

**EXPERIENCIA DE UNA PSICOTERAPEUTA QUE DECIDE ABANDONAR SU  
LUGAR SEGURO, PARA DISPONERSE A COMPRENDER Y ACOMPAÑAR EL  
LABERINTO DE SU PACIENTE**

**Luisa, Quintero-Pernett**

Psicóloga, Mg- en curso- Psicología profundización en el área clínica\*

**Tutores:**

PhD. Alberto De Castro

Mg. Guillermo García.

**Universidad del Norte División de Humanidades y Ciencias Sociales**

**Maestría en Psicología Profundización Clínica**

**Junio 2018 - Barranquilla, Colombia.**

## Tabla de contenido

1. Introducción.....	Pág. 3
2. Justificación.....	Pág. 5
3. Formulación del problema.....	Pág. 6
4. Preguntas orientadoras.....	Pág. 7
5. Historia Clínica del paciente.....	Pág. 8
-Datos del paciente.	
-Motivo de consulta.	
-Descripción sintomática.	
-Historia Personal.	
-Historia Familiar.	
-Genograma.	
6. Descripción de sesiones.....	Pág. 10
7. Marco conceptual.....	Pág. 31
8. Resultados.....	Pág. 44
9. Conclusiones y discusión.....	Pág. 64
10. Referencias.....	Pág. 69

## Introducción

*“Una versión del mito del minotauro afirma que Teseo mató al hombre-toro que habitaba en el laberinto, pero otra versión sustenta que fue Ariadne, la que tanto proporcionó el hilo, como fue ella la que liquidó al monstruo, pues todo el tiempo estuvo con Teseo en la procura del minotauro. Ariadne al enfrentar al minotauro, éste se esfumó”* (Romero, 2003)

El fragmento anteriormente expuesto da cuenta de la importancia de acompañar al paciente dentro de su laberinto, un lugar matizado por la angustia, el temor, la incertidumbre, la desorientación, la oscuridad y las defensas; un espacio abrumador que potencializa la sensación de soledad y en donde la presencia de *un otro*, facilita la travesía, al transitar la oscuridad con la linterna (utilizada en la relación terapéutica) para alumbrar cada uno de los callejones (constituidos por vivencias, temores, valores, intencionalidad) con el fin de que haciendo consciencia de éstos y del minotauro (que son sus defensas que dificultan la claridad), el paciente logre ver los matices del laberinto que durante mucho tiempo han sido su hogar, un lugar determinado por él mismo; en ese mismo orden de ideas, es el psicoterapeuta quien debe mostrarle a su paciente la libertad que tiene de elegir entre el seguir siendo preso del pasado o el responsabilizarse de la manara en la que hoy asume su presente (Romero, 2003).

Sin embargo, el acompañar la experiencia del paciente no resulta ser una tarea fácil de conseguir, pues se corre el riesgo de extraviarse en medio del laberinto, el cual sino se logra comprender (en medio del ir y regresar de la experiencia) y captar desde *“su qué, cómo y para qué”*, el tránsito por sus callejones puede ser igualmente abrumador y confuso para quien acompaña, en este caso, el terapeuta. En ese sentido no sólo basta con estar dispuesto a acompañar el proceso del otro, sino ser consciente que de repente los matices del *propio laberinto* (del terapeuta) pueden obstaculizar el paso por los callejones semi-oscuros del paciente; es por ello necesario, que antes de ser acompañante de procesos, se pueda ser consciente de la importancia de ser acompañado primero en su propio laberinto (Romero, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior cabe resaltar que la relación terapéutica, es una interacción de iguales, en la que se realiza un trabajo en común; tanto el acompañante (terapeuta), como el acompañado (paciente), se mueven a partir de la legitimidad y del vínculo; el éxito de cada encuentro dependerá del intercambio afectivo, de la apertura del terapeuta a la experiencia del paciente (conociendo de antemano su laberinto, para evitar sesgar a partir de sus contenidos) y de la disposición del paciente frente al encuentro *-con su mundo-* en un lugar seguro. Cabe resaltar que dentro del espacio terapéutico, el psicoterapeuta no es una figura simbólica, es una persona dispuesta a hacer parte de la experiencia del otro en el aquí y el ahora, con el fin de que ese *otro* conquiste su sentido de libertad, se torne auténtico y haga florecer su creatividad; en últimas, lo que se pretende es que el paciente acertadamente tenga cuidado de sí (Romero, 2003).

A partir de este trabajo se pretende dejar en evidencia el camino que una psicoterapeuta formada desde el enfoque humanista-existencial, tuvo que transitar al lado de su paciente, para darse cuenta de la dificultad que tenía de conectarse consigo misma y con el otro, de las defensas que utilizaba para evitar la ansiedad de sentirse expuesta y vulnerable ante la incertidumbre de no saber cómo acompañar adecuadamente el laberinto de su paciente y de la manera en la que le desplazaba la responsabilidad a éste, para negarse a ver la brecha que ella misma había construido para distanciarse.

A partir de las líneas de este trabajo se podrá observar la importancia de establecer una relación legítima con el paciente, para que éste pueda conectarse consigo mismo y con el otro. Se mostrará como la autenticidad es la mejor compañía a la hora de relacionarse con el paciente, que de nada vale tener un amplio bagaje teórico, sino se tiene la disposición de abrirse a sí mismo y disponerse para recibir la experiencia del otro.

Los ingredientes para lograr que el plato quede en su punto (*cura del paciente*) son: acoger, empatizar, escuchar, indagar adecuadamente, estar presente (en el aquí y el ahora) en el proceso experiencial del paciente, tener su propio estilo y ser uno mismo. Se mostrará cómo la psicoterapeuta, al principio del proceso confunde los ingredientes, utilizando otros con los que se siente más segura (teoría, rol cuadriculado, afán), logrando obtener un plato que por fuera se ve bien, pero que por dentro está quedando crudo.

## Justificación

Se considera pertinente realizar este trabajo centrado en los aspectos que todo psicoterapeuta existencial debería tener en cuenta dentro de su ejercicio profesional, pues posibilitará el reconocimiento de aquellos elementos propios, que dentro del espacio terapéutico, obstaculizan y/o contribuyen a la apertura del proceso experiencial del otro. Será útil en la medida en que pondrá en evidencia la intencionalidad del psicoterapeuta dentro del microcosmos social; *su afán, sus miedos, sus expectativas, su ansiedad, sus deseos y cómo usa su voluntad* para entrar en contacto con su experiencia y con la de su paciente.

Existen innumerables trabajos centrados en la experiencia del paciente y del adecuado manejo que el psicoterapeuta se ha dispuesto a dar dentro del espacio para “*conseguir un resultado efectivo*”; sin embargo son pocas las revisiones teóricas que hablan acerca de los errores y/o limitaciones que el psicoterapeuta tiene al momento de intentar hacer parte de la experiencia del otro dentro de un microcosmos cargado de expectativas, incertidumbre y sorpresas; un escenario que resulta amenazante y abrumador cuando de antemano se ha reconocido la dificultad que se tiene para soltar el control y una percepción de minusvalía frente al poder ser capaz de abrirse, en el aquí y el ahora, con el paciente.

La realización del trabajo permitirá conectarse con aquello que ha significado una barrera para establecer relaciones legítimas con los otros (porque la relación terapéutica es eso, una interacción real, en la que no se juega a ocupar un rol, sino en donde se dispone a ser persona con el otro). Sólo el ser consciente de ello y el saber, que así como se espera que el paciente tome decisiones haciendo uso de su voluntad, el terapeuta también se atreva a hacerlo. Como se expresó líneas arriba, no hay un ejercicio que genere mayor aprendizaje que el permitirse ver y aceptar la vulnerabilidad que implica el existir, pues sólo así se podrá visitar y llegar a captar, en cierta medida, la experiencia afectiva del paciente. No es posible estar desde la orilla del paciente, si antes no se ha permitido transitar por la propia.

## Formulación del problema

El ejercicio psicoterapéutico se convierte en ocasiones en una actividad mecanizada, en la que se busca cumplir con una directriz para obtener un resultado; sin embargo en esa búsqueda de evitar el menor margen de error posible se pierde la posibilidad de permitirse *ser persona* dentro del espacio terapéutico; se busca a como dé lugar el evitar experimentar ansiedad e incertidumbre, haciendo uso de elementos mecanizados poco pertinentes, que aunque brindan seguridad, le aportan poco al paciente.

Muchos psicoterapeutas caen en el error de omitirse dentro del microcosmos de la terapia, por intentar controlar lo que se experimenta, aquí y ahora, en la presencia con el otro; negándose la posibilidad de hacer una retroalimentación respecto a su ejercicio profesional, e incluso obviando el valor que tiene el reconocer sus propias limitaciones y barreras para “perfeccionarse” en el proceso.

Este trabajo tiene la intención de exponer la vida de una persona real, de una psicoterapeuta que al igual que todo ser humano, experimenta ansiedad, inseguridad e incertidumbre ante un encuentro desconocido con una persona llena de expectativas frente a su rol. Se procura que a partir de estas líneas logre quedar en evidencia la experiencia de una psicoterapeuta que busca identificar, dentro de su propio ejercicio profesional, la apertura que tiene como *persona*, ante la experiencia del otro y de las barreras construidas por ella misma a partir de las expectativas de su rol.

El saber acoger, empatizar, escuchar, indagar, el hacer presencia (inter-intra) en el aquí y el ahora, el proceso Vs contenido, son elementos poco tenidos en cuenta por muchos, pero de gran relevancia y valor dentro del proceso con el paciente, es por ello pertinente, que a la luz de estos conceptos se haga un análisis de lo que acontece en el encuentro entre una psicoterapeuta y su paciente.

## **PREGUNTAS ORIENTADORAS**

- ¿La psicoterapeuta dentro del proceso tuvo una actitud acogedora con su paciente?
- ¿La psicoterapeuta dentro del proceso pudo establecer una relación empática con su paciente?
- ¿La psicoterapeuta dentro del proceso tuvo una actitud de escucha hacía su paciente?
- ¿La psicoterapeuta interviene e indaga de manera adecuada, apuntando al qué, cómo y para qué de la experiencia?
- ¿La psicoterapeuta, en el aquí y el ahora, hace presencia (inter-intrapersonal) con el paciente, enfocándose en su proceso experiencial?

## HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

### Datos del paciente:

**Nombre:** Juan David Vergara Buitrago (cambio de nombre)

**Sexo:** Hombre

**Edad:** 20 años.

**Lugar de nacimiento:** Sincelejo, Sucre

**Ocupación:** Estudiante universitario (Ingeniería de sistemas).

### Motivo de consulta:

“Vengo porque quiero mejorar mi calidad de vida. Hace poco tiempo pasé por un estado depresivo, al que no quiero volver. Este proceso lo inicio de manera preventiva”

### Descripción sintomática:

Juan David manifiesta inestabilidad emocional, escasa motivación para realizar actividades que le agradan (en algunos períodos), preocupación excesiva por recaer en un episodio depresivo, patrones de comportamiento rígidos, pensamiento poco flexible. Dificultad para relacionarse con los otros. Racionalización de afectos.

### Historia personal:

En cuanto a la etapa prenatal no se evidencian problemas significativos. Cuando Juan David nace presenta alteraciones en su aparato respiratorio (Asma), lo que lo llevó a frecuentar el hospital en varias ocasiones. Desde muy pequeño sus figuras parentales se separaron; su madre se fue a vivir a Estados Unidos con su pareja durante algunos años, y Juan David se quedó con su padre, quien según reporta, era negligente en su cuidado, razón por la que desde muy pequeño tuvo que aprender a defenderse por sí mismo.

Durante su etapa escolar se caracterizó por tener un rendimiento académico alto; sin embargo, esto representó para él malas relaciones con sus compañeros, pues de acuerdo a lo relatado, sentían envidia por sus buenas calificaciones.

A nivel social, Juan David ha presentado dificultades para relacionarse con los otros, dado que le cuesta confiar en las personas; las relaciones que establece suelen ser instrumentales, pues se siente expuesto y desprotegido cuando se mezclan sentimientos en ellas. El lenguaje técnico que suele emplear, lo distancia de las personas que están a su alrededor. En cuanto al área afectiva se le dificulta expresar sus sentimientos; tiende a racionalizar sobre ellos. Actualmente tiene una pareja, con la que comparte su vida hace cuatro años, menciona que la relación con ésta “se sale de lo socialmente aceptado”, pues consideran la poligamia como una opción.

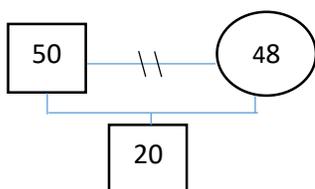
En cuanto al uso de sustancias psicoactivas, se evidencia consumo ocasional de marihuana y alcohol.

Vivió en Sincelejo la mayor parte de su vida y actualmente se encuentra en la ciudad de Barranquilla haciendo su carrera universitaria, en la que reporta tener un desempeño académico alto.

#### **Historia familiar:**

Juan David es hijo único. Sus padres se separaron desde que era pequeño; convivió un tiempo con su padre (infancia) y luego con su madre. Según lo descrito, la relación entre él y sus figuras parentales es poco afectuosa y la comunicación es escasa. La manera en la que percibe Juan David que sus padres se relacionan con él es a través de la sobreprotección (le dicen lo que debe hacer y lo que no, y le “hablan como si fuera un niño”). Juan David expresa tener resentimiento hacía sus padres, porque considera que cuando más los necesitó, no estuvieron presentes. Su padre, en reiteradas ocasiones, ha tenido episodios depresivos.

#### **Genograma:**



### **DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES**

## **SESIÓN # 1:**

La psicoterapeuta experimentaba un alto nivel de ansiedad ante el encuentro, pues era su primera experiencia formal dentro de este rol. Eran muchos los pensamientos que llegaban a su mente, acompañados de un intenso miedo por no cumplir con las expectativas de su paciente y de ella misma, elementos suyos que sabía que debía reconocer para posteriormente aceptarlos y así lograr abrirse a la experiencia del otro; sin embargo aunque identificaba lo que debía hacer, su ansiedad no disminuía y el único recurso que utilizó fue asumir un rol, uno cuadrulado y que poco invitaba a la apertura.

Por otro lado, Juan David entró al consultorio mirando el celular (se percibía tenso ante la primera sesión) se quedó de pie esperando hasta que se le invitó a sentar.

La psicoterapeuta lo recibió con una sonrisa impostada, como acostumbraba hacerlo en algunos contextos en los que se desenvolvía. Detrás de la voz dulce que buscaba acogerlo a través del saludo, se escondía su ansiedad y el miedo a fracasar. Mientras le estrechaba la mano, se presentó, dijo su nombre, su profesión (aunque estaba de más esto último, entre más palabras incluyera en su presentación, menos silencio abrumador habría). Luego lo invitó a sentarse y le dio la posibilidad de escoger entre los dos sillones (uno enfrente del otro) en cuál de ellos deseaba ubicarse; Juan David decidió hacerse en el que estaba más cercano a la puerta. Una vez ambos se ubicaron en su respectivo lugar (separados no sólo por el metro y cuarto que los distanciaba, sino por las defensas levantadas allí por cada uno), la psicoterapeuta le preguntó por su motivo de consulta.

Juan David centró su atención en las palabras de la psicoterapeuta; guardó silencio por 2 o 3 segundos, como si estuviera pensando en qué responder, y finalmente expresó que había decidido iniciar un proceso terapéutico porque deseaba mejorar su calidad de vida, además, manifestó que hace un tiempo había tenido un episodio depresivo, al cual esperaba no volver.

La psicoterapeuta, con un tono suave, le expresó que comprendía las razones por las cuales había considerado iniciar su proceso; guardó silencio por un momento, luego le dio

lugar a sus palabras, expresando que esperaba que dentro del espacio pudiera permitirse manifestar lo que afuera costaba y le invitó a que se permitiera ser él mismo ahí con ella.

Luego de que Juan David agradece la intervención de la psicoterapeuta, ésta le pregunta por su experiencia previa con otros profesionales de la salud mental, y este responde que actualmente está bajo tratamiento farmacológico y que en su momento estuvo en terapia con una psicóloga cognitivo-conductual. La psicoterapeuta aprovecha su respuesta para contarle un poco acerca del enfoque a partir del cual se va a trabajar; le explicita que desde la perspectiva existencial, el paciente es responsable de lo que se logre dentro y fuera del espacio y que si bien es cierto que el psicoterapeuta estará dispuesto a acompañar el proceso, es el paciente quien tomará las decisiones.

Juan David se pone el dedo en la barbilla y asiente como si estuviera comprendiendo la importancia de su rol dentro del proceso; menciona que está de acuerdo con dicha perspectiva y agrega que ha estudiado algunos temas de psicología como algunas técnicas y Mindfulness; la psicoterapeuta, quien se siente amenazada dentro de su “rol como poseedora de conocimiento”, le invita a que le comente un poco más acerca de lo que ha estudiado.

