

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA LEÓN

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL

POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 3 DE ABRIL DE 1981



**“HABILIDADES QUE EL PSICOTERAPEUTA Y PACIENTE
FORTALECEN EN EL DESARROLLO DE LA ALIANZA
TERAPÉUTICA AL INTERIOR DEL PROCESO
PSICOTERAPÉUTICO (CASO ALO)”.**

PRESENTA:

Rosa Janet García González

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Asesora:

Dra. Juana Camarena Arredondo.

LEÓN, GUANAJUATO, MÉXICO

VERANO 2017

Índice:

Introducción.....	4
1. Presentación del caso.	
1.1. Datos generales	
1.2 Motivo de consulta.....	8
1.3. Ruta por la cual asistió a psicoterapia.	
1.4. Principales indicadores.....	9
1.5. Psicodiagnóstico y pronóstico.....	13
1.6. Curso de la intervención.....	14
1.7. Momento explícito de la finalización.....	16
1.8. Indicaciones adicionales del tratamiento.	
1.9. Principales indicadores.....	17
2. Fundamentos y diseño inicial.	
2.1. Problema a intervenir con uno.....	19
2.2. Indicaciones de tratamiento.	
2.3. Congruencia metodológica.....	20
2.4. Pertinencia técnica.....	21
2.5. Adecuación de medios.....	23
2.6. Esquema de procedimiento indicación.	
2.7. Indicaciones y contraindicaciones.....	24
2.8. Alcances y límites pronosticados en el caso.....	26
2.9. Contrato.....	27
3. Desarrollo y curso del caso	

3.1. Marco referencial.....	30
3.2. Presentación de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores	
3.2.1. Habilidades del psicoterapeuta.....	31
3.2.2. Habilidades del paciente.....	45
3.2.3. Alianza terapéutica.....	52
3.2.4. Proceso psicoterapéutico y desarrollo de la alianza.....	59
3.3. Crítica de las premisas esenciales.....	61
3.4. Enunciados del posicionamiento propio. Puntualizando en los alcances y límites del presente estudio.....	63
3.5. Presentación de viñetas y diálogo de las mismas.....	64
3.6. Diálogo desde el propio marco referencial.....	86
3.6. Diálogo interdisciplinario.....	87
4. Conclusiones	
4.1. Articulaciones del caso y construcción de insistencias.....	89
4.2. Logros y pendientes explicitados por uno. Aspectos éticos.....	91
4.3. Relativos al DHS	
4.4. Cumplimiento formal de los términos del encuadre.	92
4.5. Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta	
4.6. Resultados para el desarrollo profesional y personal del sustentante.....	93
Referencias.....	96

Introducción

No todo lo que aparece en el proceso psicoterapéutico es transferencia, la transferencia lo es todo, pero no todo está en la transferencia. La alianza es algo que no se transfiere (Etchegoyen, 2009). El término de alianza terapéutica tiene historia y se puede afirmar que fue originalmente mencionado por Sigmund Freud (Safran & Muran, 2005). Se entiende que la transferencia son aquellos sentimientos o emociones transferidos por el paciente hacia el terapeuta. Mientras que la alianza terapéutica conlleva a sentimientos de afecto, confianza y con el objeto de análisis, ayudando al motivar el trabajo terapéutico.

El presente estudio aborda el Caso ALO, una niña, con la que como terapeuta desarrollé habilidades que fortalecieron la alianza terapéutica. El caso se lleva a cabo durante el segundo y tercer semestre de la Maestría en Psicoterapia Clínica, el enfoque utilizado en ese momento fue el psicodinámico. Mi interés por este caso fue la relación que se generó con ALO después de anteriores intentos sin éxito para que el paciente se quedara en el proceso psicoterapéutico, situación que con ALO sí se presentó.

Justificación

Dentro de mi formación como psicoterapeuta en el CESCO es que inicio mi experiencia del trabajo con pacientes. Durante el primer semestre viví casos en los cuales no hubo éxito en mis primeros acercamientos con pacientes dado a que estaban una, dos o tres sesiones y se retiraban. En el caso ALO se muestra una situación que se desarrolló de manera eficaz y con éxito y que atribuyo al resultado de establecer una sólida alianza terapéutica.

Más allá de describir los componentes de la alianza terapéutica, la exposición del caso se centra en el desarrollo de habilidades que se requieren para establecer y fortalecer la alianza terapéutica. Feixas y Miró (2012), mencionan que la relación entre paciente y terapeuta se diferencia de una relación entre amigos o parientes,

debido a la particularidad de que el paciente tenga la capacidad de resinificar sobre lo que le sucede o lo aqueja gracias al apoyo de habilidades del terapeuta que ayudan durante el acompañamiento clínico y psicoterapéutico por lo tanto se distingue de otro sujeto. Por mencionar algunas de ellas: empatía, escucha, autenticidad, autoconocimiento, autorregulación.

Sergi y Corbella (2011), mencionan que las primeras sesiones son importantes, si durante ellas hay alianza terapéutica, el paciente se sentirá seguro y se quedará de lo contrario este abandonará el proceso psicoterapéutico. En el trabajo realizado con ALO las primeras sesiones, determinamos entre ambas un encuadre dónde se explicó que era su espacio terapéutico, es decir cuándo terminar, de qué hablar y escuchar sus demandas. La escucha es importante durante las primeras sesiones al igual que el encuadre, como se ha mencionado, ya que el paciente se debe de sentir en un ambiente seguro y empático además de correspondido a escuchar sus demandas. A través de esto se considera que en las primeras sesiones encontramos a la alianza ligada al trabajo colaborativo y a la escucha.

La mayoría de los psicoterapeutas han experimentado el abandono de sus pacientes, pero los pacientes que han estado cerca del proceso psicoterapéutico también han sufrido cambios al estar en acercamiento al proceso personal clínico en sus vidas y por motivos que no logró saber con exactitud, generan el abandono sin hacer algún cierre de proceso. Por tal motivo ALO me interesó, principalmente porque fue uno de los casos donde observé habilidades importantes para la alianza terapéutica, sumándole un resultado eficaz, a diferencia de otros casos, dónde los pacientes no se quedaban y no finalizaban un proceso psicoterapéutico, tal vez porque no existía la alianza terapéutica.

En el trabajo con ALO se cumplieron varios logros: el cumplimiento de objetivos propuestos para la psicoterapia, las tareas asignadas como compromiso de estar vinculado con el espacio terapéutico por parte de ambos, expresar

sentimientos que eran de dificultad y la confianza en sí misma al relacionarse con los demás, lo que permitió el desarrollo de la confianza que el paciente llegó a paciente logró tener en mí, lo cual permitió una colaboración mutua en el desarrollo de habilidades en mi ejercicio como psicoterapeuta en formación, fortaleciendo en mí el rol de psicoterapeuta lo que a su vez permitió la construcción de habilidades en el paciente para el logro de objetivos y cumplimiento de tareas.

Este proyecto pretende aportar una perspectiva del trabajo psicoterapéutico y de los cambios a través de experiencias vivenciales que desarrollan la alianza terapéutica y que ocurren en el espacio psicoterapéutico para generar un cambio en paciente y en terapeuta.

En el presente estudio de investigación, se considera como objetivo general analizar las habilidades que el psicoterapeuta y el paciente fortalecen en el desarrollo de la alianza terapéutica al interior del proceso psicoterapéutico en el caso ALO” y como objetivos específicos, en un primer momento describir las habilidades del psicoterapeuta y del paciente, desarrolladas al interior del proceso psicoterapéutico y analizar el impacto del desarrollo de dichas habilidades para los acuerdos de colaboración en el logro de los objetivos propuestos para el tratamiento. Además integrar las diferentes maneras de llamar a la alianza terapéutica; vínculo, relación terapéutica y alianza de trabajo.

En el presente trabajo se desarrollaran lo siguiente, en el primer capítulo se proporcionara información del caso ALO, desde sus datos personales como el motivo explícito de consulta, los principales indicadores de la paciente observados y analizados durante el proceso psicoterapéutico, además en el mismo capítulo se presentara el psicodiagnóstico y pronóstico para así presentar el curso de la intervención desde el contacto inicial hasta la finalización, destacando los momentos de evaluación y toma de decisiones.

Como consecuente en el segundo capítulo se describirá el problema a intervenir, las indicaciones del tratamiento, la metodología, el esquema del procedimiento

indicado así como las contraindicaciones y finalmente se hablará sobre el contrato que se elaboró para el proceso.

Por último en el capítulo tres se mencionará y describirá las premisas fundamentales y principales del marco referencial en diálogo y crítica con otros autores, además de presentar desde el marco referencial de la autora tratando de ser concreta y puntualizando los alcances y límites del presente proyecto, en el cual se dará parte importante la presentación de viñetas y un diálogo sobre las mismas que darán pieza importante al estudio y sustento del proyecto.

Al finalizar este estudio de caso, se pretende realizar, con base a la observación y análisis del proceso psicoterapéutico vinculado al desarrollo de las habilidades que fortalecieron la alianza terapéutica. Es por ello que la pregunta rectora que surge en el desarrollo de mi trabajo de obtención de grado, es la siguiente. ¿De qué manera se fortalecen las habilidades del terapeuta y del paciente con el desarrollo de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico?

1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

1.1. Datos generales

La paciente a quien por motivos de confidencialidad llamaremos ALO. Ella es una niña de 11 años, mide aproximadamente 1.45 m., durante la primera entrevista se mostró callada, postura encorvada, dio la impresión de estar muy nerviosa y tímida, sonríe mucho de manera nerviosa. Lleva cabello recogido con un fleco grande que le tapa parte del ojo derecho y vestía con uniforme de colegio. Cursa el sexto grado de primaria cuando asiste a consulta, es llevada por su madre a sesión.

Es la segunda de tres hijos, vive con sus padres y sus dos hermanos, aunque hubo ciertos periodos en que llegó a vivir en casa de su abuela materna, junto con su madre y sus dos hermanos. Su padre de 34 años es empleado de una empresa de servicios televisivos y telefónicos, mientras que su madre es ama de casa quien tiene 32 años. La madre menciona que recién ingreso a un curso de computación para poder meterse a trabajar.

Resistente al abordar el motivo de consulta que manifiesta su madre, incluso no lo menciona lo disfraza con otras palabras, por ejemplo: *-eso... lo que me hizo mi tío-*. Durante el transcurso de las sesiones, la expresión de sus ideas y la conversación de estas fue más fluido, incluso expresaba situaciones de desagrado o agrado que le provocaban dichas situaciones que se encontraban dentro del contexto, social, familiar, escolar y dentro del espacio terapéutico.

1.2. Motivo explícito de consulta.

ALO es llevada por su madre a consulta tras vivir, un intento de abuso a los cinco años por parte de su tío, hermano de su madre. La madre explica que a raíz de que estaba viendo un programa de televisión, donde representaban un caso de abuso sexual, observó las consecuencias negativas sociales, emocionales y de relación que tenía la protagonista del programa con respecto al haber vivido una

situación con abuso sexual, por tal motivo la madre de ALO decide llevarla a proceso.

1.3. Ruta por la cual accedió al servicio de psicoterapia.

Anteriormente asistía a psicoterapia su madre y el hermano mayor al CESCO, dicho motivo no se sabe con exactitud, ALO llegó a mencionar que su madre llevaba a su hermano porque tenía mala conducta, pero la madre no mencionó nada al respecto de esto. Tras estos antecedentes, la madre se dirigió al centro comunitario para que ALO hablara sobre el intento de abuso, el cual fue demandado por la madre. Dirigiéndose al CESCO por ya haber conocido sus servicios. También la madre de la paciente asistió al centro comunitario ya que mientras ALO iba a su proceso ella tomaba unos cursos de computación, al menos eso explico al principio, después menciono estar en un taller donde se trataban temas de relaciones familiares.

A través de la coordinación del centro, ALO me fue asignada en el segundo semestre de la maestría. Contacte a la madre por vía telefónica, me presente primero mencionando el centro comunitario y después mi nombre y el motivo de mi llamada, como consecuente acorde con la madre el día y la hora en que teníamos que vernos para comenzar con el proceso psicoterapéutico de ALO.

1.4. Principales indicadores

Organicidad.

La paciente, ALO no presentó ningún rasgo que dé pie a considerar un malestar de tipo orgánico o alguna incomodidad física diagnosticada. Motrizmente se manifiesta estable y sin complicaciones para realizar actividades que se suscitaron en el espacio terapéutico. Su lenguaje es fluido y estructurado, no presenta dificultades para conectar ideas, tiene consciencia del tiempo y espacio,

de los eventos y situaciones. Auditivamente no presento durante las sesiones algún daño o dificultad para escuchar.

Situaciones.

A partir de la tercera sesión ALO comenzaba a manifestar interés en los conflictos de sus padres y las situaciones de violencia que presenciaba en su hogar, además de las injusticias que observa en su contexto social donde se desarrolla, por ejemplo en la sesión tres, ALO menciona que es injusta la situación en la que se encuentran los perros callejeros acerca del maltrato animal que sufren estos. En la sesión dos ALO menciona una situación violenta que vivió tras una discusión de sus padres donde el padre saco un arma corta punzante y amenaza a la madre de ALO. Ya en avanzadas sesiones expreso su desagrado por hablar del motivo de consulta explicito, el abuso sexual, el cual expresa su madre, dejando en claro que no quería hablar de ello por el momento, lo cual se respecto. Se observa que comunicaba su confusión ante tales situaciones como problemas familiares, sociales y en el colegio, a través de los materiales que se presentan en el espacio terapéutico, materiales los cuales se relacionan con acomodar objetos; por ejemplo Jenga, domino, etc. Además de dibujar una que otra vez.

Competencias.

En un primer momento ALO se le dificultaba expresar sus ideas, lo que siente o incluso lo que piensa es, pero conforme avanza el proceso se desenvuelve más, logra tener confianza en sí misma y en el espacio terapéutico en el que se encontraba. Es inteligente, muy colaboradora en el trabajo psicoterapéutico y flexible a él, expresa sus inconformidades y sabe dialogar estas inconformidades. ALO determina que el espacio psicoterapéutico le ayuda a conocerse más y tener confianza en sí misma.

Estructura subjetiva.

ALO observa situaciones de injusticia y de violencia encontradas en la sociedad, situaciones que son relacionadas con las que se observan en su casa. Además de la fantasía que observa en su contexto una de ellas las ideas místicas del abuelo, las fantasías de ALO al estar sola en un cuarto oscuro y los sentimientos de miedo.

La determinante en el caso fueron los contextos tanto sociales como familiares a continuación se describirá cada uno de los aspectos encontrados en el caso sobre el contexto en que se desenvuelve el paciente. Antes quiero señalar que se ha elegido como determinante porque durante el proceso con ALO se observó como las situaciones contextuales y familiares fueron muy importantes para la paciente y temas para la sesión.

Correspondiendo a su contexto familiar

ALO menciona que tiene dos hermanos, su hermana menor, tiene 9 años, con quien en ocasiones ha tenido conflictos, ya que ALO expresaba que su hermana es una niña muy consentida por su madre, pero a pesar de esto le gusta jugar con ella y hay momentos en que se divierte mucho con ella. Su hermano mayor tiene 13 años de edad, ALO lo describe como un chico muy travieso con ella y con su hermana también lo describe como un compañero de juegos, principalmente le gusta jugar con él juegos de mesa porque según explica ALO le explica como jugar. También mencionó que su hermano antes que ella iba al CESCO porque era muy “contestón” con su mamá, cuenta ALO.

La abuela materna la describe como ausente con los problemas pero a pesar de esto último tiene muchos conflictos con su madre y en ocasiones con su padre de ALO. Del abuelo, habla poco de él, y las pocas veces se ha referido como una persona que le regala cosas, pero de vez en cuando tiene esta comunicación, en las últimas sesiones habló acerca de un poder místico de su abuelo, puede escuchar

a los muertos, estos le piden favores al abuelo. Ambos abuelos saben acerca del abuso sexual.

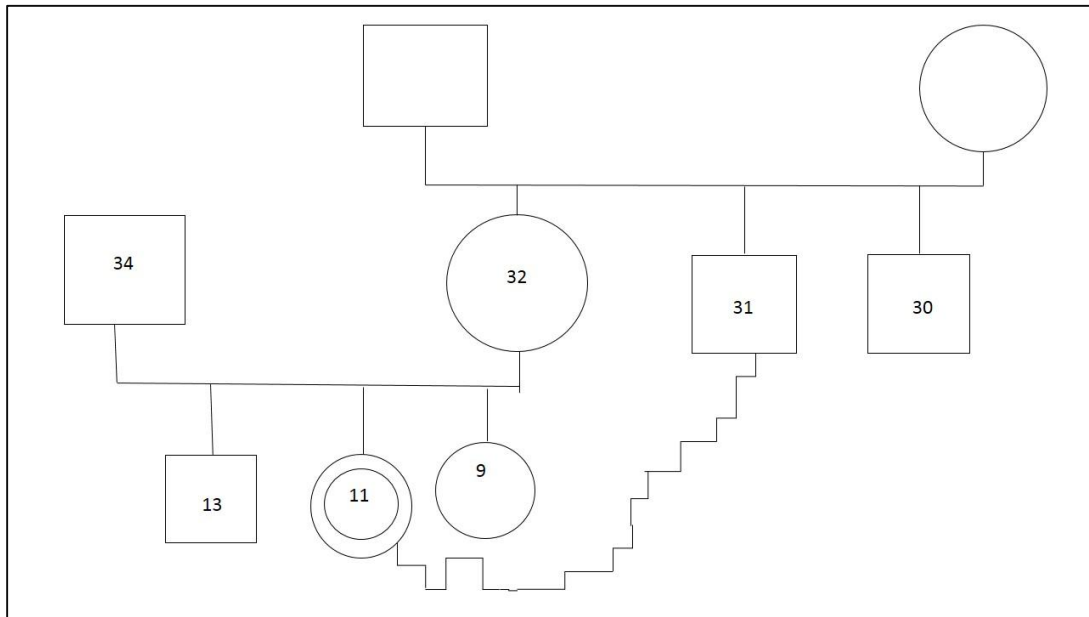


Fig. 1. Familiograma.

Contexto educativo.

La paciente mencionó que cursa el de primaria, incluso en las primeras sesiones llega a sesión con el uniforme. Al inicio de proceso expresó tener pocas amistades en el colegio, pero constantemente platicaba de una compañera del colegio quien a su vez contaba sobre los conflictos familiares que vivía en su casa dicha amiga. También expresó entusiasmada sobre la próxima etapa, la secundaria y sus expectativas sobre ello, acerca de tener más amigos y aprender nuevos conocimientos, mencionó que su materia favorita son las ciencias naturales.

ALO describió que con su agresor hay una relación distante, habla poco con él, y no se le quiere acercar, tiene sentimientos de vergüenza cada vez que esta cerca de él, además tiene mucho coraje por lo que le hizo, expresa. A través de la historia contada por la madre el agresor vive en casa de la abuela quien a su vez, esta no actuó al saber sobre el abuso sexual.

Contexto sociocultural: ALO es una niña que inicia la pubertad y la cual manifestó en varias sesiones acerca de los cambios físicos y emocionales que están próximos a ocurrir en su etapa como adolescente, también ha expresado la normalidad con que ve los cambios físicos de esta etapa, menciona el haber experimentado la autoexploración física de su cuerpo, reconoce la información acerca de la menstruación y los cambios físicos y emocionales que en ella ocurren.

