

17. Anexos

Anexo 1. Formato de Ficha Bibliográfica

Información Topográfica
Código
Disponible en
Autores
Título
Tipo de Fuente
Volumen
Número o Edición
Año
Lugar
Páginas
Objetivo General
Metodología / Procedimiento
Principales Hallazgos
Conclusiones

Proceso Autorreferencial
Bibliografía

Anexo 2. Fichas Bibliográficas

Información Topográfica

Código	FAT-1 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	Cariaga, M. & Casari, L. (2014). La incidencia de los rasgos de personalidad en estudiantes avanzados de psicología hacia la elección de una línea teórica. Psicogente, 32(17), 379 - 396.
Autores	María Lucía Cariaga Siracusa y Leonado Casari Cobos
Título	La incidencia de los rasgos de personalidad en estudiantes avanzados de psicología hacia la elección de una línea teórica
Tipo de Fuente	Artículo de revista académica
Volumen	32
Número o Edición	17
Año	2014
Lugar	Barranquilla, Colombia
Páginas	379 - 396
Objetivo General	
Identificar rasgos de la personalidad de estudiantes de psicología de últimos semestres que se asocien la línea teórica que eligen en su proceso de formación.	

Metodología / Procedimiento

Se empleó la aplicación de una encuesta Ad Hoc que identificaba las preferencias teóricas de los estudiantes entre clínica existencial, psicoanalítica, cognitivo-conductual y sistémica. En un segundo momento, a los estudiantes se les aplicó una adaptación del cuestionario Big Five (Castro Solano, 2005). En este cuestionario se midieron cinco dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Agradabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Principales Hallazgos

En la escala de responsabilidad los estudiantes que tuvieron puntajes más altos fueron los de Como resultados de las encuestas, se obtuvo que la dimensión de Responsabilidad (C) tuvo una puntuación en un alto percentil sólo en estudiantes de Clínica Existencial. La escala de Agradabilidad (A) puntuó resultados altos para estudiantes de Clínica Psicoanalítica y Cognitivo-Conductual. Extraversión (E) y Apertura a la experiencia (O) mantuvieron puntuaciones medias en todos los estudiantes. Finalmente, Neuroticismo (N) puntuó resultados muy bajos en estudiantes de las cuatro opciones de psicología clínica, particularmente en estudiantes de Clínica Existencial, en la que las puntuaciones fueron muy bajas.

Conclusiones

Como resultado, la investigación arroja una relación entre algunos rasgos de la personalidad de los estudiantes y la postura teórica que asumen en relación a su formación como psicólogos clínicos (que se expresa en los resultados), concluyendo que la existen personalidades que se ajustan mejor a ciertos tipos de posturas teóricas teniendo en cuenta que cada una de las corrientes exige a los psicólogos una manera particular en términos de asumir el mundo y relacionarse con otros que se ve reflejada en la personalidad del clínico.

Proceso Autorreferencial

Este estudio aporta a la investigación en la medida en la que permite identificar la correlación entre algunos rasgos de la personalidad con algunas posturas teóricas de estudiantes de psicología. Esto podría invitar a que este tipo de análisis no sólo se piense en estudiantes sino en profesionales, logrando identificar, ya no correlaciones estadísticas, sino relaciones en términos referenciales de estos sujetos con su postura teórica como parte de su proceso de construcción del estilo terapéutico.

Bibliografía

Castro Solano, A. (2005). Técnicas de Evaluación psicológica en los ámbitos militares. Buenos Aires: Paidós

Información Topográfica

Código FAT-2 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)

Disponibilidad [https://www.researchgate.net/publication/303242725 Estilo Personal del Terapeuta en psicoterapeutas de Adicciones Personal Style of the Therapist in professionals of drug addiction field](https://www.researchgate.net/publication/303242725_Estilo_Personal_del_Terapeuta_en_psicoterapeutas_de_Adicciones_Personal_Style_of_the_Therapist_in_professionals_of_drug_addiction_field)

Autores Leandro Casarl, Susana Albanesi, Mariana Marinstany y Mirta Ison

Título Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones

Tipo de Fuente Artículo de revista académica

Volumen XXV

Número o Edición 1

Año 2016

Lugar

Páginas 17 - 26

Objetivo General

Identificar rasgos característicos del estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan con drogodependencias a través de un estudio comparativo con psicoterapeutas en

general.

