diversas ocasiones: “ya aprendí qué…”.
1.3 Interacción	
1.3.1 Empatía	Durante las sesiones la consultante refirió que se encontraba en un espacio donde se sentía comprendida y esto permitía que viviera sus

	emociones con libertad a pesar de que al inicio le costó expresar su persona en las sesiones.
1.3.2 Confianza	La consultante refirió que este proceso sería algo para bien, que era algo que ella necesitaba y que sabía que la terapeuta era una persona profesional que podía ayudarle; asimismo, la consultante expresó en diferentes sesiones situaciones que le implicaban dificultad de expresión y eventualmente fue brindando información, datos y vivencias de menos a más y con mayor fluidez.
1.3.3 Reconocimiento	Durante el proceso se identificaron diálogos que evidenciaban el reconocimiento que se les daba a ciertos avances, así como a la forma en que la persona existía y afrontaba ciertas circunstancias, se le hizo saber que era visible su esfuerzo, su disposición, su compromiso, su interés en mejorar aquello que le conflictuaba.
1.3.4 Afecto	Se encontró muy poco una expresión verbal clara que evidenciara el afecto entre la terapeuta y la consultante, sin embargo, fue parte de la codificación y en este sentido se deja aquí el espacio para este código.
1.4 Comunicación	
1.4.1 Comunicar	El acto de hablar y comunicar vivencias, reflexiones y perspectivas de las circunstancias fue dominante, incluso fue algo que permitió y abonó a la construcción de la relación.
1.4.2 Retroalimentación	El acto de continuar con el discurso, hacer preguntas y paráfrasis por parte de la terapeuta fue lo que permitió que se mantuviera el diálogo y la comunicación transicionara de lo superficial a lo profundo.

Asimismo, se realizó la aplicación de la codificación y los resultados encontrados se evidencian en la siguiente tabla, (más adelante se anexan algunas unidades de análisis, es decir, algunos diálogos de la consultante o la terapeuta):



Gráfica 1.0 Relación terapéutica

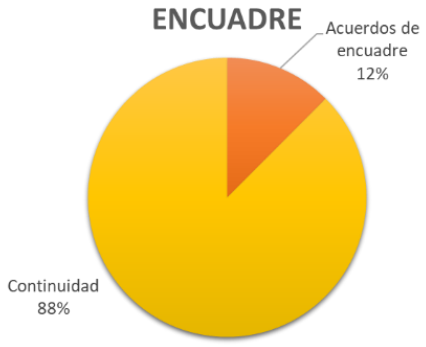
A partir de la gráfica anterior se puede señalar que el ítem de acto comunicativo es el que tuvo una mayor incidencia con un porcentaje de 45%, siguiendo el ítem de reconocimiento con 22%, después el ítem de retroalimentación con 15%, empatía con 6%, continuidad y confianza con 4%, el acuerdo de objetivos con 2%, el acuerdo de encuadre y aprendizaje con 1% y afectividad con 0%.

Comunicar y nutrir la comunicación con retroalimentaciones (Garibay, 2013) entre la terapeuta y la consultante, donde desde las personalidades se comparten diferentes perspectivas (Arango & Moreno, 2009), permite la construcción de la relación terapéutica en la que se exponen los objetivos de la terapia (Bordin, 1979), así como la clarificación de la forma, hora y día en los que ambas

personas participan en el espacio de la consultoría psicoterapéutica (Feixas,1993), dando estructura a la relación terapéutica con el encuadre. Esto dispone un espacio terapéutico en el cual la situación de la consultante puede ser expuesta libremente, con oportunidad de profundizar y ofrecer la calidez necesaria para hablar de temas complicados y sensibles.

A partir de estos datos podemos inferir que el acto de comunicar en psicoterapia es la forma en que ocurre y se solidifica la relación terapéutica, ya que el acto de hablar es aquel que permite la interacción constante, acto que, incluso dados los medios de comunicación dominantes actuales, es un reto para las personas siendo normalizada la comunicación digital de forma asincrónica principalmente, sin embargo, también es un acto potencialmente reconstructivo en psicoterapia. Durante este acto comunicativo, identificado por acto locucionario (Austin, 1962), ocurren todos los demás factores que más allá de ser un número representativo frente a los demás, es más bien una especie de hilo que entreteje y fortalece la relación terapéutica. De acuerdo con Von Bertalanffy (1925) en su teoría de sistemas, se reconoce que las interacciones interpersonales y el recurso comunicativo son los recursos donde la persona de descubre, se reconoce y se reconstruye.

A continuación se muestran las gráficas 1.1 a 1.4 en las que se ven los porcentajes de los elementos que conformaron las subcategorías de la primera área de análisis: la relación terapéutica.



En la gráfica 1.1 se muestra que en torno al encuentro los acuerdos del encuadre representaron 12%, mientras que el principio de continuidad representó 88%.

Gráfica 1.1 Encuadre

Una parte importante de la relación terapéutica es la significatividad del factor de continuidad por encima de los acuerdos del encuadre, es decir, el acto de continuación permite que la consultante se presente como se acordó en el encuadre, permite el inicio de cada una de las sesiones, así como a perseverar en su proceso psicoterapéutico, esto implica actividades como

dar la bienvenida al iniciar cada una de las sesiones, nombrar la fecha, hora y día para la sesión siguiente; estas primeras acciones comunicacionales son la conexión entre las sesiones anteriores y la sesión próxima a realizarse, se encuentra implícito todo aquello que ya se ha revisado y aquello que está próximo a revisarse, es lo que facilita la apertura en psicoterapia.

A continuación se muestran dos turnos de palabra, en las cuales se puede evidenciar la continuación de sesiones anteriores y también la oportunidad de enlace a lo que puede que haya sucedido hasta la presente sesión a realizarse.

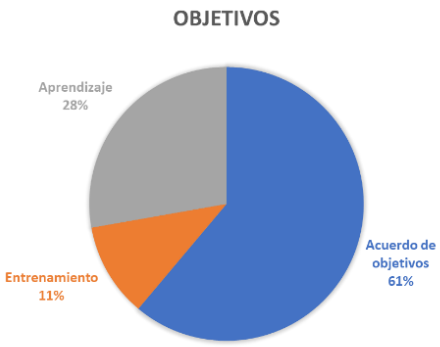
Por ejemplo (sesión 5):

T:¿Y cuéntame cómo han seguido las cosas?

C:Mejor, mejor.

La terapeuta inicia haciendo una pregunta, esta es comprendida por la consultante, a pesar de no clarificar a cuáles cosas se refiere, asimismo, la consultante responde que mejor, de forma reiterada. Este turno de palabra de apertura también permite recuperar la interacción que sostiene y compone la relación psicoterapéutica pese a que existen infinidad de eventos entre sesión y sesión pero esta interacción se recupera y permite la oportunidad de una sesión más, por quinta ocasión. El mensaje implícito en la pregunta evidencia la disponibilidad dada y requerida para continuar el proceso psicoterapéutico y dar inicio a la nueva sesión, esto revela la importancia y relevancia de la continuidad y su función en la psicoterapia, en ocasiones esta continuidad se invisibiliza pero es trascendente para el ser y hacer psicoterapéutico.

A continuación se presenta la gráfica 1.2



Gráfica 1.2 Objetivos

En la gráfica 1.2 se esclarece que el acuerdo de objetivos obtuvo una representatividad de 61%, mientras que el proceso de aprendizaje 28% y la acción de entrenamiento 11%.

El acuerdo de objetivos es el margen sobre el cual se establece el inicio y el fin del proceso de psicoterapia, esta última es importante que se ajuste a los objetivos globales o bien aquellos que gradualmente aparecerán en las sesiones (Nieto, 2006).

En la presente gráfica es observable cómo fue representativo el acuerdo de objetivos, esto dispone que sea la persona quien permita develar cierto análisis en la relación terapéutica con el fin de alcanzar sus objetivos y asimismo visualizar acciones, recursos y limitaciones en búsqueda, y al mismo tiempo la construcción de estrategias que permitan cercanía a lo que se ha trazado y se busca con anhelo.

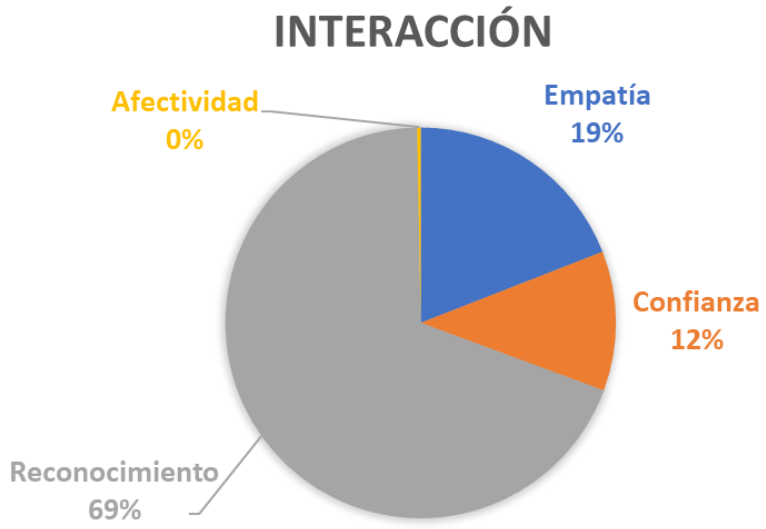
Ejemplo de un acuerdo de objetivos se ilustra en los siguientes turnos de palabra (sesión 1):

T: Me dices que el motivo que te trae a psicoterapia es por estos cambios de humor, que te molestas de más y porque tú no eres esa persona…

C: …sí…empiezo a gritar y no me importa lo demás, cuando estoy así.

Puede observarse cómo la terapeuta realizó una paráfrasis de acuerdo con lo que la consultante había compartido turnos atrás. La terapeuta hizo una compilación de aquello que era un objetivo para la consultante y que fue co-construido junto a la terapeuta, a lo cual la consultante respondió afirmativamente y enseguida compartió cuáles eran sus comportamientos, es decir, que gritaba y no le importaba lo demás mientras tenía esos cambios de humor.

A continuación se presenta la gráfica 1.3, interacción.



En la gráfica 1.3 se muestra cómo el reconocimiento fue una constante en el proceso psicoterapéutico con 69%, mientras que empatía 19%, confianza 12% y afectividad 0%.

La interacción implicó el intercambio, influencia y cercanía sobre los cuales se compartían episodios complicados para la consultante, esto requería de un espacio de confianza y empatía para así llegar a permitir el manejo de emociones (Greenberg, 2015), el cual está implicado en la dinámica psicoterapéutica. El reconocimiento de la persona es algo a resaltar, ya que por sí mismo el espacio de la psicoterapia es exclusivo para el desarrollo del consultante.

A partir de esta gráfica es posible darse cuenta cómo el reconocimiento, es decir, la claridad de identificar a la persona como un ser responsable de su realidad, así como de sus recursos o de aquellos elementos que están comprometiendo y evitando el manejo adecuado de lo problemático o conflictivo, se traduce en ser visto, lo cual es fundamental, útil y vital en la orientación de la persona hacia un Yo más estructurado. Fue un factor de acompañamiento estrella, es decir, se presentó en la mayor parte de la dinámica psicoterapéutica. El reconocimiento permite seguir enmarcando el para qué de está interacción, este reconocimiento fue referido por la terapeuta hacia la consultante, así como desde la consultante hacia sí misma o hacia la terapeuta.

A continuación se presentan ejemplos de este recurso en algunos turnos de palabra:

T: Comprendo, muy bien. (Sesión 1).

En este turno la terapeuta expresó validación desde la comprensión de lo que se compartió y enseguida dijo "muy bien", mostrando confianza en aquello que se mencionó y de esta forma su siguiente turno de palabra continuó con la explicación de aquello que quería modificar de sí misma, refiriendo opiniones de inconformidad sobre su propio actuar.

*C: ...Es lo que yo creo... es lo que yo le dije. (*Sesión 11).
En este turno de palabra se observa cómo la consultante hizo referencia a sí misma, se reconoció a sí misma, su capacidad de clarificar en torno a lo que creía y había dicho. Es importante señalar que previo a este turno de palabra hubo una paráfrasis por parte de la terapeuta.

A continuación se presenta la gráfica 1.4.



Gráfica 1.4 Comunicación

En la gráfica 1.4 se observa que la comunicación tuvo una presencia de 75% como acción dominante en el proceso psicoterapéutico y la retroalimentación 25%

Comunicar permite, desde distintas realidades, es decir, desde la perspectiva del terapeuta y del consultante, que pueda existir cercanía y un punto de encuentro (Duarte, 2003). Esto no solo se trata de un monólogo por lo que la retroalimentación (Vega, 1996) también es importante para que la continuidad del diálogo pueda dar oportunidad a visualizar otras formas de percibir.

El acto de comunicar en la relación terapéutica implica el envío de un mensaje, otra persona lo recibe y entonces responde, permitiendo que así exista un diálogo. Este diálogo es el vehículo por el cual la comunicación se va dando y también existe retroalimentación a ese diálogo, es decir, los turnos de palabras por ambos interlocutores van dando seguimiento a lo escuchado y

retroalimentado, permitiendo conversaciones continuas y profundas, propias y necesarias en el proceso de psicoterapia. Esto es algo que fue observándose en este caso.

A continuación se presenta un fragmento de diálogo de la sesión 1:

T: Veo algo de tristeza en ti.

En este ejemplo la terapeuta expresó verbalmente lo que creía identificar en la consultante, permitiendo también el espacio para que la consultante confirme, desconfirme o bien clarifique su sentir. Con esto la terapeuta ofreció la posibilidad de focalizar lo que la consultante estaba sintiendo. No obstante, lo que respondió la consultante fue:

C: Decepción podría ser, es lo que siento.