1.5. Psicodiagnóstico y pronóstico.

De acuerdo a los códigos y el diagnóstico establecido en el DSM-V que ALO es una niña afectada por las relaciones entre sus padres siendo así tema constantemente en el proceso por lo tanto se considera el siguiente diagnóstico para ALO, además de la explicación del análisis de su diagnóstico:

V61.29 (262.898) Niño afectado por la relación parental conflictiva.

Debido a que tras el análisis del proceso ALO mostró una mayor atención a los conflictos constantes y negativos entre sus padres además de los desacuerdos en la relación entre estos, viéndose así afectado el desarrollo emocional de la paciente generando angustia, tristeza y un desequilibrio emocional.

Dentro del diagnóstico se encuentra también el abuso sexual el cual es el motivo de consulta inicial, caracterizado por cualquier tipo de actividad sexual con el niño que sea destinada a la satisfacción de una persona que tenga responsabilidad con el niño, ya sean conductas de caricias en los genitales, penetración incesto, violación, exhibiciones indecentes, etc. Por lo tanto se es considerado para este diagnóstico lo siguiente:

995. 53 (T26.22XD) Abuso sexual sospechado. Hallazgo ulterior.

Se considera un abuso sexual sospechado ya que durante el proceso no se mostró algún diagnóstico médico o algún otro documento que comprometiera al

agresor, pero al mismo tiempo ALO es exigida por la madre para que mencionara el abuso sexual del cual no recuerda con toda claridad y certeza sobre lo que paso.

Pronóstico: Se ha considerado que la paciente tiene un pronóstico favorable. Para ALO es difícil recordar la situación traumática del abuso sexual incluso no quería hablar del tema, lo cual fue respetado por mí como su psicoterapeuta, pero la situación se vio complicada cuando la madre insistía en hablar del tema del abuso sexual, volviéndose una situación incómoda y hasta angustiante para ALO por no poder recordar el evento.

Conforme avanza el proceso ALO tuvo otras inquietudes y que la angustiaban, los conflictos entre sus padres, las posibles separaciones entre estos, el cumplimiento de las tareas en casa tanto para sus hermanos como para ella, las cuales no son llevadas a cabo, la poca autoridad que hay por parte de su madre para que estas tareas sean respetadas como se acordaron.

Y las inquietudes sobre la secundaria, como próxima etapa para ALO, como ingresar a una nueva institución, conocer compañeros, entre otros aspectos. Es una niña con rasgos neuróticos, sabe reconocer sus emociones y las situaciones que las genera, es inteligente, es una niña en constante desarrollo social afectivo y personal.

1.6. Curso de la intervención desde el contacto inicial hasta la finalización.

Durante el inicio del proceso con ALO no se estableció un número específico de sesiones. Se han registrado 23 sesiones, tres de estas sesiones no asistió, la tercera la madre avisa no poder asistir, una sesión la psicoterapeuta no pudo asistir, la sesión número 19 se establece nuevo encuadre se estableció nuevo horario y nuevo día, cambiando de martes a miércoles a las 5:00 p.m. Se dio al cierre proceso a petición de ALO quien decidió terminar con el proceso.

Momentos de evaluación y toma de decisiones

En un primer momento el caso fue supervisado bajo el enfoque psicodinámico y parte del caso lo fue, tres sesiones o cuatro antes del cierre fue supervisado bajo el enfoque de terapias posmodernas. A continuación se describe los momentos de evaluación según el enfoque utilizado.

- Durante las primeras sesiones la comunicación con ALO fue a través de juegos de mesa, se disfrutaba de estas actividades, las cuales mencionó en varias sesiones ser las favoritas también en su casa. Se observa que los juegos ayudan a ALO a organizar y a comunicarse siendo también objeto de interpretación para el terapeuta. Un ejemplo de ello es el juego llamado *Jenga*, dicho juego su objetivo es acomodar las barras de madera tratado de que no se derrumbe la torre, el primero en derribarla es el perdedor. Dicho juego fue interpretado por el grupo de supervisión relacionándolo con la situación actual en el contexto familiar de ALO en la dificultad de reorganización al contar los eventos del conflicto.
- Tras el cambio de enfoque de psicodinámico a terapias posmodernas, en la maestría en psicoterapia clínica en el proceso ALO mencionaba temas como confianza, se mostraba más abierta, sus respuestas eran más explícitas y poco a poco se dejó de usar menos los juegos de mesa utilizando mas así el diálogo.
- Para las terapias narrativas la importancia está en la construcción del lenguaje y la historia dominante de poder, quiere decir que la prioridad está en lo que el sujeto narra desde su propia vivencia y no con lo que otros han contado de él. Si bien a partir de lo escrito este enfoque me dio la herramienta para considerar primero, ALO no era el cliente ya que no es quien se queja o está interesada en resolver problema o el motivo explícito de consulta, ya que es llevada por otro sujeto quien es su madre. Segundo al explorar que situación, conflicto, problema o motivo quería trabajar ALO, nos dimos cuenta tanto ella como yo que su demanda era ser escuchada, ser comprendida y ser respetada con sus decisiones y sus percepciones sobre lo que ocurre a su alrededor, además de respetar su propio espacio en tiempo y lugar.

- Tras estar en supervisión con el enfoque posmoderno ALO decidió terminar proceso, su discurso al momento de tomar la decisión fue, “ya se siente mejor”, respecto a lo que paso (abuso sexual). Tras el cierre de sesión se hizo mención de lo trabajado como los logros o los objetivos. ALO expreso que se observaba más abierta con sus compañeros, mejoró la comunicación con su madre, además de mencionar que ir a proceso psicoterapéutico ha encontrado un ambiente de confidencialidad y se sintió divertida por los juegos de mesa porque a diferencia de jugar en otro lado, puede tener este espacio de *concentración*, así lo expreso.

1.7. Motivo explícito de finalización.

Se dio por terminado el proceso psicoterapéutico, debido que ALO ha afirmo que se sentía mejor con respecto a la demanda inicial sobre el abuso sexual, ALO ya en anteriores sesiones lo había expresado, explicaba que ya se sentía segura de cerrar.

Se consideró a través de las clases de supervisión con enfoque de terapias posmodernas que la demanda era para la madre, ya que fue muy insistente para que este se trabajara. ALO era un paciente sin una demanda y sin un objetivo para trabajar, así que al trabajar y explorar sus inquietudes hacia la psicoterapia, la misma paciente se dio cuenta que no había nada que ella quisiera trabajar objetivamente por el momento en un proceso psicoterapéutico.

ALO expresa que se siente segura de terminar su proceso ya que ella afirma que se siente mejor con respecto al abuso sexual ya que puede expresarlo sin vergüenza, además de que sesiones pasadas me había expresado su inquietud, preguntaba: -¿Cuántas sesiones faltaban para terminar?- o afirmando que -no porque no le gustaba ir a proceso sino porque para ella era mejor quedarse en su casa a descansar-. Después decide quedarse un poco más de tiempo, aproximadamente otras cuatro sesiones, poco después se introduce el modelo de

terapia Breve y al haber observado sus herramientas y que estas habían sido fortalecidas, decide terminar proceso.

1.8. Indicaciones adicionales de tratamiento.

Durante el proceso surgieron situaciones en las cuales la madre insistía que se hablara del motivo de consulta generando en ALO angustia y confusión, tras observar las situación en que se veía presionada ALO, le pedí a la madre llegar a un acuerdo para respetar el ritmo de trabajo de la paciente y sobre todo el manejo de información de su propio proceso psicoterapéutico.

Sobre otras indicaciones con otras disciplinas no existió ninguna otra indicación para ALO.

1.9. Principales indicadores significados como cambio producto de la psicoterapia.

Los cambios que en el proceso se han observados son la fortaleza de herramientas sociales y personales para la paciente, dichas herramientas también son observadas en ella. Otro aspecto importante que ella describe es que se relaciona con mayor facilidad con su contexto social, como en el colegio donde ha tenido más participación con su grupo de clases, ella menciona que anteriormente era tímida, ahora puede relacionarse sin complicaciones a ser juzgada.

Sobre el motivo de consulta inicial, ALO considera que se siente mejor al respecto, no genera un sentimiento de vergüenza al expresarlo, pero se considera que uno de los demás cambios importantes respecto a este motivo de consulta es la expresión de emociones y sentimientos ya que su lenguaje al expresar emociones es más fluida y estructurada.

Tras al haber supervisado con el modelo de Terapia Breve centrada en problemas, se obtuvo el siguiente resultado: se trató de establecer con ALO ciertas alternativas para clarificar a través de la curiosidad como técnica, cuál era el motivo

o el objetivo para ir a psicoterapia sin mencionar o relacionar los objetivos de su mamá, sino desde lo que le preocupaba o quería hablar ella. Esto ayudo a que pudiera darse cuenta cuales eran sus preocupaciones o demandas, dando como resultado las preocupaciones de los conflictos entre sus padres y las dinámicas de relaciones tanto sociales, como familiares y en su medio social escolar.

ALO comenzaba a usar herramientas que le permitían no solo comunicarse con su contexto sino con su mundo interno, puede dialogar y reconocer las cosas o situaciones que le desagradan.

2. FUNDAMENTOS Y DISEÑO INICIAL.

2.1. Problema a intervenir con uno

El presente caso despertó mi interés a raíz de involucrarme en el aspecto clínico y de la psicoterapia, cuando comencé mi práctica como psicoterapeuta, me hacía cuestiones de cómo ser un buen terapeuta, que habilidades se deberían de tener o cuál de ellas reforzar. Al momento de estar en sesión me interesaba todo lo que envolvía la dinámica y la relación del paciente terapeuta y sobre lo que hacía que se distinguiera de otra disciplina u otras relaciones como amigos o vecinos, etc. Además comencé a observar que en mis primeras sesiones con pacientes estos duraban, dos o tres sesiones y se iban, dejando el proceso inconcluso y además no se hacía un cierre como tal, abandonando su proceso, esto me hacía cuestionarme sobre mi desarrollo como psicoterapeuta en formación, mis actitudes y mis habilidades.

Pero cuando trabaje con ALO, me dio la oportunidad no solo para acompañarla en un proceso psicoterapéutico si no para darme cuenta sobre las habilidades que intervienen para un desarrollo enriquecedor y favorable para una buena relación, sobre todo concluí que en un proceso psicoterapéutico los sujetos se construyen tanto como paciente como terapeuta. Después de cada paciente el terapeuta se ha construido a través de la relación.

Tras las intervenciones durante el trabajo con ALO se enfocaron a la asertividad de la comunicación, a expresar sentimientos y necesidades, a no cubrir expectativas de la madre y confiar en el mundo externo, lo que hacía al mismo tiempo un reto para mí, confiar en mi mundo interno, trabajar en mis diálogos internos, pero sobre todo fluir y dejar que el desarrollo y el curso del proceso avancen, no olvidando también la importancia de la dinámica de transferencia, siendo un tema importante sobre la alianza terapéutica.

2.2. Indicaciones de tratamiento

Se estableció trabajar con ALO en un proceso personal pero por ser un sujeto menor de edad se acordó dar constantemente y con su autorización de la paciente, mostrar a su madre los avances del proceso o aspectos que pudieran ver afectados o de máxima importancia hacía la integridad emocional o física de ALO.

Se acordó que las sesiones semanales y que deberían de ser de 50 minutos cada sesión. Hubo tres cambios con respecto al horario y al día acordado en un primer momento se negoció las sesiones los martes de 6:00 a 7:00 de la tarde, después en la sesión # se re encuadró de 3:00 a 4:00 de la tarde, pero por motivos institucionales en el CESCO y horarios de esta misma se volvió a establecer los días miércoles de 5:00 a 6:00 de la tarde, este día y horario se respetó hasta el día de finalización. Además de informar sobre la supervisión de casos y la utilidad del mismo para beneficios de formación profesional e investigación.

2.3. Congruencia metodológica.

En el presente proyecto se apoyara en el modelo de investigación utilizado por Françoise Dolto (1971), en su obra literaria *El caso Dominique* ya que tras el estudio, investigación e intervenciones con pacientes nos muestra la posibilidad de trabajar un proceso analítico sobre la experiencia clínica y el registro de esta desde lo vivencial y acontecido en el proceso psicoterapéutico.

El proceso de ALO fue supervisado en un primer momento en el enfoque psicodinámico y al momento de su finalización se desarrolló con un enfoque posmoderno con terapia breve centrada en problemas y soluciones. Cuando el proceso fue supervisado por el enfoque psicodinámico las intervenciones fueron prioritarias en la interpretaciones y señalamientos además de trabajar en la confianza con el paciente. Mientras que al trabajar con terapias posmodernas con enfoque de terapia breve centrada en problemas y soluciones se priorizo trabajar

con la búsqueda del objetivos de trabajo, sobre la demanda de la paciente y no de la madre.

El presente estudio de caso se verá enfocado al análisis de habilidades que tanto el paciente como el terapeuta fortalecen que ayudan y aportan al desarrollo de la alianza terapéutica al interior de un proceso psicoterapéutico, así como también distinguir las variables de la alianza terapéutica de la transferencia que es un concepto importante sobre la cual ha sido tema de controversia e importancia al interior de un dispositivo clínico y en la relación terapéutica, ya que el terapeuta y el paciente están sujetos a presenciarlo durante el proceso y el desarrollo.

Además de apoyarse en las viñetas y el análisis de ellas para ejemplificar al análisis que se pretende llegar, por lo tanto se deberá presentar las sesiones y el formato utilizado en la institución donde se laboró durante en el proceso con ALO, dichos formatos son llamados como F1, el cual pertenece a la hoja de contacto, F2 a la hoja de seguimiento en la cual se registran las sesiones y las observaciones en caso de tener, F3 donde se expone la relatoría de sesión tras sesión, F4 registra datos relevantes del caso así como también el diagnostico psicodinámico y por último el F5 que ayuda a dar un cierre de proceso.

2.4. Pertinencia técnica

Antes del caso ALO se había trabajado con pacientes desde un enfoque humanista, tras esta experiencia no se lograba tener un paciente recurrente lo cual solo iban dos o tres sesiones e interrumpían el proceso. Otro aspecto importante para la construcción de este análisis es que mi paciente ALO fue la paciente con menor edad que las anteriores pacientes ya que eran madres con hijos adolescentes y amas de casa, mientras ALO siendo una niña próxima a entrar a una etapa de la adolescencia sus intereses y problemáticas eran distintas.

Durante el proceso con ALO se revisó en un primer momento que el psicoterapeuta pudiera generar confianza en ella y formar un trabajo colaborativo

mutuo, además de reorganizar hechos relevantes sobre el abuso sexual y trabajar en la percepción que la tenía sobre la problemática, generando así un desarrollo de la alianza terapéutica. Al comienzo del trabajo con ALO se trabajó desde un enfoque psicodinámico, ayudándola a poder explicar con palabras lo que estaba viviendo y el interés sobre otros temas, se trabajó la interpretación de símbolos en los juegos, a través de estos podía explicar lo que ALO trataba de comunicar.

Tras el avance del proceso con este enfoque ALO comenzaba a fluir favorablemente en el proceso, tanto que priorizo no trabajar el motivo de consulta inicial por el momento. En el proceso se descubrió que el motivo inicial de consulta era el interés de la madre había preguntas sobre ¿Por qué la insistencia de la madre por trabajar un abuso sexual?, el cual se observaba para ALO vergonzoso y confuso tras no recordar aparentemente nada. Lo que realmente priorizaba a ALO era las constantes discusiones conflictivas que sus padres tenían haciéndola además participe de ello.

Cuando el caso cambio de enfoque psicodinámico al posmoderno, se estableció que ALO no era cliente sino que era el sujeto que es conducido por el verdadero cliente. Como desde los enfoques posmodernos se considera que no se puede trabajar si no hay cliente, se optó por poner a ALO como cliente así que se le sugirió a la niña que pudiera expresar con claridad su motivo de consulta, el motivo por el cual estaba en el proceso y que, si no existiera el que expresa su madre por cual otra situación ella estaría ahí, a lo que contesta sobre las habilidades sociales.

Fue muy útil el uso de material y el juego con ALO ya que a través del juego pude logra obtener un resultado favorable, por medio del juego ALO y yo nos comunicábamos y al mismo tiempo generaba confianza.

2.5. Adecuación de medios

Al comienzo del proceso se solicitó que la madre de ALO estuviera presente ya que por ser menor de edad tenía que estar acompañada de un adulto, además de poder firmar los formatos que solicita la institución sobre el consentimiento informado. Durante la primera sesión solo se priorizó abordar el motivo de consulta, encuadrar con la paciente y la madre sobre el horario y los días establecidos para vernos en el espacio terapéutico. Las primeras sesiones se dieron semanalmente todos los martes de 6:00- 6:50 p.m., después se acordó con la madre vernos los miércoles de 5:00-5:50 p.m.

Tanto a la madre de ALO como a ella se les informo sobre mi proceso de formación en la maestría en psicoterapia clínica y que la atención que se le daría a ALO era parte de dicha formación por lo que se le señaló que el caso sería supervisado semanalmente con la finalidad de evaluar, ayudar y enriquecer el proceso de ALO como paciente y el mío como terapeuta, todo bajo el aspecto de confidencialidad salvaguardando la identidad e información precisa de ALO y no verse afectada de manera personal, la madre acepto.

Durante el transcurso de las sesiones se presentaba información valiosa, pero por motivos situacionales y de supervisión no se logró obtener el permiso de audio grabar por lo que se optó por transcribir las sesiones de manera relatada por el terapeuta y parafraseando lo que la paciente exponía, por lo que se trató de transcribir lo más posible a la voz activa de la paciente.

Las sesiones se llevaron a cabo en uno de los salones del CESCO, donde se encontraba un escritorio y dos sillas, siempre se trató de que el escritorio no imposibilitara la escucha o la relación de paciente y terapeuta por lo que solo para jugar los juegos de mesa o actividades como el colorear y moldear plastilina, etc., se utilizaba dicho escritorio en otros momentos acercaba la silla dando la espalda al escritorio.

De acuerdo al uso del material como juegos de mesa, pinturas, arcilla entre otras fueron apoyo del CESCO para su uso en el proceso, además de que ALO se mostró muy flexible con cada uno de los materiales, antes de utilizarlos se le informo que el material era de la institución y debería ser regresado cuando se terminara la sesión. Sesiones antes de terminar y hacer el cierre, ALO se mostraba menos interesada por los materiales, comenzaba a hablar con mayor frecuencia y no había tanta necesidad de comunicarse por medio de los materiales.

2.6. Esquema del procedimiento indicado.

El inicio del proceso psicoterapéutico con ALO se da un 26 de enero del 2016, concluyendo el mismo un 6 de julio del mismo año. Durante el proceso con ALO el caso estuvo supervisado al principio desde el enfoque psicodinámico, poco antes de hacer el cierre con ALO se supervisaba bajo la mirada y la escucha desde el enfoque de terapias posmodernas.

Al inicio del proceso no se estableció o acordó un número específico de sesiones ni con la madre ni con ALO, así que se registraron 23 sesiones, 18 sesiones realizadas y cinco canceladas, dos de ellas la paciente no asistió, una sesión mando mensaje la madre de ALO pidiendo vernos después, otra de ella fue cancelada por la terapeuta por motivos personales y la última se canceló por cuestiones de reencuadre.