Metodología / Procedimiento

Para la realización de este estudio se aplica el EPT-C a dos grupos de profesionales, uno de ellos corresponde a psicoterapeutas en general y otro de ellos a psicoterapeutas que trabajan con drogodependencias.

Se realiza una revisión documental acerca de algunos aspectos característicos del tratamiento de drogodependencias y se establece una relación entre los resultados de esta revisión y los puntajes de la encuesta.

Principales Hallazgos

Como resultado se obtiene que los profesionales que trabajan con drogodependencias mantienen un estilo para comunicarse emocionalmente con sus pacientes que se caracteriza por ser distante. De igual modo se puede dar cuenta que las interacciones entre los profesionales y sus pacientes se dan de manera más directiva y expresiva.

Conclusiones

El estilo personal del terapeuta en los psicoterapeutas de adicciones que se pudo identificar con la aplicación del instrumento mantiene una relación con las características identificadas durante el proceso de revisión documental. Se puede decir que el estilo personal de estos terapeutas se caracteriza por ser muy directivo e instruccional en la relación que mantienen con sus pacientes.

Proceso Autorreferencial

Como aportes del estudio a la investigación se rescatan aspectos de tipo metodológico en la medida en la que se puede hacer una revisión documental acerca de técnicas y modos de intervenir sobre casos de depresión que puedan dar luces acerca del estilo terapéutico de psicoterapeutas que trabajan con estos casos y sean característicos del trastorno depresivo. En ese sentido, los aportes se dan en términos de la categoría de referencia, en la medida en la que el artículo proporciona una ruta para el abordaje del estudio en la que se esclarecen aspectos referenciales relacionados con el estilo terapéutico y se centran en las especificidades del trastorno depresivo como pauta específica.

Bibliografía

Casarl, L., Albanesi, S., Marinstany, M., & Ilson, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 25, 17 - 26.

Información Topográfica

Código FAT-3 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)

Disponi <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2922/fernandezalvarez4.pdf?sequence=1>

ble en

Autores Sergi Corbella i Santoña, Héctor Fernández Álvarez, Luis Ángel Saúl Gutiérrez, Fernando García, Luis Botella & García del Cid

Título Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses

Tipo de Artículo de revista académica

Fuente

Volume 26

n

Númer 2

o o

Edición

Año 2008

Lugar Colegio Oficial de Psicología y de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla

Páginas 281 - 289

Objetivo General

Profundizar en el conocimiento del estilo personal del terapeuta y estudiar las relaciones entre diferentes funciones de este estilo y la dirección de intereses de los terapeutas en formación.

Metodología / Procedimiento

Se realiza la aplicación del test EPT-C (Fernández Álvarez, García, LoBianco y Corbella, 2003) para distinguir seis funciones del perfil personal del terapeuta y de un cuestionario sobre la dirección de intereses DIQ (Caine, Wijesinghe y Winter, 1981). Este estudio se

realizó con profesionales en proceso de formación posgradual como psicoterapeutas.

El estudio se basa en la importancia que tienen los intereses de los terapeutas en formación en relación a su práctica interventiva. Para ello se relacionan las funciones del estilo personal del terapeuta Atencional (Selección de información para el trabajo terapéutico) y Operacional (modo de cumplimiento de las tareas de la terapia, puede ser directiva o no directiva) con una dirección de intereses que puede ser interna o externa.

Principales Hallazgos

Como resultado se obtuvo una correlación entre la función atencional y operativa con una dirección de intereses interna de los participantes del estudio. Se encontró que la receptividad y espontaneidad del teapeuta se relaciona con una dirección de intereses interna. Mientras que en términos de un carácter focalizado y pautado se relaciona con una dirección de intereses externa. En ese sentido los psicoterapeutas con una dirección de intereses más interna tienden a tener un estilo abierto y receptivo, mientras que los terapeutas que mantengan una dirección de intereses externa, tenderán hacia un estilo personal activo y focalizado.

Conclusiones

Los terapeutas con una dirección de intereses más interna tienen a obtener un estilo de terapeuta más espontáneo que estructurado, mientras que los terapeutas con una dirección de intereses más externa tienden a obtener un estilo de terapeuta más directivo.