Juan David, quien demostraba sentirse cómodo hablando de todo lo que leía, argumentó que había utilizado la relajación y la meditación para regular sus emociones; de igual forma mencionó que programaba su día con anticipación para motivarse a levantar de la cama. Esto último llamó la atención de la psicoterapeuta, pues percibió que el estado depresivo en el que estuvo Juan David lo llevó a organizar su vida, de tal forma que pudiera evitar a toda costa “su reincidencia”. Le preguntó entonces por su experiencia durante el estado depresivo; la respuesta dada por Juan David fue que ésta había sido muy intensa e hizo énfasis en el miedo que le generaba el volver a sentirse de esa manera. Luego sin dar espacio a que la psicoterapeuta replicara, empezó a hablar acerca de la relación sentimental que tenía en ese momento. Juan David estaba dejando claro, para ese entonces, la dificultad que tenía de hablar de esa experiencia, y lo poco preparado que estaba para hablar de ello.

Con respecto a su relación de pareja, Juan David enfatizó en la particularidad de la interacción; el acuerdo al que habían llegado ambos, de permitirse que otras personas hicieran

parte de su vida, sin que la relación se rompiera. Dicha decisión estaba soportada al parecer, en teorías que Juan David había leído frente a las relaciones interpersonales y la importancia de la novedad, la libertad y la honestidad dentro de éstas para evitar el aburrimiento y así lograr mayor estabilidad a largo plazo. La descripción que hacía Juan David de su relación de pareja parecía estar acompañada de incomodidad, como si él mismo estuviese tratando de convencerse de lo que estaba argumentado, fallando en el intento.

La psicoterapeuta le ofreció la sensación de incomodidad que percibía en Juan David en ese momento y él respondió que efectivamente no se sentía bien el saber que su pareja estuviera saliendo con alguien en ese momento, pero que prefería la honestidad, antes que sufrir ante la sorpresa. La psicoterapeuta replicó preguntándole que si acaso no estaba sufriendo ya; Juan David se quedó en silencio por un momento, como si estuviera reflexionando acerca de lo que se acababa de mencionar y luego de un suspiro respondió que creía que era mayor el dolor cuando pasaban cosas que no se esperaban; expresó que le preocupaba que su pareja conociera a otra persona, sin embargo, al percatarse que no podía hacer nada para evitarlo, tuvo que aceptarlo.

La psicoterapeuta hizo silencio y Juan David nuevamente llenó el espacio con sus palabras; se percibía incómodo en ese momento, miró el celular, luego por la ventana; no hubo indicios de querer tener contacto visual. Finalmente resaltó la importancia de prever las situaciones y de conocer el funcionamiento de las cosas, para visualizar las consecuencias y así lograr el menor margen de error posible. La psicoterapeuta (quien para ese momento ya había inferido la estructura de personalidad de su paciente -obsesiva-, y que de acuerdo a la teoría sabía que las personas con este tipo de personalidad, decidían permanecer dentro de un cuadro rígido y controlado en el que se vivía seguro, pero frustrado), le aseguró a Juan David -con un tono de voz firme y mirándolo a los ojos- que se estaba privando de vivir intensamente, por temor a sufrir. Juan David parecía atento a cada una de las palabras de la psicoterapeuta, pero no mencionó algo al respecto.

Los 45 minutos se habían completado, la psicoterapeuta concluyó la sesión expresándole que lo vería la próxima semana y que esperaba que se hubiera sentido cómodo durante el encuentro; a lo que él asintió y como si le restara importancia a las palabras de

cierre, continuó hablando frente a lo que debía ingeniar para evitar el mayor margen de error posible y así evitar el sufrir, se dirigió a la psicoterapeuta preguntándole frente a lo que pensaba de lo que se acaba de mencionar; la psicoterapeuta sugirió conversar sobre ello en la próxima sesión.

Juan David la miró como si deseara que su respuesta fuera contestada en ese momento; como si la incertidumbre al no tener algo claro en ese instante lo abrumara. La psicoterapeuta se levantó de la silla, invitándole a que él también lo hiciera. Finalmente la sesión concluyó.

## **SESIÓN #6:**

Juan David llegó a la consulta mirando el celular, se sentó en la silla que había ocupado la semana anterior; escribió un mensaje y luego colocó el teléfono en silencio. Mientras hacía esto la psicoterapeuta lo observaba un poco incomoda por la situación, hablaba consigo misma frente a lo invisible que se sentía en ese momento, sin embargo no mencionó palabra alguna; esperó a que este se dispusiera para conversar; cuando Juan David dejó de lado el celular y estableció contacto visual, la psicoterapeuta comprendió que este ya estaba dispuesto para iniciar.

La pregunta que la había acompañado durante meses al iniciar la sesión era la misma “¿Cómo estás?, ¿cómo estuvo tu semana?”, y en este encuentro no fue la excepción. Juan David guardó silencio por un momento y contestó la pregunta manteniendo el tono de voz suave que lo caracterizaba; tenía la duda de si hablar de lo que había sucedido el día anterior o de lo acontecido durante toda la semana, finalmente se decidió a hablar de su semana. Expresó que su semana había tenido un toque de extrañeza, pues la tarea que se había propuesto de dejar de estructurar todas las cosas, de obtener información para predecir y así controlar, no la había podido hacer; sin embargo argumentó que el hecho de no hacerla, no implicó para él malos resultados. (Juan David traía esto a colación porque en sesiones pasadas, dentro del espacio terapéutico se le había mostrado su dificultad para aceptar la

incertidumbre ante lo desconocido y la necesidad de crear patrones, a partir de lo que leía en diferentes fuentes, para comportarse de acuerdo a éstos).

Juan David siguió hablando de lo que se había propuesto la semana anterior y de su intento fallido al no conseguirlo; mencionó que para resolver los problemas continuaba utilizando el mismo marco, porque consideraba que éste todavía servía. Mientras la psicoterapeuta escuchaba, se sentía desconectada en medio de los conceptos de “marco”, “estructuras”, “resolver problemas”, así que le pidió que le hablara de cosas puntuales, porque no lograba comprenderle.

Juan David empezó por contar un sueño que tuvo en medio de la semana:

*“Tuve un sueño en el que yo me encontraba por fin, y me sentía muy feliz, con un profesor que me podía mostrar todas las cosas que no sabía... Soñé que él se había vuelto como una amalgama de todos los profesores que a lo largo de mi vida he considerado buenos. En su mayoría profesores de programas de televisión, programas que he visto de ciencia”*

Mientras Juan David empezaba a hablar de su sueño, evidenciando en su mirada el deseo de hacerlo real, la psicoterapeuta pensaba en la oportunidad que tenía de, por primera vez en su experiencia, hacer una interpretación de lo que había significado dicho sueño. Para ella lo más importante era poder descubrir aquello que le había sido revelado a Juan David en aquella experiencia onírica, a través del profesor, pues creía que la revelación de ese algo, sería lo que Juan David buscaba saber en su vida real y por ende “debía ser descubierto”. Tres veces, de diferente manera, le preguntó a Juan David lo que aquel ícono le había revelado; y tres veces Juan David le contestó lo mismo: El profesor era una representación de algo que él necesitaba a su disposición para obtener todo el conocimiento; alguien que le pudiera mostrar lo desconocido.

Juan David argumentó que necesitaba un ícono que representara patrones de comportamiento al que él pudiera asignarle una identidad. La psicoterapeuta nuevamente se vio envuelta en medio de las abstracciones conceptuales “patrones”, “identidad”, así que le pidió que fuera un poco más claro. Como era natural en Juan David, se centró en

contextualizar teóricamente a la psicoterapeuta con respecto a lo que era un patrón de comportamiento, para posteriormente hablar de su experiencia:

*“Patrón de comportamiento es lo que hace la persona, sus acciones. El patrón no es la explicación, es que la persona lo explique; si una persona te explica cosas, se vuelve ese tipo de iconos, ese arquetipo... y yo estaba buscando eso, por eso en el sueño me sentía tan contento (...) me levanté y me sentía mejor en el sueño”.*

Desprotección, eso era lo que reflejaba Juan David mientras hablaba; la seguridad que le daba el tener acceso a todo lo que necesitaba saber en el sueño, dejaba en evidencia la angustia permanente en la que vivía al encontrarse con el caos de lo desconocido y su necesidad de leer permanentemente para estructurar “patrones de comportamiento” que le aseguraran “un desempeño óptimo” en cada área de su vida.

La psicoterapeuta percibió esto, pero en vez de centrarse en lo que ocurría allí con Juan David, empezó a explicarle cómo lo desconocido le abrumaba y la necesidad que tenía de construir esquemas que le dieran seguridad para evitar “el mayor margen de error posible” (utilizó sus palabras). La psicoterapeuta tenía una teoría de su paciente, y necesitaba que él lo supiera; eso la hacía sentir segura dentro de su “rol”.

Juan David asintió diciendo que efectivamente construía esquemas para estructurar su día, su rutina y para su bienestar; manifestó que para él era importante crear narrativas que tuvieran un objetivo, con el fin de tener un norte, algo a lo que ajustarse. La psicoterapeuta parafraseó lo que Juan David mencionó, con el fin de clarificar si lo que había entendido correspondía con lo que él había expresado: “entonces según entiendo, Juan David, ¿en un nivel narrativo planteas objetivos, parámetros claros, con el fin de tener una identidad consistente, de la cual no te permites salir, al estar todo previamente estructurado?”

Juan David contestó que no sólo tenía una “micro personalidad”, sino que en cada área de su vida había una estructura diferente; se indagó entonces por lo que había más allá de las narrativas, las estructuras y los objetivos, y se le preguntó abiertamente si existían momentos en los que él se permitía ser espontáneo; Juan David sonrió y dijo que entre más generaba las estructuras, más se reducía la posibilidad de serlo.

Juan David había expresado que en cada aspecto de su vida creaba estructuras, por eso la siguiente pregunta de la psicoterapeuta se enfocó en conocer la estructura que él había construido allí con ella, entonces le pidió que se la describiera.

En este punto de la sesión, la psicoterapeuta sentía que estaba jugando un rol activo dentro del encuentro, pues durante los 30 minutos anteriores, se percibía por fuera de la experiencia, escuchando un monologo, en el que de vez en cuando se le permitía replicar.

Juan David expresó que llegaba a cada encuentro con un objetivo, que consistía en “comparar su mapa” con el de la psicoterapeuta, buscaba validar si lo que pensaba era consistente con lo que pensaban los demás.

La psicoterapeuta quien en la mayoría de ocasiones, se sentía distante de Juan David, por la forma en la que él se comunicaba (a través de metáforas y lenguaje técnico), le ofreció la manera en la que se sentía con él: distante. Esto lo hizo con el objetivo de mostrarle que era difícil “conseguir ese objetivo”, si dentro de la relación no había conexión, al distanciarse de ella cómo la hacía.

Juan David parecía no prestarle mayor atención a la demanda que hacía la psicoterapeuta de cerrar la brecha que existía entre los dos. Guardaba silencio, asentía, y continuaba en su monologo... monologo que respaldaba la terapeuta, quizá por la dificultad que tenía ella también de conectarse con el otro.

Juan David continuó hablando de las ganancias que él obtenía (resolver problemas, organizar su día) al crear sus estructuras- que no eran más que formas rígidas de comportarse en los diferentes contextos, soportadas en lecturas, y en “experimentos” de los cuales todos eran parte, incluso él mismo-; y luego volvió a traer a colación lo que se había propuesto la semana anterior: ser espontaneo.

La psicoterapeuta al escuchar esto, le expresó lo que le preocupaba en ese momento: que a partir de lo conversado Juan David se ingeniara una estructura para ser espontaneo. Cuando la psicoterapeuta hizo dicha apreciación, Juan David abrió los ojos, como si su pensamiento hubiese sido revelado en aquel momento.

Juan David respondió que estaba creando una estructura para ser “espontaneo adecuadamente” y que luego de experimentos de “interacciones espontaneas” “validaría ese mapa”. Argumentó que el ser espontaneo, para él, era hacer “estructuras sobre la marcha” y se preguntó por la utilidad de esto. La psicoterapeuta, quien no supo qué responder ante la pregunta de la utilidad que esto tendría para él, replicó, indagando por el costo que le representaba a Juan David el tener todo estructurado; éste respondió que el costo para él, era el perder cierto grado de libertad, pero que no sabía si valoraba tanto la libertad como para abandonar los beneficios del control.

Juan David parecía muy seguro de lo que decía; no tambaleó al expresarlo. Sin embargo la psicoterapeuta, creía que a pesar de los beneficios que se obtenían al sacrificar “cierto grado de libertad”, la vida de él, al no permitirse ser espontaneo, era aburrida, simple, poco intensa; por eso replicó, preguntándole a qué le sabía la vida. Él pareció extrañado con la pregunta, como si tratase de comprender la abstracción; finalmente expresó que el sabor que predominaba era el amargo de la ansiedad, la psicoterapeuta le sugirió que se quedaran allí, que hablaran de ese amargo de la ansiedad, Juan David expresó que la ansiedad era producida por las cosas que desconocía. El tiempo de la sesión se estaba agotando, por eso la psicoterapeuta se atrevió a hacer la siguiente interpretación:

*“Es decir que tú creas estructuras para evitar el sabor amargo de la ansiedad... pero aun así sigue habiendo amargo, sigue habiendo ansiedad...porque entre más estructuras creas más te das cuenta que hay muchísimas más estructuras por crear y por eso es que esta persona del sueño, conocedor de todo, te dio tanta seguridad, pero te despertaste con el mismo sabor amargo de saber que definitivamente hay mucho que desconoces”*

Juan David asintió y expresó que le gustaba el amargo que después se convertía en dulce cuando llegaba a conocer algo que desconocía.

Para ese entonces la psicoterapeuta creía que Juan David utilizaba su rutina previamente establecida, sus “patrones de comportamiento” en cada relación que establecía, sus objetivos que le daban “identidad”, para evitar conectarse consigo mismo (con su vida

afectiva) y con la vida afectiva del otro. Las posibilidades, la sorpresa y el cambio le abrumaban.

## **SESIÓN # 7:**

La psicoterapeuta había tenido una semana emocionalmente difícil; el despertarse todos los días no era algo que anhelara, pues el dolor que experimentaba era tan fuerte que sentía que excedía su capacidad de afrontamiento. Sin embargo, allí estaba ese viernes, sentada en el sillón que acostumbraba, esperando a que Juan David tocara la puerta. Sentía que lo que había experimentado esa semana le permitiría conectarse de una manera más genuina con el dolor del otro, así que se sentía lista para iniciar. En ese momento no había ansiedad, o por lo menos no se sentía tan fuerte como en sesiones anteriores; estaba ella allí con su experiencia, disponiéndose a comprender la experiencia de Juan David.

Juan David tocó la puerta; su paso era lento, más que de costumbre, su cara reflejaba que su semana tampoco había sido fácil. Sin embargo, aunque la psicoterapeuta se percató de esto, una vez más preguntó lo de siempre: “¿Cómo estás?, Cuéntame ¿cómo te fue esta semana?”. Ha habido días en los que me he sentido bastante mal, contestó. Hizo una pausa en ese momento y su mirada se conectó con sus manos. Siguió diciendo que no sabía si era la depresión, pues durante tres días no había podido dormir bien, sentía mucha ansiedad y llegaban a su mente “pensamientos intrusivos”, además le era difícil levantarse de la cama, se sentía como en una “pecera en la que el agua estaba densa”

“¿Cómo si vivir en esos días fuera un poco más difícil?”, preguntó la psicoterapeuta. Juan David asintió. Inmediatamente le pidió que le contara a qué se refería, cuando decía que se sentía en una pecera de agua densa. Juan David mencionó que había tenido pesadillas y además sentía que la situación no mejoraría por sí sola, así que “tiró muchos papeles a la pared”. ¿Muchos papeles a la pared?, ¿a qué se refería Juan David cuándo decía esto?; la psicoterapeuta extrañada, le pidió que le explicara lo que acaba de decir; se refería a que hizo una serie de cosas para evitar caer “en el espiral de la depresión”: utilizó dos dosis de fluoxetina, hizo meditación y ejercicio.

Juan David manifestó que antes el hacer cualquier cosa, en medio de ese estado, le era muy difícil, por ende la manera activa en la que había actuado le parecía en parte positiva. La psicoterapeuta parafraseó lo que Juan David le había dicho, a fin de clarificar: “*Antes era tan pesada el agua que no podías si quiera pensar en hacer algo para salir, pero ahora aunque es pesada, por lo menos tienes la motivación de continuar, de hacer...*”. Juan David respondió que fue una medida desesperada, pero que como no sabía que iba a funcionar, agotó todos los recursos.

La psicoterapeuta, que para ese momento no sabía qué más decir optó por desplazar toda responsabilidad a otro profesional, así que le preguntó por su próxima cita con el psiquiatra.

Juan David respondió que en ese momento no estaba siendo atendido por psiquiatría por problemas en su EPS, así que decidió comprar un antidepresivo más barato (venafazina, por fluoxetina). La psicoterapeuta, quien estaba dialogando consigo misma en ese momento, frente a lo próximo que iba a decir, omitió lo que Juan David le estaba comentado respecto a la administración del medicamento sin supervisión, y en cambio se devolvió a éste, preguntándole por el motivo, que él consideraba, lo había llevado a ese estado. Lo primero que respondió Juan David fue que no sabía o no lograba reconocer lo que había generado esos tres días de “agua densa”; sin embargo, después de un breve silencio, supuso que el haber dejado algunas estructuras, hábitos y rutinas, era la causa de su malestar.