Tras supervisar con el enfoque de terapias posmodernas y comenzar a observar los cambios ALO decide dejar el proceso y al mismo tiempo acordó junto conmigo hacer un cierre de proceso.

2.7. Indicaciones y contraindicaciones

Al comenzar el proceso con ALO, la paciente llego con sentimientos de vergüenza, pero al mismo tiempo se sentía confundida por no recordar la situación del abuso sexual el cual era expresado por la madre. ALO mencionaba darle

vergüenza conmigo sobre lo que se decía en el motivo de consulta, tanto que decidió no trabajar en su debido momento, pero la insistencia de la madre por querer trabajar el tema del abuso sexual, hacia tanto a mí como a ALO tener que cubrir una demanda exigente cayendo en un sentimiento de responsabilidad en mí y en ALO una angustia por no recordar y querer cubrir una exigencia sobre otro sujeto.

Tras esto el trabajo con la supervisión me ayudo para darme cuenta sobre la transferencia que se vivía con el caso ALO, al darme cuenta de lo que pasaba con los objetivos de la madre comencé a priorizar lo que pasaba con ALO y la angustia que se provocaba en ella, considere enfocarme en los temas que para ella eran importantes y que además a través de ellos ALO mencionaba temas que parecerían no agradaarle mucho a la madre, por lo que se generó una alianza con ALO con ayuda de la confidencialidad y la empatía, además de la escucha que en las sesiones se daba.

Tras el generar una buena relación fue favorable para el proceso de ALO ya que ella comenzó a observarse más segura del proceso y del terapeuta, observándose fluida, cooperativa, interesada y además aportaba sus cualidades para el desarrollo productivo y constante del proceso. Tras el cambio que se iba observando en ALO, ella podía expresar aquellas situaciones o eventos que generaban disgusto o de lo contrario agrado, podía expresar sentimientos como la felicidad, enojo, tristeza y miedo al mismo tiempo distinguir que situaciones que generaban dichos sentimientos.

Esto también provoco que ALO reconociera lo que pasaba en su contexto al mismo tiempo podía observar lo que pasaba en su contexto y dialogar sobre ello, desde la percepción de su familia, sus compañeros de clase y del vecindario dando juicios sobre la evaluación de su percepción, determinando así que ALO estaba interesada por motivos diferentes sobre los que la madre expresaba.

2.8. Alcances y límites pronosticados para el caso

Uno de los alcances en el caso con ALO fue priorizar el motivo de consulta de la paciente quitándole peso al motivo de la madre ya que generaba la resistencia por parte de ALO a seguir con el proceso, pero en ese aspecto la madre mantuvo el hecho de seguir el proceso a pesar de que ALO menciono aburrirse y querer abandonar el proceso psicoterapéutico.

Tras encontrar sus propias motivaciones o intereses en el proceso ALO comenzaba a mostrar resultados positivos hacia este, tanto así que pudo establecerse una alianza de trabajo, ya que se mostraba responsable observándose en conductas como hacerse cargo de la tarjeta de asistencia, o llegar sin ser acompañada de su madre hasta el cubículo. Ayudando también a expresar sobre las inconformidades que se observaban en su casa y con los miembros de la familia, lo que antes no lograba expresar sobre todo de su madre.

También es importante prestar atención a las redes de apoyo que ALO tenía y que en cierta manera ayudaban a mantenerla en el proceso, una de ellas era el padre el cual parecía un hombre que apoyaba sus decisiones, pero que al mismo tiempo se mostraba ausente, otro era el hermano mayor con quien podía apoyarse en el aspecto de confidencialidad y compañerismo, aunque suele expresar durante el proceso tener conflictos con la hermana menor esta hace elogiar el hecho de que este yendo a proceso psicoterapéutico, expresándole su interés por estar ella también en uno. Aunque la madre estuvo insistente trabajar sobre el abuso sexual, tras el curso del proceso comprendió y comenzó a tolerar y aceptar el ritmo de ALO incluso pudo llegar a respetar el espacio terapéutico dándole como validez a sus decisiones.

Una de las limitantes para desarrollar el caso fue no haber podido grabar en audio y video, esto a raíz de situaciones de supervisión, lo que dio como resultado una desventaja en la pérdida de información que pudo haberse rescatado o que probablemente no me haya dado cuenta de alguna que se haya perdido, además

creo necesario el material para la constante auto observación y auto evaluación como psicoterapeuta ya que ayuda a escuchar desde otra postura.

2.9. Contrato

Como se ha mencionado con anterioridad la madre es quien solicita la atención, en la primera sesión se tiene como finalidad u objetivo entrevistar a las dos tanto a ALO como a la madre. Inicio preguntando por qué el motivo inicial de consulta y que las hacia estar buscando los servicios, tras escuchar la demanda la cual era expresada por la madre, yo solo me disponía a escuchar y observar lo que pasa con ALO, al finalizar de escuchar el discurso de la madre me es dada la oportunidad de presentarme y explicar sobre la intención de mi labor, aclare sobre los consentimientos informados y el permiso para que el caso de ALO fuera llevado a supervisión como parte de mi formación como psicoterapeuta, no sin antes aclarar que sería salvaguardando la confidencialidad de la persona y el respeto por ALO.

También acordamos día y hora para las sesiones, esto solo acordado con la madre, ALO permanecía callada, tras observarla se le aclaró a la paciente que dichos convenios se hacían directamente con su madre por ser una paciente menor de edad y también por ser la persona responsable de su seguridad, pero también mencione tanto a ella como a la madre que el proceso y el curso del ello era de ALO así que sería respetado lo que ALO en su momento deseaba trabajar.

Otro aspecto importante que se le explico a la mamá de ALO y a ésta fue que constantemente se le daría a la señora informes sobre el seguimiento y los cambios que se estuvieran observando en ALO, pero también con la condición de que esta última lo aceptara, siempre y cuando no peligrara su vida e integridad física y emocional me vería con la necesidad de informárselo a su madre.

Análisis del momento de contratar

El determinado encuadre se determina con la madre en cuanto a los horarios, y los días establecidos, pero hubo un cierto momento del proceso que ALO se responsabiliza incluso de opinar el horario o determinar el curso del proceso. Se establece además que las sesiones serán de 50 minutos y que debemos terminar en tiempo ya que está también establecido por la institución.

Otro aspecto importante son las asistencia e inasistencias las cuales se les informo que se eran un máximo de tres sesiones en falta sin justificar sería dada de baja, por lo que se estableció que si hubiera algún inconveniente no poder asistir, tendrían que avisar con anticipación por lo menos un día, ya sea en mensaje de texto o una llamada, a esto último se entregó mi número de teléfono celular por tales situaciones que se pudieran presentar con respecto a la cancelación de sesiones.

En cuanto a los honorarios se le solicito a la mamá de ALO que las sesiones se deberían de pagar a la institución al momento de solicitar le servicio y que el costo de la sesión sea señalado por la misma institución y si hubiera algún inconveniente o inconformidad sobre el costo debería ser notificado para ser modificado. Al término de la primera sesión nos trasladamos a recepción para acordar sobre lo del costo, la tarjeta de citas y todo lo relacionado con los honorarios y costos de la sesión descritos por la institución.

Encuadre resultante

Se acordó y se trabajó con ALO todos los martes de 6:00 p.m. a 7:00 p.m. con la duración de 50 minutos semanales en las instalaciones del CESCO, pero después se estableció todos los miércoles de 5:00 p.m. a 6:00 p.m. Sobre las faltas que se registraron en el proceso dos no fueron avisadas y las otras tres se avisaron.

De acuerdo a la confidencialidad sobre la integridad física y emocional del paciente podría ser cancelada solo y únicamente, en caso de que la seguridad de la paciente o alguien más estuviese en riesgo.

Se estableció a ella y a su mamá que al momento de la decisión de cerrar el proceso si ella así lo decidiera se tendría que respetar en el momento que lo deseará, pero también se le señaló que de poder avisar con anticipación sobre el cerrar, era lo más conveniente.

3. DESARROLLO Y CURSO DEL CASO.

3.1. Marco referencial.

En el siguiente apartado se expondrá el marco referencial, en el cual se pretende desarrollar los conceptos básicos del proyecto de obtención de grado y observados en el caso ALO el cual será sustentado su desarrollo con los mismos conceptos, después se realizará un diálogo sobre las críticas de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores, como consecuente se describirá los enunciados de posicionamiento propio, puntualizando los alcances y límites del presente estudio.

En un primer momento se presentara los términos usuales del marco referencial, los cuales serán analizados para el caso ALO. Continúa con las premisas esenciales, sobre las habilidades terapéuticas tanto para el psicoterapeuta como para el paciente, la alianza terapéutica y el proceso psicoterapéutico, analizado desde tres enfoques humanista, psicoanalítico y con terapias posmodernas. A continuación se muestran los términos usuales.

Términos usuales:

Alianza terapéutica. Feixas y Miró (1993) citan a Bordin, mencionando que la alianza terapéutica es originada desde un enfoque psicoanalítico y que dicha alianza es un vínculo establecido entre terapeuta y paciente, además de que recae influyendo en la colaboración que el paciente tiene en su propio proceso. Así cabe destacar que la alianza terapéutica es el camino hacia el trabajo colaborativo generando en el paciente y en el terapeuta un cambio en las relaciones.

Psicoterapia. Se le considera a la psicoterapia como cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones según Feixas y Miró (1993). La psicoterapia es un proceso orientado al cambio tras la relación entre pacientes y terapeutas, donde se vinculan aspectos transferenciales. A través de la psicoterapia

se busca el tratamiento para el problema que aqueja al sujeto, en el cual quiere sentirse acompañado y escuchado durante su curso.

Transferencia. Es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad, mencionado por Laplanche (1996).

La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución. Mientras que los sentimientos y emociones que se dan en la transferencia y que se despiertan de manera inconsciente entre una serie de sucesos psíquicos en la alianza terapéutica hay una autenticidad de sentimientos y emociones hacia el terapeuta de manera real.

Proceso psicoterapéutico: Al hablar de proceso psicoterapéutico se hace referencia al conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio al fin de la psicoterapia. Feixas y Miró (1993)

3.2. Presentación de las premisas esenciales del marco referencial en diálogo con otros autores.

3.2.1. Habilidades del psicoterapeuta.

Habilidades del psicoterapeuta desde el enfoque humanista.

No se puede generalizar en cuestiones de actitudes, posturas o estilos terapéuticos ya que cada uno de los psicoterapeutas se desenvuelve en un proceso clínico de diferente manera, su relación y sus experiencias con los pacientes serán

distintas, por lo que sus habilidades se verán observados o plasmadas diferentes en el desarrollo de un proceso psicoterapéutico.

El psicoterapeuta podría pasar por varias fases para desarrollar sus habilidades Feixas y Miró (1993); el terapeuta tiene que responder al paciente de modo que facilite la exploración del problema, la segunda conlleva a la empatía que va más allá de ponerse en el lugar del otro. Debe tener capacidad de escucha; el disfrutar oír a los demás, capacidad de conversar; habilidad verbal dentro de esta también se encuentra la empatía.

Las habilidades del terapeuta ayudan no solo a desarrollar una alianza terapéutica y favorable resultado de ello sino que también fortalece la construcción del sujeto, la seguridad, la confianza y la experiencia, quiere decir que basta con solo analizar que pasa dentro del espacio terapéutico y hacernos una crítica constructiva sobre lo que estamos haciendo con el otro como psicoterapeutas.

El psicoterapeuta necesita de ciertos conocimientos para desempeñar la labor, es necesario tener conocimientos sobre las técnicas y evaluaciones o por lo menos haber estado de cerca de un proceso clínico, psicológico, terapéutico es quiero decir que no basta con que se haya estudiado como psicólogo. Además de tener el interés por la interacción social, la relación y participación con el otro, además de interesarse por los procesos cognitivos y emocionales de una persona.

La empatía Una de las variables o habilidades que deben ser fortalecidas nos referimos la empatía como uno de los conceptos principales, que nos ayuda a cuidar del paciente. La empatía significa que no solo es ponerse en el lugar del otro, es acompañar, comprender y reconocer las sensaciones y emociones que nos transmite el paciente.

La teoría humanista menciona que al ofrecer un ambiente empático no solo supone entrar al mundo del otro y responder a él y comprender la situación o situaciones, se caracteriza por la actitud del terapeuta de la valoración incondicional

de la experiencia del cliente, capacitándolo para que se sienta completamente aceptado y comprendido. Además de que la reduce la ansiedad interpersonal y permite que el cliente tolere más la ansiedad intrapersonal en el auto exploración y crea un ambiente optimo, para implicarse en las tareas cognitivo/afectivas de la terapia (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996)

Cuando la experiencia se simboliza y se comparte, se confirma como lo que es mediante su comprensión por el otro. El proceso de armonía empática, por tanto, conduce a la construcción de un sentido de confianza en la propia experiencia. (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996) Generando en el paciente sentirse acompañado y entendido en su proceso psicoterapéutico y asumiendo responsabilidades hacia la aceptación de sí mismo y del otro.

A través de la empatía se genera cohesión de las relaciones y la de responsabilidad por parte de ambos, no sin retomar el código ético de la psicología, que puntualiza los límites de dichas relaciones con los pacientes a los psicoterapeutas. A partir de la armonización empática del cuidador de su experiencia, puede desarrollar un sólido sentido de su propio sí mismo. De un modo similar, los pacientes construyen de su propia experiencia reconocida y respondida por sus terapeutas.

La escucha, es un instrumento más importante, la herramienta que no debe de faltar en la caja para trabajar del psicoterapeuta, la cual genera en éste una satisfacción, haciéndolo sentir que disfruta escuchando al otro, es una habilidad que debe irse mejorando con la experiencia y con la dedicación importante.

Cuando el paciente se siente escuchado se siente acompañado por el otro, comprendido, generando así una armonía en sus gritos interno. La escucha ayuda al paciente a reflexionar, analizar sobre lo que le aqueja, va más allá de oír su voz y su dialogo, es comprender y entenderlo, escucharlo desde otros sentidos.

Salvador Moreno (2009), en su libro, “descubriendo mi sabiduría corporal”, menciona sobre la escucha empática que tiene la finalidad de comprender a la otra persona en este caso al que solicita nuestra ayuda, el paciente, el comprender desde su propia perspectiva de vida, para esto se requiere una escucha atenta, silenciosa sin tener que recurrir a los prejuicios, generando en el paciente un ambiente acogedor, seguro de poder compartir sus vivencias.

Para poder tener una mejor habilidad del escucha es importante trabajarla, incluso escuchar nuestras propias demandas. Se observa fácil al hablar de la escucha, pero cabe mencionar que es una habilidad constante en el trabajo como psicoterapeutas, donde requieres olvidarte de los diálogos acompañan, para poder entregarte al otro en el momento que es está solicitando la ayuda.

Arturo Bados y Eugeni García (2011) describen en su trabajo de investigación actitudes básicas del terapeuta desde una postura humanista, descrita además por Carl Rogers, una de ellas es la empatía.

La empatía. Implica entrar en el marco de referencia del cliente y comprender sus sentimientos, percepciones y acciones; es decir percibir las como el paciente las experimenta. Es preciso comunicar al paciente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa de modo manifiesto o latente. Si el paciente se siente identificado con su terapeuta se sentirá parte del vínculo terapéutico además se adhiere al tratamiento generando un desarrollo significativo y esencial para la formación de la alianza terapéutica.

Otras de las habilidades que los psicoterapeutas deben tomar a consideración ir reforzando en su práctica constante son: la capacidad de conversar, al contrario de otras conversaciones, la de un proceso psicoterapéutico debe tener como finalidad la orientación, el bienestar por el otro y solo la relación de trabajo. Feixas y Miró (1993), mencionan que la capacidad de conversar debe de estar sujeta a las habilidades verbales y que al conversar puedan resultar reforzante y

reconfortante, pero no solo para el psicoterapeuta sino que también para el paciente.

A esto último se agrega que el terapeuta pueda entablar un dialogo con la finalidad de que el paciente logre bajar sus niveles de ansiedad, y por lo tanto se considera que debe destruir todo prejuicios sobre el otro, debe calmar sus percepciones y persecuciones sobre lo que considera como dar un consejo, ya que el paciente busca un espacio diferente a los demás donde se sienta acompañada y no juzgada.

Aceptación incondicional: Esta actitud básica como suele llamarlas así Rogers (1997), el terapeuta debe aceptar al paciente tal y como es, sin prejuicios ni juicios, el terapeuta debe de aceptar a su paciente ya que tiene un compromiso con el además de lo negociable o económico, el terapeuta se ve comprometido en el momento en que acepta acompañar al sujeto.

El terapeuta percibe el yo del cliente tal como éste lo conoce, y lo acepta; percibe los aspectos contradictorios que han sido negados a la conciencia y al mismo tiempo también son aceptados como parte del cliente y ambas aceptaciones incluyen la misma calidez y respeto del cliente, menciona Carl Rogers (1997). Ante la aceptación no solo es considerada como parte de la profesión sino el amor a ella además de la responsabilidad que tenemos con el otro, la dedicación al arte de la profesión como psicoterapeutas y la dedicación por el otro y su malestar, ayudando al paciente a sentirse seguro y acompañado.

Retomando la obra de Feixas y Miró (1993) y su análisis sobre las habilidades del terapeuta, nos las describe como motivaciones que el terapeuta tiene hacia el trabajo colaborativo con pacientes a continuación describiré las que hasta el momento no se han escrito. Cabe mencionar además que los autores de la obra. *Aproximaciones a la psicoterapia*, citaron a Rogers, es él quien habla sobre estas motivaciones:

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismo y los demás. Es importante que el terapeuta tenga esta motivación por el trabajo con el otro, no quiere decir que todos los terapeutas sientan o tengan las mismas motivaciones, pero una en primordial es el interés por acompañar al sujeto quien se queja y se angustia.
- Capacidad de discernimiento emocional. Esta capacidad está ligada al conocimiento y la aceptación de las propias emociones la cual genera una actitud natural y genuina que facilita la curación psicoterapéutica de los demás. El psicoterapeuta requiere tener una amplia tolerancia a las emociones y la facilitación de ellas. Debe tener la capacidad de distinción sobre ellas.
- Capacidad introspectiva. La tendencia a la introspección en los psicoterapeutas puede ayudarles a facilitar la autoexploración del cliente.
- Capacidad de auto-negación. Esta capacidad resulta beneficiosa para la psicoterapia, ya que el terapeuta debe dejar a un lado sus propias necesidades personales y se interese y responsabilice en las necesidades del paciente.
- Tolerancia a la ambigüedad. Capacidad para soportar lo desconocido. El psicoterapeuta debe desarrollar la capacidad para resistir a un cierre prematuro, dar respuestas rápidas o asumir una posición autoritaria ante el estado de confusión y crisis del cliente.
- Capacidad de cariño. Los sujeto que deciden ser psicoterapeutas y entrar en el mundo de la clínica deben tener una actitud de paciencia y cariño hacia el otro o los otros, para que los sujetos que buscan de sus servicios se sientan acompañados con alguien que no les hace crítica y que los acepta tal y como son.
- Tolerancia a la intimidad. El terapeuta debe de ser capaz de resguardar la intimidad y la confidencialidad de los pacientes y solo

tomar el caso bajo el permiso de dichos pacientes y para fines profesionales como lo es la supervisión de casos o investigaciones que ayuden o sustenten el caso.