La consultante respondió clarificando que no era tristeza y ofreció un panorama distinto en el que mencionó que era decepción lo que describía lo que estaba sintiendo; así, la terapeuta realizó la siguiente pregunta:

T: ¿Eso también crees que podría ser un motivo de consulta? Del por qué vienes para acá, es decir, esas emociones de decepción como la refieres concretamente.

La terapeuta tomó esta información de la decepción de la consultante para integrarla al motivo de consulta, dada que es la primera sesión, y también esclarece que en la terapia ella podría trabajar emociones como la decepción, que cuenta con esa oportunidad.

Los resultados mostrados en este apartado permiten descubrir que el encuadre y el acuerdo de objetivos marcaron el rumbo del acompañamiento psicoterapéutico de acuerdo a lo referido en las perspectivas cognitivas-conductuales de primera, segunda y tercera generación (Zych, et al, 2012). También Bordin (1979) hace referencia en su segundo y tercer elemento respecto a los componentes de la psicoterapia, la base principal sobre la cual el reconocimiento y el acto de comunicar fueron una constante y que de acuerdo con perspectivas humanistas quienes construyen la relación terapéutica son ambos participantes en la terapia (Gondra, 1978) y que por lo tanto también corresponde la co-participación de ambos en los acuerdos.

5. 2 Episodios de cambio subjetivo de la consultante durante el proceso de psicoterapia

En este segundo apartado se evidencian a detalle los porcentajes de los elementos presentes durante este caso de psicoterapia. Este proceso se describe a partir de la aplicación de los 16 conceptos de codificación de los factores facilitadores del cambio en psicoterapia los cuales se relacionan con la forma en que se referencia el malestar psicológico, las manifestaciones en que se reportan los cambios, la capacidad con que la consultante se adapta a su entorno e interactúa con este, la forma en que se ve a sí misma y la capacidad para responder a situaciones que le generan malestar psicológico y por ende a una existencia insatisfecha.

El proceso de cambio subjetivo abarcó desde la escucha sin juicios (Zohn, 2018) que permitió que la consultante refiriera lo que generaba malestar psicológico, lo que se conoce como el acto de comunicar, seguido de la capacidad perceptiva de captar cómo se emitió el mensaje y el fin de esta comunicación. Aquí se evidencian las formas innovadoras, resolutivas y de mayor percepción de bienestar y desarrollo (Austin, 1962). De acuerdo con Krause (1992), el cambio implica realizar conexiones entre los sucesos y la forma en que la consultante experimenta situaciones, es así como a través de este proceso esta elabora constructos y teorías sobre su mundo interno y su mundo externo.

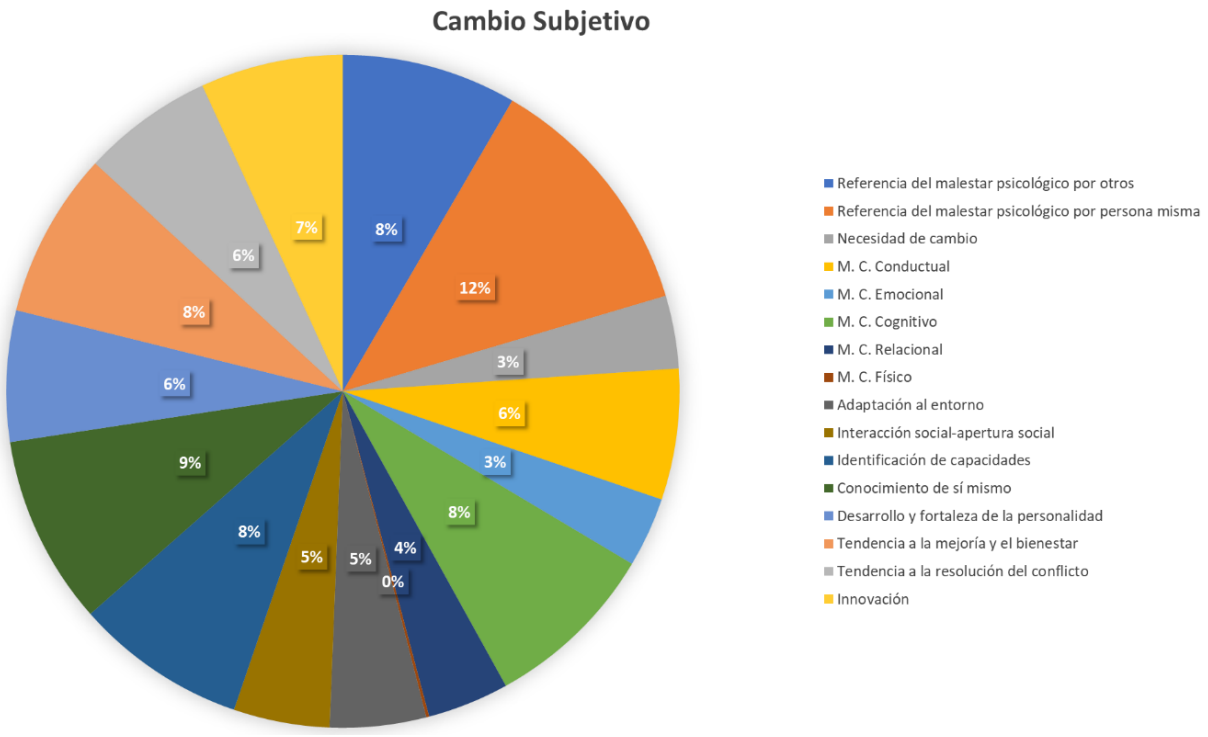
A continuación se observa cada área con las categorías y subcategorías de este apartado de resultados, así como la formulación breve del sentido de cada área:

2. Cambio subjetivo	
2.1 Malestar Psicológico	
2.1.1 Referencia del malestar psicológico por otros	La consultante refirió que sus reacciones de ira eran a razón de lo que su expareja hacía, decía o actuaba, esta era la causa. Asimismo, expresó que también la actuación de otras personas era lo que le generaba conflicto, es decir, su malestar era referido a partir de estímulos externos.
2.1.2 Referencia del malestar psicológico por el mismo consultante	El malestar psicológico fue mayormente referido a sí misma, permitiéndose afrontar la responsabilidad de su malestar, a acciones y reacciones que ella misma elegía y decidía realizar, esto facilitó que la consultante tuviera la posibilidad de ver la implicación de sus acciones y en las situaciones de conflicto que le aquejaban.
2.1.3 Necesidad de cambio	Esta necesidad fue mencionada por la consultante, sobre todo en las primeras sesiones, mencionó que

	ella iniciaba terapia porque lo necesitaba, que ella sola no podía hacer cambios y que hacerlos era algo que ella ya necesitaba.
2.2 Manifestación del cambio	
2.2.1 Conductual	Durante las sesiones la consultante comenzó a hacer comentarios en los que refería situaciones anteriormente estresantes y que ahora tenía mayor manejo de estas; que ahora se comportaba con mayor autocontrol, que evitaba gritar, manosear, buscar y acercarse a personas para generar conflictos.
2.2.2 Emocional	La consultante refirió que ya no sentía el mismo enojo hacia las personas por tomar decisiones o acciones que ella no esperaba; que la tristeza que en ocasiones le abordaba era menor y que incluso ahora disfrutaba más de los momentos con su hija; que también aceptaba sin vergüenza el apoyo que le brindaban sus amigos y familiares en el proceso de adaptación después de la separación.
2.2.3 Cognitiva	La consultante verbalizó durante las sesiones que ella pensaba que los otros hacían algunas cosas con el objetivo de afectarle, o bien, que no las hacían y que era su tarea encargarse de que ellos cumplieran con sus labores, esto le generaba bastante conflicto. Conforme fue avanzando su proceso, la consultante fue aceptando que las otras personas hacen lo que hacen simplemente por motivaciones internas y que no tenía nada que ver con eso, que ella no tenía que estar tratando de cambiar su forma de responder a las situaciones.
2.2.4 Relacional	Durante el proceso la consultante refirió que tenía dificultad para socializar con algunas personas en sus diferentes entornos a pesar de que no se realizaron cambios muy evidentes, sin embargo, en algunos de sus diálogos se encontró que ella expresaba el deseo de llegar a conocer a otras personas y que evitaba hacer o decir aquello que por su parte conflictuara la convivencia.
2.2.5 Fisiológica	Durante el proceso solo en una ocasión, en los datos de las doce sesiones, se encontró que la consultante refirió que tuvo un malestar físico y la terapeuta indagó acerca de si este malestar lo asociaba a algún estado emocional. La consultante comentó que sí estaba estresada, un poco cansada, sin embargo, no fue un dato certero como lo compartió.

2.3 Entorno	
2.3.1 Adaptación al entorno	En este apartado la consultante refirió que se sentía parte de la nueva dinámica, es decir, del espacio de su casa, con su hija, después de que hubiera momentos en que sí había sentido el cambio por la separación, sobre todo cuando fue la separación en las viviendas.
2.3.2 Interacción social-apertura social	La consultante conforme se fue sintiendo mejor, se permitió recibir apoyo de sus familiares, así como a interactuar con sus amistades y comenzar a reinventarse en su forma de socializar.
2.4 Introspección	
2.4.1 Identificación de capacidades	Desde las primeras sesiones la consultante identificó capacidades como su compromiso al trabajo y su constancia hacia las responsabilidades.
2.4.2 Conocimiento de sí mismo	La consultante expresó que ella era una persona buena onda, que le podían hablar con la verdad y que ella podía aceptar lo que le comunicaran, refirió que ella quería convivir con personas con las que ella pudiera compartir lo mejor de sí.
2.4.3 Desarrollo y fortaleza de la personalidad	La consultante refirió que estaba aprendiendo a manejar mejor su forma de comunicarse con las personas más cercanas, que estaba desarrollándose y se sentía mejor con quien ella era ahora.
2.5 Capacidad de respuesta	
2.5.1 Tendencia a la mejoría y el bienestar	Durante las sesiones fue claro identificar cómo la consultante constantemente deseaba estar mejor para ella y para su hija.
2.5.2 Tendencia a la resolución de conflictos	La consultante mencionaba que le gustaba resolver problemas a la brevedad, a pesar de lo complejo que pudieran ser, y que era algo que buscaba en la terapia, contar con mejores herramientas para agilizar las resoluciones y evitar discusiones.
2.5.3 Innovación	La consultante en ocasiones se mostró sorprendida de las formas asertivas en las que reaccionaba ante otras personas o situaciones que le molestaban, eso lo expresaba como algo novedoso en ella.

A continuación se presenta la gráfica 2.0 donde se muestran los factores implicados en el cambio subjetivo y cuáles fueron sus niveles de incidencia en este caso.



Gráfica 2.0 Cambio subjetivo

En esta gráfica se señala que la consultante incidió 12% en referir el malestar psicológico por ella misma, es decir, para ella era posible identificar mayoritariamente aquello que le afectaba y que ella estaba implicada de forma directa, esto se podría describir como una fortaleza en la consultante. Los cambios con mayor incidencia fueron cognitivos con 8% y conductuales con 6%. Tanto la integración a su nueva realidad, es decir, la adaptación a su entorno actual, así como la interacción con este entorno fue 5% de incidencia a la par. El conocimiento de sí misma fue el elemento que resaltó en torno a las habilidades de introspección con una incidencia de 9%. Por último, su capacidad de respuesta tuvo que ver más con la tendencia a la mejoría y el bienestar con 8%.

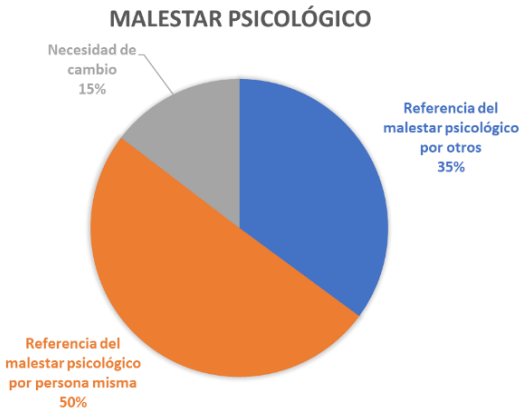
El cambio subjetivo es un movimiento interno que facilita la experiencia y permite la expresión del problema, desde la propia afectación o desde la participación de los otros, que no permite percibir la construcción y mantiene la situación en conflicto. El cambio subjetivo se puede identificar como un proceso que va desde identificar el malestar referido por otros o por sí mismo, la necesidad de cambio, de cambios conductuales, emocionales, cognitivos, relacionales y fisiológicos, la adaptación al entorno, la apertura a la interacción social, identificar

capacidades, mayor autoconocimiento y el desarrollo de la personalidad, hasta la integración de nuevas perspectivas, la reflexión, revisión, interiorización y clarificación de los cambios que permiten y facilitan respuestas más adaptativas y que se realizan en la relación terapéutica, en co-participación con un profesional en psicoterapia.

De acuerdo con Prochaska, et al. (1992) la etapa en que la persona expresa su malestar es importante acompañarle y orientar al desarrollo de una capacidad de introspección, ya que a partir de esta referencia irá encaminándose paso a paso hacia la oportunidad de vivenciar cambios manifiestos.

En estos resultados es evidente observar que la mención del malestar desde la propia referencia es una fortaleza, y que el cambio cognitivo fue lo más elaborado en el proceso de psicoterapia de esta consultante. Estos cambios fueron posibles gracias a que la persona tuvo un espacio en el que pudo expresarse libremente; reconocer errores o la participación en los conflictos no fueron amenazantes sino oportunidades para visualizarse a sí misma y ordenar sus ideas.