Juan David parecía tener un argumento válido para decidir abandonar “cierto grado de libertad”, por otro lado la psicoterapeuta, interesada por conocer la etiología de dicho estado, obtuvo la respuesta y en medio de su ansiedad por no saber qué más decir, la validó, reafirmando lo complejo de su situación y lo bueno que le parecía el haber podido identificar “la causa” de su malestar. En ese momento la psicoterapeuta pensaba en la función que las estructuras cumplían en la vida de Juan David, y lo atrevida que había sido al persuadirlo para que las abandonara. Se sentía lejos, culpable...se sentía confundida; no sabía qué hacer.

Juan David dijo que no tuvo más remedio que retroceder; antes se preocupaba por tener todas las cosas en orden, por su bienestar y el de lo demás. Escribía todas las mañanas cómo quería que fuera su día, para crear una expectativa y luego en la noche lo comparaba; dentro de su escrito contemplaba el cómo se sentiría si las cosas no salían cómo el esperaba. Expresó que sus estructuras surgieron a raíz de su depresión (El referirse a su comportamiento desde el concepto de estructuras lo distanciaba de sí mismo, además de decidir enclaustrarse en medio de la rígida abstracción).

Juan David expresó que la depresión había sido tan fuerte, que llegó al punto de decirse que sino cambiaban las cosas se moriría, fue entonces cuando empezó a planificar sus días (cuando terminó de decir esto, su rostro evidenciaba la impotencia que experimentó para ese entonces y la preocupación ante una posible recaída).

La psicoterapeuta se devolvió a él preguntándole, que si el propósito de las estructuras entonces era el de tener una motivación para levantarse de la cama, un para qué hacerlo, y Juan David le contestó que aquel que tenía un para qué era capaz de soportar el cómo.

La psicoterapeuta no sabía que Juan David había empezado a estructurar todo desde aquella experiencia dolorosa; así que indagó frente a cómo era su vida antes de la depresión; él contestó que hacía lo que se le daba la gana.

La psicoterapeuta se quedó pensando en lo que se había hecho a lo largo del proceso con Juan David; le intrigaba el saber si lo generado en cada encuentro estaba siendo positivo para él o no. Le preocupaba que la situación se le saliera de las manos; Juan David ya había tenido una experiencia dolorosa de tres días, cuando se le persuadió frente al permitirse ser espontáneo y abandonar sus estructuras. En ese momento la psicoterapeuta no contempló que el estado de Juan David también pudo haber sido inducido por el uso del fármaco antidepresivo sin supervisión.

La psicoterapeuta le preguntó entonces por lo que estaba significando el proceso terapéutico para él; respondió que al principio había sido algo exploratorio y que a lo largo del camino se había encontrado con que existían otras maneras de vivir. La psicoterapeuta intentó parafrasear lo que Juan David había dicho, declarando que la manera en la que él

había vivido hasta ese día le resultaba funcional, pero que no era la única forma que existía de hacerlo; además afirmó que si bien era cierto que había explorado y fallado en el intento, pudo activarse y darse cuenta que el explorar tenía riesgos y que el tomarlos era necesario.

Juan David respondió que consideraba que le había ayudado el hecho de dejar de percibirse como una persona depresiva, para empezar a considerarse como alguien que tenía las herramientas necesarias para salir de cualquier situación. La psicoterapeuta, absorta con lo que acababa de escuchar, hizo una intervención larga, que apuntaba a lo que ella creía que había captado a lo largo del encuentro (el hablar disminuía su ansiedad, le encantaba el hecho de ser tenida en cuenta y de que la consideraran “inteligente y comprensiva”):

*“Te noto muchísimo más empoderado con relación a tu proceso, más aterrizado conmigo, has hablado de lo que sientes, no en un lenguaje metafórico, porque me siento conectada contigo, con tu experiencia...y lo quiero resaltar porque precisamente eso es lo que va a hacer que yo te pueda acompañar en este proceso. Quiero poder saber que se siente ser Juan David. Me llama la atención que estás asumiendo riesgos que antes no te permitías asumir...dijiste no es por acá... y avanzaste...un Juan David que sabe que necesita estructuras pero que también reconoce que no todo en su vida debe estar completamente estructurado...que son necesarias las estructuras, pero que si no salen, el mundo no se va a acabar”*

Juan David parecía prestarle atención a las palabras de la psicoterapeuta, cuando ésta terminó su larga interpretación, éste argumentó que dentro del proceso había aprendido que cuando algunas de sus estructuras no funcionaba, en vez de cambiar todo lo que había construido, para hacer algo nuevo, decidía cambiar “sólo una pieza” (Juan David volvía a hablar a través de abstracciones, como era costumbre en él); pero la psicoterapeuta tan sólo había captado en ese momento la frase “dentro del proceso aprendí”, a lo demás le restó importancia.

La sesión ya estaba próxima a ser concluida, así que la psicoterapeuta le dijo a Juan David que tuviera cuidado con la medicación, que si bien entendía que había sido una medida desesperada, el automedicarse lo ponía en riesgo.

## SESIÓN # 15:

Era aproximadamente la una de la tarde; la psicoterapeuta había estado con cuatro pacientes antes, y se sentía satisfecha con lo que se había obtenido en cada uno de los encuentros; sin embargo, tenía dudas frente a lo que se iba a lograr con Juan David ese día. Desde su consultorio pudo ver que su paciente de la una de la tarde ya se estaba aproximando; existía cierta incertidumbre, pero la ansiedad que experimentaba en los primeros encuentros ya no hacía eco en la psicoterapeuta.

Ese día hacía calor en el consultorio, así que la sesión se hizo en otro espacio, en el que había dos sillas cómodas, una al frente de la otra, separadas por un escritorio. La psicoterapeuta para romper el hielo, de manera irónica (entre risas), expresó: “Un lugar perfecto para hacer terapia, en el que yo juego a ser la Doctora y tú el paciente”. Juan David pareció entender el sarcasmo.

La psicoterapeuta le preguntó qué le quería compartir ese día, y Juan David manifestó que se había propuesto realizar algunos cambios, dentro de éstos, el no compartir mucho tiempo con sus amigos, el no consumir marihuana, ni alcohol y el no salir tanto con su pareja, con el fin de tener tiempo para sí.

*(En la sesión anterior, Juan David había mencionado que iba a dejar de compartir tiempo con sus amigos -con los que consumía marihuana- no porque quisiera dejar de interactuar con ellos, sino porque su pareja lo había persuadido para que lo hiciera; de igual forma expresó que dejó de salir con alguien que le agradaba porque a su pareja le incomodaba. Juan David expresó en esa sesión que sus decisiones eran tomadas a partir de lo que le decían sus padres o su pareja. Incluso durante el encuentro, su ansiedad era tal por no saber qué hacer, que le sugirió a la psicoterapeuta que le orientara frente a cómo debía actuar; ésta aprovechó la demanda que le hizo a Juan David para mostrarle la dificultad que tenía para tomar decisiones por sí mismo, y la facilidad que tenía de desplazar la responsabilidad a otros).*

La psicoterapeuta le preguntó entonces, por los motivos que lo llevaron a tomar tal decisión y Juan David empezó a hablar de la diferencia entre narrativas y eventos; la

psicoterapeuta lo interrumpió y le preguntó nuevamente, qué lo llevó a decidir realizar esos cambios, Juan David le dijo que precisamente por eso la estaba contextualizando para poder responderle. La psicoterapeuta que ya estaba acostumbrada a su “antesala teórica”, le preguntó que si era necesario que él contextualizara teóricamente primero, para poder responder a una pregunta sobre él mismo, y él mencionó que lo hacía para evitar malos entendidos. La psicoterapeuta le devolvió que cuando él contextualizaba teóricamente, ésta se perdía en medio de su discurso y que finalmente cuando le daba lugar a lo que se le había preguntado, ya se estaba lejos, desconectada.

Juan David, una vez más, parecía prestarle poca importancia a lo expresado en ese momento; sin embargo declaró que sería más conciso.

Dijo que su decisión de hacer cambios estuvo motivada por sentimientos relacionados con la decepción; la psicoterapeuta le pidió que fuera más descriptivo; él manifestó que tenía varios comportamientos automáticos que consideraba dañinos; la psicoterapeuta le preguntó a qué se refería con ello, y expresó que uno de ellos era el fumar cuando estaba solo en casa, otro, el pensar que era responsable de los sentimientos de tristeza de su pareja. Todos estos “comportamientos automáticos” Juan David los quería cambiar por otros que lo decepcionaran menos. (Juan David acostumbraba a disminuirse, a quitarse responsabilidad dentro de sus decisiones, y el concepto “comportamientos automáticos” lo absolvía de toda “culpa”)

La psicoterapeuta hizo énfasis en la decisión que había tomado por sí mismo, sin recurrir a los demás.

Juan David utilizó la siguiente metáfora *“No soy la única persona que no puede arreglar su cuarto por estar siempre en la calle”*. Se le pidió que fuera más explícito, y empezó a hablar de la higiene mental, de los procesos inconscientes y de las distorsiones cognitivas. La psicoterapeuta le hizo manifiesto su deseo de que se permitiera hablar de sí mismo, sin tener que recurrir a lo que intelectualmente era, pues sentía que él se escondía detrás de ello.

Juan David se centró en el contenido, omitiendo una vez más lo que se le había mostrado, y siguió diciendo, que con la metáfora del cuarto se refería a que por estar pendiente de sus amigos y de su pareja, se había abandonado a sí mismo. La siguiente pregunta se enfocó en lo que sentía al haber tomado esa decisión, y respondió que había una sensación de malestar, sin embargo, que era como el ejercicio: al principio dolía, pero la satisfacción al ver los resultados, lo valía. Pensaba frecuentemente en que iba a morir pronto, por eso se preocupaba por hacer cosas que le generaban placer a corto plazo, sin considerar las consecuencias.

La psicoterapeuta parafraseó lo que Juan David manifestó y cómo no supo qué más decir, le preguntó por lo que él consideraba importante trabajar en las próximas sesiones.

(La pregunta formulada contenía magia o por lo menos así lo pudo haber percibido Juan David, pues se sentía bastante cómodo planificando su vida, y anticipando lo que debía hacer).

Respondió “quiero que trabajemos en mis objetivos a largo plazo, queda trabajar previamente un futuro distante, cómo debería encaminar mis decisiones...” La psicoterapeuta transformó en pregunta lo que Juan David había expresado, con el fin de identificar si había captado lo que éste quería trabajar en las próximas sesiones y Juan David asintió, agregando quería crear hábitos para hacer las cosas que sabía que debía hacer.

(En ese momento la psicoterapeuta sabía que había errado en su intervención y quería hacer lo posible para resarcirlo).

Mientras la psicoterapeuta pensaba en el error que había cometido, producto de su ansiedad, Juan David expresaba que le llamaba la atención cuando a los niños se les preguntaba lo que querían ser cuando grandes y éstos apuntaban a una ocupación en vez de responder el tipo de personas que querían ser. La psicoterapeuta le propuso a Juan David que respondiera a esa misma pregunta “de lo que quería ser”, y éste respondió en tercera persona y continuó hablando como si la terapeuta jamás hubiese preguntado algo. La psicoterapeuta una vez más se sentía anulada dentro del espacio, así que aprovechó lo que estaba sintiendo para expresarle que en la sesión con él se vivenciaba desde un rol, en el que poco se le tenía

en cuenta. Le manifestó que sentía que él la sacaba a través de su discurso y le preguntó el para qué hacía eso con ella.

Juan David continuaba apuntando al contenido, y no al proceso, así que respondió que suponía que tenía un mal entendido de cómo comunicar las cosas. La psicoterapeuta le preguntó que si para él era importante el hecho de interactuar con ella y que a su vez pudiese comprenderle. El manifestó que eso era importante, pero que había entendido mal el formato de las sesiones, pues no lo consideraba como una interacción, al no poder hacer preguntas y que por eso él también sentía una división. La psicoterapeuta enfatizó la importancia de estar trayendo a colación lo que ambos estaban sintiendo con respecto a la relación y aprovechó para decirle que percibía que él antes de cada sesión ya tenía preparado lo que iba a relatar, y que pocas veces le daba la oportunidad de intervenir, y cuando lo hacía sentía que él no le prestaba mayor atención a sus devoluciones.

Juan David, alzó de nuevo sus defensas, y le preguntó a la psicoterapeuta por lo que ella consideraba más importante, si la información de lo que se comunicaba o el sentimiento que se generaba a partir de lo comunicado (allí estaba intentando crear una teoría a través de lo que respondiera)

La psicoterapeuta “cayó en la trampa”, y le contestó su pregunta, afirmándole que ambos eran importantes, pero que le daba mayor valor a lo que sentía la persona mientras comunicaba. Juan David habló de la teoría que estaba construyendo en ese momento frente a que la información era lo menos importante en la comunicación, y soportó esto en lo que se estaba haciendo con la información tergiversada en las elecciones.

La psicoterapeuta le preguntó que cómo traducía lo que acababa de decir en la relación que tenían allí; y él respondió que durante el proceso había dejado lo emocional de lado, para evitar sesgos, porque consideraba que si implicaba lo afectivo, la objetividad se perdería; luego cayó en cuenta que la información que traía sesión tras sesión, era objetiva, “pero objetivamente inútil”. Cuando Juan David terminó de decir esto, la psicoterapeuta lo miró a los ojos, suspiró y asintió.

La preocupación de Juan David para aquel momento era la de “modificar sus patrones de comportamiento” a raíz de lo que se había percatado; lo cual hizo explícito, al expresar que quería saber una teoría que le diera información frente a cómo relacionarse, involucrando sus sentimientos y el de los demás. La psicoterapeuta le manifestó que no se trataba de una teoría, sino de hablar de sí mismo con el otro, no escondiéndose; le dejó por sentado que a ella le había quedado claro a lo largo del proceso, que él era una persona ilustrada, pero que en medio de su ilustración, se dejaba absorber y al dejarse absorber se perdía.

Juan David pareció movilizado con lo que la psicoterapeuta le expresó, y se quedó en silencio por varios segundos, luego dijo que al parecer no le estaba dando crédito al hecho de que él era una persona que estaba allí sentada, porque se lo estaba dando todo a sus palabras... y reafirmó que creía que sus palabras no le estaban diciendo mucho a la psicoterapeuta.

(Lo que Juan David no sabía en ese momento, y la psicoterapeuta tampoco, era que sus palabras le estaban diciendo más que el contenido de las mismas. La psicoterapeuta no se percató que todo su repertorio, generaba que él, Juan David, lo que era el -cómo ser en el mundo- se callara)

## **SESIÓN # 16:**

La psicoterapeuta estaba expectante por lo que pasaría en la sesión; cayó en cuenta, después de una semana de analizar sus sesiones, que había construido una teoría de Juan David, a partir de la cual filtraba todo lo que éste relataba en las sesiones; si manifestaba elementos que se salían de ese modelo, inmediatamente los rechazaba y se “sentía por fuera”. Él hablaba a partir de teorías y abstracciones conceptuales, mientras que la sesión para ella giraba en torno a validar la hipótesis que había construido y a persuadir a Juan David para que se expresara, se conectara, rechazara sus estructuras y por “arte de magia” se volviera espontáneo.

Cuando llegó Juan David a la sesión, la psicoterapeuta NO preguntó lo de siempre (“¿Cómo estás, cómo estuvo tu semana?”), pues tenía claro que no quería seguir jugando el mismo rol que acostumbraba; en cambio le ofreció lo que había percibido durante la semana,

le manifestó la preocupación que sentía al ver que a lo largo del proceso no se había logrado mucho; Juan David sonrió y respondió que después de la conversación que tuvieron una semana atrás, había quedado con una sensación similar, de confusión, frente a lo que se estaba trabajando dentro de ese espacio.

La psicoterapeuta le expresó que durante las 15 sesiones anteriores, le había mostrado la dificultad que él tenía para relacionarse con ella, sin percatarse que ella también se distanciaba de él, al intentar encasillarlo dentro de un molde; que así como él utilizaba un monologo preparado antes de la sesión, ella tenía otro para responder de acuerdo a la teoría que se había creado de él.

Esto le abrió paso a Juan David para que expresara que había llegado a la conclusión que su manera de relacionarse allí con ella, y en los demás contextos, era a partir de “la intelectualización”; que su forma de percibir el mundo era a través de su mente, de teorías, “desde lo cognitivo”, porque no sabía relacionarse de otra forma. Explicitó que la psicoterapeuta siempre le demandaba que hablara de sí mismo, de su vida afectiva, pero que él sentía que no sabía cómo hacerlo, porque se había acostumbrado a “intelectualizarlo todo”.

Juan David empezó a hablar de categorías de análisis y la psicoterapeuta se hizo más cerca de él y le pidió que le explicara a qué se refería cuando hablaba de esto (en ese momento quería realmente comprender, no tratando de validar una teoría; tampoco pretendía imponer su realidad). Juan David respondió que eran cajones en los que se guardaba información: en un compartimiento lo afectivo y en el otro lo cognitivo. Declaró que para los dos era muy difícil conectarse porque el sólo respondía desde lo cognitivo y ella le exigía lo afectivo: “cajón en el que no había nada”, “en donde estaba lo desconocido” y le producía ansiedad el saber que habría de encontrar allí.