La confianza es la percepción del paciente de que el terapeuta trabajará para ayudarlo y de que no le engañará o perjudicará de ningún modo. La confianza viene determinada por las características del terapeuta:

1. Competencia
2. Sinceridad, la cual contribuyen la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal, y la consistencia entre las palabras y los hechos.
3. Motivos e intenciones del terapeuta. Cuanto más claro tenga el paciente que es por sus intereses y no por los del terapeuta que está trabajando, mayor será la credibilidad.
4. Aceptación sin juicios de valor de las revelaciones del cliente.
5. Cordialidad.
6. Mantenimiento de la confidencialidad.
7. Dinamismo y seguridad terapéutica manifestada a través de los gestos, la mirada, el volumen, la entonación, el lenguaje y la muestra de interés.

Dichas características sobre la confianza son mencionadas por Bados y García (Bados y García, 2011, p. 15), quienes citan a Goldstein para hacer referencia de una de las habilidades importantes para el desarrollo de un proceso personal que genere al paciente pertenencia a dicho proceso.

Habilidades del psicoterapeuta en el enfoque psicodinámico.

EL paciente y el terapeuta establecen un acuerdo entre ambos sobre las reglas que habrá en el proceso psicoterapéutico, así como también el encuadre que se desarrollara en el tratamiento y la relación y que a partir de ese momento lo único que cuenta es la habilidad del terapeuta para ofrecer interpretaciones, no dejemos a un lado la actitud del paciente para asimilarlas Coderch (2012).

Mientras no exista una relación que soporte al proceso será difícil que el cambio se observe y que además debe sumarse a éste la responsabilidad de cada una de las dos partes tanto el paciente como el terapeuta, pero que a través de las cualidades del terapeuta, la comprensión, la empatía y la escucha, el paciente se sentirá seguro en el dispositivo clínico y parte de él, para generar un cambio entregado a terminar con el problema que lo aqueja.

A través de la escucha debemos tomar en cuenta como psicoterapeutas, la información y preguntar de acuerdo a la información planteada, tratando de corroborar lo que el paciente está transmitiendo. También debemos de tomar en cuenta el dispositivo clínico y los medios ambientales que rodea al paciente como el contexto, la cultura y los valores, los cuales no deben de afectar los medios del terapeuta, ya que sus ideales y valores no serán los mismos que los del paciente.

Para poder tener una mejora en la habilidad de la escucha se pretende que el terapeuta renuncie al narcisismo, el cual es generado por no permitirse equivocarse y que el paciente sea quien lo admire. El terapeuta debe renunciar a este narcisismo para satisfacer al otro, el narcisismo va más allá de enaltecer, busca llamar la admiración del otro en este caso la del terapeuta que busca la del paciente a esto último ligado con el narcisismo se relaciona con la abstinencia del terapeuta, el cual en otras palabras se puede evitar que las ideas que tengo como sujeto quien escucha y no juzga ni da consejos, no asuma una responsabilidad de cambiar lo que el paciente considera pertinente, así como sus valores o creencias.

Al hablar de escucha encontramos la escucha en el psicoanálisis se refiere a tener espacios terapéuticos para el paciente y que pueda sentirse comprendido y seguro, el cual se diferencia del contexto, los problemas sociales de acuerdo al contexto en el que el paciente se desenvuelve, se desarrolla y relaciona, y que a través de esta escucha el paciente se encuentra comprendido desde otra voz fuera del contexto quien es externo a lo que sucede, ayudándolo a pensar para aclarar el panorama de la situación y llegar a un cambio.

Los tres han estado presente en la vida de los sujetos y han hecho de ellas una dinámica de relación en cada uno y de diferente manera, los escenarios de su vida y en cada una de ellas pueden llegar a tener una narrativa diferente. La escucha tanto para el psicoanálisis como para otros enfoques es importante para la que la relación terapéutica tenga éxito y generar un ambiente de trabajo importante que ayudará a formar una alianza terapéutica.

La contribución más importante que hace el psicoanalista a una buena relación de trabajo es la de su diaria labor con el paciente. La labor regular y ordenada ayuda al paciente acomodarse a lo que él tenga de extraño los procedimientos y proceso psicoanalíticos, así lo expresa Greenson (1976). En otras palabras, nos muestra la importancia de hacer sentir al paciente nuestra responsabilidad con él a través de la búsqueda de su bienestar y la mejor manera de demostrárselo es estar en la participación de sesiones, además de la dedicación personal a nuestro proceso como psicoterapeutas.

En un artículo de Salinas y Campuzano (2011. P. 213) entre otros investigadores hablan sobre las habilidades terapéuticas, citan a Carrasco, quien explica que hay tres grupos diferentes de habilidades y que pueden influir el proceso psicoterapéutico: las habilidades centradas en las estrategias terapéuticas, las centradas en el proceso terapéutico, y las centradas en la relación terapéutica. En los dos primeros grupos incluye habilidades que tienen que ver con el conocimiento teórico-metodológico del terapeuta y que le permiten llevar a cabo el proceso de identificación del problema y su alteración, mientras que el tercer grupo abarca las diversas habilidades y características del terapeuta y del usuario. De este último grupo se ha escrito mucho y se ha puesto una especial atención en las habilidades y características del terapeuta y en la llamada alianza terapéutica.

La alianza terapéutica, determinada principalmente por la percepción del paciente de los actos del terapeuta como empatía, confianza y capacidad para entregar una fundamentación convincente. El terapeuta posea ciertas habilidades

Para aprovechar los efectos de dicha alianza a favor de los objetivos terapéuticos. El hecho de poseer una orientación teórica o terapéutica específica no neutraliza el papel de la personalidad, la calidez o la sensibilidad, aunque también la personalidad del terapeuta no actúa por sí sola en el éxito de la terapia, sino que lo hace con el resto de los factores que la componen. Para que los terapeutas puedan desarrollar sus habilidades y se observen, el terapeuta debe estar envuelto en lo clínico, dedicarse a la clínica y constantemente trabajar en sí mismo y la supervisión constante.

El papel principal del terapeuta es actuar como catalizador, es decir es el vehículo por el cual ayuda al paciente a establecer una mejor transformación hacia el cambio o el proceso psicoterapéutico, ayudándolo a reelaborar sus percepciones y conceptualizaciones, de una manera que el paciente pueda organizar sus procesos mentales y encuentre la solución hacia el problema que lo aqueja. En este papel el terapeuta es responsable de ayudar al paciente a reconocer nuevas posibilidades.

La teoría psicoanalítica es muy importante en un proceso psicoterapéutico, ayuda cuando el problema se trata de profundizar, que es lo que está pasando en el paciente, busca desde donde se desemboca el conflicto haciendo pensar no solo al terapeuta sino al paciente, pero al mismo tiempo debe ser cuidadoso ya que el terapeuta siempre está sujeto a las interpretaciones y dichas interpretaciones deben ser muy cuidadosas, ya que ante todo se deben siempre tratar de cuidar al paciente, quiere decir no solo interpretar por interpretar.

Volvemos a retomar el trabajo literario de Feixas y Miró (1993), en el cual describen a la psicoterapia desde los distintos enfoques y uno de sus apartados es sobre el enfoque psicodinámico y del cual me parece que hay un tema de suma importancia acerca de la intervención que el psicoterapeuta tiene con los pacientes y que además está anclado sobre las habilidades psicoterapéuticas para el desarrollo de la alianza terapéutica.

A esto último me refiero a la *regla de abstinencia*, en el cual se menciona que el psicoterapeuta no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste intenta imponerles. Lo que se acaba de mencionar es de suma importancia para todos los enfoques y que tiene relación con la dinámica de transferencia de la que habla Freud, ya que dentro de la relación con el paciente el terapeuta debe estar muy atento a las acciones y percepciones generadas por transferencia. No podemos ser un padre o una madre o funcionar como otra figura idealizada para el paciente, ya que no serán de utilidad para el sujeto y no resultaría benéfico para el cambio ni para el desarrollo de transformación. Él terapeuta debe mostrarse diferente de lo que el paciente percibe en su contexto.

Esta regla evita al psicoterapeuta tenga influencia personal sobre el paciente, privándose de dar consejos, órdenes y prohibiciones. El psicoterapeuta debe abstenerse a ser un reflejo o espejo donde el paciente pueda proyectar sus propios conflictos. El psicoterapeuta debe ser una pantalla en blanco para el paciente, para que este pueda comprobar la negación de que su psicoterapeuta es un sujeto solo que solo le sirvió para su proyección y la misma comprobación será para el terapeuta.

En la obra de Fiorini de (1973), describe ciertas técnicas sobre el terapeuta que ayudan en la relación y las cuales evocan a un psicoanálisis más flexible, llamada la terapia breve

1. El terapeuta debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo. Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga.
2. Su participación es más directamente orientadora de la entrevista que la del analista en la técnica, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente.
3. Un terapeuta que introduce en la sesión sus iniciativas para la confrontación, que promueve el diálogo, es uno de los componentes

originales de esta técnica, tal vez el más específico para su caracterización.

4. La participación activa del terapeuta asume en esta técnica aspectos particulares específicos: a partir de evaluar la situación total del paciente.

En cuanto siguiendo con el enfoque psicodinámico y las habilidades a desarrollar que son importantes para el enfoque debemos de tomar en cuenta que la formación del psicoterapeuta es una formación en constante cambio y de aprendizaje tanto de uno como del otro a quien le llamamos paciente. El paciente nos aporta mucho a los terapeutas y cada vez nos va haciendo más experimentado en el mundo de la investigación humana.

La teoría psicoanalítica menciona ciertos rasgos y habilidades para el psicoterapeuta que debe desarrollar y poseer, Feixas y Miró (1993) las describió de la siguiente manera.

1. Habilidad para traducir de inconsciente a lo consciente. Dicha habilidad se refiere a los pensamientos, sentimientos, fantasías y las conductas del paciente que no las tiene identificadas o no se da cuenta, el terapeuta debe tener esta capacidad para que el paciente se dé cuenta y pueda reflexionar y hacer algo con la ayuda del psicoterapeuta.
2. Habilidad para comunicarse con el paciente. El psicoterapeuta debe tener la capacidad de diálogo, antes de interpretar o analizar y devolverle lo que le dirá, el terapeuta debe escuchar atentamente el discurso del paciente. Debe utilizar un tono de voz adecuado, el mensaje tiene que ser preciso y congruente con lo que dijo el paciente por lo que tiene que realizarlo con una intención comunicativa.
3. Habilidad para facilitar la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo. Para ello debe ajustarse a la regla de abstinencia, en virtud de la cual el terapeuta no debe responder a sus ansias neuróticas de afirmación y tranquilizarían (Feixas y Miró, 1993). El psicoterapeuta debe tener un alto grado de flexibilidad emocional.

No solo para la teoría humanista la empatía es una habilidad primordial en el proceso psicoterapéutico, también para el psicoanálisis y para otros enfoques la empatía es una cualidad representativa de los psicoterapeutas, dicha habilidad debe irse desarrollando a lo largo del trabajo con pacientes. Para Campuzano y Rodríguez (2011) quien cita a otros autores como Weiner, en su publicación mencionan que la empatía es una de habilidades que caracterizan a un buen terapeuta.

La empatía ocupa un lugar necesario e importante, se caracteriza por comprender emociones, pensamientos y conductas del paciente. Ésta habilidad puede facilitar el proceso psicoterapéutico y que su carencia puede entorpecerlo. Facilita el abordaje de las resistencias al cambio presentes en todo proceso terapéutico, y los pacientes suelen mostrarse más dispuestos. Se recomiendan que en las primeras sesiones del tratamiento el terapeuta haga un mayor uso de la empatía, la aceptación y la autenticidad para así fomentar la confianza básica.

La personalidad del analista afecta no sólo a la alianza terapéutica o relación de trabajo, sino también a la misma naturaleza de la transferencia, según Coderch (2012), sumado a esto Coderch. También describe que el psicoterapeuta no sólo realiza una continuada contribución a la experiencia del paciente y a su transferencia, sino que también la experiencia de este último es ambigua, ya que las fuentes de donde derivan las acciones y pensamientos que crea el analista no son plenamente conocidas, e implica, también, que paciente y analista co-crean realidades interaccionales vívidamente expresadas en la transferencia y la contratransferencia, a través de la búsqueda de nuevas formas de relación y de la comprensión del significado de éstas.

Este mismo autor Coderch (2012), en su libro *La relación de paciente-terapeuta* nos habla también sobre la escucha y la importancia que tiene para sumarse a las habilidades del terapeuta, ya que lo describe como la escucha desde el paciente, dicho aspecto me parece muy importante y que se relaciona además con la empatía que el psicoterapeuta debe desarrollar con sus pacientes.

La habilidad de escuchar desde la perspectiva del paciente, amplía considerablemente las posibilidades de comprender qué es lo que está ocurriendo en su mente y para entender sus sentimientos frente a cada situación. La actitud por parte del analista de verdadera preocupación por el paciente, tolerancia, aceptación, ausencia de toda crítica, etc., suele conseguir que el paciente supere este malentendido y pueda sentirse ayudado por la perseverancia del primero, por la pertinencia de las interpretaciones y por la nueva experiencia de relación que se establece gracias a este conjunto de rasgos que acabo de enunciar someramente. (Coderch, 2012, p.172). Desde una escucha centrada en el dialogo y el discurso propio del paciente incluso ayudar a que este pueda organizar el discurso que está expresando.

Por último, es muy importante que el terapeuta pueda ir identificando que es lo que percibe en la psicoterapia y el análisis con el otro, el psicoterapeuta debe ser maduro al momento de relacionarse con el otro debe tener una postura de acompañante en cualquiera de los enfoques que se hable sobre la relación del paciente y el psicoterapeuta, debe ser capaz de escuchar, tolerar y amar no solo al paciente sino a sí mismo, debe conocer sus limitaciones y sus resistencias analizarlas en cada caso.

Debe ser muy capaz de observar y reconocer lo que el otro le hace sentir y lo que es propio de él, de su identidad y su postura. No debe juzgar, por el simple hecho de aceptar al otro tal y como lo es, pero debe de ser también consciente que si no ha podido aceptar al paciente, tiene que tener la valentía de encarar y expresarlo de manera profesional y respetuosa su congruencia al trabajar con él.

Debe ser capaz para aceptar que el paciente también lo ha cambiado, que lo ha hecho pensar y que ha sido importante en el proceso de trabajo psíquico, que si no fuera por él, el trabajo no se obtendría, que es pieza fundamental en un trabajo psicoterapéutico, pero al mismo tiempo reconocer su labor fundamental para que el otro encuentre el cambio, la armonía y el respeto y la validez de sí mismo.

3.2.2. Habilidades del paciente:

Debo de introducir que las habilidades que se describen a continuación no se consideran generales para todos los pacientes que se adentran a un proceso psicoterapéutico. Además debo aclarar que todos los pacientes son diferentes y que con cada uno de ellos el terapeuta se relaciona de distinta manera y que los cambios que puedan surgir en cada uno de ellos, serán cambiantes por el hecho de ser problemáticas distintas en diferentes historias, contextos, épocas y perspectivas de cada uno. Pero en el presente apartado se tratará de describir las habilidades que se observan en los pacientes ya sea durante el proceso psicoterapéutico, actitudes básicas al momento de solicitar los servicios terapéuticos o los cambios ocurridos tras las intervenciones de los psicoterapeutas.

Habilidades del paciente desde un enfoque Humanista.

Por el tipo de enfoque en este apartado de habilidades del paciente en el humanismo llamaremos al paciente, cliente.

El cliente es el sujeto que acude a los servicios psicoterapéuticos, aunque se puede afirmar que todas las personas que acuden a psicoterapia tienen en común algún tipo de dificultad, malestar o trastorno que es lo suficientemente importante en sus vidas como para provocar deseo consciente de cambio. Feixas y Miró, (1993)

Aunque el termino paciente proviene de un contexto asistencial, y refleja la visión del médico y la imagen implícita de un enfermo. Por lo que otros autores, como Rogers llaman a estos sujetos como clientes; quien acude a psicoterapia por un servicio de salud. El cliente a su vez se beneficia con la experiencia de ser aceptado y valorado. El paciente busca un ambiente que el contexto o el mundo externo no se lo ofrece, donde puede ser también autentico como el psicoterapeuta. (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996).

Para que el proceso se observe de manera crucial y se observe, a través del análisis de Feixas y Miró (1993) citan a Roger para hablar sobre las condiciones que el paciente desarrolla para que se observe su crecimiento.

- El impulso al crecimiento.
- Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.
- Importancia del presente.
- La relación terapéutica como experiencia de crecimiento en sí misma.

Con esto nos muestra Feixas y Miró sobre la importancia que hacia Roger para que el paciente se sintiera y se responsabilizara sobre su propio proceso y el interés por el cambio que además generaría una perspectiva diferente sobre el ambiente donde se desenvuelve. El cliente debe de ser capaz de auto-dirigirse sin responsabilizar al otro de sus acciones, que logre construir y reconstruir los aspectos de su vida que no le han sido favorecedores, pero para esto debe de tener la capacidad al nivel del darse cuenta de lo que le aqueja, dicha habilidad, se logra obtener tras el trabajo colaborativo con el psicoterapeuta.

Cuando el sujeto antes de ser cliente observa una dificultad, problemática etc. (Feixas y Miró, 1993). Sobre su persona e inicia con el cuestionamiento de acudir y pedir ayuda con un sujeto que tenga la capacidad para calmar esas, angustias, miedos, entre otras problemáticas presentadas por el cliente. Esta es la principal habilidad por la que pasa los clientes o pacientes al decidir ir a psicoterapia.

El cliente debe admitir que no puede resolver su situación sola, que necesita a alguien para que la ayude a organizar sus ideas y calmar sus angustias. Al momento de ingresar al proceso psicoterapéutico debe de estar interesada por aumentar un sentimiento de competencia personal, por beneficio propio o por lo menos por beneficio a la relación con otro u otros.

La ansiedad y la angustia que se ve despertada en el cliente será la misma que generará que esté busque el cambio, un cambio que ayudara a su manera de relacionarse consigo misma y con los otros.

Pamela Trevithick (2006) cita a Rogers, donde éste describe el proceso por el que los clientes pasan cuando ingresan a psicoterapia humanista y describe cambios en las cualidades del cliente, pero mencionaremos aquellas donde es observable las habilidades obtenidas por los clientes.

1. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado, al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, haciéndolo sentir libre. Generando innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.
2. Se desarrolla la expresión simbólica, el cliente en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
3. Flexibilidad y fluidez de los sentimientos, el paciente se comienzan a cuestionar los valores y creencias que lo han llevado a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
4. La estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.
5. Los clientes llegan al punto de no retroceder, donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dado que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.

6. Cuando el cliente es una persona que funciona plenamente.

El cliente pueda explorar y percibir por primera vez el significado de ciertos aspectos de su conducta, generando así una habilidad de su propio análisis de cambio. A su vez, esta nueva percepción de sí mismo puede ser perturbadora y generadora de ansiedad para el cliente, sin embargo, al ver y sentir al terapeuta como un Yo aceptador, el cliente experimenta una actitud similar consigo mismo, aceptándose como una persona que puede experimentar sentimientos de cualquier tipo, sin sentir culpa e integrarlos como partes de sí mismo. Roger (1951).

Habilidades del paciente desde un enfoque psicodinámico.