A continuación se muestran las gráficas 2.1 a 2.5 donde se observan los porcentajes de los elementos que conformaron las subcategorías de la segunda área de análisis: cambio subjetivo.



Gráfica 2.1 Malestar Psicológico

Parte del cambio subjetivo expresado por la consultante tenía que ver con la notable incidencia de referenciar el malestar psicológico bajo una visión que correspondía a su mundo interno (50%), frente a una visión correspondiente al mundo externo (35%) y a una necesidad de cambio (15%).

Krause (1992), Austin (1962) y Prochaska, et al. (1992) enfatizan elementos característicos que facilitan el cambio. En el cambio subjetivo es importante que el malestar sea referenciado por el

consultante, aunque también puede ser referido por los otros o en relación con los otros, y así mismo detonar una necesidad de cambio.

A continuación se presentan algunos fragmentos de turnos de palabra que evidencian la referencia del malestar psicológico por la consultante, así como la necesidad de cambio.

Sesión 1

C: Sí, la verdad es que ya me rebasó, ya no estoy bien.

Aquí la consultante refirió hablar con la verdad, mencionó que la situación ya le había rebasado y que no estaba bien, esto explica que desde su percibir ya se encontraba en una situación incómoda para ella misma.

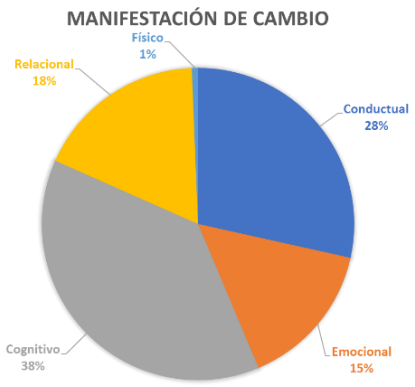
Sesión 3

C: … Entonces sí quisiera, pero pues no sé cuándo, pero sí quiero, sí quiero empezar. O sea, bueno, ese ya, yo creo ya es un avance estar aquí. O sea, retomar como cosas que me hacían sentir bien y que disfrutaba con mi hija.

En este turno de palabra la consultante refirió lo que quería, estar mejor y que le permita sentirse bien, así como disfrutar con su hija. Aunque refirió que no sabía cuándo iniciar, esto le permitió rescatar el acto de estar en psicoterapia como un inicio de eso que quiere lograr.

De lo anterior podemos describir que la expresión del malestar psicológico en psicoterapia es un acto que permite la posibilidad al cambio.

A continuación se revisa la gráfica 2.2, en ella se observan los resultados referentes a la manifestación de cambio.



Gráfica 2.2 Manifestación de cambio

Las manifestaciones de cambio cognitivo se dieron en 38%, conductuales 28%, relacionales 18%, emocionales 15%, y físicos 1%.

Los cambios cognitivos podrían identificarse como una ausencia de disfunciones cognitivas (Obando, 2015); a partir de esta reestructuración el cambio puede ser evidenciado. En este caso, la consultante contaba con habilidades cognitivas, dada su capacidad de pensamiento crítico, así como su flexibilidad mental en la resolución de problemas, sin duda era un terreno cognitivo con fortalezas.

Pese a que hubo muestras de un porcentaje evidente de cambios cognitivos, no pueden dejarse de lado los cambios en otras esferas de la persona, como son los cambios conductuales, que además eran parte de las demandas en los objetivos del proceso de psicoterapia. Por otro lado, los cambios emocionales y en el área relacional eran también de reconocerse, ya que estos implicaron la movilización de diferentes estructuras cognitivas y la reestructuración de esquemas, así como marcos de referencia rígidos que fueron removidos para poder facilitar una mejor experiencia.

A continuación se muestra el fragmento de un cambio cognitivo y conductual:

Sesión 12

T: ¿Tú podrías identificar algunas áreas específicas en las que se modificó algo en ti, en tu persona, en tu forma de hacer, de sentir, de pensar las cosas?
C: Pues mi actitud, siento que desde que inicié aquí. O sea, sí era actitud de cambio, pero sí era como ah, pues no sé cómo, pero ya ahorita no sé, siento que ya sé identificar como pues las cosas en las que sí puedo, las que no puedo y las que necesito ayuda.

T: Ok

C: Entonces creo que, pues, pues a mí, a mí ya me, me ha servido y me ha ayudado, o sea, ya no, ya no es como que sea tan impulsiva, tan aprensiva, tan agresiva, no sé, siento que ya pues me relajo, veo qué puedo hacer y lo hago, y si no, pues, pues ya se podrá otra solución, no sé.

En este turno de palabra la terapeuta realizó una pregunta exploratoria con el fin de rescatar aquello que la consultante identificaba y le era notable en torno a las modificaciones acontecidas en sí misma a partir de su proceso de psicoterapia, a lo cual respondió que su actitud, así como la capacidad para identificar aquello que sí puede cambiar y lo que no puede cambiar, algo que resaltaba era también su capacidad para identificar cuándo requería de ayuda, a lo cual la terapeuta respondió "Ok", de seguimiento y escucha a su relato. Seguido de esto, la consultante siguió expresando aquello que identificaba que le había sido de utilidad en la terapia, expresó incluso que ya no era tan impulsiva, aprensiva y agresiva, y que podía establecer estados de relajación que le permitieran revisar lo que podía o no hacer ante situaciones de conflicto, o la opción de permitirse vivir otros momentos en los que quizás pudieran arreglarse situaciones de malestar o incomodidad.

Con este apartado se describió que respecto a la manifestación de cambio se puede afirmar que efectivamente sí se reportaron cambios subjetivos en la consultante durante su proceso de psicoterapia.

Enseguida se presenta la gráfica 2.3.



Gráfica 2.3 Entorno

En este apartado sobre el entorno y de acuerdo con lo que observamos en la gráfica 2.3 se da cuenta de que tanto la adaptación al entorno como lograr una interacción social con apertura incidió por igual en 50%.

De acuerdo con lo que menciona Moreira (2001), en la salud mental no solo está implicada la perspectiva individual sino también la forma en la que se integra el mundo como lo define, esto requiere pues un proceso de flexibilidad para ser parte del entorno en los términos que este es, así como habilidades que permitan una integración del mundo.

En estos resultados se expone que tanto la adaptación al entorno como la apertura y la participación en el mismo fue algo que evidenció la consultante. Se considera que es importante integrar y revelar estos cambios ya que estos son los que permiten que la persona experimente sensaciones de identidad y encuentro con su entorno y contexto.

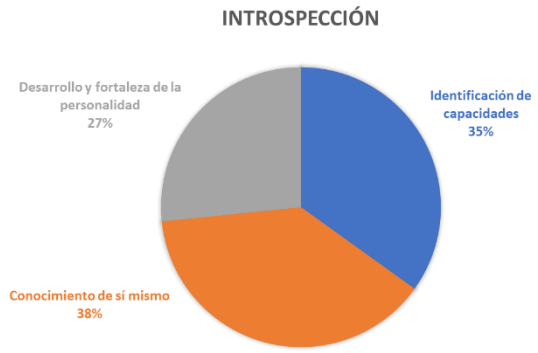
Se presenta a continuación una muestra de lo anterior, un fragmento de la sesión 5:

C: … Ayer vimos una película, cociné, ya se nos hizo noche, nos fuimos al parque…

C: Pues ya todos los domingos ahora prácticamente me dedico a mi hija, ya no, ya no flojeo, ya no, ya no, …sí quiero flojear por el cansancio, pero ya no por estado de ánimo, entonces, entonces ya no, la llevo al parque, o sea, ya tengo todo, ahí estamos pegadas vemos películas …, ya le digo qué quieres comer y ya la llevo a comer algo.

Aquí la consultante expuso una diferencia respecto a las actividades que realizaba en domingo en su hogar y que había retomado, incluso hizo una diferenciación entre no realizar estas actividades por descanso o por tristeza, refirió estar cerca de su hija y hacer estas actividades con ella, actividades que anteriormente ya le parecían lejanas y a las cuales en algún momento refería imposible realizar.

Enseguida veremos la gráfica 2.4.



En el apartado de introspección resaltó el conocimiento de sí misma con 38%, seguido de la identificación de capacidades con 35% y el desarrollo y fortaleza de su personalidad con 27%.

Grafica 2.4 Introspección

Rogers (1985) menciona la experiencia significativa de verse a sí mismo con destrezas y potencialidades como algo profundamente libertador, también dice que identificarse y diferenciarse permiten vivir desde la coherencia y la organización interna, es decir, una reorganización de ciertas características personales para facilitar un óptimo funcionamiento.

En esta área del cambio subjetivo la capacidad de introspección es un referente que implica a la persona en sí misma, la forma de verse, percibirse, describirse, de desarrollarse e incluso de orientarse. Esta capacidad facilita que la consultante se guíe a sí misma y eso facilite el cambio al tomar ese poder de proyectarse a sí misma.

En los siguientes fragmentos se muestra la forma en que la consultante expresó la identificación de sus capacidades:

Sesión 3:

C: … Quiero volver a la (se nombra a sí misma) que era feliz, que se sentía bien, que, que no, que no estaba al pendiente de, si hacía, no hacían…

Sesión 8:

C: Más o menos así me sigo considerando una persona que está mejorando. … ser más abierta de mente, o sea, no tan cuadrada y, y dejar que otras opiniones entren en mí.

En estos turnos de palabra es notable la forma en que la consultante se reconoció a sí misma, siendo feliz antes, también reconoció que ella no es una persona que está al pendiente de la vida

de los demás. Asimismo, refirió que se identificaba con oportunidad de mejorar, así como con la oportunidad de ser más flexible.

En los siguientes fragmentos se muestra la forma en la que expresa lo que conoce de sí misma:

Sesión 1:

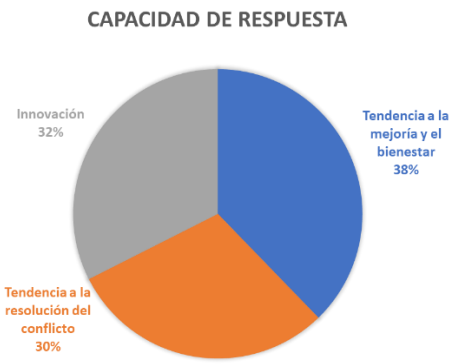
C: ... nunca me dio por revisarles el celular…

C: …la verdad yo soy tan comprensiva…

C: ... yo estudié una carrera, o sea, soy trabajadora, me gusta trabajar, dejé de trabajar por dedicarme a mi familia.

En estos tres fragmentos se identifica cómo la consultante expresa claramente y sin titubear aquellas conductas, características y habilidades con las que cuenta, así como los alcances de sus decisiones.

Enseguida se presenta la gráfica 2.5.



Gráfica 2.5 Capacidad de respuesta

Lo que se observa en la gráfica 2.5 es que su capacidad de respuesta fue de tendencia a la mejoría y al bienestar, con una incidencia de 38%, una tendencia a la resolución del conflicto en 30% y la referencia de respuestas innovadoras de 32%.

Parte del cambio subjetivo está implicado en la forma de reaccionar incluso ante situaciones nuevas, las cuales pueden ocurrir a partir de situaciones similares o bien incluso situaciones totalmente novedosas.

Estos resultados refieren que la persona consultante mostró en cierta medida un actuar equiparable a sus respuestas, con tendencia al bienestar, a la resolución de conflictos y a respuestas innovadoras en las que se evidencian cambios subjetivos claros.

A continuación se puede ver el ejemplo de una respuesta innovadora:
Sesión 6:
C: …Siento que ya nos está yendo mejor. Estoy tratando de enfocarme en cosas para mí y estando bien yo pues estoy bien con ella (su hija).

En este turno de palabra la consultante clarificó desde su percepción aquello en lo que se enfocaba, refirió que ya les estaba yendo mejor, es decir, incluía a su hija, un miembro importante con quien vive algo distinto a los conflictos.

Con base en lo anterior se descubre que con la información resultante es posible evidenciar los episodios de cambio en psicoterapia e incluso el proceso constructivo en que se dan estos cambios, muestra de esto es que el relato de cambio tuvo una incidencia en conjunto de 21%.

4.2 Acciones comunicacionales dominantes de la terapeuta con influencia en el cambio subjetivo.

En este último apartado se evidencian las correspondientes acciones comunicacionales que corresponden a técnicas y recursos del terapeuta para dar acompañamiento e intervención en el proceso de psicoterapia. Cabe mencionar que aunque también existieron intervenciones por parte de la consultante, sin embargo, estas podrían ser utilizadas para la revisión de otro análisis.