La psicoterapeuta le pidió que hablara de esa sensación de ansiedad que experimentaba al expresar eso, y él mencionó que el caos y la oscuridad de lo afectivo le abrumaban. La psicoterapeuta le preguntó por lo que él creía que podría estar allí, (intentando que hablara de alguna experiencia), y reiteró que no sabía, porque no lo había abierto.

La psicoterapeuta le preguntó que si él deseaba que dentro del proceso ella lo acompañara a abrir ese cajón; empezando por expresar la manera en la que se sentían ambos dentro del espacio y él afirmó que sí.

Más adelante en la sesión, Juan David utilizó una metáfora para explicarle cómo experimentaba lo afectivo: “es como si estuviera en medio de un bosque de noche, y tuviera sólo una antorcha para alumbrar el lugar, y de pronto se escucha el aullido de los lobos, y otros ruidos que no sabe de donde provienen”.

Juan David dejó ver a partir de la metáfora que se sentía desprotegido, poco seguro, amenazado. Sin embargo la psicoterapeuta no se lo ofreció, pues en aquel momento no lo captó.

La psicoterapeuta quería que allí intentara conectarse con sus afectos, y pensó que si él hablaba de las personas significativas en su vida, podía expresar lo que sentía por ellas. Mencionó a sus padres, a sus profesores, a su compañero de cuarto e hizo explícito que dejó de mencionar a alguien que para él era importante, pero que no sabía porque lo había hecho; se refería a Michelle (su pareja), expresó que le generaba miedo y ansiedad hablar de lo que ella representaba para él. Quizá (interpretación de la psicoterapeuta), porque en las relaciones de pareja es donde más se está expuesto a sentir y a sufrir y él había dejado claro, a partir de la metáfora, lo desprotegido que se sentía en el terreno de los afectos.

En sesiones pasadas Juan David había expresado que aceptó una serie de cosas: 1) que su pareja compartiera tiempo con otra persona (sin que él se permitiera hacer lo mismo al sentirse responsable por lo que pudiera experimentar Michelle), 2) que le llamara todo el tiempo para saber él que hacía o dejaba de hacer. Cosas que había aceptado para no perder lo que tenía con Michelle. Incluso, las veces en las que Juan David estuvo en estado depresivo, Michelle siempre estuvo con él (rol de salvadora y él en rol de: necesito que me salven).

La psicoterapeuta indagó frente a la sensación de miedo y ansiedad que le producía hablar de Michelle, y Juan David se escabulló, expresando que no sabía qué más decir y se mantuvo en esa posición, así que la psicoterapeuta no siguió insistiendo.

Juan David le preguntó el por qué había escogido hacer psicoterapia desde el enfoque existencial (Juan David tenía esto presente, porque en sesiones previas habían estado hablando de la perspectiva sobre la cual se trabajaba dentro del espacio, y se había hecho explícito que el “A, B, C”, de los enfoques directivos, no era algo que conseguiría allí con ella)

La psicoterapeuta le manifestó que no quería hacer de lo que le apasionaba, algo automático; le expresó que cada paciente para ella era una experiencia nueva y que en vez de verlo a él desde las gafas de un diagnóstico, pretendía conocer su vivencia. De igual forma, le dijo que para ella no era fácil el estar allí con él, pues cada sesión, ante lo desconocido del encuentro, le generaba ansiedad; pero que ella estaba dispuesta a pagar el precio de eso, por acompañar la experiencia del otro, la experiencia de él, así muchas veces se sintiera absorta al no saber qué hacer.

Juan David pareció recibir esto con agrado y le devolvió que no era para nada fácil el estar en su lugar, porque eso significaba quedar expuesto; la psicoterapeuta replicó diciendo que esa era la idea del encuentro terapéutico: una relación legítima, sin defensas.

La sesión ya estaba finalizando y la psicoterapeuta sentía que se había permitido ser un poco más auténtica dentro del encuentro y percibía que Juan David, de igual forma, había sido un poco más abierto con respecto a su experiencia. La psicoterapeuta finalizó la sesión sintiéndose en paz consigo misma.

### **FIN DEL PROCESO:**

Juan David le expresó a la psicoterapeuta la importancia que había tenido para él, el que hecho de hablar de lo que acontecía en la relación con ella; manifestó que a partir de la sesión # 16, se dispuso a conectarse con sus afectos, permitiéndose hablar con sus padres de lo que sentía hacía ellos; además afirmó que su manera de relacionarse había cambiado al ser consciente de la forma en la que tendía a vincularse, se permitió conocer a nuevas personas y disfrutar de su presencia.

Le devolvió a la psicoterapeuta lo siguiente: *“Usted me ha dicho siempre que este es mi espacio, yo hubiese preferido que en vez de decirme en reiteradas ocasiones, que este era mi espacio, hubiese dicho que éste era nuestro espacio, pues mi espacio lo vuelvo mierda. El que usted se involucre hace que empiece a ser del espacio algo diferente”*

## MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

### *Lo que cura es la relación terapéutica... (Yalom, 1984)*

Durante muchos años se habló acerca de las habilidades que debía tener el terapeuta para “*curar*” a su paciente, de lo que no debía perder de vista en el diálogo y de su rol dentro del espacio terapéutico. Algunos psicoterapeutas, formados desde posturas deterministas, como el psicoanálisis o el conductismo, consideran que las personas están supeditadas a experiencias, que las dirigen en cierta medida, a comportarse de una determinada forma u otra. Para estos terapeuta (deterministas) es necesario remitirse al pasado para generar movimientos en el presente; su intervención gira en torno al por qué, tratando de establecer relaciones causales entre los hechos, negándole así la posibilidad a la persona de elegir libremente lo que desea ser. Su intervención directiva pone al paciente en una postura pasiva, en la que su capacidad de decisión se encuentra disminuida; se refuerza la negación y el desplazamiento de la responsabilidad, pues la terapia depende de lo que proponga el terapeuta, con base al conocimiento muy detallado que tiene del pasado de su paciente.

En la práctica clínica las terapias directivas le restan atención al proceso experiencial, entendiéndose éste, como la manera en la que el individuo percibe y le da valor a su propia experiencia a partir de la relación que tiene con el mundo que lo rodea. Para los terapeutas humanista-existenciales el proceso experiencial es lo más importante, es por ello que procuran hacer del espacio terapéutico, un escenario acogedor en el que el paciente pueda conectarse con su experiencia afectiva en el aquí y el ahora (De Castro, García y González, 2017).

Volviendo al enunciado propuesto líneas arriba “*la relación terapéutica es la que cura*”, se hace necesario reconocer cuáles son aquellos saberes que todo terapeuta debe considerar al momento de relacionarse legítimamente con su paciente, posibilitando un escenario en el que se pueda dar un intercambio afectivo que promueva “la cura”.

Un autor que explica de manera detallada lo anterior es Romero (2003), quien se encarga de ilustrar cada uno de los saberes que se deben tener en cuenta dentro del proceso terapéutico.

### *El saber acoger al otro*

*Invitación, apertura y confianza*, son elementos que posibilitan el acoger; no es, como lo menciona Romero (2003), un simple acto de cortesía o educación para ganar agrado y aceptación social.

Se *invita* al paciente a que pueda ser él mismo, en la presencia de otro. Los gestos, el tono de voz, la postura y lo que se expresa le permiten al paciente decidir, de acuerdo a lo cómodo que se sienta, si acepta o no dicha invitación. Se *acoge* cuando se dispone al otro sin ningún tipo de prejuicio ni prevención; implica despojarse de la capsula impenetrable del “yo” para abrirse al mundo del otro (*apertura*). El terapeuta invita a *ser genuino*, se abre ante la experiencia del encuentro y le da un *voto de confianza* al paciente.

Sin embargo, para invitar al paciente a “ser genuinamente”, es necesario que el terapeuta empiece por ser genuino en la interacción, estableciendo una relación honesta con el paciente, una relación sin máscaras, en la que es válida y aceptada la ansiedad ante el encuentro, la incertidumbre, los miedos y los valores que se intentan reafirmar allí, en el espacio terapéutico (May, 1980). No hay que olvidar que es una relación de seres humanos, de iguales, de intimidad y de intercambios afectivos.

El terapeuta *acoge*, cuando se abre ante la experiencia del otro; sin embargo, esto se torna complejo, cuando éste (el terapeuta) aún no ha logrado abrirse ante su propia experiencia, pues el “*minotauro*” que se encuentra en su “*laberinto*”, le impedirá salirse de sus paredes, de su capsula del “yo” impenetrable. Por eso, como se expresó con anterioridad, antes de acompañar procesos, es indispensable ser acompañado en su propio laberinto de defensas, frustraciones, angustia, confusión y oscuridad.

El *acoger* implica de igual forma *confiar* en el paciente, en lo que está mostrando dentro del espacio terapéutico; creerle, darle un voto de confianza a la forma en la que se vincula dentro del escenario. De igual manera, para poder confiar en el paciente y que éste a su vez lo perciba, es necesario que el terapeuta confíe en sí mismo, en sus capacidades y en los recursos que posee para sortear las situaciones impredecibles. El confiar en sí mismo, también implica el reconocerse como igual dentro del trabajo terapéutico- que es mutuo-, el

no pretender esconderse detrás del tecnicismo y del rol de “súper héroe”, el permitir exponerse, en una relación de iguales, es una prueba de confianza, *de confianza en sí mismo* (Romero, 2003).

Cuando se acoge, se invita al otro a que de igual forma se acoja. Cuando el paciente se siente recibido sin pretensiones, ni prejuicios dentro del espacio terapéutico, se siente libre de ser, de sentir, de expresar, no solamente allí con el terapeuta, sino en su mundo de relaciones, incluida la relación consigo mismo (Yalom, 2002).

Así como el terapeuta invita a que el otro se acoja, también éste debe acogerse, aceptarse, reconocerse, abrirse ante su experiencia y confiar en sí mismo.

### ***El saber acompañar al interlocutor: La simpatía y La empatía***

De acuerdo a lo propuesto por Romero (2003), para poder captar el movimiento afectivo del paciente es de gran importancia el simpatizar y empatizar; la primera, se refiere a la identificación y/o afinidad que propicia la aproximación con el otro. Cuando dentro del espacio terapéutico se experimenta la simpatía entre dos iguales (paciente-terapeuta), surge interés genuino por acompañar el proceso del otro, pues se logra captar, sin mayor esfuerzo, su movimiento afectivo. Sin embargo, esto no es suficiente dentro de la relación terapéutica, pues no sólo basta con experimentar afinidad con el paciente, sino aproximarse a su experiencia, hasta el punto que se pueda ver desde sus ojos (en algún grado), pues sólo así, se podrá llevar a cabo un proceso significativo (De Castro, García y González, 2017).

Es importante mencionar que nunca se podrá comprender totalmente la experiencia del paciente, pues es imposible sentir lo que siente el otro; sin embargo si el terapeuta se dispone a ver, para luego suspender (dejar ahí, sin que “estorbe”) por un momento sus preocupaciones, su ansiedad, su necesidad de aprobación, y usa su voluntad para estar ahí con el paciente, la captación de la experiencia, con sus muchos matices, se dará casi que de manera natural.

Para captar la experiencia del otro, y lograr dejar “ahí” (preocupaciones, ansiedad, necesidad de reconocimiento y/o aprobación, seguridad), es necesario que el terapeuta reconozca de antemano lo que emerge “ahí”; una vez lo identifica y lo acepta (no lo rechaza),

eso que está “ahí” dejará de hacer eco dentro del espacio terapéutico, consiguiendo que su atención se dirija hacia lo que está sucediendo con el otro, en la relación, en el aquí y el ahora.

May (1974) afirma que en ocasiones, los terapeutas por estar centrados en explicar la situación actual del paciente, descuidan su proceso experiencial; captan todo, menos lo más importante: la persona existente. De Castro, García y González (2017) resaltan la importancia de que el terapeuta esté dispuesto a recibir la experiencia del paciente y que al mismo tiempo pueda estar atento de no imponer su contenido personal y teórico.

A través de la relación empática que se establece con el paciente, el terapeuta logra reconocer cuando éste (el paciente), está preparado para ser acompañado con un silencio, un gesto, una palabra o una confrontación; un terapeuta empático reconoce y respeta los tiempos de su paciente, acoge su ritmo y lo acompaña sin afanes.

En toda relación empática se tiene en cuenta el “Timing”, en el que la confianza mutua, permitirá que el psicoterapeuta indague sobre la vida del paciente, sin que esto sea percibido como una amenaza. Si el paciente se siente acogido y logra captar que la intención del terapeuta es ayudarlo, éste se dispondrá a recibir las intervenciones que éste le haga (Bleger, 1984).

***El saber escuchar al paciente: “Quien se siente apasionado por ti sabe decirte lindas palabras, pero sólo quien te ama sabe escucharte” (Proverbio Hindú)***

Qué difícil es poder encontrar a una persona que esté dispuesta a escuchar, que se siente a contemplar la expresión de los silencios, los gestos, las lágrimas y lo que se esconde detrás de cada palabra que sale de la boca (Martínez Robles, 2012). Nos encontramos en un mundo en el que cada día es más difícil hallar personas interesadas por el otro, pues todos están tan enfrascados en su capsula impenetrable del “yo”, que cuando se está en la interacción con el otro, lo único que interesa es que ese otro comprenda cómo es su capsula, sin disponerse a salir de ella para conocer a través de la escucha, el mundo del otro.

Es tan difícil incluso permanecer en silencio cuando se está consigo mismo, porque no hay nada más ruidoso y confrontador que el silencio, es por ello que cuando se está en ese estado se busca a como dé lugar llenar la mente de preocupaciones, recuerdos, proyecciones

del futuro, con tal de evitar la incomodidad de contemplar lo que se esconde allí, detrás de la cantidad de voces construidas a partir de las propias defensas.

Cuando un paciente llega a terapia lo que busca precisamente es ser acompañado en ese laberinto lleno de voces; pretende que el terapeuta se disponga a escucharlo y no solamente a través de sus oídos, sino que su apertura sea tal que sus ojos puedan divisar lo que se esconde detrás de sus expresiones (de su sudor al hablar, del temblor de sus manos, de sus ojos que reflejan incomodidad, de los sentimientos que se intentan disfrazar en medio de cada verbalización); buscan un espacio seguro en el que ellos mismos se puedan escuchar al sentirse acompañados. Cuando se escucha no sólo se capta el pensamiento del interlocutor, sino lo que subyace oculto detrás de éste (Max, 1972).

El escuchar implica dejar de lado, “*dejar ahí*”, la necesidad de mostrarse, la necesidad de llenar el espacio con palabras para que el paciente crea que está en el lugar indicado con el mejor psicoterapeuta; el escuchar es más que recibir un mensaje, requiere de disponer todos los sentidos para el encuentro, incluso implica el omitirse a sí mismo para abrirse al otro (Romero, 2003).

### ***Saber observar y saber estar atento***

Según Romero (2003) El terapeuta sabe observar y estar atento cuando reconoce, acepta y desvía su atención de sus preocupaciones y necesidades afectivas y en cambio se centra en lo que expresa su paciente, no sólo a través de sus palabras, -como se ha mencionado a lo largo de este apartado teórico-, sino lo que se disfraza a través de ellas. El terapeuta que sabe observar y atender, no se relaciona con unos ojos, se vincula con una mirada, ésta que refleja y expresa con mayor intensidad lo que las palabras, por mejor empleadas que sean, no logran manifestar. De igual forma, el estar atento implica reconocer el propio movimiento experiencial, lo que emerge en la relación, pues esto permite clarificar con el paciente lo que se está experimentando en una relación honesta y real, logrando quizás evidenciar equivalencias entre lo que acontece en el microcosmos social del encuentro terapéutico, con lo que se presenta en el mundo relacional del paciente.

El *observarse* y *atenderse*, es poder reconocer también que de repente la experiencia del paciente puede aprehenderse hasta tal punto que la sensación de su malestar sea experimentada por el terapeuta, llevando a éste último a perderse en el mundo vivencial de su paciente. En el escenario terapéutico el co-actor (psicoterapeuta) debe saber en qué momento es pertinente actuar, por tanto el perderse dentro de la trama, significaría desdibujar su rol y perder la posibilidad de acompañar adecuadamente el proceso.

### ***Saber indagar y cuestionar***

El saber acoger, empatizar y escuchar es sin duda imprescindible dentro del encuentro terapéutico, sin embargo, el co-actor además de esto, como manifiesta Romero (2003), debe acompañar el proceso a través de sus cuestionamientos, preguntas que inviten al paciente a clarificar su experiencia, a conectarse con aquello que por fuera del espacio resulta abrumador y agobiante; formulaciones pertinentes dirigidas a evidenciar *el qué, el cómo y el para qué de la experiencia* (Bleger, 1984).