La relación entre paciente y terapeuta ha sido fundamental en la psicoterapia a lo largo de los tiempos de la clínica, para Freud la relación terapéutica fue de interés observada desde la transferencia aunque para él tenían una diferencia marcada sobre lo que era transferencia, el cual se caracterizaba por desplazar sentimientos sobre una persona hacia el terapeuta. Para los psicoanalistas la transferencia es el camino para la cura, pero para otros psicoterapeutas la alianza terapéutica y la relación desarrollan una responsabilidad en el trabajo, el respeto por el otro y el desarrollo de la relación.

Para que los pacientes produzcan un buen trabajo y una buena alianza, tienen que ser capaces de formar una buena relación con el objeto, los pacientes esencialmente narcisista tendrán dificultad en el proceso y por lo tanto en el cambio Greenson (1976).

El paciente debe llegar a sentirse identificado con el terapeuta y laborar para sí mismo, después de un análisis efectivo, el paciente será capaz de formar una alianza de trabajo, cuando el paciente se sienta capaz de tener una herramienta de auto-analizarse podrá decirse que la relación con el terapeuta, ha sido importante su aportación.

A través de esto nos dice que para que el proceso genere productividad hacia el cambio, el paciente debe librarse además de aquellas resistencias, para esto deberá tener una gran habilidad para reflexionar sobre lo que está pasando cuando el terapeuta lo haya analizado. Dichas resistencias serán motivo de interpretación para el psicoterapeuta. Además el paciente tiene que tener la capacidad para comunicarse, en palabras, sentimientos, acciones, ayudando no solo al psicoterapeuta en la labor sino también comprometiéndose en el trabajo psicoterapéutico de sí mismo.

El paciente que acude en busca de tratamiento está, al menos temporal y parcialmente, abrumado para su patología neurótica, y en ese estado de desvalimiento relativo es propenso a aceptar sin discriminación cualquier promesa de beneficio. Su desvalimiento ha obligado al paciente a buscar ayuda de donde viniere (Greenson, 1976).

Antes de ser parte de un dispositivo clínico es un sujeto que le aquejan sus miedos y sus angustias, pero al buscar la ayuda del otro genera en el mismo un apoyo para él, es un apoyo de sí mismo ser congruente con lo que puede trabajar y con lo que necesita ayuda del otro, además al validar sus virtudes puede validar los de otro.

En nivel de organización y funcionamiento, así como de las relaciones que entre sí mantienen estas estructuras, depende el grado de patología o de salud mental de cada sujeto. Dado que su funcionamiento es predominantemente inconsciente, los estímulos y vivencias que inciden sobre ellas poseen una mayor o menor aptitud para producir respuestas y modificaciones de acuerdo con su significado inconsciente.

La terapéutica psicoanalítica es el método a través del cual se intenta producir un cambio en las estructuras psíquicas del paciente. Y al decir cambio me refiero tanto al cambio microscópico que puede darse en cada una de ellas, como al cambio más extenso de las relaciones de los diversos núcleos estructurales entre

sí. Se pretende que la psicoterapia y el psicoterapeuta observen un cambio profundo en la estructura psíquica del paciente, el llamado cambio estructural, ha sido abandonada por muchos psicoanalistas, sustituida por la del descubrimiento y expresión de la autenticidad del paciente (Coderch, 2012).

Por lo descrito y lo investigado al momento de hablar de las habilidades del paciente los autores no especifican su momento de observarlas o generalizadas para todos los pacientes que ingresan a un proceso psicoterapéutico, pero cabe mencionar que las habilidades están estrictamente relacionadas con los procesos psicoterapéuticos y la relación paciente terapeuta uno como tanto del otro se requieren para observar sus cambios.

Sifneos (1972) describe a través de Feixas y Miró (1993) las características y actitudes deseables para el paciente en un proceso de psicoanálisis en la relación paciente terapeuta, en el tratamiento del paciente:

1. Capacidad para que se pueda reconocer que los síntomas emocionales son de naturaleza propia de la psicología.
2. Que pueda lograr la habilidad de introspección y logre relatar con sinceridad las dificultades.
3. La motivación, el deseo de colaborar en un proceso psicoterapéutico.
4. El deseo de cambiar y experimentar.
5. Esperanzas realistas sobre la terapia.

Pero en cuanto a Freud los identificaba como las capacidades para disfrutar la vida, sobre todo la sexual y una capacidad para trabajar y producir efectivamente. Se propone con esto último que el paciente pueda (citado por Poch, 1980):

- a. Capacidad para producir y tolerar tensiones elevadas y disminuirlas para producir un momento de satisfacción.
- b. Capacidad para liberar sentimientos que obstruyen y angustian.
- c. Capacidad para trabajar en la construcción de su plan de vida.

- d. Habilidad para relacionarse con los demás.
- e. Tener la capacidad y habilidad para abandonar actitudes y conductas conformistas o destructivas

Arredondo y Salinas (2005) citan a Yánes sobre las habilidades que debe tener un paciente en un proceso psicoterapéutico:

- El paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.
- Implica encontrar explicaciones e interpretaciones que se ajusten a sus propios procesos de funcionamiento y que le permitan disminuir su sintomatología.
- La actitud de exploración se refiere a la constante apertura y disposición para indagar o revisar su propia existencia.

El mismo autor Arredondo y Salinas (2005) citan a Fuentes (2004) señalando así algunas condiciones esenciales para la alianza terapéutica en el paciente. Estas son:

- La capacidad de verse a sí mismo como uno vería a otro.
- La capacidad de tolerar un cierto grado de frustración.
- La existencia de cierta confianza básica.
- La identificación con las metas del tratamiento.
- La capacidad de vincularse.

Por ultimo tras el análisis e investigación sobre las habilidades de los pacientes, como se puede observar que para los diferentes enfoques las habilidades del paciente y del terapeuta serán primordiales y difieren entre ellas.

3.2.3. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica explica la relación entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía (Weinberg, 1996; en Santibáñez, 2001, en). Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956; en Santibáñez, op. cit.). Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes respecto a la naturaleza de la alianza terapéutica, ya que no se reconoce una teoría que pueda dar cuenta en forma única de dicho constructo (Bejarano y Romero, 2001).

Gaston (1990) diferencia cuatro aspectos independientes de la alianza:

1. La relación afectiva del paciente con el terapeuta.
2. La alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

La alianza terapéutica desde Safran, J. y Muran, J (2000).

La alianza terapéutica es mencionada por Sigmund Freud, aunque Freud se interesaba mucho por los aspectos transferenciales de la relación terapéutica, mientras él había descrito que la transferencia era producto del inconsciente de los pacientes en el cual suelen depositar sus sentimientos en el otro sujeto llamado paciente. Así que Freud reconoció la labor de la alianza terapéutica.

Elizabeth Zetzel (citada por Safran Y Muran, 2000), manifestaba que la alianza dependía de la capacidad de que el paciente estableciera una relación estable de confianza, basada en experiencias evolutivas tempranas. Para que el paciente logre llegar a tener confianza en el terapeuta, este debe de mantener

ciertas posturas o habilidades que aportaran a la relación terapéutica y por ende a la alianza de trabajo.

La importancia que tienen las tareas y el cumplimiento de objetivos resulta importante para la creación de una alianza terapéutica, menciona Safran y Muran (2000) citando a Bordin (1979). La importancia de considerar que el cumplimiento de tareas por parte del paciente, pero también del terapeuta genera no solo una buena alianza sino una nueva perspectiva de que el problema pueda ser atendido y trabajado para un posible cambio y aportación para el sujeto.

La alianza terapéutica desde la teoría psicoanalítica.

En términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía. Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico.

La teoría psicoanalítica se apega a sus conceptos o conocimientos que son de gran ayuda para entender las interacciones que se van construyendo a través del proceso psicoterapéutico, no deja de lado el concepto tan importante que vincula o relaciona al paciente y al terapeuta, la transferencia y que diferencia a la alianza terapéutica.

De esta conceptualización se toma en cuenta aspectos que a través de la relación surgen y se conectan, de manera que generan una mezcla de interacciones tanto del paciente como del terapeuta, incluyendo así experiencias vivenciales que provocan estar teniendo estas alianzas de relación terapéutica. No solo está implicado uno solo, sino que terapeuta y paciente deben estar comprometidos, uno del otro hacia el proceso.

La alianza terapéutica queda definida como parte de la transferencia, aunque se haga depender de la existencia de un yo extremadamente maduro, Etchegoyen (2009) nos muestra así, que la alianza terapéutica y la transferencia deben saber distinguirse ya que una se observa en la relación con paciente y terapeuta, sentimientos que enriquecen el logro del cambio, la admiración del uno por el otro y el trabajo realizado por ambos, mientras que la transferencia son todos aquellos sentimientos del paciente depositados en el terapeuta.

La alianza terapéutica es más consciente que la neurosis de transferencia, el paciente señala su colaboración y entonces los psicoterapeutas tienen que interpretar la otra parte, la resistencia (Etchegoyen, 2009). La alianza terapéutica va más allá de las dinámicas de transferencia, no busca adjudicar sentimientos al paciente sino que, al contrario quiere laborar junto con el sobre el problema que lo aqueja, además se va generando un sentimiento de pertenencia si se le hace validar su aportación en el proceso, ya que esto generará un desarrollo más enriquecedor para el cambio.

La neurosis de transferencia genera que la relación sea de manera desigual o irregular en la relación ya que procede al desplazamiento de sentimientos hacia el terapeuta generando que la relación se observe cuartada o desigual. Mientras que de lo contrario la alianza terapéutica se observa una relación que genere armonía, que tenga ritmo y equilibrio. La transferencia genera tanto para el paciente como para el psicoterapeuta una angustia de no saber lo que pasa. En otras palabras, Etchegoyen (2009) dice que, la asimetría corresponde exclusivamente a la neurosis de transferencia, mientras que la alianza terapéutica es simétrica.

Otra de los autores importantes sobre la alianza terapéutica y que aporta además al psicoanálisis es Elizabeth Zetzel (citado por Etchegoyen, 2009), ella distinguía a la alianza terapéutica de la neurosis de transferencia y que la consideraba como una revelación de la resistencia, ya que a la alianza terapéutica

la definió como parte de la transferencia, aunque se observa que se hace depender de la existencia de un yo maduro.

Tal como lo dice Zetzel, la transferencia y la alianza terapéutica forman parte del desarrollo de un proceso psicoterapéutico, en otras palabras es inevitable que un psicoterapeuta y un paciente no logren a vivir una dinámica de transferencia, pero que al mismo tiempo cuando hablamos sobre la alianza terapéutica no tenemos que perder de vista la diferencia que hay entre las dos, hacer la distinción nos ayudara a que el paciente logre un cambio.

Para Zetzel, las manifestaciones regresivas aparecidas en la situación analítica implican una profundización del proceso, indican disminución más que reforzamiento de la resistencia, mientras que para Sterba no es necesaria la teoría de la regresión terapéutica y la alianza empieza a formarse justamente cuando el analista interpreta, (Zetzel y Sterba, citado por Etchegoyen, 2009). En cuanto a lo expresado por los autores, se es considerada que todas las dinámicas que fluyen en un proceso psicoterapéutico hacen un desarrollo notable en el paciente, pero para que este se dé, debe el terapeuta estar muy observador y saber analizando lo que pasa entre la relación con el paciente.

“La alianza terapéutica se sigue entendiendo como asentada en las funciones autónomas del yo, y concretamente en la autonomía secundaria; pero se la remite a las primera relaciones de objeto del niño con los padres, en especial con la madre” (Etchegoyen, 2009, p. 278).

Lo que menciona Etchegoyen en este pequeño párrafo es importante y no como la explicación sobre el producto o el origen de como el paciente logra trabajar y generar una alianza, pero si nos ayuda a tener una visión de panorama para observar cómo son sus relaciones primordiales y que se ven reflejadas al momento de relacionarse con el otro, pero volvemos a lo mismo con la transferencia y a la atención que en cualquier momento el inconsciente puede ocupar la proyección de una figura importante para el paciente.

La alianza terapéutica es la base indispensable del tratamiento analítico y se vuelve a definir como una relación positiva y establece entre el análisis y el paciente que permite llevar a cabo la relación de análisis (Etchegoyen, 2009).

Greenson (1976) menciona que existen dentro de la alianza de trabajo, la cual a si la determina por alianza terapéutica. Existen dos tipos de relación, una llamada relación verdadera y otra denominada relación real. La relación real está significando lo realista, determinado con la realidad y en contraste con la transferencia, lo verdadero, lo auténtico y cierto.

En la misma obra Greenson (1976) cita a Zetzel con el término de alianza terapéutica (1956) y Fenichel con la transferencia racional (1941) y a Stone con transferencia madura (1961), los cuales son considerados semejantes, pero dicha relación solo se enfocara en la alianza de trabajo y la de alianza terapéutica. Se dice que dichas alianzas se forman a través de la motivación de los pacientes y la apertura decisiva y entregada al cambio que quieren lograr por medio del trabajo colaborativo.

“La alianza de trabajo pasa al primer plano en la situación analítica del mismo modo que el Yo razonable del paciente, el Yo observador y analizador, está separado del Yo que se siente y experimenta. Los pacientes que no pueden apartar un Yo razonable y observador no podrán mantener una relación de trabajo y viceversa” Greenson describió (1976).

Greenson (citado por Safran y Muran, 2000), en su libro la *alianza terapéutica*, y describen sobre relación real, la cual se refiere a que el paciente y el terapeuta puedan responder a las percepciones, el aprecio, la confianza y la autenticidad y es ser auténtico. Se menciona que las transferencias del paciente podrían reforzar la alianza terapéutica.

Richard Sterba (1934-1940) participo en el concepto de alianza terapéutica explicó el rol de la identificación positiva con el terapeuta para conducir al paciente

al logro de las tareas comunes. Feixas y Miró (1993) citan a Bordin, quien menciona que la alianza terapéutica es un factor de cambio esencial en todos los enfoques psicoterapéuticos, ayuda a la relación de terapeuta y paciente colaborando en el proceso terapéutico.

La alianza terapéutica es señalada por otros nombres en distintos enfoques y autores. Por el momento solo se enfocara en dos maneras de llamarla, una de ellas es la alianza de trabajo, utilizada por el autor Greenson (1976), quien menciona que la alianza de trabajo es aquella relación racional relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en el proceso psicoterapéutico y analítico. Una alianza en la cual la relación y las percepciones son propias del momento del proceso.

El terapeuta debe reconocer la importancia que tiene el paciente en cuanto a su cooperación y participación dentro del proceso psicoterapéutico. Erickson (2006) define dicha dinámica, llamada la relación terapeuta-paciente tienen un objetivo en común, el paciente quiere un tipo de atención y el terapeuta preparado para dar esa atención. El terapeuta y el paciente son dos personas unidas, trabajando por un objetivo en común: el bienestar del paciente. El paciente es un trabajador libre porque la relación no está determinada por el control o el dominio, habrá ocasiones en que el paciente complazca al terapeuta y ocasiones en que el terapeuta complace al paciente.

Fiorini (1973)

5. Actitud activa y flexible del psicoterapeuta.
6. Focalización de la terapia en un problema concreto.
7. Limitación de duración de la terapia.
8. Orientación hacia el fortalecimiento de las áreas del Yo libres del conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
9. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

Teoría Humanista.

En el trabajo de investigación sobre la alianza terapéutica desde distintos enfoques, las psicólogas Margarita Arredondo y Paola Salinas (2005), citan a Rogers y Gondra, exponen las condiciones claves en la calidad de la relación terapéutica. La importancia de estas actitudes sobre la relación puede ser aplicables a todo tipo de terapia, terapeutas y clientes. Estas condiciones son:

1. Que haya dos personas en contacto psicológico.
2. Que la primera -llamada "cliente"- se encuentre en estado de incongruencia, siendo vulnerable o estando angustiada.
3. Que la segunda persona, llamada "terapeuta" sea congruente o integrada en la relación.
4. Que el terapeuta sienta una consideración positiva incondicional hacia el cliente.
5. Que el terapeuta experimente una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y trate de comunicarle su experiencia.
6. Que la comunicación al cliente de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo.

Las autoras nos muestran en primer momento la importancia de llamar a los sujetos en sus respectivos roles, con la finalidad de la relación y la formación de ella y no de una manera que se muestre como si fuera metódica la percepción. Todo tiene que estar objetivamente considerando el bienestar del sujeto quien se queja y quien busca la ayuda, centrar nuestras aportaciones profesionales clínicas al cliente.

Según Rogers (1957), la fortaleza de un progreso terapéutico dependerá más de la personalidad del terapeuta y sus actitudes, que del modo en que esto es percibido o experimentado por el cliente en la relación terapéutica. Para lo que es importante que éste perciba, de alguna manera, un sentimiento de aceptación y empatía que el terapeuta siente por él; en otras palabras, que la comunicación al

cliente de la comprensión empática y la aceptación positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo.

3.2.4. Proceso psicoterapéutico y desarrollo de la alianza terapéutica

Al hablar de proceso psicoterapéutico se refiere a todo conjunto de procesos psicosociales. El proceso psicoterapéutico será desarrollado en gran medida al modelo psicoterapéutico que el terapeuta adopte.

Feixas y Miró (1993) citan a Egan (1986), el cual menciona las fases de un proceso psicoterapéutico:

Fase 1. Identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y de las oportunidades no utilizadas.

Fase2. Establecimiento de metas, desarrollo y elección de escenarios establecidos.

Fase 3: Acción, avance hacia el escenario preferido.

Tras el desarrollo de estas fases el terapeuta tiene que responder al paciente para que a este se le facilite la exploración de su problema, el paciente debe entender cuáles son sus implicaciones. Además uno de los objetivos de una de las fases el objetivo es revelar aquello que está oculto, para esto se debe utilizar la empatía por parte del psicoterapeuta, este necesita recorrer a sus habilidades extremas para la comprensión del conflicto.

Si hablamos sobre las etapas o las fases que una relación terapéutica experimenta, antes que nada tenemos que señalar cuales podrían ser estas fases comenzaremos por la que todo los enfoques pasan, el contacto inicial, durante un proceso psicoterapéutico siempre hay un contacto previo a las entrevistas preliminares, cuando el paciente habla al psicoterapeuta quejándose de un malestar el cual no lo puede expresar con palabras, después existe la presentación junto con el encuadre, este último ayudara tanto al paciente como al terapeuta a tener sus

primeros encuentros sobre los acuerdos y compromisos sobre el curso del proceso psicoterapéutico, acordar la fecha, hora, objetivos planteados, además de los honorarios lo que generará mayor alianza terapéutica y una organización de dicho proceso psicoterapéutico. Y por el otro lado está el rapport el cual ayuda al paciente a sentirse relajado.

El vínculo es un concepto instrumental en psicología social, se relaciona con la noción de rol de status y de comunicación. La labor del terapeuta reside en captar la comunicación, hacerse cargo de ella y trabajar como un riel. Retroalimentar y reflejar la información que el cliente valla transmitiendo al terapeuta, Para esto el terapeuta debe colocarse de una manera particular, como un recipiente abierto, dispuesto a controlar y cuidar lo depositado en él. El recibir no es un proceso mecánico sino un hacerse cargo de lo depositado en él. El primer contacto establecido va a quedar como muestra de contactos posteriores. (Pichon Riviere, 1980).

Transferencia: Es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (Laplanche, Pontalis, y Lagache, 1996). La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución.