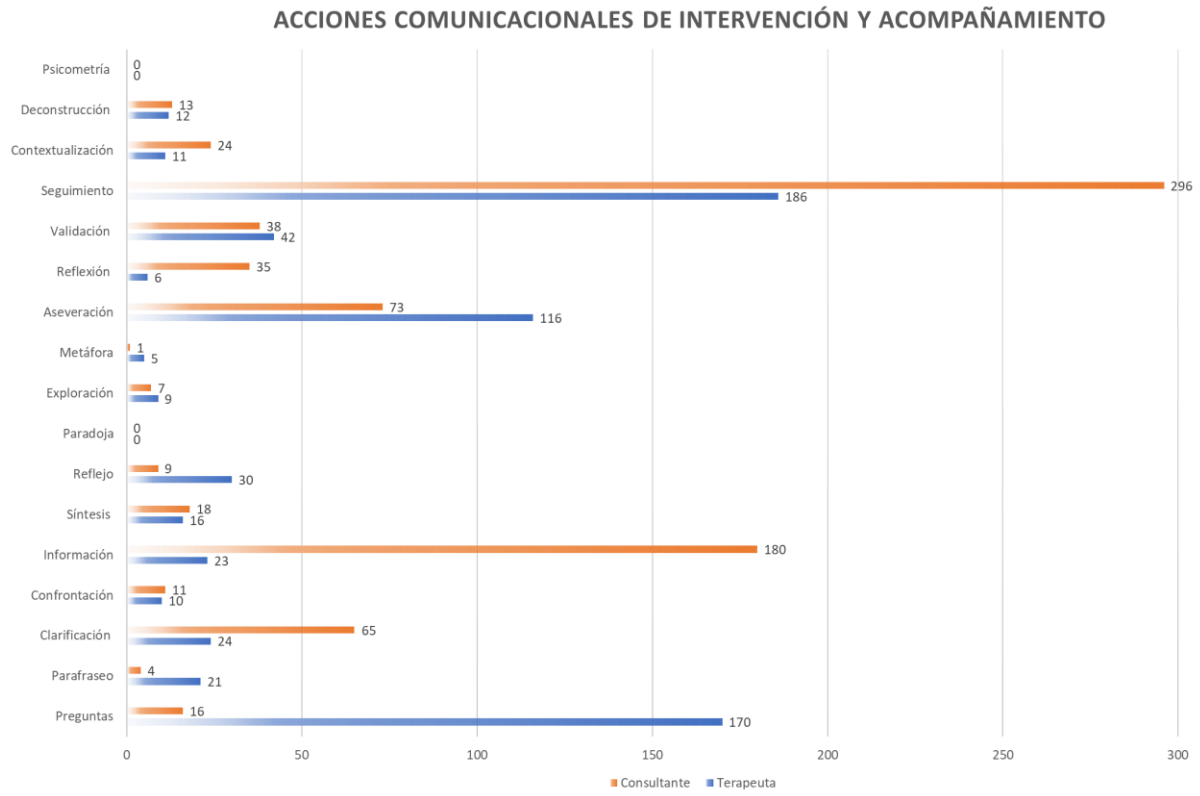
El actuar del terapeuta parece estar sujeto a la evidencia de resultados y aunque esto es algo complejo de evidenciar, no obstante, es importante seguir en esa atención a la demanda del consultante y que corresponde al ser y qué hacer del psicoterapeuta.

La posibilidad de estos resultados surge a partir del supuesto que menciona que la psicoterapia consiste en aplicar una ciencia que todavía no existe (Meel, 1960) que, sin embargo, se actualiza constantemente y se reconfigura de acuerdo a investigaciones y perspectivas actuales como lo es el modelo integrativo. Esto en parte es una realidad, ya que las situaciones con las que llegan los consultantes son inciertas, a pesar de que actualmente se podría decir que la psicoterapia cuenta

con una amplia gama de enfoques explicativos; sin embargo, esto sigue siendo ajustable e incluso deficiente al acompañamiento que los consultantes en ocasiones requieren en psicoterapia.

A continuación se observa el área con sus categorías y subcategorías de este apartado de resultados, así como la formulación breve del sentido de cada área:

En la gráfica 3.0 se muestran las acciones comunicacionales, en comparativa con las acciones comunicacionales que realizaron la terapeuta y la consultante.



Gráfica 3.0 Acciones de intervención y acompañamiento, comparativa.

En la gráfica 3.0 titulada acciones de intervención y acompañamiento, se muestra una comparativa entre las acciones comunicacionales que corresponden a la terapeuta y las acciones comunicacionales que corresponden a la consultante.

Se puede observar que en el caso de la consultante el mayor número de acciones comunicacionales correspondió a las acciones de seguimiento con 296 acciones, seguida de 180 acciones comunicacionales de información, después 73 de aseveración, 65 de clarificación, 32

de validación, 35 de reflexión, 24 de contextualización, 18 de síntesis, 16 de preguntas, 13 de deconstrucción, 11 de confrontación, 9 de reflejo, 7 de exploración, 3 de parafraseo y 1 de metáfora.

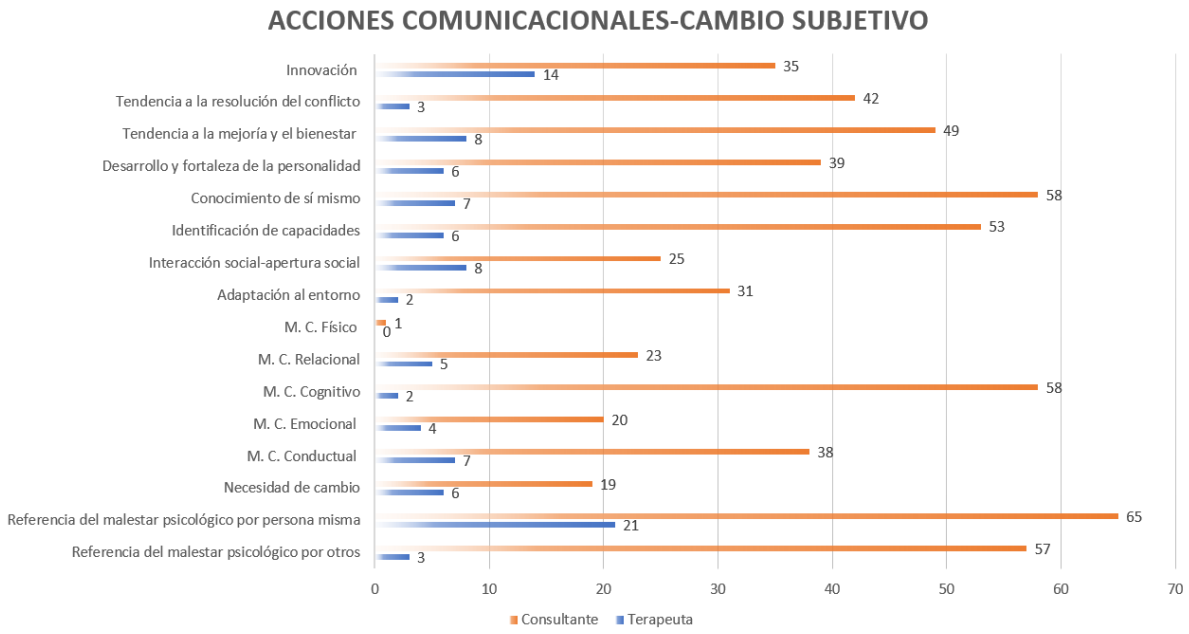
En el caso de las acciones comunicacionales de la terapeuta 186 correspondieron a seguimiento, 170 a preguntas, 116 a aseveraciones, 42 a validaciones, 30 a reflejo, 24 a clarificación, 23 a información, 21 a parafraseo, 16 a síntesis, 12 a deconstrucción, 11 a contextualización, 10 a confrontación, 9 a exploración, 6 de reflexión y 5 de metáfora.

Las acciones comunicacionales son referentes a la práctica psicoterapéutica, también a una visión común (Uribe, 2008), como también a aquellas acciones que favorecen el cambio (Zohn, 2016). Se trata de técnicas y recursos característicos de un proceso psicoterapéutico por medio de los cuales es posible identificar la práctica, intervenir y acompañar con herramientas que permitan la facilitación del cambio, esto implica aplicar técnicas con cierta agudeza y habilidad terapéutica.

De acuerdo con los resultados podemos observar que la consultante también intervino en el proceso de psicoterapia y estas intervenciones no fueron al azar, como tampoco lo fueron las intervenciones de la terapeuta. En el caso de la terapeuta dichas intervenciones surgieron a partir del acompañamiento que se ofreció a la consultante, este acto de acompañamiento en un relato de sucesos es lo que explican las acciones comunicacionales utilizadas. En el caso de la terapeuta lo más utilizado fueron los seguimientos a la consultante, es decir, la terapeuta se dejó guiar en aquello que la consultante compartía y elaboraba.

La consultante también mostró seguimiento, es decir, se mantuvo la sintonía entre la consultante y la terapeuta en los diálogos, de los cuales ambas eran parte; en segundo lugar, se mostró que las preguntas también fueron utilizadas, siendo una estrategia para fomentar la indagación interna en diversas situaciones. Aunque también la consultante referenció algunas preguntas, estas fueron muy pocas. Es importante señalar que además de las aseveraciones la forma con la que más intervino la consultante fue con información, mientras que la información que brindó la terapeuta fue mínima. Esto podría indicar que la consultante se apropió del espacio y que fue un entorno donde se expusieron diversas situaciones, además, la información que brindó la consultante fue muy específica.

A continuación se presenta la gráfica 3.2



Grafica 3.1 Acciones comunicacionales del cambio subjetivo.

En la gráfica 3.1 se observan las diferencias entre el número de acciones que enunció la consultante y el número de acciones que enunció la terapeuta.

De acuerdo con los resultados, se observó que el mayor número de acciones comunicacionales en el caso de la consultante correspondió a la referencia del malestar psicológico por sí misma, con 65, seguidas de 58 que hicieron referencia al conocimiento de sí misma. Siguieron 58 a manifestaciones de cambio cognitivo, 57 de referencia del malestar psicológico por otros, 53 a la identificación de capacidades, 49 a la tendencia a la mejoría y el bienestar, 42 a la tendencia a la resolución de conflictos, 39 al desarrollo y fortaleza de la personalidad, 38 a las manifestaciones de cambio conductual, 35 a innovaciones, 31 a la adaptación al entorno, 25 a la interacción y apertura social, 23 a la manifestación de cambio relacional, 20 a la manifestación de cambio emocional, 19 a la necesidad de cambio, y 1 a la manifestación de cambio a nivel físico.

En el caso de la terapeuta el mayor número de acciones comunicacionales fueron las de referencia a la misma consultante con 21, 14 referentes a la innovación, 8 con tendencia a la mejoría y el bienestar, 8 en la interacción y apertura social, 7 al conocimiento de sí misma,7 a

la manifestación de cambios conductuales, 6 al desarrollo y fortaleza de la personalidad, 6 a la identificación de capacidades, 6 a la necesidad de cambio, 5 a la manifestación de cambio relacional, 4 a la manifestación de cambio emocional, 3 a la tendencia a la resolución del conflicto, 3 a la referencia del malestar psicológico por otros, 2 a la adaptación al entorno y 2 a la manifestación de cambio cognitivo.

Los resultados de cambio subjetivo implican la verbalización del conflicto, seguido de la necesidad de cambio, las manifestaciones de cambio, la adaptación de la persona al entorno y a una adecuada interacción, así como la capacidad de introspección y la capacidad de respuesta a las situaciones caóticas y no caóticas.

De lo anterior se ve de forma significativa que las acciones comunicacionales fueron referidas por la propia consultante, se considera que esto permite evidenciar la protagonización de la consultante tal cómo debería ser, es decir, respetando y atendiendo a la consultante en un espacio que es para ella misma; también se observa la referencia de los cambios subjetivos por parte de la terapeuta, acto reflejo necesario al ser el acompañante psicoterapéutico.

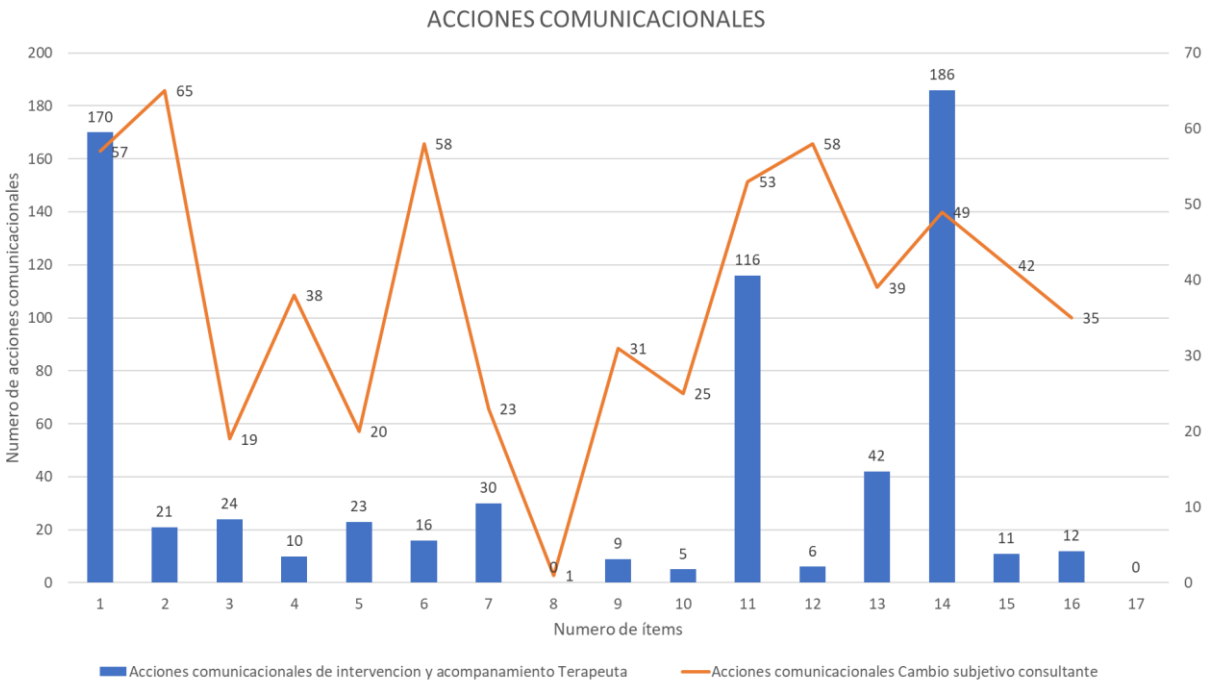
Enseguida se observa la tabla A de identificación de etiquetas en los datos correspondientes a las acciones comunicacionales de intervención y acompañamiento por parte de la terapeuta y la identificación de etiquetas en los datos correspondientes a las acciones comunicacionales de cambio subjetivo referidos por la consultante.