*El Qué: preguntas orientadas a clarificar y detallar lo que el paciente expresa dentro de su relato. Son preguntas abiertas que tienen como objetivo posibilitar la descripción de la experiencia.*

*El cómo: preguntas dirigidas a que el paciente vivencie su experiencia dentro del espacio terapéutico consigo mismo y con otro. Se busca brindar un espacio seguro en donde el paciente pueda ser consciente de su experiencia afectiva, del cómo toma decisiones tanto en la vida cotidiana, así como dentro del encuentro terapéutico.*

*El para qué: preguntas orientadas a conocer la ganancia que se obtiene al tomar una decisión u otra, tanto en el espacio terapéutico, como por fuera de éste. Las formulaciones enfocadas en el para qué, tienen como propósito hacer que el paciente, al conocer lo que obtiene en cada decisión, pueda hacer uso de su voluntad para reorientar sus deseos conscientemente y así lograr el DESEAR.*

Las intervenciones del terapeuta que está en sintonía con su paciente son pertinentes, pues apuntan al movimiento afectivo de éste, surgen de momentos intuitivos que se generan dentro de la relación empática. Cuando el psicoterapeuta está ansioso por llenar las

expectativas de su paciente cae en el error de perderse de su experiencia y termina por hacer cuestionamientos- muy elaborados- pero poco pertinentes para el paciente. El psicoterapeuta debe captar el movimiento afectivo del otro, con el fin de no forzarlo a que hable de una situación para que cual aún no se encuentra preparado.

Bleger (1984), menciona la importancia de evitar que la ansiedad lleve al psicoterapeuta a validar automáticamente interpretaciones que éste haga respecto a la experiencia del paciente; así como también rechaza el hecho de sacar a la persona de lo que está vivenciando allí con formulaciones que lo inviten a racionalizar. Moustakas (1994) afirma que las intervenciones del terapeuta deben apuntar a la comprensión de la experiencia del paciente en el momento presente.

El objetivo del indagar y/o cuestionar dentro del espacio terapéutico no es llenar una planilla informativa, en cambio es contribuir al esclarecimiento del proceso experiencial (deseos, uso de la voluntad, intencionalidad); se busca que el paciente sea consciente de su realidad, de cómo elige asumirla y de los valores que intenta reafirmar cuando decide ser de una determinada forma u otra. El indagar tiene como objetivos 1) acompañar el flujo ideomotor afectivo del paciente (realizar preguntas que le permitan al paciente clarificar sus ideas; “se pone sobre la mesa” lo que verbalizó, para que una vez estando fuera lo pueda ver con mayor claridad, posibilitado una mayor apertura a su experiencia, a sus ideas, a sus afectos); 2) suscitar una duda pertinente, que contribuya a reorientar una conclusión precipitada o parcializada; 3) levantar una posibilidad que permita una perspectiva diferente (disponer a través de la pregunta, un espacio en el que el paciente logre evidenciar los diferentes caminos por los que puede transitar, que sea consciente de que no existe una única solución, se le invita a que reconozca la gama de posibilidades, con el objetivo de que haciendo uso de su voluntad, decida la mejor opción en pro de su bienestar); 4) para llevar una toma de conciencia (preguntas orientadas a que el paciente logre ver aspectos de su vida que decide negar, que decide no hacerle frente) (Romero,2003).

El cuestionar invita a que el paciente tome distancia de su perspectiva parcializada, a que se ponga de frente con las situaciones que evita, y con las que aunque frustrado, se siente cómodo.

### ***Saber ser objetivo***

Respecto a esto, Romero (2003) explica que el saber ser objetivo implica tener la capacidad de explorar y sondear la propia subjetividad; “el poner entre paréntesis” los juicios, deseos y preconcepciones para posibilitar la apertura al conocimiento del otro. Saber qué es el del psicoterapeuta y clarificar dentro del espacio lo que es el del paciente es de suma importancia para el proceso, pues permitirá que la experiencia sea lo más libre de proyecciones y prejuicios posibles.

Para ser objetivo no es necesario separarse de la subjetividad propia, al contrario implica tener un buen conocimiento de sí mismo, para saber identificar si lo que se está experimentando es una proyección de la propia subjetividad o realmente responde a la experiencia del paciente. La objetividad radica en saber discriminar los elementos personales (deseos, proyecciones, valoraciones, imaginarios, ansiedad) para así disponerse y asumir una postura neutral.

El psicoterapeuta debe *saber acoger, empatizar, escuchar, indagar y ser objetivo*, para poder estar ahí y captar la experiencia del paciente en el tan anhelado encuentro del aquí y el ahora; de esto tiene mucho que mencionar Yalom (2002), quien expresa que no hay nada más real que lo que está aconteciendo en aquel microcosmos social entre dos personas de igual forma reales, de carne y hueso, cada una de ellas con una experiencia, con unas expectativas y en donde la ansiedad, producto de la incertidumbre del encuentro es la que matiza en gran medida la interacción. No es necesario centrar la atención- solamente- en lo que verbaliza el paciente para poder tener una idea de las situaciones que le agobian y el cómo las asume, pues para ello hay todo un escenario que permite de primera mano, observar la manera en la que se relaciona el paciente con otra persona (psicoterapeuta) en el mundo (microcosmos social de la terapia).

### **La importancia del mostrar Vs del explicar: El AQUÍ Y EL AHORA**

La mayoría de pacientes buscan en la psicoterapia identificar el porqué de sus fracasos en sus relaciones interpersonales, y es por esto que para poder alcanzar el resultado (identificación de patrones poco adecuados), no hay nada mejor que estar atentos a cómo se

comporta el paciente, en el aquí y el ahora, con el terapeuta. No se trata de jugar a ser una representación de persona, como una figura simbólica, se trata de establecer una relación honesta y real en la que el paciente pueda desenvolverse, pueda mostrarse en vivo y en directo como quizá lo hace por fuera de aquel microcosmos. En ese sentido por qué sería pertinente dirigir la atención a lo que se expresa a través de la boca, si hay un cuerpo, unos ojos, un tono de voz, una forma de sentarse, una manera de someterse o de ser agresivo que están *gritando* ser tenidas en cuenta en medio de esa relación.

Generalmente los psicoterapeutas de otras escuelas prefieren focalizarse en identificar los patrones disfuncionales de sus pacientes en sus interacciones sociales, a través de la descripción detallada que hacen de sus relaciones con OTROS, ALLÁ AFUERA; sin embargo, qué complejo es cuando se intenta imaginar el patrón de comportamientos que tiene el paciente con otros; cuando se tratan de visualizar las situaciones (igualmente difusas) del pasado que desencadenaron dicho patrón y cuando a partir del entendimiento del psicoterapeuta frente a esto, se le intenta explicar al paciente el por qué se comporta de la manera en la que lo hace, como si el saber de ello le permitiera ser realmente consciente de la forma en la que en un espacio real se vincula con el otro y de los obstáculos que limitan la interacción.

Muchas veces el terapeuta por estar enfocado en teorías de lo que vive el paciente, construye espectros explicativos y empieza a relacionarse con éste como si fuera un objeto, omitiendo su experiencia ahí como *ser en el mundo* (De Castro, García y González, 2017).

Es por ello que “el aquí y el ahora”, es considerado como la fuente principal del poder terapéutico; hace referencia a lo que acontece, de manera inmediata dentro del encuentro entre el paciente y el terapeuta. De igual forma, el psicoterapeuta puede traer a colación elementos ocurridos a lo largo del proceso, con el fin de mostrarle al paciente cómo se ha relacionado allí con éste (terapeuta). No se desconoce la historia del paciente, ni lo que ocurre por fuera del espacio, pero se presta mayor atención al movimiento afectivo del paciente, a su proceso experiencial allí con el terapeuta. El centrarse en el Aquí y el Ahora implica reconocer la manera en la que el paciente se relaciona con cada elemento del espacio (la

manera en la que explora el entorno, la forma en la que saluda, su modo de expresarse y de relatar su historia) (Yalom, 2002).

Al relacionarse con el paciente, en el aquí y el ahora, se pretende reconocer la intencionalidad de éste (el cómo se relaciona consigo mismo y con el otro, y las ganancias que obtiene a partir de esto), para ello es necesario que el terapeuta *esté presente*, es decir, que logre captar el proceso experiencial del paciente consigo mismo, y con él (terapeuta). (Schneider & May, 1995).

El atender a las resistencias y defensas del paciente, a partir de su intencionalidad, implica que el terapeuta tenga la capacidad de captar la manera en la que el paciente bloquea sus posibilidades de ser, para no asumir la responsabilidad que representa el cambio (De Castro y García, 2014).

May (1989) resalta la importancia de la honestidad dentro de la relación terapéutica, tanto por parte del paciente, como del terapeuta, en donde se pueda sentir que el corazón y la mente se encuentran abiertos allí, “sobre la mesa”. Esto representa un rompimiento de defensas y los acerca a la autenticidad de su ser. El encuentro terapéutico es una experiencia potencialmente creativa; en el que emerge como resultado la expansión de la conciencia, el enriquecimiento del yo. En un encuentro real, las dos personas sufren un cambio. (May, 1990).

### **Proceso Vs Contenido:**

En ese sentido, como se ha venido mencionando, no sólo es importante centrar la atención en el contenido (verbalizaciones que aportan información de lo que acontece por fuera del microcosmos y que sirven para explicar en cierto sentido el por qué el paciente se comporta cómo lo hace), sino en el proceso, en su experiencia, en lo que sucede en el presente con el terapeuta, en la naturaleza de la relación, para evitar caer en el error de explicar y en cambio de esto abrir un espacio seguro en el que se pueda mostrar, poner a disposición del paciente el cómo se vivencia allí consigo mismo y con el otro.

Martínez Robles (2012) menciona la importancia de que el terapeuta no sólo atienda a las palabras del paciente, sino que se disponga a captar lo que se esconde detrás de cada

verbalización: la expresión que realiza con todo su ser. La apertura del terapeuta debe ser tal que consiga captar el proceso experiencial de su paciente (emociones, fantasías, pensamientos) y además que pueda ser consciente de lo que ocurre en la relación, de tal forma que logre identificar lo que promueve o limita la espontaneidad y la intimidad entre ambos.

Sin embargo, aunque esto se percibe sencillo de lograr, implica por parte del terapeuta una apertura tal a la experiencia del otro que no se limita a jugar un rol dentro de un espacio, va más allá, implica disponerse a ser una persona real, sin la presión de los títulos y de las expectativas del paciente; el ser una persona real permitirá mostrar lo que sucede allí –en medio de los dos- y no buscará explicar para vanagloriarse en medio de su detallada comprensión y explicación del comportamiento del otro.

Una de las mayores herramientas que se tienen dentro del espacio terapéutico es el permitirse trabajar con los propios sentimientos, el saber usar lo que se siente en la interacción con el otro, para poder mostrar el cómo se pueden sentir los demás en su relación con el paciente. El imaginar sentimientos y percepciones de los otros frente al comportamiento de la persona resulta poco pertinente cuando se tiene a disposición la propia experiencia del encuentro; eso sí, se debe dejar claro que el utilizar los sentimientos del psicoterapeuta dentro del espacio sirve como una herramienta útil y poderosa, en la medida en que se pueda identificar que dicho sentir corresponde al paciente y no a asuntos propios del terapeuta (Yalom, 2002).

Moustakas (1994) afirma que el *estar con* el paciente implica captar las intenciones de éste en el momento presente de la relación (de lo que evita, lo que defiende, lo que afirma) allí con el terapeuta. En el proceso es necesario que se apunte a la intencionalidad en el aquí y el ahora, lo cual se entiende como un reflejo de la forma en la que el paciente se relaciona con su experiencia en la vida cotidiana.

Difícilmente en la vida cotidiana se encuentran personas que constantemente estén retroalimentando a otras frente a su conducta inmediata, es por eso importante, de acuerdo a lo planteado por Yalom (2002), que cuando el psicoterapeuta haga proceso en las intervenciones, tenga en cuenta que su retroalimentación frente a lo que observa, sea lo más

afectuosa y cercana posible, para que ésta no resulte invasiva y agresiva para el paciente. Por otro lado, para evitar mayor ansiedad en el paciente es importante que se le explique la lógica de la terapia del aquí y el ahora y se le resuelvan las dudas frente al modelo sobre el cual se va a iniciar el tratamiento, que se le mencione que eventualmente se harán comentarios relacionados con lo que pasa allí entre los dos, pues es de lo único que se tendrá información empíricamente comprobable (Romero, 2003)

### **El estar presente**

Cuando el paciente expresa su experiencia dentro del espacio terapéutico, éste lo hace allí en la presencia del psicoterapeuta, es por ello importante indagar acerca de lo que experimentó en ese momento al recordarlo, lo que sintió en su presencia, el significado que tuvo para él, lo que implicó el permitirse exponer allí, en ese instante. Para poder responder al *cómo* de la experiencia, es fundamental que el terapeuta haga presencia intra e interpersonal; que no es más que permitirse captar y comprender, en cierto grado, la experiencia del paciente. El saber lo que vivencia el paciente (experiencias, recuerdos, sentimientos) consigo mismo (intra), y con el otro (inter), en el aquí y el ahora. El estar presente implica que constantemente se esté clarificando la experiencia que el terapeuta está teniendo allí, a fin de no mezclar sus prejuicios y reacciones dentro de la relación (De Castro, García y González, 2017); (Schneider & Krug, 2010).

Se pretende que a partir de formulaciones, el paciente se conecte con lo que está viviendo, allí, consigo mismo y con el otro. Lo anterior posibilita que el paciente logre reconocer, en el aquí y el ahora, que cada cosa que decide decir o hacer, responde a una intencionalidad y al reconocerla se dé cuenta de la participación que tiene dentro de la construcción de su realidad.

De igual forma es útil en cada sesión el abrir un espacio para que el paciente logre expresar cómo se siente en la relación en el aquí y el ahora, si se percibe acogido o por el contrario rechazado por el psicoterapeuta; esto permitirá que la relación sea cada vez más honesta y cercana.

Un aspecto que no se puede perder de vista es la revelación de la vida personal del psicoterapeuta dentro del encuentro; en ocasiones es útil para la relación, que el terapeuta hable acerca de experiencias (muy puntuales, y sin exponer demasiada información) que beneficien el proceso que se está llevando a cabo con el paciente; el revelar información personal en casos específicos, deja ver que el terapeuta no es una mera figura simbólica, sino que antes del rol que juega allí, es una persona que siente y que al igual que el paciente le ha tocado hacerle frente a situaciones no muy fáciles de aceptar; esto genera cercanía dentro de la relación (Yalom, 2002).

Cabe resaltar que el espacio terapéutico no es un escenario en donde se juega a ser omnipotente y omnisciente, es un espacio en el que se debe permitir ser persona (genuina y real) con el paciente en el aquí y el ahora.

## **RESULTADOS**

A continuación se expondrá el análisis del rol que desempeñó la psicoterapeuta formada desde el enfoque humanista-existencial, durante el proceso con su paciente. Se analizarán cinco sesiones a la luz de los aspectos que todo terapeuta, formando desde la perspectiva existencial, debe contemplar dentro del proceso terapéutico.

El saber acoger, empatizar, escuchar, indagar, el hacer presencia en el aquí y el ahora, proceso Vs contenido, serán los elementos a partir de los cuales, se analizará el rol de la psicoterapeuta dentro de la relación con su paciente. Se elegirán fragmentos de las sesiones en los que se identifiquen los aspectos expuestos con anterioridad, los cuales serán soportados a través de lo formulado teóricamente. El análisis se desarrollará a partir de las preguntas orientadoras.

## ANALISIS DEL CASO

La primera pregunta orientadora, a partir de la cual se desarrollará el análisis es: *¿La psicoterapeuta dentro del proceso tuvo una actitud acogedora con su paciente?*

Durante el proceso la psicoterapeuta dejó en evidencia que en algunos momentos de sus sesiones, en medio de su ansiedad y vanidad, se preocupó más por jugar un rol y parecer cordial y comprensiva, que por tener una actitud acogedora.

La ansiedad que le generaba el estar allí, en su primera experiencia formal como psicoterapeuta, esperando cumplir con las expectativas de su paciente y de ella misma, generaron que en vez de permitirse ver y aceptar lo que estaba vivenciando allí, para luego abrirse a la experiencia del otro, lo ocultara detrás de su impostada cortesía y verbalizaciones poco pertinentes, perdiéndose así del proceso experiencial de su paciente.

Esto se evidencia cuando la psicoterapeuta en la sesión # 1, recibe a su paciente con una sonrisa reforzada y con un tono de voz dulce, intentando mostrarse como una persona agradable y confiable. Llenó el espacio con sus palabras, con el fin de evitar encontrarse con el silencio abrumador.

Romero (2003), menciona que el acoger no implica solamente el ser cortés y/o educado, sino hacerle una invitación genuina al paciente, con su lenguaje verbal y no verbal, con el fin de que se sienta seguro de *ser el mismo* dentro del espacio terapéutico.

La intención de la psicoterapeuta, al interactuar con su paciente, era la de ser percibida como inteligente y comprensiva, buscaba reafirmar dentro del espacio su “capacidad intelectual”. Su prepotencia, detrás de la cual se escondía el miedo a fracasar, impidió que la psicoterapeuta tuviera una actitud acogedora.

Lo anterior se muestra en la sesión # 6 cuando la psicoterapeuta, en vez de atender al proceso experiencial del paciente, mientras éste relata su sueño, se queda pensando en la oportunidad que tiene de mostrarle “su gran capacidad” de interpretarlo.

En la sesión # 7, de igual forma se observa, como la psicoterapeuta absorta con lo que acababa de escuchar frente a lo que había logrado su paciente a lo largo del proceso (dejar de

percibirse como un paciente depresivo, para empezar a considerarse como una persona dotada de herramientas), realiza una interpretación larga (teoría de su paciente) para ser considerada como una terapeuta inteligente y comprensiva. De la misma manera por estar centrada en la frase “dentro del proceso aprendí”, le restó importancia a lo demás, perdiéndose de lo que su paciente estaba compartiendo en aquel momento.