Mientras que los sentimientos y emociones que se dan en la transferencia y que se despiertan de manera inconsciente entre una serie de sucesos psíquicos en la alianza terapéutica hay una autenticidad de sentimientos y emociones hacia el terapeuta de manera real.

Otras de los movimientos que intervienen en un proceso psicoterapéutico es la contratransferencia, concepto psicoanalítico que describe que la

contratransferencia es un conjunto de las reacciones inconscientes del terapeuta frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste. (Laplanche, Pontalis, y Lagache, 1996). El analista debe ser capaz de controlar la contratransferencia para ajustar su conducta a la regla de abstinencia, por lo que es necesario que tenga profundo conocimiento de sus propios procesos inconscientes.

Arredondo (2005). El proceso psicoterapéutico, se compone de una entrevista inicial y tres fases. La entrevista inicial tiene por objetivo reconstruir la historia del paciente e incluye la devolución, la definición de los objetivos terapéuticos, re encuadre y posibles inter- consultas a otros profesionales. La primera fase, tiene como propósito la disminución de los síntomas que aquejan al paciente. En ella se intenta comprender la forma de significar del paciente y realizar una hipótesis de la organización de significado personal de éste. En la segunda fase, se pretende la aceptación del paciente de su estilo personal a partir del equilibrio de sus dimensiones operativas y la elaboración de nuevas estrategias personales. La finalidad de la última fase del proceso consiste en la resignificación de la historia personal del paciente como resultado de la integración de su sí mismo.

3.3. Crítica de las premisas esenciales.

En base a lo que se ha investigado y aportado por los diferentes autores, se analiza que las habilidades primordiales para establecer una buena alianza terapéutica provocan un cambio y un buen funcionamiento de las habilidades del paciente o los aspectos inconscientes que desea cambiar. Como se ha mencionado en el anterior diálogo entre autores y enfoques, las habilidades deben irse reforzando conforme crecen los terapeutas con sus pacientes y que dichas habilidades están sujetas a que el terapeuta haga un buen trabajo analítico no solo involucrando las emociones del paciente sino de sí mismo.

Es importante señalar que al mencionar las habilidades de un paciente suelen mostrarse con dificultad para poder determinarlas, ya que los pacientes no logran siempre tener los mismos cambios que otros y que además se observan en

diferentes facetas o momentos tras el curso del proceso psicoterapéutico y de acuerdo a las habilidades se verán observadas en el proceso psicoterapéutico. Por lo que una crítica a las premisas sería esta que se acaba de mencionar sobre las habilidades de los pacientes y la generalización de ellas. Pero que al mismo tiempo es un reto para el terapeuta que el paciente logre identificar en todo momento los cambios que se van observando.

Tras revisar las habilidades de los pacientes y de los terapeutas es importante señalar que no deben estar sujetas a mostrarse como habilidades determinadas, ya que así como los sujetos que son pacientes son moldeables, flexibles y modificables también los terapeutas lo son, los terapeutas somos sujetos que nos relacionamos de diferente manera con sujetos diferentes pero sin perder de vista la transferencia que en los procesos psicoterapéuticos existe, me refiero a que no logrará nada un paciente si su terapeuta funciona como el sujeto identificado por la misma transferencia. Además no se debe de perder de vista que los psicoterapeutas debes de mostrar una postura diferente a lo que el paciente está acostumbrado a observar en el contexto y ambiente que se desenvuelve, en otras palabras evitar consejos.

Otro aspecto importante a dialogar es el de la alianza y la diferencia con la dinámica de transferencia, el terapeuta debe de tener bien identificado cuando es una alianza con el paciente y cuando se están involucrando sentimientos transferenciales. Para esto es importante que el terapeuta tenga la capacidad de hacer una introspección sobre lo que el paciente le está generando, analizar y no perder de vista que el trabajo como psicoterapeutas es acompañar, comprender y escucharlo.

Tras la investigación del presente estudio, está enfocado a hablar sobre las habilidades y la alianza terapéutica que genera un buen desarrollo para que tanto terapeuta como paciente logren establecer una buena relación y provoque productividad en el proceso y se observe un cambio, pero no perder de vista que la

alianza es un factor más de todo lo que está involucrado en un proceso psicoterapéutico, incluso debemos de tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el paciente a esto le asumimos además que dicho contexto no debe de ser juzgado por el terapeuta, ya que debe aceptar al paciente tal y como es, sumando a esto también podríamos sobre el análisis y la descripción del código ético.

3.4. Enunciados del posicionamiento propio. Puntualizando en los alcances y límites del presente estudio.

La relación psicoterapéutica es una de las múltiples relaciones en las que se encuentra el sujeto, a diferencia de otra, la psicoterapia le abre a los pacientes otras maneras de observar le medio que lo rodea, incluso las problemáticas en las que se encuentra constantemente, lo ayuda a producir y destacar sus herramientas sociales y personales para que pueda enfrentarse al mundo externo, por eso es importante que el paciente encuentre en el proceso de la psicoterapia un ambiente tranquilo, confiable, estable, seguro, pero sobre todo que se sienta si mismo sin temor a ser juzgado, burlado o herido.

Antes del trabajo con ALO se presentaron en mí emociones de inseguridad y desconfianza hacía mí como profesionista y psicoterapeuta, me sentía con el temor de no poder ser un buen psicoterapeuta, además de no haber logrado tener un paciente que fuera constante, esto generaba en mí una confusión.

Quería encontrar la receta o los pasos a seguir para poderme convertir en ello, pero a lo largo de mi formación y proceso personal me di cuenta que esas mismas inseguridades hacían de mí un psicoterapeuta temeroso y que tal vez no generaba esa confianza, por lo que con ayuda de mi proceso personal comencé a entregarme más a mi trabajo como psicoterapeuta, a callar mis diálogos internos mientras estaba en sesión.

Al trabajar con ALO el primer obstáculo que pude percibir fue el motivo inicial de consulta, en el cual ALO se mostraba tímida y expresaba a través de sus gesticulaciones vergüenza y mucha resistencia al hablar del tema de abuso sexual. Por su parte la madre insistía en tocar el tema en las sesiones y que además hubiera un cambio notablemente rápido, por lo que generaba en mí mucha demanda y trataba de cumplirlas, parecía que no era a ALO a quien quería agradar sino a la madre, quería complacer el motivo de la madre, después al trabajar con el caso y haber generado una relación empática de confianza, escucha y haber podido desmontar la transferencia fue ahí cuando comencé a soltar el motivo tan tajante de la madre de ALO, fue así como ella al mismo tiempo se mostraba más flexible, tranquila y auténtica, al igual que yo.

Pero cuando ALO comenzaba a hablar y expresar sus verdaderas angustias, la madre vuelve a intervenir buscando de una manera sádica o bruta, la explicación sobre el abuso sexual, preguntando a la paciente situaciones específicas sobre lo que pasó con el supuesto abusador, lo que provoco en mí fue mucha angustia, lo mismo se observó en ALO. La madre buscaba un proceso jurídico, pero al haber analizado la situación se acordó junto con la madre y ALO como testigo, respetar la privacidad, el ritmo de trabajo y las demandas de ALO.

Considero que hubiera sido conveniente haber intervenido dos o tres sesiones con la madre y explorar sus demandas y así canalizarla con otro psicoterapeuta, además haber hecho sesiones en las cuales no estuviera ALO, para haber dado un espacio personal.

3.5. Presentación de viñetas y diálogo de las mismas.

A continuación se presentaran una serie de viñetas sobre el caso ALO, las cuales estarán enfocadas tanto en el análisis de las habilidades del psicoterapeuta y la alianza terapéutica conforme a las variables que giran en torno a la construcción de la relación del paciente y del terapeuta. Conforme se va relatando el desarrollo de viñetas también se presentara un análisis de cada una de las viñetas

describiendo en un primer momento una breve presentación de la viñeta y un análisis o explicación de la misma.

Cabe mencionar además que las viñetas están parafraseadas, ya que en relación a la autorización del consentimiento informado para de audio video grabar las sesiones la madre no otorgo dicho consentimiento, por lo tanto no serán redactadas tal cual el dialogo de la paciente y del terapeuta.

Primera sesión.

En la primera sesión la madre expresa el motivo de consulta mientras que ALO permanecía callada y se observa tímida, su postura encorvada y sus manaos todo el tiempo en el perfil de la silla. La madre comienza relatando sobre un intento de abuso sexual, comienza a contar que cuando ALO tenía cinco años, su esposo padre de ALO y ella se separaron por problemas de pareja y por tal motivo se fue a vivir a casa de su madre la abuela de ALO.

Como la madre de la paciente tenía que trabajar ella dejaba a cargo de los niños con la abuela, pero un día regresando del trabajo vio a su hermano el menor en la cocina y ALO cercas de él tocando a la niña, la madre enojada por la escena comienza a gritar y blasfemar sobre el hermano, dicha situación genero además un conflicto con la abuela quien culpaba a la madre de ALO por descuidar a los niños. Tras este discurso y al hablar a solas con ALO ella se mostraba avergonzada y tímida, lo primero que se ha percibido en ALO es trabajar la confianza. La paciente en un inicio no lograba expresar el motivo de consulta el cual era expresado por la madre

Sesión 2.

En esta sesión número dos, ALO tras estarme contando su experiencia en la feria con *su familia le pregunto sobre cada una de las relaciones*

1. *Con mi hermano el mayor me gusta jugar a las dominadas, no peleo mucho con él...con mi hermana la menor juego poco.*

Sigue hablando de la relaciones con su familia, pero ahora de la abuela y del tío supuesto abusador

2. *Con mi abuela estoy solo para las tareas de la escuela, cuando salimos de la escuela mis hermanos y yo nos vamos a su casa, después llega mi papá... con mi tío J me la lleva chido, juego a encontrar piedras debajo de un vaso.*

Tras estas viñetas la paciente comienza a diferenciar y distinguir cada una de las relaciones en las que se desenvuelve, además puede distinguir emociones que cada una. Para mí es importante que ella pueda describir las relaciones del grupo primario ya que me da una mirada sobre la importancia que tienen estas en su vida.

El terapeuta permite que el cliente tolere más la ansiedad intrapersonal en el auto exploración y crea un ambiente óptimo, para implicarse en las tareas cognitivo/afectivas de la terapia (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996). La paciente se observa confiada al hablar de sus relaciones incluso del supuesto abusador.

Tras platicar la relación que tiene con la abuela menciona que ésta constantemente le pregunta que como sigue la relación de sus padres, ALO expresa su sentir hacia la situación:

- 3. Me da tristeza, mi mamá me dice que ya empiece a pensar con quien se quedare cuando se divorcien ella y mi papá... ellos siempre están discutiendo.*

Desde las habilidades del paciente que permiten ir desarrollando una alianza de trabajo, se observa que ALO es capaz de darse la oportunidad de expresar sus emociones en este espacio de seguridad psicológica.

Por mi parte intervengo con un momento de silencio, evidenciando la importancia de la aceptación plena y empatía en el manejo del proceso terapéutico. El proceso de armonía empática, por tanto, conduce a la construcción de un sentido de confianza en la propia experiencia. (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996).

En la siguiente viñeta ALO cuenta la anécdota sobre sus padres en una situación de conflicto y violencia:

- 4. Un día mis papás discutían en el cuarto, mi papá salió del cuarto y regreso con un cuchillo en la mano, mis hermanos y yo estábamos fuera del cuarto escuchando, estábamos llorando, mi hermano nos dijo a mí y a mí hermana que nos tapáramos los oídos fuerte y hasta que los vecinos escucharon los gritos llego una patrulla, yo estaba muy asustada y pensé que mi papá había matado a mi mamá.*

Tras a haber escuchado las situación por ALO quería que ella expresara sus emociones y se le pide hacer un dibujo y un cuento sobre ello. Durante la realización del dibujo estuvo muy tranquila y tardo como cinco minutos en realizar el dibujo y la historia. En el dibujo se observa un personaje llorando, en la redacción del cuento, la paciente cuenta lo siguiente:

5. *“Era una vez una “muchacha” que estaba enamorada de un “muchacho” ella le pide que sean novios y se hacen novios, después, un día la muchacha ve al muchacho besando a otra muchacha ella sale corriendo y llorando muy triste pues estaba muy enamorada del muchacho, pasa el tiempo y ella se vuelve a enamorar y tiene novio, después vuelve a ver al muchacho del que estaba enamorado, pero no pasa nada y ella vive feliz”.*

Esta narrativa muestra la incongruencia entre el material solicitado y el material elaborado, pues se le pidió un dibujo y un texto relacionado con lo mencionado de la violencia entre sus padres. La terapeuta ante esto contra-transferencialmente se siente desestructurada e intenta desde la supervisión comprender lo que significaba este material, es decir, la fantasía inconsciente que se instaló en el mismo.

Feixas y Miró (1993) describe las habilidades del psicoterapeuta conforme a la información que obtiene del paciente.

1. Habilidad para traducir de inconsciente a lo consciente. Dicha habilidad se refiere a los pensamientos, sentimientos, fantasías y las conductas del paciente que no las tiene identificadas o no se da cuenta, el terapeuta debe tener esta capacidad para que el paciente se dé cuenta y pueda reflexionar y hacer algo con la ayuda del psicoterapeuta.
2. Habilidad para facilitar la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo. Esta habilidad me es puesta a prueba ya que tras tratar de encontrar y desmontar la transferencia no fue para mí facilitada, en el grupo de supervisión se habló incluso pudieron sentir ellos también mi desorganización al momento de contar la sesión con ALO.

Sesión 3.

En esta sesión tres le pregunto a ALO si ha reflexionado de algún tema trabajado en la sesión pasada, ella menciona haber contado a su madre acerca del dibujo. ALO finaliza diciendo que la historia del dibujo, es relacionada con la historia de la madre y explica porque:

6. *Cuando tenía cinco años fuimos a un rancho con mi abuela, mis hermanos, mamá y yo, después íbamos caminando y vi a mi mamá que estaba acompañada de un señor que no conozco, yo y mis hermanos volteamos y vimos a mi mamá besar a este señor en los labios, yo me siento triste por mí papá. Mi mamá nos dijo a mí y a mis hermanos que no le dijéramos a nadie que sería un secreto entre nosotros... yo ya no he vuelto a ver a este señor, solo sé que está en Estados Unidos.*

La paciente comienza a relatar situaciones que ella no había contado a nadie antes, las cuales son secretos entre la madre y todos los hermanos, incluida ella misma. Acá la confidencialidad es importante, además de las razones éticas, pues genera una seguridad de la paciente hacia la terapeuta, haciéndola sentir acompañada y contar con un espacio donde puede resguardar su información secreta. Una de las capacidades puestas a prueba para el terapeuta fue la capacidad de la tolerancia a la intimidad (Feixas y Miró), ya que fui capaz de resguardar la información sobre la madre bajo un código estricto de confidencialidad. Mientras que la paciente logra tener la capacidad para liberar sentimientos que obstruyen y angustian.

Tras retomar en esa misma sesión el abuso sexual por parte del tío ella expresa: *Tengo vergüenza, miedo y me siento confundida*. La paciente comienza a expresar sentimientos, emociones y percepciones de su sentir, logra sentirse escuchada tanto que puede expresar lo que siente.

Al observar que ella no quiere mencionar el motivo de consulta, se le cuestiona sobre sus gustos e intereses, a lo que ella menciona:

7. Me molesta que las personas traten mal a los animales y las injusticias también... me da coraje cuando otros compañeros molestan a otros.

Otro aspecto que le genera disgusto habla con respecto a las discusiones, menciona: *no me gusta que no se hable para llegar a un acuerdo.*

La paciente puede hacer una crítica y además un dialogo sobre lo que pasa a través de su contexto, además de enjuiciar las conductas morales o propias de su moralidad. Se puede observar que la paciente se siente escuchada, no es juzgada por sus ideales o sus percepciones morales, incluso el terapeuta no hacen juicios sobre el tema planteado por la paciente. Se observó que la paciente comienza a externalizar el problema que la aqueja, donde se relaciona con el no querer trabajar el motivo de consulta y se encontró que no era por parte resistencia del paciente sino que había situaciones para la paciente más importantes.

Tras esto último se analiza que la paciente ha logrado la capacidad de reconocer los síntomas emocionales, habilidad de introspección. Sifneos (1972) describe a través de Feixas y Miró (1993).

Sesión 4. No se encontraron viñetas.

Sesión 5.

En la siguientes viñetas se describen dos diálogos que el paciente tuvo en casa y entrando a sesión, uno con la madre y el otro con la hermana sobre la percepción del proceso psicoterapéutico...

T: ¿Qué dice tu mamá del proceso?

ALO: emm dice que si me aburro es por ti, porque no me divierto.

T: Pero este espacio no solo es para divertirse, este es un espacio para ti, para que te conozcas y aprendas mucho de ti.

..Por el contrario expresa la hermana menor...

T: ¿Te has sentido esta semana con otra emoción, por ejemplo alegre?

ALO: (ríe) si, ahorita, ahorita que estábamos jugando mi hermana y yo, si ella me dice: -ya llego tu terapeuta, pues invítenme a jugar (reímos).

T: ¿Crees que le gustaría?

ALO: sí

Conforme a la anterior viñeta encontramos procesos resistenciales además se observa como la paciente no se hace responsable de lo que es expresado, adjudicando emociones hacia el terapeuta provocando así una transferencia en el proceso.

La alianza terapéutica es más consciente que la neurosis de transferencia, el paciente señala su colaboración y entonces los psicoterapeutas tienen que interpretar la otra parte, la resistencia (Etchegoyen, 2009).

En la siguiente viñeta le pregunto sobre la confianza, tema derivado de que se mencione sobre el motivo de consulta.

T: ¿Tu qué piensas acerca de la confianza?

8. ALO: Me da miedo la obscuridad.

T: ¿Y esto que tiene que ver con la confidencialidad?

ALO: Que te lo estoy contando.

T: No le has dicho a alguien más ¿o porque es confidencial?

ALO: si, no le cuento a nadie.

Sigue hablando sobre la confianza...

9. *ALO: ...si, yo le tengo confianza a alguien, pero después me molesta que destruyan mis cosas.*

T: ¿Cosas?, ¿Cómo que cosas?

ALO: Si, por ejemplo mis cosas de la escuela, mi material, lápices...

T: Entonces las personas que no cuidan tus cosas, no tienen tu confianza

ALO: No, porque luego me las maltratan.

El resultado de esta viñeta se observa de manera puntualizada en primer momento la confianza hacia el terapeuta, variable importante para la creación de la alianza terapéutica y el trabajo colaborativo entre ambos, es segundo momento también hace expresarse sobre la asociación libre en el proceso por medio de señales o mensajes para interpretar.

Arredondo y Salinas (2005) citan a Yánes sobre las habilidades que debe tener un paciente en un proceso psicoterapéutico, donde el paciente confía en el terapeuta. Mientras que para el terapeuta, confidencialidad y la seguridad terapéutica generan al paciente un sentimiento de colaboración con su propio proceso. Dichas características sobre la confianza son mencionadas por Bados y García (Bados y García, 2011, p. 15), quienes citan a Goldstein para hacer referencia de una de las habilidades importantes para el desarrollo de un proceso personal que genere al paciente pertenencia a dicho proceso.