ACCIONES COMUNICACIONALES DE INTERVENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTA		
1	Preguntas	170
2	Parafraseo	21
3	Clarificación	24
4	Confrontación	10
5	Información	23
6	Síntesis	16
7	Reflejo	30
8	Paradoja	0
9	Exploración	9
10	Metáfora	5
11	Aseveración	116
12	Reflexión	6
13	Validación	42
14	Seguimiento	186
15	Contextualización	11
16	Deconstrucción	12
17	Psicometría	0

ACCIONES COMUNICACIONALES CAMBIO SUBJETIVO CONSULTANTE		
1	Referencia del malestar psicológico por otros	57
2	Referencia del malestar psicológico por persona misma	65
3	Necesidad de cambio	19
4	M. C. Conductual	38
5	M. C. Emocional	20
6	M. C. Cognitivo	58
7	M. C. Relacional	23
8	M. C. Físico	1
9	Adaptación al entorno	31
10	Interacción social-apertura social	25
11	Identificación de capacidades	53
12	Conocimiento de sí mismo	58
13	Desarrollo y fortaleza de la personalidad	39
14	Tendencia a la mejoría y el bienestar	49
15	Tendencia a la resolución del conflicto	42
16	Innovación	35

Tabla. A. Etiquetas de datos.

En la siguiente tabla podemos observar la significancia de cada uno de los factores expuestos.



3.2 Gráfica de acciones comunicacionales de la terapeuta y la consultante, intervenciones y cambios.

En la gráfica 3.2 se observa la comparativa entre el número de acciones comunicacionales de intervención y acompañamiento por parte de la terapeuta y el número de acciones comunicaciones que emiten factores asociados al cambio subjetivo emitidos por la consultante.

A partir de los resultados se puede ver que mientras la terapeuta realizó 186 acciones de comunicacionales de seguimiento, la consultante emitió 65 referencias al malestar psicológico por sí misma, es decir, que el seguimiento que daba la terapeuta a la consultante, facilitó que la consultante realizara un trabajo de introspección de lo superficial a lo profundo, permitiendo la identificación de sí misma en la situación que le conflictuaba. Mientras la terapeuta realizó 170 intervenciones con preguntas, la consultante emitió 58 manifestaciones de cambio cognitivo, esto permite inferir que las preguntas permitieron que la persona se respondiera y se visualizaran ciertos cambios. Mientras que la terapeuta realizó 116 aseveraciones, la consultante refirió 58 acciones comunicacionales que tenían que ver con el conocimiento de sí misma, es decir, que a

la consultante le bastó tener un espacio que le indicara sobre ella misma y lo que ella estaba comentando para realizar una revisión de sí.

Asimismo, se observa como existen acciones comunicacionales dominantes en la terapeuta como lo son el seguimiento, con 186, las preguntas con 170, las aseveraciones con 116 y la validación con 45. A partir de esto se evidencia de un 30 al 5 en acciones comunicacionales como el parafraseo, la clarificación, la confrontación, la información, la síntesis, el reflejo, la exploración, la metáfora, la reflexión, la contextualización y la deconstrucción. Mientras que en la consultante resaltó la referencia del malestar psicológico por su misma persona, con 65 acciones comunicacionales, 58 correspondieron a manifestaciones de cambio cognitivo, 58 de conocimiento de sí misma y 57 de referencia al malestar psicológico por otros.

Es decir, mientras las intervenciones del terapeuta se distinguieron por ser preguntas, seguimientos y aseveraciones, y a partir de esto las intervenciones fueron menos representativas y variadas, los cambios de la consultante manifestaron una presencia más distribuida.

A continuación, se revisan dos diálogos presentados en las tablas B y C, las cuales ejemplifican acciones comunicacionales dominantes en la terapeuta; se define la acción comunicacional y se explica la influencia con el cambio subjetivo.

Tabla B: Diálogo 1 (sesión 1).

Turno de palabra	Acción comunicacional	Explicación
C: *Pues últimamente este último año, pues sí, como, me estoy separando y pues siento que eso me afectó un poco.*	○ Información ○ Malestar psicológico referido por sí misma ○ Contextualización	Aquí se ve que la consultante comunicó un malestar en su persona (*eso me afectó un poco*); también tratando de contextualizar mencionó que esto sucede en el último año en que también se está separando, sin

		embargo, no refiere directa asociación.
T: *Dices que estás tramitando tu divorcio.*	○ Seguimiento ○ Aseveración	Aquí la terapeuta hizo una retroalimentación para clarificar a partir de seguir lo compartido por la consultante, si es un proceso de divorcio de lo que se trata; asimismo, dio seguimiento a lo que se había compartido en el previo turno de palabra.
T: *¿Hace cuánto que lleva sucediendo esta situación?*	○ Pregunta ○ Seguimiento	En el mismo turno de palabra la terapeuta realizó una pregunta para referirse a eso que le ha "afectado un poco" a la consultante, solicitando que mencionara el tiempo desde el cual se sentía así.
C: *Mmm, desde que estamos separados, desde el año pasado, como que ya teníamos diferencias. El tiene como que fue de la casa como hace 3-4 meses, entonces creo que empecé como desde enero a ver lo de una separación formal.*	○ Información ○ Contextualización	La consultante responde desde que están separados, y menciona que está terminándolo de asimilar, sin embargo, sigue sin responder con asociación que clarifique cómo le ha afectado poco con la situación de la separación.

Diálogo 2 (sesión 8)

Turno de palabra	Acción comunicacional	Explicación
T: *¿Y esto da oportunidad a que puedas escuchar lo que tú sientes, lo que tú traes (nombre de la consultante) en tus emociones, en lo que te sucede a ti?*	○ Pregunta ○ Seguimiento	En este turno de palabra la terapeuta realiza esta pregunta para preguntar cómo aquello que se comentaba anteriormente tenía alguna influencia con ella. Esta es una pregunta para facilitar la introspección.
C: *Pues, aun así, como que me meta profundamente, todavía no, pero sí me he puesto como, pues más atención en las actividades que en realidad pues hago y que a lo mejor antes; por ejemplo, un decir no sé, si yo sé que tengo que madrugar, pues me dormía tarde por estar viendo linkenlink, pues la verdad, pues no sé, al día siguiente tengo que madrugar*.	○ Manifestación de cambio conductual ○ Manifestación de cambio cognitivo ○ Información ○ Seguimiento	A cual la consultante responde que sí, pero no de manera profunda; continúa haciendo referencia a los cambios conductuales que ha realizado y que ya elige realizar.
C: *Entonces después ya no, o sea, simplemente voy ya no, si ya no tengo eso, pues ya no, bueno, esa es la rutina que hago con (nombre del hija), o le leo algo del celular o vemos un capítulo de, de una caricatura que nos gusta y ya, eso hacemos para dormir, cuando tengo ganas de leer,*	○ Manifestación de cambio conductual ○ Manifestación de cambio cognitivo ○ Información ○ Seguimiento	

pues le leo y cuando no, pues si es así, de vemos una caricatura que se llama Los cuentos de la calle Broca dura como 12 minutos y ya. Esa es nuestra rutina y antes me esperaba a que se durmiera y yo me ponía a hurgar y o sea te digo, no es como que exactamente me haya puesto atención a mí, pero tampoco ya he puesto atención en él se podría decir. Entonces...	○ Interacción social-apertura social	
T: *Incluso podríamos decir que quizás un poco de tiempo y de atención a (nombre del hijo).*	○ Seguimiento ○ Síntesis	La terapeuta realiza esta pregunta dando seguimiento con lo que se está conversando, así como realizando una síntesis en torno a lo que le ha permitido modificar.
C: *Pues sí, también ya es como de que hoy quieres hacer algo tú, porque antes de verdad o ser así de, o sea, no tenemos mucho rato porque hacemos algo de traslado de, o sea, en esta zona recojo a mi hija y de aquí me voy hasta mi casa, que es como una hora, hora y 15 de camino. Entonces, llegamos y ya solo como que a bañarnos y yo me ponía a estar en el celular y la verdad ya ni le decía que, por ejemplo, esta semana también fue*	○ Manifestación de cambio conductual ○ Manifestación de cambio relacional ○ Información ○ Seguimiento ○ Conocimiento de sí misma	Lo que permite que la consultante conteste compartiendo cómo es ahora la interacción con su hija y así mismo, su nueva rutina la cual no retomaba.

así de: ¿Ama jugamos? *La verdad a mí nunca me ha gustado jugar muñecas, de hecho, nunca fui una niña de muñecas, no me gustan porque no sé pues, pero ella sí. Entonces sí fue así de que, ah, ok, está bien, jugamos y jugamos y, no hace mucho tiempo, pero pues y ya después de, ah... vemos algo en la tele y yo ah, pues si, está bien. O sea, dejé, pues si ella elegía como que, qué hacer y era su tiempo, sí, pero, o sea, lo repetimos como dos o tres veces en la semana. Bueno, pues.*		

En estos dos diálogos, se puede identificar la forma en que la terapeuta va acompañando en el diálogo a la consultante, siendo una acompañante que realiza síntesis como un elemento que explicita la condición de la relación terapéutica, aquello que ha compartido permite que la persona recupere con mayor apropiación sus experiencias o avances. Asimismo se realizaron preguntas a las que la consultante respondió con información, compartiendo modificaciones en sus cogniciones, conductas y formas de relacionarse.

Es importante resaltar como en este apartado es evidente que la terapeuta utilizó el seguimiento, la aseveración, las preguntas, que la consultante se sintiera escuchada y comprendida en un entorno de confianza que le facilitaba seguir hablando y cuestionando diferentes temas de sí misma y de su situación de conflicto. Aunque no fueron las únicas técnicas que se utilizaron, estas sí fueron muy representativas. La fluctuación que tuvieron los resultados dados en torno a todos los 16 factores que tienen que ver con el cambio subjetivo, fue variada. Por lo que se puede decir que hubo una integración de diferentes recursos que permitieron que la persona pudiera tener una visión distinta de su problemática y pudiera emplear recursos internos para poder hacer frente a la situación e incluso permitirse vivir y experimentar circunstancias de maneras más afables, más agradables.

Entre los temas que se conversaron durante la consulta de este proceso fueron temas que tenían que ver incluso con entornos laborales, los mismos que también estaban conectados con ciertas vivencias emocionales y estructuras que dificultaban la flexibilidad para poder responder de maneras más adecuadas. Al poder hablar de estos, incluso hubo una mejor integración y adecuación al entorno y a sí misma, esto permitió la generación de relaciones interpersonales más constructivas.

V. Conclusiones y propuestas

En este apartado está dedicado a dar cierta conclusión, así como propuestas en torno a los resultados que se obtuvieron del análisis realizado con la escala de factores facilitadores del cambio subjetivo en psicoterapia. A partir de este análisis se presentan las siguientes conclusiones:

5.1 La conclusión de los elementos propiciadores de la relación terapéutica que facilitaron el cambio subjetivo.

Subdivididos para su explicación a su vez en tres:

5.1.1 La conclusión en torno a las acciones de la interacción que conformaron la relación terapéutica.

5.1.2 La conclusión de los episodios de cambio en la consultante.

5.1.3 La conclusión de las acciones comunicacionales de la terapeuta y su influencia en el cambio subjetivo.

De este modo, se explica parte por parte cada una de estas conclusiones. En principio es importante referenciar que este trabajo ha sido muy significativo a partir de los resultados en términos de información y de los datos que evidencian cuál es la relación terapéutica y cómo esta es comprendida tanto por la consultante como por la terapeuta, cómo es que esta relación psicoterapéutica puede ser la facilitadora de que existe el cambio subjetivo. El objetivo fue encuadrarlo en este marco de la psicoterapia, es decir, los cambios reportados por la consultante se dieron en respuesta a las intervenciones que implicaron técnicas y recursos psicoterapéuticos; en otras palabras, los cambios fueron un tema de conversación, se abordaron con distintas técnicas e intervenciones en las sesiones, en diferentes momentos y con distintas estrategias, en la búsqueda de un cambio subjetivo.

5.1 La conclusión de los elementos propiciadores de la relación terapéutica que facilitaron el cambio subjetivo.

En este primer apartado de conclusiones es importante resaltar que la relación terapéutica es la vía por la cual se presentan los demás factores de cambio subjetivo y como tal, las técnicas y los recursos en psicoterapia. Desde esta perspectiva, la relación terapéutica tiene un impacto básico en la perseverancia, así como la permanencia, persistencia y apertura con las cuales la consultante participa en su proceso de psicoterapia.

Para integrar estas conclusiones es importante incluir los tres elementos revisados con intencionalidad en este trabajo, tres elementos que fueron los conformadores del instrumento escala de factores facilitadores del cambio subjetivo en psicoterapia y que incluso bajo este enfoque de análisis fenomenológico de investigación, fue posible la aplicación de esta medida a los turnos de palabra elegidos. Concretamente se refiere al área de la relación terapéutica, el área del cambio subjetivo y el área de la psicoterapia o bien acompañamiento e intervención. Dichas áreas serán revisadas y divididas para su explicación en tres:

5.1.1 La conclusión en torno a las acciones de la interacción que conformaron la relación terapéutica.

Los resultados expuestos en este trabajo de obtención de grado permiten observar cómo el acto comunicativo fue el factor principal a resaltarse, es decir, lo que más se presentó en el encuentro de la terapeuta y la consultante, seguido del acto comunicativo que también se evidenció como el reconocimiento que permitía cierta cercanía propia de la psicoterapia misma. Asimismo, estas dinámicas de retroalimentación en la comunicación fueron la base para que los acuerdos de encuadre y de objetivo, el aprendizaje, la empatía y la continuidad se mantuvieran durante el proceso.