Con respecto a ello Romero (2003) declara que el terapeuta que acoge, no pretende esconderse detrás del tecnicismo y del rol de “súper héroe”, pues su intención es la de abrirse y atender a la experiencia del otro.

La psicoterapeuta asumió un rol, uno cuadrículado, que poco invitaba a la apertura. Aunque estaba allí compartiendo un mismo espacio con su paciente, estaba por fuera de su experiencia, por estar pendiente de mantener su rol, pues este le daba seguridad. No se permitía salir de lo que estaba acostumbrada, pues esto representaba abrirse a otras posibilidades, para las cuales sentía que no estaba preparada. Formular nuevas preguntas, era enfrentarse a otras respuestas, por ende no se atrevía a salir de su formato.

En la sesión # 7 se manifiesta esto, cuando la psicoterapeuta observa que su paciente entra al consultorio caminando lentamente, reflejando en su rostro que su semana no había sido fácil, y en vez de acompañarlo, le preguntó lo mismo de siempre, lo que preguntaba sesión tras sesión “¿cómo estás?, cuéntame, ¿cómo estuvo tu semana?”

Romero (2003) describe que el acoger implica despojarse de la capsula impenetrable del “yo” para abrirse al mundo del otro, a sus posibilidades, salir del cuadro rígido que da seguridad, para captar la experiencia del paciente.

Si bien es cierto que la psicoterapeuta mostró una actitud poco acogedora en algunas sesiones, hubo otras en las que se permitió salir de su rol y abrirse a la experiencia del otro. En la sesión # 15, la ansiedad parecía no abrumentarla, se permitía exponer un poco más, se atrevía a salir de su formato y ser auténtica. La pregunta que la había acompañado sesión tras sesión no fue la misma “¿cómo estas, cómo estuvo tu semana?”, en cambio se atrevió a “romper el hielo” hablando a partir de sarcasmos y dejando que su paciente le compartiera lo

que él quisiera. Confiaba un poco más en sí misma y eso le permitía tener una actitud acogedora.

Para la sesión # 16, la psicoterapeuta se expuso ante el paciente, mostrándole la manera en la que ella se vinculaba con él. Le explicitó que en sesiones anteriores le había expresado la dificultad que tenía él de vincularse con ella, omitiendo su propia dificultad en la interacción, al encasillarlo dentro de un molde, dentro una teoría que buscaba corroborar.

El terapeuta acoge, según May (1980) cuando se abre ante la experiencia de su paciente y le invita a ser genuino, a ser honesto y a confiar en sí mismo. Sin embargo, para invitar al paciente a “ser genuinamente”, es necesario que el terapeuta empiece por ser genuino en la interacción, estableciendo una relación honesta y sin máscaras. Confiar en el paciente implica que el terapeuta de igual forma confíe en sí mismo (Romero, 2003).

La psicoterapeuta después de un proceso introspectivo se percató de la importancia de tener una actitud diferente, no tan cuadrículada, pues fue consciente de que el rol que estaba jugando no le estaba beneficiando al paciente. La teoría que tenía de él (paciente con estructura obsesiva que se debe permitir explorar posibilidades), generó que se perdiera de su proceso experiencial.

Para la sesión # 16 quería comprender la experiencia de su paciente, por eso no lo persuadió para que dejara de comunicarse como lo hacía, sino que intentó comprenderle en medio de sus abstracciones. Esto se evidencia cuando el paciente empieza a hablar de “categorías de análisis” y la psicoterapeuta en vez de sentirse fastidiada por la abstracción conceptual que empleaba, se acercó a él y le pidió que le explicara a qué se refería con ello (para ese entonces, su intención era la de comprender, no la de imponer su contenido, como siempre lo había hecho).

Yalom (2002) manifiesta que cuando el paciente se siente recibido sin pretensiones, ni prejuicios dentro del espacio terapéutico, se siente libre de ser, de sentir, de expresar, no solamente allí con el terapeuta, sino en su mundo de relaciones, incluida la relación consigo mismo.

Con respecto a la segunda pregunta orientadora *¿La psicoterapeuta dentro del proceso pudo establecer una relación empática con su paciente?*, cabe mencionar que una actitud acogedora (de apertura) es el primer paso que se debe dar, para lograr captar las necesidades afectivas del paciente, que es a lo que se le apunta en una relación empática.

A la psicoterapeuta le costó atender a las necesidades afectivas del paciente (empatía), por estar centrada en sí misma, en su ansiedad, afán, miedo y vanidad. Se protegía de perder el control, asumiendo un rol, teniendo un discurso. El salir de su centro, de su cuadro, para abrirse al otro, era abandonar lo que le daba seguridad.

Esto se evidencia en la primera sesión cuando el paciente llegó a la consulta, éste se percibía tenso, sin embargo, la psicoterapeuta no le prestó atención a ello y en cambio motivada por su ansiedad, se focalizó en llenar el espacio con su nombre, profesión y la pregunta del motivo de consulta.

Romero (2003), afirma que el empatizar es captar el movimiento afectivo del paciente en el momento presente; para ello es necesario que el terapeuta se permita ver lo que está ocurriendo consigo mismo primero, con el fin de que su afán y/o ansiedad no limite su apertura ni sesgue su intervención.

A la psicoterapeuta se le dificultaba establecer una relación empática con su paciente, porque intentaba corroborar la teoría que había construido de él. El afán por mostrar lo que había inferido a partir de lo verbalizado por el paciente, la llevaba a hacer intervenciones poco pertinentes, hostiles, irrespetando el timing. El hablar de lo que sabía teóricamente le brindaba seguridad y evitaba que se encontrara con la ansiedad de abrirse a la experiencia desconocida del paciente. Las posibilidades la abrumaban, por ello sus intervenciones estaban supeditadas a la teoría.

Para la primera sesión, la psicoterapeuta ya había inferido la estructura de personalidad de su paciente (obsesiva) y sabía que éstas personas se privaban de vivir intensamente por temor al descontrol y a sufrir, por ende, en vez de captar la manera en la que el paciente se relacionaba ahí con ella (que por cierto se percibía incomodo), le afirmó-

con un tono de voz firme y mirándolo a los ojos- “que estaba privándose de vivir intensamente, por temor a sufrir”; el paciente no mencionó nada al respecto.

En la sesión # 6, se evidencia de igual forma como la psicoterapeuta dejó de captar el movimiento afectivo del paciente, cuando éste relató su sueño y explicitó que deseaba que fuera real (en su mirada reflejaba angustia, inseguridad, desprotección), sin embargo, la psicoterapeuta en vez de centrarse en lo que ocurría allí con su paciente, por su afán, empezó a explicarle cómo lo desconocido le abrumaba y la necesidad que tenía de construir esquemas que le dieran seguridad para evitar “el mayor margen de error posible”.

May (1974) afirma que en ocasiones, los terapeutas por estar centrados en explicar la situación actual del paciente, descuidan su proceso experiencial; captan todo, menos lo más importante: la persona existente.

De Castro, García y González (2017) resaltan la importancia de que el terapeuta esté dispuesto a recibir la experiencia del paciente y que al mismo tiempo pueda estar atento de no imponer su contenido personal y teórico. El terapeuta empático no está sumergido en la teoría, pues su intención es la de estar allí con su paciente.

La psicoterapeuta en ocasiones se vio tan identificada con lo expresado por el paciente, hasta el punto de no saber si lo que estaba sintiendo era de ella o del otro, esto se observa en la sesión # 7, cuando la psicoterapeuta se sentía emocionalmente cargada por la semana que había tenido y su paciente llega a la consulta expresando que durante tres días no le dieron ganas de levantarse de la cama, ni de hacer las actividades que antes le motivaban; la intervención de la psicoterapeuta fue “¿cómo si vivir en esos días fuera un poco más difícil?” (Durante la semana ella sintió que el vivir era difícil).

De acuerdo a Bleger (1984) y Romero (2003), para establecer una relación empática, es necesario que el terapeuta primero logre captar su movimiento afectivo, para identificar qué de lo que está sintiendo es suyo y qué del paciente, para posteriormente “poner lo de él entre paréntesis” y así lograr abrirse y captar la experiencia del otro (su tensión, su ansiedad, su tristeza). Estos autores postulan que lo ideal sería vivenciar la experiencia del paciente,

para poder comprenderla, pero al mismo tiempo distanciarse de ésta y clarificarla conjuntamente, para evitar perder la objetividad.

A la psicoterapeuta se le dificultaba empatizar con su paciente porque permanecía en su orilla (un lugar en el que había teoría, experiencia propia de cómo asumir la vida), sabía que si cruzaba al otro lado se encontraría con la incertidumbre de pisar un terreno no conocido y por ende un lugar en el que no sabría cómo desenvolverse. El no saber qué hacer ante lo desconocido, significaba para ella el fracasar como terapeuta, por esto, sus intervenciones se hacían desde su lugar seguro. Lanzaba dardos a la otra orilla (la de su paciente), sin ver en dónde estaba el blanco; durante los 45 minutos que duraba la sesión ella hacía esto.

En la sesión # 6 se evidencia cómo la psicoterapeuta está tan centrada en sí misma que omite la experiencia de su paciente; éste le hizo explícito en varias ocasiones que el hacer estructuras para él era importante, y que no le encontraba sentido a dejar de planificar y de estructurar sus cosas. El valor que tenía para él el hacer rutinas, el leer, el planificar era significativo; sin embargo a la psicoterapeuta no le importaba el valor que esto tenía para él, o para qué las utilizaba, sino que su objetivo era derrumbarlas, a través de “sus dardos”: racionalización y la teorización. La psicoterapeuta le preguntó por el costo de estructurar y éste mencionó que el “perder cierto grado de libertad”, pero que no le daba tanto valor a eso, como la seguridad que sentía al planificar su vida. La psicoterapeuta no le prestaba atención a lo que su paciente decía o sentía, su intención era la de convencerlo que fuera más espontáneo.

Para la sesión # 7, la psicoterapeuta ya se estaba aproximando a dimensionar el valor que el “estructurar” tenía para su paciente, por eso se sentía responsable de su recaída, al persuadirlo para que fuera espontáneo, sin permitirle que se conectara antes con su experiencia; sin embargo, aunque se percató de esto, siguió teorizando e interpretando.

De Castro, García y González (2017), resalta la importancia de aproximarse a la experiencia del paciente, hasta el punto que se pueda ver “desde sus ojos” (en algún grado), pues sólo así el proceso será significativo, al apuntar a su movimiento afectivo.

Una vez la psicoterapeuta fue consciente de lo cuadrículada que había sido a lo largo del proceso, se permitió empezar a “abandonar su orilla”. Esto posibilitó que estuviera aperecebida la mayor parte del tiempo de su movimiento afectivo y el de su paciente.

La psicoterapeuta en la sesión # 15 dejó en evidencia que no es necesario llenar el espacio con palabras y teorías, pues en ocasiones basta con mirar a los ojos, hacer silencio, suspirar y simplemente asentir.

Bleger (1985) y Romero (2003) afirman que el terapeuta empático está en tal sintonía con su paciente que reconoce cuando éste está preparado para ser acompañado con una palabra, un gesto o un silencio. Está atento al “Timing”.

De igual forma se observa en esta sesión (15) que la psicoterapeuta fue consciente, en ese momento, de una intervención poco pertinente que hizo motivada por su ansiedad (preguntarle a su paciente por lo que quería que se trabajara en el resto del proceso, teniendo en cuenta que él se protegía de la incertidumbre haciendo esto: planificando). Inmediatamente se percató de esto, buscó la oportunidad para re direccionar la sesión, centrándose en la relación.

La psicoterapeuta tenía claro que era necesario analizar el proceso que estaba llevando con su paciente, para a partir de allí lograr avances significativos con éste, es por ello que para la sesión # 16 salió de su teoría y logró captar su propia experiencia (se sentía por fuera cuando su paciente, expresaba algo que se salía de su esquema teórico. Comprendió que gran parte de la dificultad en la relación, obedecía a la poca disposición que tenía para captar la experiencia de su paciente)

Como lo expresa Romero (2003), el ser empático implica ser consciente de lo que está ocurriendo allí (consigo mismo y con el otro), a fin de no ponerle contenido propio a la experiencia del paciente.

Aunque en las últimas sesiones, la psicoterapeuta tenía una disposición diferente ante la experiencia de su paciente, hubo momentos en los que dejó de captar su intencionalidad. Esto se observa en la sesión # 15 cuando su paciente le preguntó por lo que ella consideraba más importante, si la información o el sentimiento en el proceso de la comunicación, y ésta

le responde sin mayor reparo. En ese momento su paciente intentaba crear una teoría a partir de la respuesta de la psicoterapeuta y ésta no logro captarlo en ese momento, y por ende no se lo devolvió.

En la sesión # 16 pasó algo similar, su paciente utilizó una metáfora para explicarle cómo experimentaba lo afectivo: *“es como si estuviera en medio de un bosque de noche, y tuviera sólo una antorcha para alumbrar el lugar, y de pronto se escucha el aullido de los lobos, y otros ruidos que no sabe de donde provienen”*. El paciente dejó ver a partir de la metáfora que se sentía desprotegido, poco seguro, amenazado. Sin embargo la psicoterapeuta no se lo ofreció, pues en aquel momento no lo captó, por estar centrada en el discurso.

Martínez Robles (2012) menciona la importancia de que el terapeuta no sólo atienda a las palabras del paciente, sino que se disponga captar lo que se esconde detrás de cada verbalización: la expresión que realiza con todo su ser.

En cuanto a la tercera pregunta orientadora *“La psicoterapeuta dentro del proceso tuvo una actitud de escucha hacía su paciente”*, se considera importante resaltar que el afán de la psicoterapeuta por mostrarse como buena profesional, en algunas de las sesiones, hizo que ésta en vez de escuchar a su paciente, se enfocara en hacer interpretaciones apresuradas.

Como se observa en la sesión # 1 cuando le afirma a su paciente (de acuerdo a lo que sabía teóricamente) que este (al tener una estructura de personalidad obsesiva) se privaba de vivir, por temor a sufrir. En la sesión # 6 después de que el paciente reporta que le produce ansiedad lo desconocido, la psicoterapeuta no se queda escuchando lo que tiene que frente a esto, sino que le ofrece una interpretación del sueño (que era lo que deseaba hacer, desde que su paciente se lo compartió): *“Es decir que tú creas estructuras para evitar el sabor amargo de la ansiedad, pero aun así sigue habiendo amargo, sigue habiendo ansiedad (...) por eso es que esta persona del sueño, conocedor de todo, te dio tanta seguridad, pero te despertaste con el mismo sabor amargo de saber que definitivamente hay mucho que desconoces”*.

Para la séptima sesión, la psicoterapeuta continuó estando “sorda” ante lo que expresaba su paciente, en cambio le daba rienda suelta a su “mente interpretativa” y a sus palabras. El paciente le había compartido que durante el proceso había aprendido algunas

cosas importantes, pero ésta le restó importancia a eso y continuó haciendo intervenciones largas y sin sentido para el paciente, en las que buscaba afirmar su “intelecto y grandiosa comprensión”: *“Te noto muchísimo más empoderado con relación a tu proceso, más aterrizado conmigo, has hablado de lo que sientes, no en un lenguaje metafórico (...)”*

Romero (2003), enfatiza que el escuchar implica dejar de lado, “dejar ahí”, la necesidad de mostrarse y de llenar el espacio con palabras para que el paciente crea que está en el lugar indicado con el mejor psicoterapeuta; el escuchar es más que recibir un mensaje, requiere de disponer todos los sentidos para el encuentro, incluso implica el omitirse a sí mismo para abrirse al otro

La psicoterapeuta le restaba importancia a lo que expresaba su paciente; lo que se salía de su teoría lo desechaba, y buscaba la forma para que el paciente respondiera lo que ella quería escuchar. Esto se ve claramente evidenciado cuando la psicoterapeuta en la sexta sesión, le pregunta tres veces (en diferentes momentos y en distintas maneras) a su paciente lo que aquel ícono le había revelado en el sueño; y tres veces éste le contesta lo mismo: *“El profesor era una representación de algo que él necesitaba a su disposición para obtener todo el conocimiento; alguien que le pudiera mostrar lo desconocido”*.

De igual forma pareció no escucharle en la sesión # 7, cuando dialogando consigo misma frente a lo próxima que diría, deja pasar por alto el hecho de que el paciente, está tomando un medicamento sin supervisión.

Romero (2003), respecto a esto manifiesta que el saber escuchar, significa salir de la capsula del yo, del dialogo interno, para permitirse atender y comprender la experiencia del otro.

La psicoterapeuta oyó a su paciente relatar algo, a lo que no le prestó importancia por no escucharlo, por estar centrada en lo que este verbalizaba a través de su boca y no en lo que se escondía detrás de ella. La psicoterapeuta dejó perder una oportunidad de oro, cuando al finalizar la sesión # 15, su paciente le manifiesta que creía que su discurso premeditado NO le estaba diciendo mucho a ella (lo que su paciente no sabía en ese momento, y la psicoterapeuta tampoco, era que sus palabras le estaban diciendo más que el contenido de las

mismas. La psicoterapeuta no se percató que todo su repertorio verbal, generaba que él -cómo ser en el mundo- se callara detrás del discurso).