Al término de esta sesión se hace un cierre de esta con la madre, para mencionar los avances del proceso con ALO además de los cambios paulatinos que se observan en ella, pero la sesión se toma angustiante cuando la madre trata de

que ALO hable sobre el abuso sexual, exigiendo que hable de la escena de abuso, ALO se muestra nerviosa y expresa:

10.ALO: No, se, no me acuerdo mamá, aaah es que me da vergüenza...es que un día, que estaba con Jorge viendo televisión y como él siempre me daba dulces, por eso estaba con él y después me bajo la falda y me hizo eso...

M: eso que, dilo amor, que es eso, te toco, te metió la mano o te metió su cosa en tus pompitas... ¿Cuántas veces?

ALO: *si...* (Señala con los dedos que dos)

La madre sigue insistente en las preguntas de ¿Cómo fue?, ¿si introdujo el pene?, ALO afirma no recordar, en ese momento al ver la angustia de la paciente intervengo, mencionando que lo que le está pasando a ALO es normal no recordar después de un evento doloroso para ella, además de ser vergonzoso para ella y sobre todo que fue un evento ya de bastante tiempo. La madre me pide recomendar si meter demanda y habla de su falta de economía. Por motivos de tiempo se le recomienda a la madre pedir asesoría jurídica en el CESCO y por mi parte yo seguiría trabajando con ALO desde la parte emocional.

Tras este evento con la madre, yo como paciente me sentí muy conectada con las emociones de la paciente, me sentía acorralada, angustiada y avergonzada, por lo que tuve la necesidad de intervenir ya que me preocupaba la seguridad emocional de la paciente, lo que género en mí una postura empática hacia su persona.

La empatía ocupa un lugar necesario e importante, se caracteriza por comprender emociones, pensamientos y conductas del paciente. Puede facilitar el proceso psicoterapéutico y que su carencia puede entorpecerlo.

Sesión 7 y 8. No están registradas en el F3 ya que no asistió por motivos personales de la madre.

Sesión 9.

En la sesión nueve ALO habla de las relaciones amorosas incluso habla sobre el gusto por los chicos, pero también habla sobre la relación de sus padres, de nuevo llega el tema del divorcio expresado por la madre sosteniendo no querer al padre de ALO:

11....Yo creo que mi mamá tiene otra pareja porque no quiere a mi papá...no sé, solo me lo imagino...

La anterior viñeta no solo nos habla de la confianza que la paciente tiene hacia su terapeuta sino se observa además que busca la aprobación de la percepción que tiene de su madre, ya que al mismo tiempo no puede sentirse que ha traicionado a su madre.

Lo mismo es descrito por Bados y García (Bados y García, 2011, p. 15), quienes citan a Goldstein sobre la aceptación incondicional del paciente, hablan que el terapeuta debe aceptar sin juicios de valor de las revelaciones del cliente.

Sesión 10.

En la sesión diez, tras preguntar cómo le fue en la semana, después retomo acerca de lo que había solicitado la sesión anterior, hablar de J. Pido a ALO que escriba una carta acerca de los sentimientos que son provocados por su tío y la situación del abuso sexual y que escriba lo que le diría a J.

12....A veces me siento triste porque no puede olvidar lo que paso, me siento enojada porque no puedo evitar que pase por mi mente...no pude evitarlo

La paciente comienza a buscar la ayuda del proceso psicoterapéutico para bajar sus niveles de ansiedad, busca entender y comprender el problema que la aqueja se muestra insegura y confundida, incluso se siente parte del problema, trata de evitar lo que no sabe que evitar, ya que no pone palabras al objeto.

Cuando el sujeto antes de ser cliente observa una dificultad, problemática etc. (Feixas y Miró, 1993). Sobre su persona e inicia con el cuestionamiento de acudir y pedir ayuda con un sujeto que tenga la capacidad para calmar esas, angustias, miedos, entre otras problemáticas.

En el último párrafo ALO plasma el siguiente discurso:

13. Me siento triste porque toda la vida voy a estar con ese pensamiento que me duele.

Al terminar la sesión ALO ha expresado:

14. ...me siento más tranquila al expresarlo aunque me daba vergüenza contigo, pero también me siento confiada aquí...

La paciente expresa que se siente escuchada, no solo por oír sus quejas sino que hacerla sentir acompañada y segura del ambiente psicoterapéutico , generando un lazo y vinculo fuerte entre la relación terapéutica incluyendo habilidades y las variables de la alianza terapéutica.

Pamela Trevithick (2006) cita a Rogers, donde éste describe el proceso por el que los clientes pasan cuando ingresan a psicoterapia y las cualidades del cliente. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado, al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, haciéndolo sentir libre.

Sesión 11.

En la sesión once ALO expresa un problema que tiene una amiga de la escuela, el cual se da como conclusión ser parecido a lo que ella está viviendo:

15. ALO: ...Platiqué con mi amiga y me conto que sus padres ya se separaron, ella está muy enojada, tanto se enojó con su papá que aventó la Tablet que le regalo y la Tablet se descompuso...

T: ¿crees que la situación que vive tu amiga es parecida a lo que le estas pasando tú?

ALO: sí.

T: Esta situación me hace recordar sesiones pasadas donde, dijiste que tu amiga pudiera estar pasando por una relación difícil por parte de sus padres, donde siempre están discutiendo y probablemente no le ponían atención. En otra de las sesiones dijiste que los conflictos de los padres no deberían afectar a los hijos y que ellos no tenían la culpa de nada. ¿Estas dos situaciones podrían generar enojo?

ALO: si.

La paciente expresa a través de la historia de su amiga la relación que también al mismo tiempo ella vive, ella puede que no se dé cuenta en el momento, pero se ve proyectada en la historia de la amiga, por lo que yo escuche con atención el relato de ALO, lo que genero trasladarme a las sesiones anteriores sobre la relación que hacía con este suceso

Feixas y Miró (1993) describen las habilidades del enfoque psicoanalítico, una de ellas que se relaciona con la viñeta es la habilidad para comunicarse con el paciente. El psicoterapeuta debe tener la capacidad de diálogo, antes de interpretar o analizar y devolverle lo que le dirá, el terapeuta debe escuchar atentamente el discurso del paciente. Debe utilizar un tono de voz adecuado, el mensaje tiene que ser preciso y congruente con lo que dijo el paciente por lo que tiene que realizarlo con una intención comunicativa.

En esta misma sesión hablamos sobre la carta y que rumbo tendría esta, yo le sugerí quemarla o romperla con el objetivo de desaparecerla, ya que la quería mantenerla para así después al transcurrir el tiempo pudiera hacer una diferencia entre los cambios que ha tenido por lo tanto tras este discurso se le sugiere escribir y traer la siguiente sesión los cambios que ha observado en el proceso. Además le pregunté: De una escala del 0 al 10, ¿Cómo crees que llegaste al principio en psicoterapia?, ¿Cómo observas tu escala en estos momentos?

16. 7, cuando llegue y 9 ahora (sonríe).

La escala se ha considerado importante para la evaluación del curso del proceso además de la consideración de cambios que se han observado, aquí la paciente puede lograr identificar el desarrollo del proceso, atribuye además su trabajo colaborativo con dicho proceso.

Para que el proceso se observe de manera crucial y se observe, a través del análisis de Feixas y Miró (1993) citan a Roger para hablar sobre las condiciones que el paciente desarrolla para que se observe su crecimiento.

- El impulso al crecimiento.
- Énfasis en lo afectivo más que en lo intelectual.
- Importancia del presente.
- La relación terapéutica como experiencia de crecimiento en sí misma.

Sesión 12. La madre me manda un mensaje de texto avisando que ALO no podrá asistir a sesión.

Sesión 13.

En esta sesión ALO menciona constantemente el tema de la “injusticia” como ella lo expresa, lo injusto lo define como igualdad a tareas del hogar entre su hermana menor y ella, después habla de la madre y su conceptualización de ella acerca del tema:

17....estoy enojada y a la vez feliz, feliz porque mi papá juega con nosotros y me defiende de mi hermana, y enojada porque mi hermana es bien aprovechada, por ejemplo estábamos en el ciber, porque mi mamá estaba platicando con una de sus amigas, entonces nos comenzamos a pelear mi hermana y yo, ella me dio una patada y le dije a mi mamá y solo le dijo -ya cálmate- entonces seguía molestándome presumiéndome el celular de mi mamá entonces yo

también le di una patada y mi mamá me regañó y me dio las llaves para que me fuera a la casa y le dije, es que tu no vez lo que también hace ella y pues me fui.

La capacidad de análisis en la paciente sobre su contexto sigue desarrollándose, además de establecer diálogos con el otro sujeto expresando demandas y deseos no satisfactorios. Hace uso de la crítica buscando un resultado, se muestra capaz de producir su propia solución y se siente confiada.

Pamela Trevithick (2006) cita a Rogers

7. Se desarrolla la expresión simbólica, el cliente en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
8. Flexibilidad y fluidez de los sentimientos, el paciente se comienzan a cuestionar los valores y creencias que lo han llevado a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
9. La estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.

Le expreso lo siguiente: -pareciera que con esto del celular te dice que tiene la atención de tu mamá al prestarla a ella su celular. Después ALO expresa:

18. ...Me siente mal por hablar así de mí mamá...como traición, porque la quiero mucho y siempre voy a estar para ella...

Vuelve hacer uso de la confidencialidad con respecto a la información, enviando un mensaje al psicoterapeuta sobre mantener el secreto ya que no puede ser escuchado por la madre.

Feixas y Miró (1993), mencionan que la capacidad de conversar debe de estar sujeta a las habilidades verbales y que al conversar puedan resultar reforzante y reconfortante, pero no solo para el psicoterapeuta sino que también para el paciente y al mismo tiempo dentro de este discurso debe tener la capacidad para guardar información valiosa del paciente, esto generará que éste pueda sentirse respetado y resguardado por el otro.

Menciono que no porque observe los defectos de las personas quiere decir que no las quieras o que estés traicionándolas al reconocer sus defectos:

19. ...Cuando tenga hijos no voy ser igual que mi mamá y seré justa al llamarles la atención. Mi papá es justo, cuando nos peleamos mis hermanos y yo, nos llama la atención a quien tenga la culpa, mi papá, no le hace caso, cuando mi hermana es injusta...

La paciente determina el interés por el tema a trabajar incluso puede describir el contexto en el que se encuentra y se desenvuelve, haciendo uso de su nivel de análisis y reflexión, creando así una demanda sobre lo que le aqueja.

El cliente pueda explorar y percibir por primera vez el significado de ciertos aspectos de su conducta, generando así una habilidad de su propio análisis de cambio. Roger (1951).

Sesión 14.

En la sesión catorce ALO vuelve hablar de que en su casa no se respeta la asignación de tareas del hogar que hay en casa, tras este discurso no se toca el tema ni de la carta ni de J, hay otros intereses en ALO.

20. ...Me gusta mucho ir a la escuela y estar con mis amigos...

Expresa gustos e intereses, dejando al motivo de consulta a un lado, haciendo insistencia al terapeuta cuáles son sus motivos por el que se encuentra en proceso psicoterapéutico, en el cual puede determinar el tema a trabajar, pero parece ser que transferencialmente la psicoterapeuta está ligada al motivo explicito de la madre, ya que preocupa no seguir las indicaciones de la madre de hablar del abuso sexual.

Está a punto de terminar la sesión guardamos el material, le pregunto ¿cómo se encuentra y como se va en esta sesión? ALO dice:

21. Bien...pero me da pena... ¿cuántas sesiones faltan?... es que si me gusta venir, pero lo que pasa es que cuando llego de la escuela me acuesto y me duermo, entonces mi mamá me despierta y eso me da mucho coraje.

Yo comprendí y acepte su malestar, le expresé mi comprensión y le conteste que recordara que no pusimos límite de sesiones y aunque su madre me había propuesto no volver a retomar que decidiera cuando cerrar proceso yo lo respetaría como he respetado el ritmo de trabajo y su proceso. Pero también le aclare que si tomaba la decisión tendríamos que hacer una sesión de cierre y ella decidiera hacerlo el día que estuviera lista. En ese momento dijo: *Solo unas pocas sesiones más*

Esta nueva percepción de sí mismo puede ser perturbadora y generadora de ansiedad para el cliente, sin embargo, al ver y sentir al terapeuta como un Yo

aceptador, el cliente experimenta una actitud similar consigo mismo, aceptándose como una persona que puede experimentar sentimientos de cualquier tipo, sin sentir culpa e integrarlos como partes de sí mismo. Roger (1951).

Sesión 15 y 16. No se encontraron viñetas de suma importancia o que fueran útiles en el presente trabajo. Con respecto a la sesión dieciséis no hubo sesión por motivos personales del terapeuta.

Sesión 17.

En la sesión diecisiete ALO vuelve a hablar de las reglas en su casa y que no son respetadas, pero gran parte de la sesión se habla de un tema que en particular genera miedo en ALO:

22. Estaba dormida y comencé a escuchar risas de niños como si estuvieran en la calle jugando, eran como las cuatro de la mañana, después escuche unos gritos de una mujer y me dio mucho miedo y me fui a la cama de mi hermana a dormir...solo algunas veces tengo miedo y le he dicho a mi mamá.

Le cuestiono si este miedo puede relacionarlo con el miedo y la situación de robos y asaltos en la calle que se han suscitado últimamente, considera:

23. No se lo vallas a decir a nadie, es secreto, mi abuelo y su mamá tienen esta habilidad de escuchar a los muertos, buscan la ayuda de mi abuelo, mi mamá no les hace caso porque les tiene miedo. En mi casa no hay espíritus, pero pasan a través de la pared y por eso me asustan.

Yo le pregunto a Alondra a que se debe o porque se considera que sea un secreto: *Porque la gente puede pensar que están locos, tengo miedo hablar de esto.*

La paciente comienza a cuestionar los valores y creencias que lo han llevado a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.

Sesión 18. No se encontró viñetas de importancia para el proyecto o que resultaran útiles.

Sesión 19. No se dio por motivos de reencuadre, ya que la madre de ALO hablo conmigo por teléfono pidiéndome vernos la siguiente sesión de 3 a 4 de la tarde y por motivos de horarios de la institución se estableció el horario de 5:00 a 6:00 p.m.

Sesión 20. No se encontraron viñetas para el sustento del caso.

Sesión. 21

ALO inicia la sesión con dos discursos uno acerca del miedo a los ruidos extraños y el otro sobre su amiga la que destruyo la Tablet, al momento de preguntarle porque me conto junto y que relación tenia uno y otro me contesto: *¡Ah no sé, solo te lo quería platicar!*

Tras este discurso retome sobre lo que expreso en la sesión catorce sobre el cierre de sesión y primero reafirme mi empatía por sobre sus motivos por hacer el cierre, como el darle sueño al llegar de la escuela, pero exprese mi interés por saber el motivo por el cual ella asiste a proceso y no el motivo que expresa su madre, a lo que respondió...

24. ALO: Primero la confianza, te tengo mucha confianza, porque puedo platicar contigo lo que sea, no es lo mismo platicárselo, por ejemplo a mi mamá, la segunda es que si no viniera me aburriría...me haces reír cuando te pones seria y que al jugar me concentro.

T: ¿Qué has encontrado en la psicoterapia?

ALO: Hay más comunicación en mi casa, con mi mamá, soy más abierta con los demás, me haces preguntas que nadie lo hace, por

ejemplo, me preguntas ¿cómo estoy?, platicamos de cosas con quien nadie platico.

ALO comienza a observar sus cambios, y además puede apreciar las habilidades que ha observado en ella, en el proceso y en la psicoterapeuta observando y describiendo las cualidades de ésta y en que le han beneficiado. Elizabeth Zetzel (citada por Safran Y Muran, 2000), manifestaba que la alianza dependía de la capacidad de que el paciente estableciera una relación estable de confianza, basada en experiencias evolutivas tempranas.

Sesión 22.

En la sesión veintidós retomo lo de la sesiones anteriores y con respecto al motivo inicial de consulta

T: ¿Qué pasaría si no estuvieras trabajado el motivo que expresa tú mamá?

25. Trabajaría, para hablar sin pena, ser más abierta con otros, como mis compañeros de la escuela. Soy más abierta con las personas, hasta contigo.

ALO logra identificar el cambio que ha tenido durante el proceso, además de las habilidades que logro encontrar en el. Puedo observarse como logro tener una actitud de colaboración con el proceso y como resultado pudo conocerse más.

Aquí se puede observar como la alianza terapéutica es mencionado por ALO, ya que se puede observan que la relación entre terapeuta y paciente logro trabajarse en cordialidad y colaboración.

(Arredondo y Salinas (2005) citan a Fuentes (2004) en las capacidades logradas por el paciente, a continuación solo expondré las observadas en ALO.

- La capacidad de verse a sí mismo como uno vería a otro.

- La existencia de cierta confianza básica.
- La identificación con las metas del tratamiento.

En otro momento de la sesión, primero se ve un tanto nerviosa, hace pausas, se queda callada y va expresando:

26....tengo que decirte algo...ya estoy lista para terminar terapia...me siento mejor...

Le pregunto ¿cómo es sentirse mejor?

ALO: antes era más tímida...puedo hablar sin pena y ser más abierta con otros.

La decisión que ha sido tomada por ALO, yo respete sus decisiones incluso no busque explicación sobre algo resistencia o inconsciente, ya que con anterioridad lo había expresado. Fiorini (1973) menciona ciertas actitudes del paciente durante el proceso solo escribiré las relacionadas con el caso y con ALO.

10. Actitud activa y flexible del psicoterapeuta.
11. Limitación de duración de la terapia.
12. Orientación hacia el fortalecimiento de las áreas del Yo libres del conflicto y hacia la adaptación realista del sujeto.
13. Énfasis en los aspectos externos de la vida cotidiana del cliente, con la posibilidad de realización de tareas entre sesiones.

Tras esta decisión tendremos que expresárselo también a su madre ya que debe estar enterada, le sugiero si la sesión de cierre la podemos hacer la siguiente sesión (yo pensando que la siguiente semana era la última en el CESCO por motivos vacacionales) ALO está de acuerdo. Le expreso a la madre la decisión que ha tomado ALO, después hago un resumen breve y corto de las habilidades que se han observado en relación al motivo de consulta inicial y a las necesidades que se trabajaron desde la perspectiva de la paciente. La madre está de acuerdo con la decisión.

Sesión 23.

En la sesión veintitrés se dan el cierre de proceso. Le cuestiono a ALO que haga una observación de las primeras sesiones hasta el momento y que ella pueda describir con sus propias palabras que herramientas o habilidades ha reforzado o ha mejorado

27. Ya no me da miedo la obscuridad...ya hablo más con sus amigos de la escuela, antes era tímida, no hablaba mucho con los demás y ahora le hecho, más ganas a la escuela,

T: ¿Cómo es que ya no tienes miedo?

28....Pienso, que eso no es verdad y que son mis ideas, mi imaginación, se le pregunta...desde que veo películas de terror le tengo miedo a la obscuridad...

Después le cuestionó a ALO si así al igual que en su fiesta de confirmación se hizo una expectativa, también se la hizo antes de llegar a proceso, por ejemplo si pensó que era un hombre, que podría ser más mayor, o alta, etcétera, hace una expresión desagradable y dice:

29. ALO:...Yo no quería que fuera hombre, tenía miedo porque no te conocía y no me atrevía a contar lo de J, además había escuchado que los psicólogos son malos,

T: ¿Dónde lo escuchaste?

ALO: lo he escuchado en la escuela...

Sigue hablando de las habilidades

ALO: ...Aquí me puedo la concentrar y en otros lados no, aquí nadie te está dirigiendo...