También es importante reconocer que esta escala con la que se realizaron las codificaciones permitió el análisis de elementos como la continuidad, la empatía, el aprendizaje, el entrenamiento y la confianza, elementos que si bien en los resultados no fueron porcentajes significativos, sin embargo, sin la presencia de estos elementos no hubiera sido posible que el acto comunicativo fluyera, que el reconocimiento se diera y que la retroalimentación se manifestara.

Dichos elementos conformaron la relación terapéutica, es decir, los elementos de encuadre en los que los acuerdos rigieron una dinámica estable, aunque sujeta a ciertos cambios por influencia de factores externos que no exactamente correspondieron al manejo ni de la consultante ni como tal del proceso psicoterapéutico.

Asimismo, esto implica realizar una revisión exhaustiva de este instrumento de análisis, así como quizás ampliar algunos de los significados o bien reencuadrarlos.

En torno a las conclusiones que implican el área de objetivos, es importante manifestar que, aunque sí hubo un registro de ciertos turnos de palabra a las que se aplicó esta codificación, sin embargo, es importante hacer una reconsideración de estos conceptos o realizar modificaciones para elegir los elementos que le conforman.

El acto comunicativo como la retroalimentación son dos partes básicas e importantes de la interacción humana, si bien el entorno de psicoterapia tiene fines específicos que buscan responder o sobre todo generar cercanía a estados de salud y bienestar psicológica, sin embargo, la comunicación, la escucha, la retroalimentación, el diálogo, también crean y permiten la conformación de una relación interpersonal. Esa relación interpersonal puede ser como tal la psicoterapia.

5.1.2 La conclusión de los episodios de cambio en la consultante.

Parte de la descripción de los episodios de cambio en la consultante, de acuerdo con este estudio, incluyó un análisis por separado de cinco áreas, las cuales consistieron en la revisión del malestar psicológico, las manifestaciones de cambio, la interacción con el entorno, la capacidad de introspección y la capacidad de respuesta.

De acuerdo con los resultados expuestos, se considera que la escala de factores facilitadores del cambio en psicoterapia fue un instrumento de uso óptimo que facilitó la medición de sus tres categorías, es decir, la relación terapéutica, el cambio subjetivo y la psicoterapia, ya que hubo resultados significativos que permiten analizar y visualizar acciones comunicacionales de cambio subjetivo referido en palabras por la consultante, proceso seguido de las intervenciones y acompañamiento psicoterapéutico.

Estos episodios de cambio, desde las manifestaciones de cambio conductuales, emocionales, cognitivas, relacionales y físicas, y su adaptación al entorno, así como la interacción y la apertura social, la capacidad de introspección es un elemento básico e importante. La capacidad de reflexión permite justamente que la persona se vea a sí misma, que exprese aquellos elementos que tienen que ver con lo que percibe de sí misma.

En dichos episodios se identificó como existían turnos de palabra de la terapeuta seguidos por turnos de palabra de la consultante, existía un seguimiento, es decir, una forma de continuar justamente con la situación aquejante, pero también la situación de demanda para poder reconfigurar y responder de mejores maneras.

Se considera que es importante fortalecer la literatura y todo este fundamento teórico para poder llegar a esa comprensión o exposición que este estudio pretende, es decir, integrar estos cinco elementos como parte del cambio subjetivo, como una propuesta integradora.

5.1.3 Conclusión de las acciones comunicacionales de la relación terapéutica y su influencia en el cambio subjetivo.

Respecto a la conclusión sobre las acciones comunicacionales en la influencia del cambio subjetivo que presenta la consultante, es importante reconocer que hay áreas de oportunidad en cuestionar la formulación, así como la integración de datos. Es importante que dichos datos sean una representación consistente, es decir, que esta información se asocie de manera directa al impacto de esas acciones comunicacionales con la generación de un cambio subjetivo.

Durante los turnos de palabra elegidos y que fueron sujetos a decodificación se identificó en dónde la consultante esclareció y expresó que a partir del encuentro terapéutico, de las recomendaciones, de las reflexiones, de la información, de la integración de las vivencias, se permitió percibir nuevas situaciones que igual tenían cierto contenido ya conocido como problemático, sin embargo, a través de las sesiones se dio oportunidad de reconfigurar y tener una noción distinta de cómo afrontar el problema.

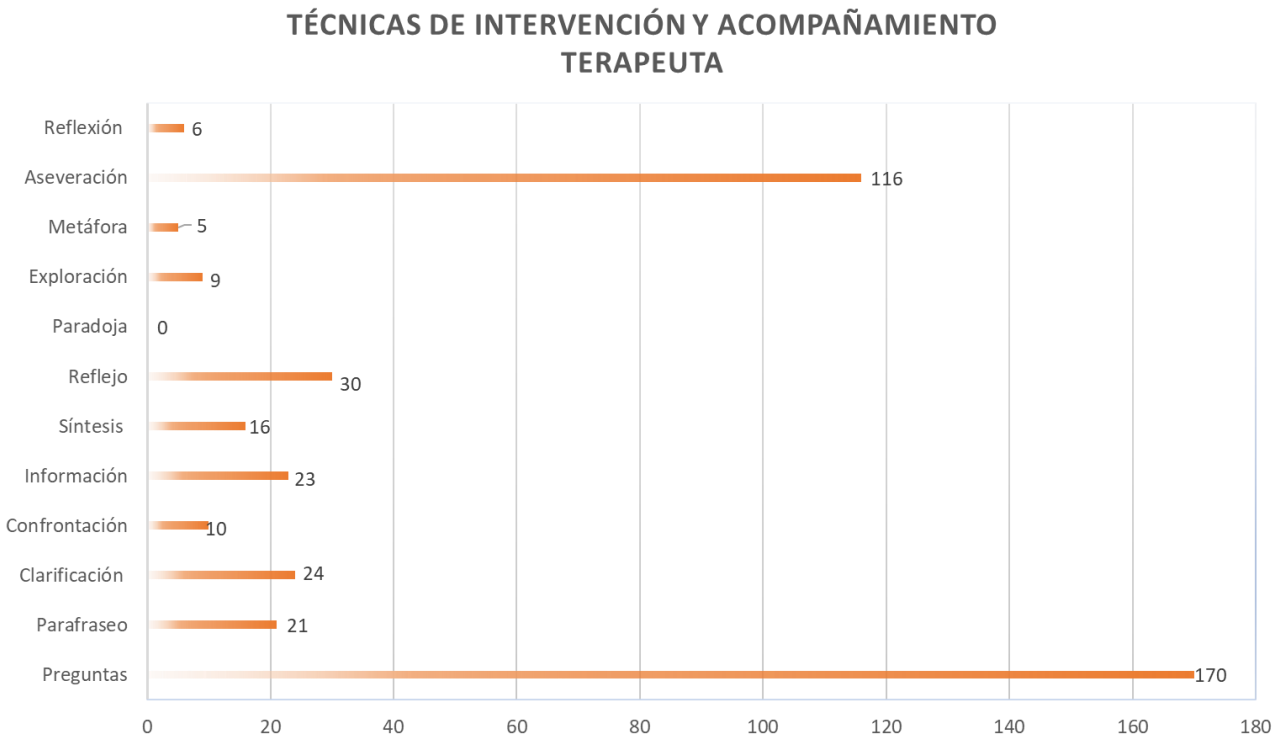
Lo que aporta este trabajo va encaminado a conocer y evidenciar las acciones comunicacionales del psicoterapeuta en el discurso y las respuestas dominantes en la consultante; lo que permitió,

propició, mantuvo y conformó la condición terapéutica de la verbalización de los cambios subjetivos en palabras de la consultante.

Será importante presentar estas intervenciones y la función del acompañamiento para la consultante, aunque directamente en los turnos de palabra no hay una pregunta específica que cuestione el impacto directo que la consultante identifica a partir de su encuentro terapéutico con los cambios que realiza, sin embargo, sí llega a mostrar una situación de cambio en ciertas áreas y refiere asimismo que fue a partir de la experiencia de acudir a terapia, el encuentro con un espacio en el cual se le dejaba pensando.

Con esta investigación se concluye que aunque hay indicadores que sí fueron representativos y dominantes en el terapeuta, no obstante, se requiere de una investigación más detallada y quizás de la construcción de una escala o cuestionario conformado por una versión para el terapeuta y una versión para el consultante, que permitan medir cuantitativamente la percepción de la relación terapéutica desde cada uno de los participantes en sus diferentes posiciones y que pudiera este ser contestado en diferentes momentos del proceso terapéutico, para así poder obtener una visión mucho más específica de la facilitación o no de la relación terapéutica en el cambio subjetivo.

A continuación, se concluye con una tabla que evidencia las acciones comunicacionales que refieren una relación terapéutica y que facilitaron el cambio subjetivo en psicoterapia:



Las preguntas y la aseveración fueron las que más se hicieron presentes en esta relación psicoterapéutica, seguidas con una gran diferencia por el número de intervenciones como el reflejo, la clarificación, la información, la síntesis, confrontación y exploración, siendo la reflexión en menor número de intervenciones. De acuerdo a su definición, la relación terapéutica son aquellas acciones facilitadoras de interacción, comunicación, diálogo, intercambio interpersonal, facilidad en la conducción continua hacia los objetivos co-creados entre el consultante y el terapeuta, lo cual implica la permanencia e incidencia voluntaria y cómoda en la participación en un mismo espacio, permitiendo la retroalimentación en la forma, el contenido y uso de las palabras verbalizadas, emitiendo pensamientos, acciones, emociones y sensaciones, y dando lugar a un lazo afectivo nutricio, enmarcado en el énfasis potencializador, a favor del desarrollo psicológico, el bienestar y el comportamiento socioemocional de las y los consultantes desde sus concepciones y perspectivas.

VI. Referencias

Aguilar, M. (2019). Intervenciones Psicoterapéuticas basadas en la Teoría del Apego. Revista Cúpula. Costa Rica.

Almeida, E. (2018) Cambio terapéutico percibido y la relación con las acciones terapéuticas empleadas: La experiencia de terapeutas y consultantes adultos. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.

Alvarez, C., Escoffie, A., Rosado, R. & Sosa, C. (2016). Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico. Universidad Autónoma de Yucatán.

Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. Revista Latinoamericana de Psicología. Colombia.

Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio. Chile.

American Psychological Association (2011) Los Psicólogos: ¿Qué hacen?, ¿cómo nos ayudan? Tópicos Psicoterapia. https://www.apa.org/topics/psychotherapy/ayudan

Asociación Psiquiátrica Americana. (2012) Entendiendo la Psicoterapia. Tópicos Psicoterapia. https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia

Austin, J. (1962). Como hacer las cosas con palabras. Compilación por J. O. Urmson. Chile.

Austin, J., (1975) How to Do Things With Words, J.O. Urmson & M. Sbisá (eds.), Harvard University Press, Cambridge.

Barreira, I., Bevacqua, L.N., Varela, P.D. & Amaya, C. (2018). Evaluación de efectividad en psicoterapias breves y focalizadas: justificación y prueba piloto. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Michigan.

Bolwlby, J. (2009) Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires.

Campo, V. (2000) Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Madrid.

Castro, P. J., Krause, M., & Frisancho, S. (2015). Teoría del cambio subjetivo: aportes desde un estudio cualitativo con profesores. Revista Colombiana de Psicología. Colombia.

Cerón, B. & Contreras M. (2022). Estrategias de validación emocional y psicología positiva con niños, niñas y adolescentes. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Chadwick. C. (1999). La psicología del aprendizaje desde el enfoque constructivista. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

Cormier, W., & Comier, S. (2000) Estrategias de entrevistas para terapeutas. Desclee De Brouwer. Bilbao.

Dio, E. (2005) Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Paidós. Buenos Aires.

Duarte, E. (2003), "Por una epistemología da comunicación", in Lopes, M. I. V. (org.), epistemología da comunicación. Brasil.

Duque, H. & Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. Pensando Psicología. Colombia.

Egan, G. (1975). Manual de entrenamiento que acompaña El Orientador Experto. Loyola University of Chicago. Grupo Editorial Iberoamericano. México.

Espinosa, M., Zabaleta, J., & Mendoza D. (2018) Los mexicanos no van al psicólogo. UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/la-importancia-de-la-salud-mental/

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993) Aproximaciones a la Psicoterapia. Ediciones Paidós, Barcelona.

Fernández, A. (2008). Fundamentos del Modelo Integrativo en Psicoterapia. Paidós. Buenos Aires.

Fernández, O. H. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. Terapia Psicológica. Chile.

Freud, S. (1992). Fragmentos de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de la teoría sexual y otras obras (J. L. Etcheverry, Trad.). En Obras completas. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1901). Argentina.

Freud, S. (1991). Interpretación de los sueños. (J. L. Etcheverry, Trad.). En Obras completas. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1900). Argentina.

Freud, S. (1991). El chiste y su relacion con lo inconsciente (J. L. Etcheverry, Trad.). En Obras completas. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1905). Argentina.

Freud, S. (1992). Análisis de la fobia de un niño de cinco años a propósito de un caso de neurosis obsesiva (J. L. Etcheverry, Trad.). En Obras completas. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1909). Argentina.

Garibay, S. (2013). Enfoque sistémico: una introducción a la terapia familiar. Manual Moderno.

Greenberg L., Elliott, R. y Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. Buenos aires.