Max (1972) afirma que cuando se escucha no sólo se capta el pensamiento del interlocutor, sino lo que subyace oculto detrás de éste. Romero (2003), declara que el terapeuta que se dispone a escuchar no lo hace solamente a través de sus oídos, sino que su apertura es tal que sus ojos pueden divisar lo que se esconde detrás de sus expresiones (de su sudor al hablar, del temblor de sus manos, de sus ojos que reflejan incomodidad, de los sentimientos que se intentan disfrazar en medio de cada verbalización).

Se consideró pertinente hacer el análisis de las últimas preguntas orientadoras en un sólo apartado: *¿La psicoterapeuta interviene e indaga de manera adecuada, apuntando al qué, cómo y para qué de la experiencia? y ¿La psicoterapeuta, en el aquí y el ahora, hace presencia (inter-intrapersonalmente) con el paciente, enfocándose en su proceso experiencial?*; pues las intervenciones se dan en el contexto de la disposición afectiva que tenga el terapeuta de captar y comprender o no el proceso experiencial del paciente (presencia inter- intra). La forma en la que se indaga e interviene responde a la manera en la que el psicoterapeuta se relaciona con su paciente: desde la teoría, el contenido, o a partir de su proceso experiencial (en el aquí y el ahora); por esta razón el responder a las preguntas por separado, implicaría desconocer la yuxtaposición de estos aspectos.

Algunas de las intervenciones de la psicoterapeuta, como se ha venido mencionando a lo largo de este apartado, estuvieron motivadas por la ansiedad y el afán de ser percibida como “buena terapeuta”; esto generó que no estuviera *presente*, que se escondiera detrás del conocimiento que había adquirido a lo largo de su proceso formativo, llevando al paciente a racionalizar su experiencia, en vez de permitirle que la elaborara dentro del espacio terapéutico. Esto queda manifiesto en la sesión # 1 y 6, cuando la psicoterapeuta hace interpretaciones racionales (desde la teoría), de la experiencia de su paciente:

-“*Te pierdes de vivir, por temor a sufrir*” (sesión 1)

-“*Es decir que tú creas estructuras para evitar el sabor amargo de la ansiedad... pero aun así sigue habiendo amargo, sigue habiendo ansiedad...porque entre más*

*estructuras creas más te das cuenta que hay muchísimas más estructuras por crear y por eso es que esta persona del sueño, conocedor de todo, te dio tanta seguridad, pero te despertaste con el mismo sabor amargo de saber que definitivamente hay mucho que desconoces” (sesión 6)*

En la sesión # 6 la psicoterapeuta empezó a explicarle a su paciente cómo lo desconocido le abrumaba y la necesidad que tenía de construir esquemas que le dieran seguridad para evitar el mayor margen de error posible.

Bleger (1984), menciona la importancia de evitar que la ansiedad lleve al psicoterapeuta a validar automáticamente interpretaciones que éste haga respecto a la experiencia del paciente; así como también rechaza el hecho de sacar a la persona de lo que está vivenciando allí con formulaciones que lo inviten a racionalizar.

Con respecto a lo que menciona Bleger (1984) frente al hecho de *-sacar a la persona de lo que vivencia allí con formulaciones que lo inviten a racionalizar-* se evidencia cómo la psicoterapeuta en la sesión # 6, saca a su paciente de lo que está elaborando, respecto al valor que le da el perder “cierto grado de libertad” Vs ganar el control, preguntándole por el sabor que tenía la vida para él.

La psicoterapeuta no estaba preparada para que su paciente le dijera que no le deba tanto valor a la libertad, como al control; así que acudió a la teoría y a su historia personal, encontrándose con que las personas con personalidad obsesiva tenían una vida simple y poco intensa. La ansiedad por no saber cómo sortear la situación para que su paciente elaborara la experiencia allí, la llevó a teorizar y a racionalizar.

En la sesión # 16, se evidencia algo similar cuando el paciente utiliza una metáfora para mostrar cómo se siente dentro del terreno afectivo y la psicoterapeuta, lo saca de allí preguntándole por las personas que son significativas para él.

El análisis de las sesiones pone en evidencia la manera en la que la psicoterapeuta se relacionaba con su ansiedad, pues fueron muchas las intervenciones, en las que abrumada por ésta, se desenfocó, haciendo formulaciones poco pertinentes, lejos del proceso experiencial de su paciente; como se muestra en la sesión # 1, cuando el paciente empezó a

hablar de lo que había leído frente a técnicas conductistas y Mindfulness, y la psicoterapeuta, sintiéndose amenazada dentro del “terreno psicológico” le estimula para que le comente más sobre esto. Dicha intervención no apuntaba a nada más que a reconocer “quién era el que sabía más acerca de ello” (de la disciplina).

En la sesión # 6, de igual forma se observa cómo la psicoterapeuta al no saber qué decirle a su paciente (frente a la pregunta del por qué era útil ser espontáneo), se sale, indagando sobre el costo que tenía para él, el estructurar todo. Para la sesión # 7 nuevamente se evidencia que el afán por llenar el espacio de palabras, llevó a la psicoterapeuta a preguntarle al paciente por la próxima cita con su psiquiatra, cuando éste se encontraba hablando de su desesperación, ante el no saber qué hacer y la necesidad que tuvo de “agotar todos los recursos”. La psicoterapeuta quería disminuir su ansiedad, ante la responsabilidad que tenía de acompañar el proceso de su paciente después de una crisis, por ende no encontró más remedio que desplazarla (la responsabilidad) a otro profesional de la salud mental.

Con respecto a las intervenciones poco apropiadas motivadas por la ansiedad, al no saber cómo responder ante lo que está ocurriendo, Romero (2003), manifiesta que cuando el psicoterapeuta está afanado por evitar el silencio y por llenar las expectativas de su paciente, cae en el error de perderse de su experiencia y termina haciendo cuestionamientos poco pertinentes.

Así como la psicoterapeuta intervino de manera poco adecuada en algunos momentos de las sesiones, hubo otros en los que apuntó a clarificar la vivencia de su paciente, al “Qué” de su experiencia. Sin embargo, se considera pertinente resaltar que aunque muchas de sus intervenciones apuntaron a que genuinamente el paciente describiera su experiencia, algunas de éstas estuvieron en gran parte motivadas por lo que sabía en teoría que debía hacer (cada vez que su paciente mencionara algo, tenía como objetivo lograr que lo ampliara, que lo describiera, pues esto era lo que le habían enseñado en su proceso formativo).

En la primera sesión el paciente mencionó que tiempo atrás había tenido un episodio depresivo y la psicoterapeuta a fin de que describiera su experiencia, le pidió que le hablara un poco más acerca de eso que había vivido.

De igual manera en la sexta sesión, el paciente empezó a hablar a partir de abstracciones conceptuales (marco para resolver problemas, patrones de comportamiento, identidad), y la psicoterapeuta, al sentirse perdida y al percibir que el paciente se distanciaba de sí mismo a partir de los conceptos que utilizaba, le solicitó que clarificara a qué se refería con ello, para poder comprenderle. Así mismo, en esta sesión, cuando su paciente mencionó que la vida tenía un sabor amargo por la ansiedad que experimentaba ante lo desconocido, la psicoterapeuta le sugirió que se quedaran allí y lo estimuló para que hablara más acerca de esa sensación. Algo similar ocurrió en la sesión # 16 cuando la psicoterapeuta le pidió al paciente que hablara acerca de la ansiedad que le producía el no saber lo que encontraría dentro del “cajón de lo afectivo”, esto abrió paso para que describiera cómo el caos y la oscuridad de sus afectos lo abrumaban.

En la séptima sesión el paciente mencionó que durante tres días se había sentido como en una “pecera en la que el agua estaba densa”; la psicoterapeuta le pidió que le contara a qué se refería cuando decía esto, con el objetivo de que describiera su experiencia. Así mismo cuando mencionó que había “tirado muchos papeles a la pared” (haciendo uso de analogías), se le solicitó que fuera más explícito con relación a ello.

En la sesión # 15 el paciente manifestó que la decisión de realizar cambios estuvo motivada por sentimientos relacionados con la decepción; la psicoterapeuta le pidió que fuera más descriptivo; entonces mencionó que se refería a que tenía varios comportamientos automáticos que consideraba dañinos, la psicoterapeuta le preguntó a qué se refería con ello, y expresó que uno de ellos era el fumar cuando estaba solo en casa, otro, el pensar que era responsable de los sentimientos de tristeza de su pareja.

Bleger (1984) resalta la importancia de formular preguntas orientadas a clarificar y detallar lo que el paciente expresa dentro de su relato. Son preguntas abiertas que tienen como objetivo posibilitar la descripción de la experiencia, la elaboración de ésta.

En la sesión # 6 el paciente manifestó que para él era importante crear narrativas que tuvieran un objetivo, con el fin de tener un norte, algo a lo que ajustarse; la psicoterapeuta parafraseó lo que éste mencionó, con el fin de clarificar si lo que había entendido

correspondía con lo que él había expresado; esto mismo hizo cuando en la # 7 el paciente manifestó que cuando tuvo el episodio depresivo, se le dificultó tomar acción para salir de allí, por ende lo que hizo esta vez respecto a realizar muchas actividades para evitar recaer, lo consideró como algo positivo. La psicoterapeuta nuevamente parafraseó para poner allí lo que éste había expresado y así posibilitar el flujo ideo-ideo afectivo.

Romero (2003) resalta la importancia de acompañar el flujo ideo afectivo del paciente (realizar intervenciones que le permitan al paciente clarificar sus ideas; “se pone sobre la mesa” lo que verbalizó, para que una vez estando fuera lo pueda ver con mayor claridad, posibilitado una mayor apertura a su experiencia, a sus ideas, a sus afectos).

Con respecto a las intervenciones que realizó la psicoterapeuta, se evidencia que en algunas de ellas, estuvo presente, en el aquí y el ahora, intra e interpersonalmente en el proceso experiencial de su paciente. Se dispuso a captar el movimiento afectivo de su paciente con respecto a sí mismo y con el otro (terapeuta).

#### *Presencia intrapersonal en el aquí y el ahora*

En la sesión # 1 se observa cómo el paciente al hablar de su relación de pareja evidencia incomodidad; la psicoterapeuta lo percibe y se lo ofrece, logrando conectarlo con la sensación de malestar que le produce el saber que su pareja está saliendo con alguien más. El paciente reporta que prefiere la honestidad, antes que sufrir ante la sorpresa; la psicoterapeuta replica preguntándole que si acaso no estaba sufriendo ya; éste se queda en silencio por un momento, como si estuviera reflexionando acerca de lo que se acababa de mencionar y finalmente responde que el dolor es mayor cuando suceden cosas que no espera.

En la sesión # 6 el paciente empezó a hablar de las ganancias que obtenía (resolver problemas, organizar su día) al crear sus estructuras; y volvió a traer a colación lo que se había propuesto la semana anterior: ser espontaneo. La psicoterapeuta al escuchar esto captó la necesidad de su paciente de construir una estructura para ser espontaneo y se lo ofreció; cuando la psicoterapeuta hizo dicha apreciación, éste abrió los ojos, como si su pensamiento hubiese sido revelado en aquel momento y respondió que efectivamente estaba creando una

estructura para ser “espontaneo adecuadamente” y que luego de experimentos de “interacciones espontaneas” “validaría ese mapa”.

En la sesión # 15, el paciente utilizó la siguiente metáfora “No soy la única persona que no puede arreglar su cuarto por estar siempre en la calle”, así que la psicoterapeuta le pidió que fuera más explícito, y empezó a hablar de la higiene mental, de los procesos inconscientes y de las distorsiones cognitivas. La psicoterapeuta le hizo manifiesto su deseo de que se permitiría hablar de sí mismo, sin tener que recurrir a lo que intelectualmente era, pues sentía que él se escondía detrás de ello, para evitar hablar de sí.

Schneider & Krug (2010); De Castro, García y González (2017) afirman que la presencia intrapersonal se aplica para que el paciente logre hacer conciencia de su experiencia dentro del espacio terapéutico; pretende que se conecte con la manera en la que se relaciona consigo mismo al recordar, al narrar una historia, al tomar la decisión de pensar y/o actuar de una determinada forma u otra.

Yalom (2002), menciona la importancia de prestarle atención a lo que ocurre, en el aquí y el ahora, pues allí es donde el proceso terapéutico adquiere poder, pues permite que el paciente se conecte con su experiencia inmediata, sin racionalizarla.

#### *Presencia Interpersonal en el aquí y el ahora*

La psicoterapeuta aprovechó la manera en la que se sentía con respecto a la relación con su paciente, en el aquí y el ahora, para ofrecerle la forma en la que se vinculaba con el otro, buscó que se conectara con su experiencia, no sólo en relación consigo mismo, sino a partir de la presencia de ella (de otro).

Lo anterior se puede evidenciar en la sesión # 6 cuando el paciente expresó que su objetivo en cada sesión era “comparar su mapa” con el de la psicoterapeuta, para validar si lo que pensaba era consistente con lo que pensaban los demás. La psicoterapeuta quien en la mayoría de ocasiones, se sentía distante de su paciente, por la forma en la que él se comunicaba (a través de metáforas y lenguaje técnico), le ofreció la manera en la que se sentía con él: distante. Esto lo hizo con el objetivo de mostrarle que era difícil “conseguir ese objetivo”, si dentro de la relación no había conexión, al distanciarse de ella cómo la hacía.

En la descripción de la sesión # 15 se trae a colación como en la sesión # 14 el paciente intenta desplazarle la responsabilidad a la psicoterapeuta sugiriéndole que le orientara frente a cómo debía actuar, ésta aprovechó la demanda para mostrarle la manera en la que solía desplazar la responsabilidad ahí con ella y allá afuera (permitiendo que sus padres y pareja tomaran decisiones por él).

Schneider & Krug (2010); De Castro, García y González (2017), describen que la presencia interpersonal se aplica dentro del espacio, para mostrarle al paciente lo que hace (cómo toma decisiones, cómo se defiende, cómo se relaciona, lo que protege, lo que intenta afirmar) allí con el psicoterapeuta. Estos autores resaltan la importancia de captar el movimiento afectivo del paciente, para posteriormente ofrecérselo.

Según Yalom (2002), El centrarse en el Aquí y el Ahora implica reconocer la manera en la que el paciente se relaciona con el espacio (la manera en la que explora el entorno, la forma en la que saluda, su modo de expresarse y de relatar su historia).

Al relacionarse con el paciente, en el aquí y el ahora, se pretende reconocer la intencionalidad de éste (el cómo se relaciona consigo mismo y con el otro, y las ganancias que obtiene a partir de esto), para ello es necesario que el terapeuta esté presente, es decir, que logre captar el proceso experiencial del paciente consigo mismo, y con él (terapeuta). (Schneider & May, 1995). Moustakas (1994) afirma que el estar con el paciente implica captar las intenciones de éste en el momento presente de la relación (de lo que evita, lo que defiende, lo que afirma) allí con el terapeuta. En el proceso es necesario que se apunte a la intencionalidad en el aquí y el ahora, lo cual se entiende como un reflejo de la forma en la que el paciente se relaciona con su experiencia en la vida cotidiana.

En la sesión # 15 de igual forma se observa cómo la psicoterapeuta le ofrece en varias ocasiones la manera en la que siente que su paciente se relaciona con ella, con el fin de hacerlo consciente de su forma de vincularse. Llama la atención que la psicoterapeuta a lo largo de la sesión hace explícito lo que su paciente hace allí con ella (distanciarla y distanciarse de sí mismo), no siendo consciente de su propio movimiento experiencial (ella

prefería sentirse desconectada y poco tenida en cuenta, para evitar asumir la responsabilidad que implicaba abrirse a la experiencia del otro):

Sesión # 15: la psicoterapeuta le preguntó por los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de hacer cambios en su vida, y el paciente respondió describiendo la diferencia entre narrativas y eventos; la psicoterapeuta lo interrumpió y le preguntó nuevamente, qué lo llevó a decidir realizar esos cambios, el paciente le dijo que precisamente por eso la estaba contextualizando para poder responderle. La psicoterapeuta que ya estaba acostumbrada a su “antesala teórica”, le preguntó que si era necesario que él contextualizara teóricamente primero, para poder responder a una pregunta sobre él mismo (esto lo hizo con el fin de mostrarle lo que él hacía allí a través de sus abstracciones conceptuales) y él mencionó que lo hacía para evitar malos entendidos. La psicoterapeuta le devolvió que cuando él contextualizaba teóricamente, ésta se perdía en medio de su discurso y que finalmente cuando le daba lugar a lo que se le había preguntado, ya se estaba lejos, desconectada. El paciente pareció no prestarle mayor importancia a la sensación de desconexión que la psicoterapeuta le había ofrecido, por ello más adelante en la sesión, le mostró lo anulada que se sentía dentro del espacio, expresándole que se vivenciaba desde un rol, en el que poco se le tenía en cuenta; le manifestó nuevamente que sentía que él la sacaba a través de su discurso y le preguntó el para qué hacía eso con ella; el paciente apuntó al contenido, y no al proceso, así que respondió que suponía que tenía un mal entendido de cómo comunicar las cosas dentro del espacio.