Jugamos al Jenga, al sonar la alarma le pregunto a Alondra que me exprese
T: ¿cómo te sientes el haber trabajado durante este proceso?

30. ¡Bien, chido!... me voy feliz...eh tenido muchos cambios, como también he aumentado mis calificaciones de la escuela y ya tengo más amigos.

Por ultimo yo le expreso que también me voy feliz porque he visto sus cambios y sus logros, como aceptar y reconocer lo que le gusta de su familia, amigos y de sí misma, además de que ya no es tímida y lo reconoces y a esto le podemos decir que se conoces más, y que fue un placer trabajar con ella.

3.6. Diálogo desde el propio marco referencial.

Tras el caso ALO observe que algunas de las habilidades de mí como psicoterapeuta me podían definir incluso al hacer el análisis de las viñetas y el marco referencial analizaba lo que he trabajado a lo largo de la maestría y en mi formación como psicoterapeuta. Me cuestionaba como podría yo definir que han cambiado mis habilidades como la escucha, el análisis personal sobre lo que siento y pienso, donde está posicionada mi empatía, analizaba mi congruencia empática y me preguntaba con qué pacientes probablemente llegaría a tener dificultad.

Ahora bien al hacer el análisis de las viñetas me doy cuenta cuanto camino me falta por recorrer no para determinar mis habilidades, sino para experimentar de mis pacientes sus logros y cambios que eso hacen mirar el trabajo que se está realizando y que habilidades y capacidades se siguen desarrollando.

A esto sumo el peso que la alianza terapéutica y la relación que se tiene con los pacientes no se debe de perder de vista la transferencia, el cual es una variable que para mí es muy importante y no muy fácil de observar o de analizar, cuando se vive un proceso con pacientes es fácil entregarse al análisis de sus quejas y sus angustias, ya sea porque nos interesa mucho la clínica o porque en ella podemos llegar a sentir la utilidad de nuestras habilidades a través de la ayuda.

El escuchar, el acompañar, el empatizar y trabajar por el beneficio del otro provoca en mí una satisfacción que solo puede ser provocada cuando se observa el trabajo colaborativo y los resultados satisfactorios con el otro, cuando te agradecen por acompañarlos, comprenderlos y siempre haber podido ser un sujeto confiable, esto provoca en mí como psicoterapeuta un paso más a la experiencia.

3.7. Diálogo interdisciplinario.

Se busca hacer un diálogo interdisciplinar con la educación desde la perspectiva de la relación del docente y el alumno y las variables que intervienen en ambos. Además de cómo estas relaciones influyen para operar en contextos diferentes.

Relación docente y alumno. El análisis sobre los procesos de selección y la construcción de las representaciones de los alumnos, parten de las interacciones de éstos con sus profesores y de lo que aporta el propio alumno al proceso de aprendizaje. Se concibe que las construcciones del alumno son también un elemento mediador de primera importancia entre la influencia educativa que ejerce el profesor, los contenidos u objetos escolares, y los resultados en el aprendizaje.

Los autores (Coll y Miras, 1993, citado por Cavarrubias y Piña) identifican cuatro tendencias básicas en el contenido y organización de las representaciones de los estudiantes acerca de sus profesores:

1. La importancia de los aspectos afectivos y relacionales del comportamiento de los profesores.
2. El desempeño del rol del profesor.
3. El contenido de la enseñanza.
4. La activación del profesor ante situaciones conflictivas.

Respecto al desempeño de roles en el acto educativo, un elemento esencial para comprender cómo funcionan los procesos de selección y categorización en la construcción de las representaciones mutuas entre el profesor y los estudiantes.

Mencionan que el profesor seleccionará y evaluará las características y el comportamiento de los estudiantes en función de su mayor o menor pertinencia y adecuación a las expectativas de comportamiento asociadas con el “rol de alumno”; a la inversa, el estudiante seleccionará y valorará las características y comportamientos del profesor más vinculados con las expectativas que incluye su concepción del “rol de profesor”.

4. Conclusiones.

4.1. Articulación del caso y construcción de insistencias.

A continuación, se presenta el caso desde la reflexión tanto de la práctica clínica como de la teoría expuesta en el marco teórico así como desde el trabajo con el paciente, las intervenciones realizadas, los procesos y elementos que resultan más sobresalientes y que dieron pie a su articulación.

Cuando ALO inicia proceso se percibe tímida y retraída, fue difícil al principio poder establecer un diálogo verbal con ella, pero a través del proceso psicoterapéutico se logró establecer una relación y una comunicación por medio de juegos y materiales de apoyo como dibujos, relatos, juegos de mesa, además de lo que propiciaron el uso de la arcilla y los materiales de pintura.

Tras expresar por medio de su comunicación no verbal y la incomodidad por no tocar el tema del abuso sexual, se trabaja con ALO desde lo que generaba angustias y miedos, el cual refería a la relación de sus padres, constantemente era parte de vivencias violentas o agresivas en casa, además del conflicto que la madre imponía sobre las decisiones maritales.

Expresaba con vergüenza el motivo inicial de consulta descrito por la madre. A ALO le interesaban aquellos temas relacionados con su contexto sobre injusticias en la escuela, el vecindario incluso en su hogar y con los miembros de la familia. Describía constantemente la relación entre sus hermanos y el cumplimiento de reglas sobre las actividades del hogar y la angustia y coraje que le provocaba que su madre no estableciera una igualdad entre estas actividades. El paciente representa a lo largo del proceso significados sobre lo observa y pasa en su contexto. El desarrollo del proceso y la manera en que se va acrecentando la empatía genera tanto en ALO como en la psicoterapeuta la confianza que se requiere para el cambio, la alianza es lo que cura (Greenberg, Rice, y Elliot, 1996).

Los temas de aspectos paranormales, donde expresaba escuchar ruidos sin encontrar una explicación lógica, las ideas sobre la religión y el tema de aspectos sobre naturales envolvían a ALO con dudas y temores. Las relaciones en el colegio, la expectativa de entrar en una etapa nueva, con nuevos compañeros, nueva escuela y etapa educativa, sobre las relaciones próximas a suscitarse, le interesaba los aspectos académicos y de conocimientos que llegaría a conocer y aprender. Su interés en tener la habilidad por ser mejor comunicativa y poderse relacionar de una manera más flexible y aceptable con los demás.

Las diversas maneras en que se fue constituyendo la alianza terapéutica, que es el tema que nos comprende, inicia desde la propia experiencia de la psicoterapeuta, quien recibe a ALO de 11 años, ella estudia 5º año de primaria y la psicoterapeuta tiene amplia experiencia con niñas de esa edad en el momento en que la recibe. Aunque no sea un conocimiento explícito, genera en ambas el sentirse acompañadas y entendidas en el proceso psicoterapéutico.

La escucha que se logró con ALO, a diferencia de los pacientes anteriores, ayudó a constituir la alianza, la fluidez de la escucha radicaba en que la presencia de ALO era una que destituía todo prejuicio, que posiblemente radicaba en mi propio juicio y ansiedades sobre mi identidad como psicoterapeuta. La confianza que ALO sentía me iba dando más y más confianza.

Lo anterior se relaciona con la siguiente actitud del psicoterapeuta: la aceptación incondicional, que si bien la literatura trata la aceptación desde el punto de vista del psicoterapeuta, fue claro para mí que en la aceptación de ALO hacia mí, se puede hablar de un eje bidireccional respecto a esta habilidad. O bien, para incrementar mi propia habilidad de aceptación desde la formación como psicoterapeuta.

Otra habilidad que fortaleció la alianza tiene que ver tanto con la capacidad de reflexión de ALO, porque supo discernir entre su motivo de consulta distinto del motivo de consulta de su madre, como de mi capacidad de tolerancia a la intimidad

(Feixas y Miró, 1993), es decir, el trabajo de resguardar a confidencialidad de ALO era proporcional a la insistencia de la madre de tratar lo del abuso.

Ya hablamos de la confianza, pero retomaremos lo descrito por Bados y García (2011) que refieren que es importante tener claro que son los intereses del paciente y no los del psicoterapeuta los que deben modular el proceso. En cada sesión con ALO, ella elegía las actividades y los temas que le eran relevantes.

4.2. Logros y pendientes explicitados por Uno. Aspectos éticos.

El trabajo como psicoterapeuta y el primer acercamiento, para mí resultó un reto, desde inicios de la maestría que escuche decir que estaba “lista” para tener paciente, el primer impacto fue como decir *¿y ahora donde está la receta?* Como saber qué pasaría con los pacientes que llegaran conmigo, era más mi miedo y mi frustración por no poder ayudar a los pacientes que ese sentimiento reflejaba en mí la inseguridad.

Si pudiera permitirme dentro de este trabajo un aspecto como pendientes sería ese, reforzar mis habilidades como psicoterapeuta, primero escucharme y acompañarse y no sobre exigirme porque como lo muestra el enfoque humanista sobre la congruencia, debo de ser congruente conmigo misma y aceptarme incondicionalmente.

Uno de los logros que pude observar tras el caso fue tener más confianza en mí misma como persona y como psicoterapeuta, ser segura de que puedo generar en los pacientes una buena relación empática y una buena alianza terapéutica para su mejora personal y observar cambios. ALO me ayudo a darme cuenta sobre lo que yo también había aprendido, sobre no resolver y tratar de complacer las exigencias de otros.

Otros de los aspectos importantes es el trabajo que tuve en mi proceso personal, a través de este caso y el análisis de las habilidades y la alianza terapéutica, me di

cuenta que tenía que cambiar de terapeuta ya que no encontraba resultados y me hacía falta ser escuchada desde otra mirada.

Con respecto a ALO, considero que me mostré responsable con su proceso, respetuosa con su persona y trabajé más en la escucha sobre sus diálogos.

Renuncie a mi narcisismo para poder establecer una buena alianza terapéutica.

4.3. Relativos al DHS.

Tras el recorrido tanto de mi trabajo con pacientes como realizar este trabajo de estudio de caso, me ayudo a reflexionar sobre el trabajo de ser terapeuta el cual considero que es un sujeto en constante movimiento y que debe de prepararse no solo de manera académica o en conocimientos sino de experiencias que lo construyen. La alianza terapéutica es el camino a un trabajo colaborativo tanto para el paciente como el psicoterapeuta.

A través de mi experiencia en la maestría me topé con aspectos, situaciones y vivencias que hacían dudar de mi labor, a esto me refiero con haber hecho un trabajo de obtención de grado que genero dudar sobre lo que aspiraba por tiempo atrás, pero con ayuda de mi proceso personal y mis motivaciones por realizarme logre comprender que aspectos eran los que me hacían ser un psicoterapeuta y que además no se logra ser de un día para otro un sujeto con vivencias clínicas ni conocimientos eruditos sobre la relación con pacientes.

4.4. Cumplimiento formal de los términos del encuadre.

Al inicio del trabajo con ALO fue importante realizar un encuadre con la madre sobre el día y el horario en que se realizarían las sesiones, así que además se les describió que mi formación era como estudiante de la maestría en psicoterapia clínica y que, por lo tanto se requería de un consentimiento informado sobre su permiso para que el caso fuera expuesto al grupo de supervisión con intenciones académicas y profesionales en mi formación como psicoterapeuta.

La confidencialidad de los pacientes y la información que llevan a las sesiones independientemente de que este punto este agregado en el código ético del psicólogo, me parece que guardar y respetar su intimidad tiene que ver con profesionalidad.

Considero que la importancia de asumir ética y valores dentro de cualquier profesión mantiene además del orden y la reflexión, adquiere la responsabilidad que se tiene consigo mismo generando así el amor por el otro, por otros y por la profesión. Hablar de ética no es un tema mediante, es extenso cuando se trata del juicio cuando se involucran ideas, percepciones sobre lo que es ético y lo que no de una situación.

4.5. Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta.

Hubo momentos de los cuales mi resistencia se veía expresada por cuestiones de inseguridad motivación profesional y el miedo al fracaso. Gracias a las materias que aportaron al conocimiento personal dentro de la materia me di cuenta de que debería de dejar mis pensamientos idealistas de no equivocarme y tampoco idealizar o compararme con otro psicoterapeuta. Las resistencias por mi parte fueron observadas en cuanto a tratar de encontrar pacientes que se acomodaran a mi horario y el día que para mí no resultara tan complicado por el transporte.

Pero sobre todo la resistencia de mi parte fue observada antes del caso ALO, pude observar como los pacientes llegaban dos o tres sesiones y se iban cuando deje de hacerme preguntas y cambiar de terapeuta logre darme cuenta sobre lo que pasaba por mi mente y mis emociones afectando otras áreas de mi vida.

4.6. Resultados para el desarrollo profesional y personal del sustentante. Aportes al marco referencial de la Psicoterapia clínica.

Tras las pregunta expuesta en mi presente trabajo fue ¿De qué manera se fortalecen las habilidades del terapeuta y del paciente con el desarrollo de la alianza

terapéutica en el proceso psicoterapéutico? Tras el análisis de la pregunta se generaba que me fuera cuestionando más sobre como las habilidades iban resultando en un momento dado, por lo que me di cuenta que trabajando en la psicoterapia, las habilidades se fortalecen con la continua práctica y con la ayuda de un proceso personal tanto para el terapeuta como para el paciente y que dichas habilidades provocan, si, una apertura más enriquecedora para una buena alianza terapéutica.

La alianza psicoterapéutica no solo propicia al que el trabajo sea más enriquecedor con la relación del terapeuta y del paciente sino que esta lleva a dar inicio a que el individuo logre tener herramientas que benefician la relación consigo mismo que es el objetivo de todo proceso psicoterapéutico. Si bien en el momento de hacer intervención clínica las herramientas que se aprenden con la teoría no son utilizadas tal y como lo señala el texto teórico, pero de alguna forma están introyectados generando así que constantemente sean habilitados con la práctica. Considero que para alcanzar un conocimiento de cómo ser un psicoterapeuta y establecer habilidades, la da la experiencia el mejor logro que puede tener esté son sus pacientes o en este caso mis pacientes, son quienes nos hacen llenarnos nuestra profesión con estrategias al momento de intervenir con el otro.

El psicoterapeuta es un individuo más en la sociedad que también de igual manera se relaciona que vive y que está construido también de experiencias pero que dichas experiencias tiene lugar para trabajarlas en un espacio a parte del que se establece para el paciente , por eso una de las capacidades que debe de tener el psicoterapeuta es poder discernir con lo que realmente debe de trabajar de manera personal, y le corresponde y con cual debe de establecer un límite para no transferir lo propio al otro o adjudicarlo viceversa.

Otra de las cosas que se observaron es que alguno de los psicoterapeutas que estuvieron conmigo en formación de la maestría eran profesionistas que se dedicaban poco a tener una relación constante con el otro de manera profesional,

pero eran personas que tenían facilidad para generar empatía y comunicación generándose así una habilidad social, lo cual también al ver espejado como funcionaba en mí esta habilidad me di cuenta que no tenía ninguna dificultad para relacionarme de manera social y personal que es otra de las cuestiones que fueron importantes en este caso. El hecho de escucharme como me sentía con cada una de las intervenciones, me di cuenta de la fortaleza que también tenía para mirarme emocionalmente y ubicar lo que me estaba pasando y como el porqué de estas reacciones, claro que el trabajo psicoterapéutico personal que tuve, me ayudó mucho.

Caso ALO fue el inicio del trabajo con el otro, el inicio del trabajo psicoterapéutico que me enseñó a conocer que tenía que confiar en mí creer que tenía que estar en constante movimiento y sobre todo amar y respetar lo que hago, saber que existe la multidisciplinariedad sobre el cómo hacer psicoterapia, que la alianza se establece primero consigo mismo. Así que no dejo de pensar que las habilidades del psicoterapeuta y del paciente se construyen a través del proceso de autoconocimiento y exploración. Ya que los pacientes dentro del espacio terapéutico observan sus vidas desde otra escucha y desde otra voz sobre todo desde otra escucha.

Referencias:

- Arredondo, L. y Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada en la universidad de Chile (CAPs)*. Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales, Departamento de psicología. Santiago.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Facultad de psicología, Universidad de Barcelona. Barcelona
- Coderch, J. (2012). *La relación paciente terapeuta*. Barcelona: Herder.
- Corbella, S., y Botella, L. (2011). Alianza terapeutica evaluada por el paciente y mejora sintomatica a lo largo de nuestro procesp educativo. *Boletín de psicología*, 13.
- Covarrubias, P. Piña, M. (2004). La interacción maestro-alumno y la interacción con el aprendizaje. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, XXXIV, pp. 47-84.
- Erickson, M. H. (2006). *Estrategias psicoterapéuticas*. México. Dan short.
- Escudero, V., Varela, N., Romero, D., & Muñoz, C. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia Familiar centrada en la alianza terapeutica. Manual de tratamiento*. Meniños.
- Etchegoyen, H. R. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires : Amorrortu.
- Feixas, G., y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicologicos*. Barcelona: Paidós.
- Fiorini, H. (1973) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires. Nueva visión.

Greenberg, L., Rice, L. N., y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapeutico punto por punto*. Barcelona : Paídos.

Moreno, S. (2010). *Descubriendo mi sabiduría corporal, Focussing*. México. Orgánica diseño editorial.

Laplanche, J., Pontalis, J. B., y Lagache, D. (1996). *Diccionario del psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Rogers, C. R. (1951) *Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona. Paidós.

Safran , J., y Muran , J. (2000). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. New York: DESCLÉE DE BROUWER.

Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia*. Buenos Aires: Paídos .

Trevithick, P. (20016). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Manual práctico. Madrid. NARCEA, S.A. DE EDICIONES.

MPC. Luz María Manriquez Ortega
Presidenta del Consejo Técnico
Maestría en Psicoterapia Clínica
Universidad Iberoamericana León
PRESENTE

Después de saludarle respetuosamente, hago constar que soy director del trabajo para la obtención de grado de la maestría en Psicoterapia Clínica del alumno:

Nombre de la alumna (o)

Rosa Janet García González

Título del trabajo:

Habilidades que el psicoterapeuta y paciente fortalecen en el desarrollo de la alianza terapéutica al interior del proceso psicoterapéutico (caso A10).

Modalidad:

Estudio de caso.

El Trabajo, cuenta hasta este momento con un avance que cubre un porcentaje aproximado de por lo que considero que el borrador completo de su trabajo podrá ser presentado el 1 de julio próximo o en su defecto el 30 de octubre del año en curso, como fecha límite para dar cumplimiento a lo expuesto en anteriores comunicaciones y a lo que la normatividad vigente señala.

Doy fe de que conozco el trabajo de la alumna en su totalidad y de que ha cumplido con los avances solicitados, las evidencias, así como de los productos entregados de acuerdo a los apartados señalados en el formato autorizado por el Consejo Técnico de la maestría, en el porcentaje señalado.

Nombre y firma del director o directora

Dra. Juana Camarena Arredondo

Nombre y firma del lector- Asesor

Dra. Ma. Elena Fuentes Martínez

Nombre y firma del lector

Nombre y firma de la alumna candidata a la obtención de grado

Rosa Janet García González

*Puede enviar de forma física este documento o bien por vía electrónica, estoy también solicitando a Usted, con la finalidad de avanzar de manera simple y ágil en los trámites, que usemos para enviar y recibir los comunicados relacionados con este asunto, la vía establecida para tal efecto en el portal de la Universidad.