Gutiérrez, G., (1999). Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936). Revista Latinoamericana de Psicología, 31(3), 557-560.

Gomez, B. (2020) La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. Asociación de Psicoterapia de la Republica de Argentina.

Hernández-Sampieri, R. F. (2014). Metodología de la investigación. México: Mc GrawHill.

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). (2017). Salud Mental. https://www.inegi.org.mx/temas/salud

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). (2020). Salud Mental. https://www.inegi.org.mx/temas/salud

López, R. (2019). Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM). Revista Brasileira de Musicoterapia. Brasil.

Krause, M., De la Parra, G. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapeutico. Revista Latinoamericana de Psicología. Chile.

López, R. A. (2019) Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM). Revista Brasileira de Musicoterapia. Brasil.

Lozano, B. (2010). La interpretación y los actos de habla. Mutatis Mutandis. Colombia.

Madrid S. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. Desclee De Brouwer. Bilbao. España.

Martínez, F. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. Madrid.

Martínez, M. (1993). La Psicología Humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método. Trillas. México.

Mercado, M. A., Santana, M.A. (2013) Diagnóstico de la realidad social, económica y cultural de la violencia y la delincuencia en Ciudad Guzmán, Zapotlán El Grande, Índice de capital social. Universidad de Guadalajara. México.

Merleau-Ponty, M. (1945) Fenomenología de la percepción. París.

Molina, M.E., Del Río, M.T., y Tapia Villanueva, L. (2015). El diálogo en la psicoterapia: protocolo para un análisis de micro-proceso. Revista Argentina de Clínica Psicológica XXIV. Argentina.

Moreira, V. (2001). Más allá de la persona. Santiago de Chile. Universidad de Santiago de Chile. Chile.

Nieto, M. (2006). La importancia de plantear los objetivos de una forma graduada y no en su totalidad en un caso de depresión. Madrid.

Obando, L., & Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología. Colombia.

Opazo, R. (2001) Psicoterapia integrativa, Delimitación clínica. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2021) Depresión. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1).

Organización Panamericana de la Salud. (2022) Salud Mental. https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2014) Plan de Acción sobre Salud Mental. Estados Unidos. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf

Pino, A. (2000). Tratamientos psicológicos. Una perspectiva conductual. Universidad de la Laguna. España.

Ribeiro, J. H., Reis, A. P., Oliveira, A. G., Ribeiro, P. M., & Siepierski. (2014). Consideraciones sobre el rigor ético y metodológico en la recolección de datos de la Investigación Cualitativa. Evidentia, Brasil.

Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. Universidad Católica Boliviana San Pablo. Chile

Rogers C. (1975) La relación interpersonal, núcleo de la orientación. Persona a persona. Amorrortu Editores. Argentina.

Rogers, C. (1961). El Proceso de Convertirse en Persona. Paidós. México.

Rosenzweig S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Journal of Psychotherapy Integration. Washington.

Rozo, J.A. (1998) Viktor Frankl (1905-1997) o el sentido de la existencia. Revista Latinoamericana de Psicología. Colombia.

Ruiz, F. y Luciano, M.(2012). Relacionar relaciones como modelo analítico-funcional de la analogía y la metáfora. México.

Scandar, M. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. Psicodebate. Universidad de Palermo. Argentina.

Sellés, Juan F. (2015). La apertura humana a la trascendencia divina en la antropología de V. E. Frankl. Scripta Theologica. Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Sloan, T. (2002). Reseña de "Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana" de Virginia Moreira. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Brasil.

Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile.

Vega M.F. (1996). El concepto realimentación y su significado en el ámbito pedagógico. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca.

Vivas, L. y Castaño, D. (2019) Las actitudes terapéuticas del psicólogo cognitivo conductual en la psicoterapia con Niños y Niñas. https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/e778401f-0675-4331-973e-bed8250132bb/content

Watzlawick, P. (2006). Teoría de la Comunicación Humana. España.

Yalom, I.D. (1984). Psicoterapia Existencial. Barcelona.

Zohn Muldoon, T., Gomez, E. Enriquez, R. (coord.) Moreno-López, S. y Zohn-Muldoon, T. (2013) Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. Psicoterapia Contemporánea: dilemas y perspectivas. México.

Zohn, Muldoon T., Casillas, E., y Cervantes S. (2019). Entrevistar En Psicología 1ª ed. Instituto Tecnológico Y De Estudios Superiores De Occidente. México.

Zohn, Muldoon T., Gómez, E. y Enríquez R. (2018). Los estudios de caso en psicoterapia: desafíos y posibilidades. Estudio sobre la vivencia del propio proceso psicoterapéutico cuando se ejerce la profesión de psicoterapeuta. 1ª ed. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México.

VIII. Anexos

Anexo 1. Aviso de confidencialidad.

ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL
USUARIOS DEL PROYECTO PRESENCIA DE LA MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

ITESO A.C. en carácter de **Responsable del tratamiento de los datos personales** de sus **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia**, pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad Integral, el cual ha sido elaborado en apego a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su regulación secundaria.

A. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE

Razón social	ITESO A.C.
Nombre Comercial	ITESO
Giro	Institución Académica Privada
Sitio web	www.iteso.mx
Teléfono	(33) 3669-3556
Domicilio	Periférico Sur Manuel Gómez Morín, número 8585, ITESO, Municipio Tlaquepaque, Código Postal 45604, Jalisco, México
Correo electrónico	datospersonales@iteso.mx
Horario de atención	lunes a jueves de 10 a 14h

B. PÚBLICO AL QUE DIRIGIMOS ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

Este Aviso de Privacidad en su versión Integral está dirigido a nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia.**

C. DATOS PERSONALES

LISTA DE DATOS PERSONALES SUJETOS A TRATAMIENTO

En **ITESO A.C.** realizamos el tratamiento de diversas categorías de datos personales. Para su mejor entendimiento, a continuación, detallamos cuáles categorías y datos personales específicos son las que están bajo nuestro tratamiento:

Categoría	Dato personal	
Datos de Identificación	→ Edad → Fecha de nacimiento	→ Género → Nombre completo
Datos de Contacto	→ Correo electrónico	→ Teléfono
Datos Académicos	→ Escolaridad	
Datos Laborales	→ Lugar donde trabaja → Profesión	→ Relaciones de trabajo
Datos Biométricos	→ Firma autógrafa	
Datos de Características Personales	→ Actividades cotidianas → Estructura familiar	→ Relaciones familiares → Relaciones sociales

DATOS PERSONALES SENSIBLES

Le informamos que sí recabamos y realizamos el tratamiento de datos personales de carácter sensible de nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia.** Los datos personales sensibles sujetos a tratamiento, se enlistan a continuación:

Categoría	Dato personal
Datos de Salud	→ Antecedentes de hospitalización de salud mental → Diagnóstico y seguimiento de sesiones de psicoterapia → Estado de salud mental → Uso de medicamentos

En caso de que sea requerido un cambio al respecto, le haremos de su conocimiento dicha modificación en nuestro Aviso de Privacidad Integral.

¿CÓMO OBTENEMOS SUS DATOS PERSONALES?

En forma directa:

- → a través de nuestros formatos institucionales
- → a través de plataformas de videoconferencias o de reuniones virtuales
- → vía correo electrónico
- → vía telefónica

En forma personal:

- → en nuestras Oficinas Institucionales
- → en el Centro Polanco

D. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Las finalidades son aquellas que motivan el tratamiento de sus datos personales, para su entendimiento y por disposición de ley se clasifican en primarias y secundarias.

ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL
USUARIOS DEL PROYECTO PRESENCIA DE LA MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

ITESO A.C. en carácter de **Responsable del tratamiento de los datos personales** de sus **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia**, pone a su disposición el presente Aviso de Privacidad Integral, el cual ha sido elaborado en apego a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su regulación secundaria.

A. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE

Razón social	ITESO A.C.
Nombre Comercial	ITESO
Giro	Institución Académica Privada
Sitio web	www.iteso.mx
Teléfono	(33) 3669-3556
Domicilio	Periférico Sur Manuel Gómez Morín, número 8585, ITESO, Municipio Tlaquepaque, Código Postal 45604, Jalisco, México
Correo electrónico	datospersonales@iteso.mx
Horario de atención	lunes a jueves de 10 a 14h

B. PÚBLICO AL QUE DIRIGIMOS ESTE AVISO DE PRIVACIDAD

Este Aviso de Privacidad en su versión Integral está dirigido a nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia.**

C. DATOS PERSONALES

LISTA DE DATOS PERSONALES SUJETOS A TRATAMIENTO

En **ITESO A.C.** realizamos el tratamiento de diversas categorías de datos personales. Para su mejor entendimiento, a continuación, detallamos cuáles categorías y datos personales específicos son las que están bajo nuestro tratamiento:

Categoría	Dato personal	
Datos de Identificación	→ Edad → Fecha de nacimiento	→ Género → Nombre completo
Datos de Contacto	→ Correo electrónico	→ Teléfono
Datos Académicos	→ Escolaridad	
Datos Laborales	→ Lugar donde trabaja → Profesión	→ Relaciones de trabajo
Datos Biométricos	→ Firma autógrafa	
Datos de Características Personales	→ Actividades cotidianas → Estructura familiar	→ Relaciones familiares → Relaciones sociales

DATOS PERSONALES SENSIBLES

Le informamos que sí recabamos y realizamos el tratamiento de datos personales de carácter sensible de nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia.** Los datos personales sensibles sujetos a tratamiento, se enlistan a continuación:

Categoría	Dato personal
Datos de Salud	→ Antecedentes de hospitalización de salud mental → Diagnóstico y seguimiento de sesiones de psicoterapia → Estado de salud mental → Uso de medicamentos

En caso de que sea requerido un cambio al respecto, le haremos de su conocimiento dicha modificación en nuestro Aviso de Privacidad Integral.

¿CÓMO OBTENEMOS SUS DATOS PERSONALES?

En forma directa:

- → a través de nuestros formatos institucionales
- → a través de plataformas de videoconferencias o de reuniones virtuales
- → vía correo electrónico
- → vía telefónica

En forma personal:

- → en nuestras Oficinas Institucionales
- → en el Centro Polanco

D. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Las finalidades son aquellas que motivan el tratamiento de sus datos personales, para su entendimiento y por disposición de ley se clasifican en primarias y secundarias.

FINALIDADES PRIMARIAS

La finalidad primaria es aquella que es necesaria para el desarrollo de una obligación jurídica o del motivo principal por el cual existe una relación entre el Titular (usted) y el Responsable (nosotros), si usted se opone a alguna de estas finalidades **ITESO A.C.** estará impedido a realizar la prestación de los servicios específicos que se relacionen con la finalidad a la que se opone.

Categoría	Finalidad
Prestación de Servicios	→ Proporcionar un servicio de consultoría psicológica (psicoterapia) → Identificar si usted es aplicable para la prestación de nuestros servicios → Crear un expediente electrónico por usuario → Gestionar citas de psicoterapia → Proporcionarle una liga de acceso a través de plataformas de videoconferencias o de reuniones virtuales (para sesiones virtuales) → Realizar llamadas de confirmación de citas → Proporcionar una constancia de asistencia → Aplicar evaluaciones y encuestas de psicoterapia
Atención a Alumnos	→ Atender quejas, sugerencias, dudas y cualquier comentario relacionado a nuestros servicios → Contactarlo para dar seguimiento a solicitudes relacionadas con nuestros servicios → Proporcionar información sobre nuestros servicios
Cuotas de Recuperación	→ Emitir un comprobante del pago realizado (en caso de solicitarlo) → Identificar y gestionar la cuota de recuperación de nuestros servicios
Uso Interno	→ Comentar en clases de supervisión de la Maestría en Psicoterapia las sesiones de psicoterapia realizadas para la mejora continua y aprendizaje de los estudiantes (siendo anonimizado su nombre completo) → Elaborar un reporte de las sesiones de psicoterapia, anonimizando su nombre completo y utilizando un seudónimo o sus iniciales, para ser entregado al supervisor asignado (profesor de la Maestría en Psicoterapia) → Realizar grabaciones en video y/o audio de las sesiones de psicoterapia a efecto de ser utilizadas en clases de la Maestría en Psicoterapia en el ITESO para la mejora continua de la atención brindada y aprendizaje de los estudiantes → Utilizar los casos de las sesiones de psicoterapia para proyectos de investigación (siendo anonimizado su nombre completo)
Soporte Técnico	→ Brindar soporte sobre las plataformas de videoconferencias o de reuniones virtuales (para sesiones virtuales)
Seguridad	→ Mantener la seguridad dentro de nuestras instalaciones → Proporcionar acceso a nuestras instalaciones → Proporcionar seguridad a través de nuestro circuito cerrado de videovigilancia (para lo cual lo invitamos a consultar el Aviso de Privacidad videovigilancia)

FINALIDADES SECUNDARIAS

La finalidad secundaria es aquella que no es necesaria para el desarrollo de una relación jurídica entre el Titular (usted) y el Responsable (nosotros), por lo cual usted puede indicarnos que no autoriza el tratamiento de sus datos personales en alguna o todas las que se mencionan a continuación:

Categoría	Finalidad
Encuestas	→ Realizar encuestas de satisfacción de nuestros servicios

E. MECANISMO PARA MANIFESTAR SU NO ACEPTACIÓN A LAS FINALIDADES SECUNDARIAS

En cualquier momento, usted podrá hacer uso del ejercicio de su Derecho de Oposición establecido en la sección "Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO)" a efecto de manifestar su oposición al uso de sus datos personales para las finalidades secundarias que se mencionan en este Aviso de Privacidad.

F. TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

No realizamos transferencia nacional ni internacional de sus datos personales a terceros.

G. DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN (ARCO)

¿QUÉ SON LOS DERECHOS ARCO?

Los Derechos ARCO son el mecanismo legal que le permiten ejercer sus Derechos de **A**cceso, **R**ectificación, **C**ancelación y **O**posición, los cuales consisten en:

- → Acceder a los datos personales, exclusivamente a los suyos salvo que sea representante legal o tutor de otro titular y que se encuentran bajo nuestro tratamiento
- → Solicitar que realicemos correcciones o actualizaciones de sus datos personales
- → Solicitar que eliminemos sus datos personales, cuando esto sea legalmente procedente
- → Oponerse a la realización de las finalidades primarias establecidas en este Aviso de Privacidad – supuesto bajo el cual, estaremos impedidos para realizar la prestación de los servicios específicos que se relacionen con la finalidad a la que se opone
- → Solicitar su oposición a la realización de las finalidades secundarias indicadas

- → Solicitar que sus datos personales no sean transferidos a terceros

MEDIOS PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO
Para que usted ejerza cualesquiera de sus derechos ARCO, deberá realizarlo en forma personal siguiendo el procedimiento que se indica en la sección "Procedimiento para ejercer los Derechos ARCO" de este Aviso.

PROCEDIMIENTO PARA EJERCER LOS DERECHOS ARCO
Para que usted ejerza cualesquiera de sus derechos ARCO, deberá realizarlo en forma personal de acuerdo con el procedimiento que se detalla en esta sección.

El titular de los datos personales deberá presentar en Periférico Sur Manuel Gómez Morín, número 8585, ITESO, Municipio Tlaquepaque, Código Postal 45604, Jalisco, México. en un horario de atención de lunes a jueves de 10 a 14h, o bien enviarlo vía correo electrónico a la dirección datospersonales@iteso.mx, su escrito libre deberá estar dirigido al Comité de Protección de Datos Personales del ITESO e incluir como mínimo los siguientes datos:

- → Nombre completo del titular de los datos personales
- → Formas de contactarlo y comunicarle la respuesta, ya sea cualquiera de los siguientes:
  - → Dirección para recibir mensajería de SEPOMEX
  - → Número de teléfono particular
  - → Número de teléfono celular
  - → Dirección de correo electrónico
- → Mención clara y precisa del derecho que busca ejercer, debiendo señalar uno a la vez
- → Identificación oficial vigente, la cual deberá de presentarse en original y copia para su cotejo. Si su solicitud es enviada por vía electrónica, deberá adjuntar su identificación escaneada donde aparezca su foto, nombre completo, número de identificación y firma
- → En caso de no ser usted el titular de los datos personales, deberá adjuntar el documento que lo acredite como representante legal (Carta Poder ante Fedatario Público)
- → En caso de solicitar cambios derivados de correcciones o actualizaciones, deberá presentar el documento legal que acredite este hecho
- → Información adicional y precisa que nos facilite la búsqueda de los datos solicitados, señalando - en medida de lo posible - aquellos que nos haya proporcionado y/o el periodo en el que fueron proporcionados
- → Firma autógrafa, la cual deberá de coincidir con la identificación oficial que presente para realizar el trámite.

En un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes a recibir su solicitud, en caso de que exista una duda o requiramos más información sobre su solicitud, lo contactaremos a efectos de comunicarle dicha situación y obtener más información de su parte respecto a la solicitud. La respuesta a nuestra solicitud deberá hacerla en un plazo que no deberá exceder de 10 días hábiles.

En un plazo no mayor a 20 días hábiles siguientes a recibir su solicitud, o posteriores a haber respondido las aclaraciones solicitadas por nuestra parte, lo contactaremos a efectos de comunicarle la respuesta a su solicitud, esta respuesta será entregada de manera personal en nuestro domicilio, previa acreditación del titular o de su representante, o en su caso en el correo electrónico señalado en su solicitud original.

Para más información acerca de este Aviso de Privacidad o cualquier duda sobre como ejercer sus Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), limitar el uso o Revocar su consentimiento, deberá enviar un correo electrónico a: datospersonales@iteso.mx, con el asunto "Información de Derechos ARCO" o bien llamar al número telefónico: (33) 3669-3556 en los días y horarios de atención previamente mencionados.

Con la finalidad de proveer certeza jurídica al titular de los datos personales y a nosotros en carácter de Responsable, en caso de que el Titular realice su solicitud de Derechos ARCO vía correo electrónico, esta deberá ser comunicada desde una cuenta de correo electrónico personal que haya sido registrada previamente en nuestras bases de datos, en este caso la que haya otorgado en su proceso de registro a nuestras sesiones.

H. CONSENTIMIENTO
Le informamos que sí recabamos y tratamos datos personales de carácter sensible de nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia,** por lo que es necesario que, en cumplimiento de la ley aplicable, manifieste su consentimiento para el tratamiento de estos de manera expresa en este documento.

MECANISMO PARA REVOCAR EL CONSENTIMIENTO OTORGADO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES
En caso de que quiera revocar el consentimiento al tratamiento de sus datos personales, deberá realizar el mismo procedimiento que está establecido en la sección "Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO)".

Su solicitud quedará sujeta a revisión de nuestro Comité de Protección de Datos Personales; en caso de que no se cumpla con una excepción de ley o no exista alguna disposición jurídica que nos sujete a realizar el tratamiento de sus datos personales, su solicitud será procedente y le será comunicada la decisión en un término de 10 días hábiles.

I. LIMITACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES

PARA USO EXCLUSIVO CON EL ITESO
Para el caso de nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia**, las finalidades primarias no están sujetas a la limitación del uso y/o divulgación de datos personales. Usted en cualquier tiene la opción de presentar su solicitud de limitación al uso y/o divulgación de datos personales presentando un escrito libre en el domicilio indicado anteriormente y dirigida al Comité de Protección de Datos Personales señalando en su solicitud el alcance de la limitación al uso o divulgación que quiere establecer, acompañado de una copia simple de su identificación oficial y debiendo presentarla en original al momento de presentar su escrito.

Su solicitud quedará sujeta a revisión de nuestro Comité de Protección de Datos Personales; en caso de que no se cumpla con una excepción de ley o no exista alguna disposición jurídica que nos sujete a realizar el tratamiento de sus datos personales, su solicitud será procedente y le será comunicada la decisión en un término de 10 días hábiles

PARA TEMAS COMERCIALES
Visite el sitio web de la Procuraduría Federal de Consumidor en donde está a su disposición el Registro Público de Consumidores (RPC) previsto en la Ley Federal de Protección al Consumidor, donde usted decidirá sobre el uso de sus datos personales en el sector comercial, turístico y de telecomunicaciones.

PARA TEMAS FINANCIEROS
Visite el sitio web de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en donde está a su disposición Registro Público de Usuarios (REUS) previsto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, donde usted decidirá sobre el uso de sus datos personales en el sector financiero.

J. AUTORIDAD COMPETENTE
Tras haber ejercido sus Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición; Haber limitado el uso o divulgación de sus datos personales, o haber revocado su consentimiento de sus datos personales, si usted considera que hemos realizado alguna omisión o alguna acción violatoria a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informamos que la autoridad mexicana competente ante la cual deberá interponer su denuncia o inconformidad es el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

K. USO DE COOKIES, WEB BEACONS U OTRAS TECNOLOGÍAS SIMILARES
Para el caso de nuestros **Usuarios del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia**, no contamos con un sitio web a través de la cual realicemos cualquier tipo de tratamiento de datos personales.

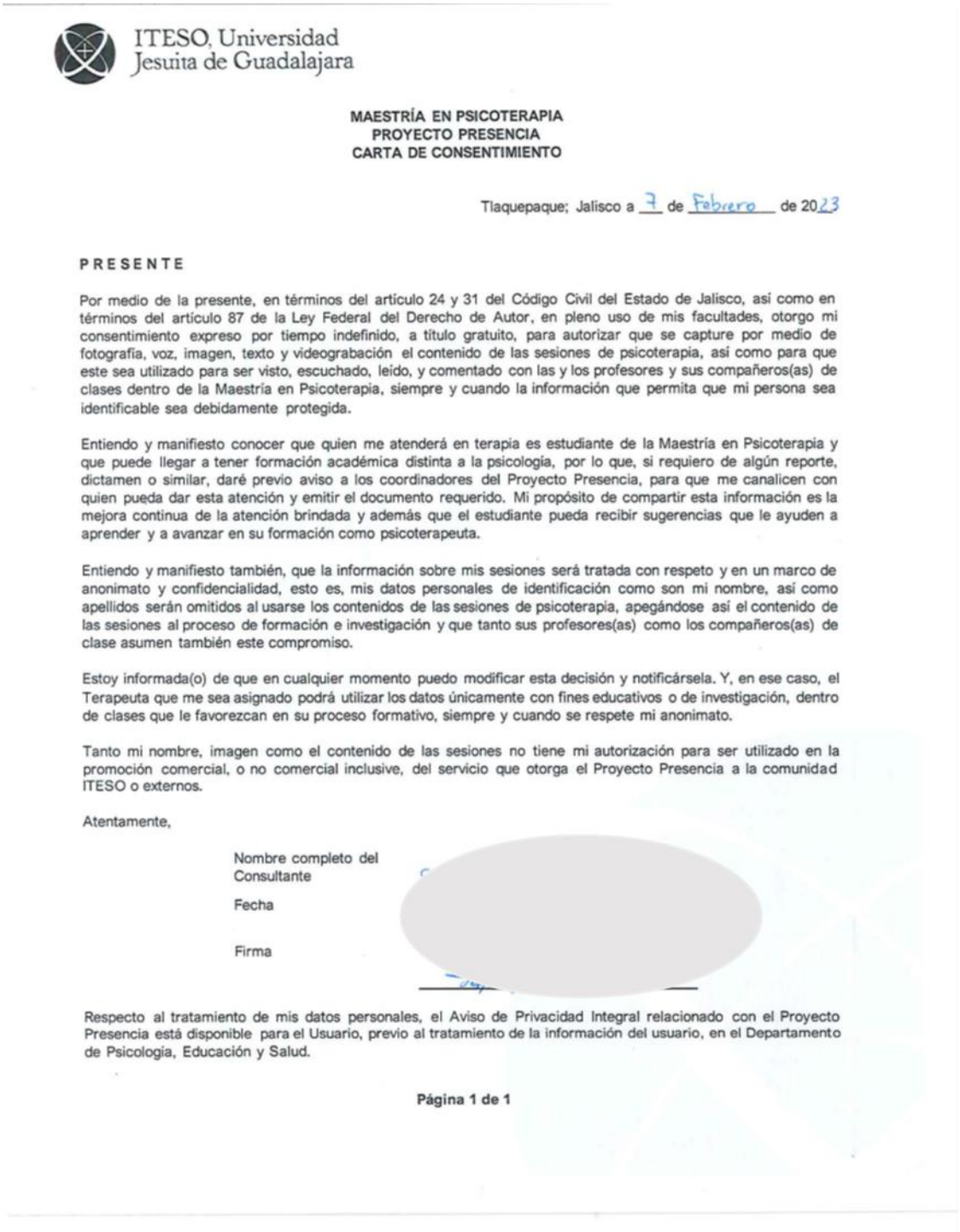
L. ACTUALIZACIONES
Este Aviso de Privacidad Integral será actualizado en tiempo futuro derivado de modificaciones al marco jurídico en materia de protección de datos personales, cambios en el modelo de negocio, nuevos datos personales que se recaben y/o cambio en las finalidades.

Las actualizaciones y modificaciones que se realicen al presente Aviso de Privacidad Integral se harán de su conocimiento a través de una comunicación que será enviada a la cuenta de correo electrónico institucional del ITESO. **Fecha de última actualización:** 02 de marzo de 2022.

M. OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales a favor del ITESO	**Usuario** Nombre Completo Fecha Firma
Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales a profesores y estudiantes de la Maestría en Psicoterapia en el ITESO, con finalidad de presentar en clases las grabaciones de video y/o audio de las sesiones de psicoterapia para ser comentadas, escuchadas y visualizadas para el aprendizaje de los estudiantes	**Usuario** Nombre Comple Fecha Firma

Anexo 2. Consentimiento informado.



ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA
PROYECTO PRESENCIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO

Tlaquepaque; Jalisco a 7 de Febrero de 2023

PRESENTE

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de fotografía, voz, imagen, texto y videograbación el contenido de las sesiones de psicoterapia, así como para que este sea utilizado para ser visto, escuchado, leído, y comentado con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases dentro de la Maestría en Psicoterapia, siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto conocer que quien me atenderá en terapia es estudiante de la Maestría en Psicoterapia y que puede llegar a tener formación académica distinta a la psicología, por lo que, si requiero de algún reporte, dictamen o similar, daré previo aviso a los coordinadores del Proyecto Presencia, para que me canalicen con quien pueda dar esta atención y emitir el documento requerido. Mi propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que el estudiante pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse los contenidos de las sesiones de psicoterapia, apegándose así el contenido de las sesiones al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, el Terapeuta que me sea asignado podrá utilizar los datos únicamente con fines educativos o de investigación, dentro de clases que le favorezcan en su proceso formativo, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido de las sesiones no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive, del servicio que otorga el Proyecto Presencia a la comunidad ITESO o externos.

Atentamente,

Nombre completo del Consultante

Fecha

Firma

Respecto al tratamiento de mis datos personales, el Aviso de Privacidad Integral relacionado con el Proyecto Presencia está disponible para el Usuario, previo al tratamiento de la información del usuario, en el Departamento de Psicología, Educación y Salud.

Página 1 de 1

"Hay errores necesarios que te cambian la vida, pero también la guían".

ALTM