La psicoterapeuta durante la sesión # 15 en varios momentos le mostró lo anulada, desconecta y poco tenida en cuenta que se sentía dentro de la relación, encontrándose con las defensas del paciente, que generaban que este decidiera enfocarse en el contenido y no en lo que ocurría allí con ella. Sin embargo, se evidencia que en la sesión # 16 cuando la psicoterapeuta ya es consciente de la responsabilidad que ha tenido de la distancia entre ambos (al pretender encajar a su paciente dentro de su teoría) y decide abrirse y ofrecerle dicha apreciación, el paciente lo recibe y de igual forma se dispone a conectarse, reconociendo la forma en la que él interactuaba con ella y con los otros (a partir de la “intelectualización”), argumentado no saber otra forma de relacionarse. Manifestó que se le

dificultaba conectarse con su experiencia afectiva, por la ansiedad que sentía ante lo desconocido y caótico de ésta.

El paciente, a partir de la apertura que la psicoterapeuta tuvo con él, se sintió en un lugar seguro para abrirse y conectarse con la manera en la que se relacionaba con ella, con los otros y consigo mismo. Fue consciente de que su intelectualización (como él mismo lo refirió) respondía a la ansiedad que le producía conectarse con sus afectos y el de los demás, pues esto representaba para él descontrol, desprotección, inseguridad.

May (1989) resalta la importancia de la honestidad dentro de la relación terapéutica, tanto por parte del paciente, como del terapeuta, en donde se pueda sentir que el corazón y la mente se encuentran abiertos allí, “sobre la mesa”. Esto representa un rompimiento de defensas y los acerca a la autenticidad de su ser. El encuentro terapéutico es una experiencia potencialmente creativa; en el que emerge como resultado la expansión de la conciencia, el enriquecimiento del yo. En un encuentro real, las dos personas sufren un cambio. (May, 1990).

Yalom (2002) menciona que una de las mayores herramientas que se tienen dentro del espacio terapéutico es el permitirse trabajar con los propios sentimientos, el saber usar lo que se siente en la interacción con el otro, para poder mostrar el cómo se pueden sentir los demás en su relación con el paciente. Sin embargo, es igualmente importante, que el terapeuta constantemente esté clarificando la experiencia que está teniendo allí, a fin de no mezclar sus prejuicios y reacciones dentro de la relación (De Castro, García y González, 2017); (Schneider & Krug, 2010).

Cuando el paciente, se siente en un lugar seguro y acompañado, es capaz de conectarse consigo mismo, con su experiencia (Romero, 2003). La relación terapéutica (legítima de ambas partes) es la que cura (Yalom, 1984).

#### *Proceso Vs Contenido:*

A lo largo del apartado se ha observado como la psicoterapeuta por no tener una actitud acogedora, empática y de escucha con el paciente, dejó de captar su proceso experiencial centrándose en el contenido. A continuación se mostrarán algunos fragmentos

de las sesiones en los que la psicoterapeuta deja de estar presente en el proceso experiencial de su paciente, para centrarse en lo verbalizado por éste.

En la sesión # 7 el paciente llegó a consulta cabizbajo, su cara reflejaba tristeza y cansancio, sin embargo la psicoterapeuta no le ofreció lo que captó, sino que se enfocó en lo que verbalizaba el paciente respecto a su semana. Más adelante en esta misma sesión, se evidencia al paciente manifestar que la depresión que tuvo fue tan fuerte, que llegó al punto de decirse que sino cambiaban las cosas se moriría así que empezó a planificar sus días (cuando terminó de hablar, su rostro evidenciaba la impotencia que experimentó para ese entonces y la preocupación ante una posible recaída), sin embargo, la psicoterapeuta no le ofreció la sensación que percibió, sino que intervino apuntando al contenido: *“¿el propósito de las estructuras entonces es el de tener un motivo para levantarte de la cama?(...)”*.

En la sesión # 15 el paciente manifestó la necesidad de construir una teoría que le permitiera obtener información de cómo relacionarse con las personas involucrando sus sentimientos y el de los demás, y la psicoterapeuta en vez de aprovechar la demanda del paciente para llevarlo a relacionarse allí con ella de esa forma, se sale y le explica desde el contenido, lo que debe hacer: “es necesario hablar de sí mismo, no escondiéndose”. Le mostró lo que él hacía, pero no le abrió el espacio para que lo hiciera en el aquí y el ahora con ella.

Moustakas (1994) afirma que las intervenciones del terapeuta no se deben enfocar tan sólo en el contenido, sino también en el proceso, con el fin de lograr la comprensión de la experiencia del paciente en el momento presente, de lo que vive allí en la presencia del otro.

El paciente tendía a utilizar diferentes abstracciones conceptuales para hablar de sí, con la intención de distanciarse de él mismo y disminuir así su responsabilidad de cambio, sin embargo la psicoterapeuta nunca se lo ofrecía; se aburría cada vez que el paciente hacía esto y prefería sentirse desconectada para evitar acompañar el proceso experiencial de éste, como se observa en la sesión # 6, cuando el paciente habló de estructuras y de patrones de comportamiento, para referirse al plan que construía todos los días (rutina) y la psicoterapeuta tan sólo le pidió que fuera más explícito, no mostrándole lo que hacía a partir de la utilización

de esos conceptos. Algo similar aconteció en la sesión # 15 cuando se refirió a la decisión de fumar marihuana y de responsabilizarse por los sentimientos de tristeza de su pareja como “comportamientos automáticos”. La psicoterapeuta en vez de ofrecerle su interpretación respecto a su intencionalidad, se centró en el contenido: “la razón que lo había motivado a tomar dicha decisión”.

Martínez Robles (2012) menciona la importancia de que el terapeuta no sólo atienda a las palabras del paciente, sino que se disponga a captar lo que se esconde detrás de cada verbalización: la expresión que realiza con todo su ser.

En la sesión # 16 La psicoterapeuta responde a la pregunta de su paciente frente a por qué había escogido el enfoque existencial, afirmándole que no quería hacer de lo que le apasionaba algo automático y que si bien era cierto que cada sesión le generaba ansiedad, por no saber qué encontraría, ella estaba dispuesta a pagar ese precio por acompañar la experiencia del otro; el paciente movilizado por lo que la psicoterapeuta expresó, manifestó que no era fácil estar en su lugar, pues eso significaba exponerse. La psicoterapeuta finalizó la conversación allí, dejando pasar lo que había expresado su paciente frente a lo difícil que le parecía el exponerse, centrándose una vez más en el contenido: “esa es la idea del encuentro terapéutico: una relación legítima, sin defensas”.

Con respecto a esto Yalom (2002) afirma que no sólo es importante centrar la atención en el contenido (verbalizaciones que aportan información de lo que acontece por fuera del microcosmos y que sirven para explicar en cierto sentido el por qué el paciente se comporta cómo lo hace), sino en el proceso, en su experiencia, en lo que sucede en el presente con el terapeuta, en la naturaleza de la relación, para evitar caer en el error de explicar y en cambio de esto abrir un espacio seguro en el que se pueda mostrar, poner a disposición del paciente el cómo se vivencia allí consigo mismo y con el otro.

## **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

A continuación se expondrán las conclusiones a las que se pudo llegar a partir del análisis de cada una de las sesiones.

***El error de ver al paciente desde las gafas de la teoría:***

A lo largo del análisis se deja en evidencia como la psicoterapeuta, al relacionarse con su paciente, a partir de la teoría que tiene de éste, decide no acercarse a su orilla, para evitar encontrarse con la incertidumbre de la experiencia del otro, y en su lugar, desde su espacio seguro “lanza dardos desde muy lejos, sin dar al blanco”, llevando al paciente a racionalizar su experiencia en vez de lograr conectarlo con ella. Esto ya había sido corroborado por Bleger (1984), cuando afirmó que el validar automáticamente interpretaciones teóricas respecto a la vivencia del paciente, sin permitirle que éste elabore su experiencia, lo lleva a racionalizar.

Se observa cómo la psicoterapeuta se relaciona con su paciente, no desde su individualidad, sino a través de su teoría, haciendo interpretaciones probablemente ciertas desde el espectro explicativo, pero con poco impacto para el paciente. Lo anterior es respaldado por De Castro, García y González (2017) cuando mencionan que muchas veces el terapeuta por estar enfocado en teorías de lo que vive el paciente, construye un mundo teórico y empieza a relacionarse con éste como si fuera un objeto, omitiendo su experiencia *ahí como ser en el mundo*.

Se comprobó cómo el tener una teoría del paciente, genera que el psicoterapeuta no se disponga a abrirse a la experiencia de éste, no le invite a sentirse seguro de ser el mismo y no le dé un voto de confianza a lo que es dentro del espacio; en últimas, una teoría previa impide que el psicoterapeuta pueda tener una actitud acogedora con su paciente, que lo escuche y que logre establecer una relación empática con éste, pues su atención está centrada en validar su construcción teórica. Romero (2003), llegó a la misma conclusión cuando expuso que el acoger y el empatizar implicaba despojarse de la capsula impenetrable del “yo” para abrirse al mundo del otro, a sus posibilidades, salir del cuadro rígido que da seguridad, para captar la experiencia del paciente.

### ***Autenticidad Vs jugar un rol:***

A través de los resultados se pudo identificar cómo la psicoterapeuta logró que la relación entre ésta y su paciente se fortaleciera, cuando se permitió abandonar su rol cuadrado que le daba seguridad, para abrirse de manera genuina al otro. El ser auténtica

en cuanto a su sentir y el ofrecerlo, contribuyó a que el paciente también se abriera ante su experiencia. Esto lo corrobora Romero (2003), al decir que para invitar al paciente a “ser genuinamente”, es necesario que el terapeuta empiece por ser genuino en la interacción, estableciendo una relación honesta y sin máscaras, en donde en vez satanizarse la ansiedad y el miedo a errar, se acojan y se acepten. May (1989) resalta la importancia de la honestidad dentro de la relación terapéutica, tanto por parte del paciente, como del psicoterapeuta, pues esto representa un rompimiento de defensas y los acerca a la autenticidad de su ser.

La falta de confianza de la psicoterapeuta frente a sortear situaciones inesperadas, la llevó a asumir un rol rígido del cual no se permitía salir, al sentirse perdida y desprotegida; sin embargo, cuando empezó a confiar en sí misma, se permitió ser ella y esto generó que pudiera tener una actitud acogedora. Romero (2003) expresó algo similar cuando afirmó que para poder confiar en el paciente y que éste a su vez lo perciba, es necesario que el terapeuta confíe en sí mismo. El no pretender esconderse detrás del tecnicismo y del rol de “súper héroe”, posibilita que el terapeuta tenga una actitud acogedora con su paciente.

#### ***La importancia de captar el propio movimiento afectivo en el aquí y el ahora:***

A lo largo de las sesiones, la psicoterapeuta dejó en evidencia la importancia de captar su experiencia afectiva primero, para reducir la posibilidad de hacer interpretaciones del paciente, que respondan a su contenido, más que al de éste. Se identificó cómo la psicoterapeuta por no estar apercebida de la resistencia que tenía para relacionarse con su paciente, le desplazaba toda la responsabilidad a éste de la distancia que existía entre los dos; Cuando logró captar el papel que jugaba dentro de la brecha que se había creado entre ambos y se involucró, le abrió paso al paciente para que éste de igual forma reconociera su dificultad de relacionarse con ella y con otros. De Castro, García y González (2017); Schneider & Krug (2010), defienden lo anterior al resaltar la importancia de que el terapeuta constantemente clarifique la experiencia que está teniendo allí con su paciente, a fin de no mezclar dentro de la relación, su movimiento experiencial con el de éste, imponiéndole su contenido.

A lo largo del proceso la psicoterapeuta utilizó en varias ocasiones lo que se conoce como el “aquí y el ahora”; fueron muchas las intervenciones en las que expresó lo que sentía

allí con su paciente, en la relación; sin embargo, estos ofrecimientos parecían no ser recibidos por el paciente, debido a que no correspondían a su proceso experiencial, sino al de la terapeuta.

No se trata de negar lo que se experimenta (ansiedad, afán, miedo, vergüenza), sino de aprender a relacionarse con ello, aceptándolo, recibéndolo y dejándolo allí para disponerse a la experiencia del paciente. La psicoterapeuta cuando fue consciente de su ansiedad, de su miedo a fracasar y de su responsabilidad dentro de la distancia que había con su paciente y lo aceptó, se permitió recibirlo auténticamente. Romero (2003) y Bleger (1984) concluyeron algo similar, cuando reportaron que para captar el movimiento afectivo del paciente en el momento presente, era necesario que el terapeuta se permitiera ver lo que estaba ocurriendo consigo mismo primero, con el fin de que su afán y/o ansiedad no limitara su apertura ni sesgara su intervención.

### ***La relación terapéutica es la que cura:***

El análisis de las sesiones dejó por sentado que lo que garantiza que el paciente logre obtener avances dentro del proceso terapéutico, es el reconocimiento de su intencionalidad, de la manera en la que se relaciona consigo mismo y con el otro dentro del espacio terapéutico. Cuando la psicoterapeuta se tornó auténtica con su paciente y en vez de trabajar desde el contenido, se centró en lo que ocurría allí en la relación, entre ambos, abrió un espacio en el que su paciente se permitió conectar con la forma en la que se vinculaba con el mismo y con los otros, logrando que éste a partir de lo elaborado, se relacionara con sus afectos y empezara a vincularse de manera diferente con las demás personas. Yalom (1984) reafirma lo anterior, argumentando que la relación terapéutica es la que cura, el intercambio afectivo que se da entre el terapeuta y su paciente. Cabe resaltar que dentro del espacio terapéutico, el psicoterapeuta no es una figura simbólica, es una persona dispuesta a hacer parte de la experiencia del otro en el aquí y el ahora, con el fin de que ese otro conquiste su

sentido de libertad, se torne autentico y haga florecer su creatividad; en ultimas, lo que se pretende es que el paciente acertadamente tenga cuidado de sí (Romero, 2003).

***El paciente es el mejor maestro:***

A partir de los resultados se pudo concluir que el mejor maestro dentro del proceso terapéutico es el paciente. Muchos psicoterapeutas consideran que dentro del espacio son ellos los poseedores de la verdad, desconociendo lo que el paciente tiene para enseñar allí, para ofrecer. Esto quedó evidenciado cuando el paciente al finalizar el proceso, le expresó a la psicoterapeuta que era preferible decir “este es nuestro espacio”, en vez de “este es tu espacio”, pues le permitía construir una realidad diferente, a la que él estaba acostumbrado, al sentirse acompañado. Con lo anterior le mostró la importancia de involucrarse con el paciente, de incluirse dentro del encuentro, de salirse del esquema de la interacción vertical, para adentrarse y compartir a partir de una relación horizontal. Romero (2003) da cuenta de la importancia de acompañar al paciente dentro de su laberinto, el cual es un lugar matizado por la angustia, el temor, la incertidumbre, la desorientación, la oscuridad y las defensas; un espacio abrumador que potencializa la sensación de soledad y en donde la presencia de un otro facilita la travesía.

La psicoterapeuta dentro del proceso con su paciente aprendió que era necesario ser autentica, desprenderse de la teoría y del rol cuadriculado, que debía permitirse captar su movimiento afectivo primero, para así disponerse a captar el del otro, que para que el aquí y el ahora sea la fuente principal del poder terapéutico es necesario que el psicoterapeuta se abra a la experiencia de su paciente, lo acoja, lo escuche y esté ahí para captar sus necesidades afectivas, a fin de no centrarse en el contenido de su relato, sino en lo que vivencia allí, en su proceso experiencial. La psicoterapeuta aprendió de la relación con su paciente, que el encuentro terapéutico es una experiencia potencialmente creativa; en el que ambas personas sufren un cambio (May, 1990).

## Referencias

- Bleger, J (1984): *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.
- De Castro, A y García, G. (2014). *Psicología clínica: Fundamentos Existenciales*. Barranquilla: Ediciones Universidad del Norte.
- De Castro, A; García, G y González, R. (2017). *Psicología clínica: Fundamentos existenciales*. Barranquilla: Universidad del Norte editorial.
- Martínez Robles, Y. (2012). *Psicoterapia existencial*. México, D.F: Ed. Círculo de estudios en terapia existencial.
- May, R. (1974). Psicología existencial. En T. Millon (Ed), *Psicopatología y Personalidad*. México: Nueva editorial Interamericana.
- May, R. (1989). *The Art Of Counseling*. Lake Worth: Gardner Press.
- May, R. (1990). *La psicología y el dilema del hombre*. México: Gedisa.
- Max, N. (1972). *Lo que se oculta en el fondo del espejo*. Santiago de Chile.
- Moustakas, C. (1994). *Existencial Psychotherapy and the Interpretation of Dreams*. New Jersey: Jason Aronson.
- Romero, E. (2003a). *Neogénesis: El desarrollo personal mediante la terapia*. Sao Paulo: Editora Norte-Sur.
- Schneider, K. y May, R. (1995). *The Psychology of Existence*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Schneider, k. Y Krug, O (2010). *Existencial- humanistic therapy*. Washington D.C: American Pycological Association Press.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Buenos aires: Emecé.