Proceso Autorreferencial

Este estudio contribuye a la investigación en la medida en la que permite focalizar en la relación que tiene un estilo terapéutico directivo o espontáneo con las maneras en las que el terapeuta recolecta información sobre el caso que atiende, pues permite reconocer que aquellos terapeutas que son más directivos tienden a focalizar sobre la información que recolectan en relación con la manera en la que dirigen sus intereses hacia el exterior. Mientras que aquellos que no son tan directivos, permiten que la información surja de manera más espontánea en correspondencia a la manera en la que dirigen sus intereses sobre el proceso de manera interna.

Bibliografía

Caine, T.M., Wijesinghe, O.B.A., y Winter, D. A. (1981). *Personal Styles in Neurosis: Implications for Small Group Psychotherapy and Behaviour Therapy*. Londres: Routledge y Kegan Paul.

Fernández Álvarez, H., García, F., LoBianco, J., y Corbella, S. (2003). *Questionnaire on*

the Personal Style of the Therapist PST-Q. Clinical Psychology and Psychotherapy 10, 116-125

Información Topográfica

Código	FAT-4 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)
Disponible en	https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1040/1/TFM000113.pdf
Autores	Lucía Moya Cortés
Título	Influencia del estilo personal del terapeuta en la calidad de la alianza
Tipo de Fuente	Tesis
Volumen	N/A
Número o Edición	N/A
Año	2015
Lugar	Madrid, España.
Páginas	

Objetivo General

Estudiar las relaciones entre las funciones del estilo personal del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica.

Metodología / Procedimiento

Se evalúa el estilo personal del terapeuta a través del cuestionario EPT-C y la alianza terapéutica a través del cuestionario WAI-S (Working Alliance Inventory Short Version), en su versión para terapeutas (Tracey y Kotovic, 1989). Se realizó la aplicación a 48 psicoterapeutas que ejercían práctica clínica en el momento en el que se llevó a cabo el estudio. La distribución de las orientaciones teóricas con las que los participantes se identificaban fue la siguiente: 14,6% Cognitivo-Conductual, 18,8% Humanista, 8,3% Psicodinámica, 16,7% Sistémica y 41,7% Integradora.

Principales Hallazgos

- Existe una correlación positiva entre la función expresiva del EPT y la alianza terapéutica. No hay correlación significativa entre la función de Involucración y la alianza terapéutica.
 - La mayor parte de los terapeutas refieren que la mayoría de sus motivos de consulta, se relaciona con trastornos del espectro neurótico (síntomas depresivos y ansiosos y de trastornos adaptativos) como base para responder el cuestionario sobre alianza terapéutica. Sin embargo esto no se relaciona con un resultado significativo para los investigadores dado que no consideran estos motivos de consulta como una pauta severa.
 - Los terapeutas que se definieron como integradores (aquellos que no se adhieren a alguna postura teórica específica), mantienen una flexibilidad en la función instruccional, adaptando su estilo a las necesidades del paciente.
 - No se encuentran diferencias significativas en relación a la línea teórica de los terapeutas encuestados en relación a su estilo terapéutico.
-

Conclusiones

Existen diferentes tipos de relaciones entre distintas funciones del EPT en relación de la calidad de la alianza terapéutica. Se considera que los terapeutas que se perciben capaces de sostener una comunicación emocional con sus pacientes, creen que su relación terapéutica es más sólida. Sin embargo en términos de la involucración, los terapeutas que se sienten más comprometidos con sus pacientes, no necesariamente perciben una mejor relación terapéutica.

La flexibilidad de los terapeutas varía de acuerdo al grupo etáreo con el que trabaja, en relación a los niños y jóvenes, tienden a ser más rígidos, en relación a los adultos, los terapeutas tienden a buscar la flexibilidad.

Es posible que no haya diferencias significativas en términos del estilo terapéutico y la orientación teórica, dado que la mayoría de la muestra estuvo conformada por terapeutas que se definían a sí mismos como “integradores”.

Proceso Autorreferencial

El trabajo consultado ofrece aportes que podrían ser enmarcados en la categoría de interreferencia, en la medida en la que los resultados identifican algunas relaciones entre el estilo terapéutico y la calidad de la alianza terapéutica. Sin embargo, también se destaca el hecho de que la población con la que el estudio se llevó a cabo (psicoterapeutas cuyos motivos de consulta se relacionaban con el espectro neurótico), ofrezca indicios acerca de elementos presentes en la relación terapéutica con una población similar a la de la presente investigación.

Bibliografía

Moya, L. (2015). Influencia del estilo personal del terapeuta en la calidad de la alianza. Madrid. Disponible en:
<https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1040/1/TFM000113.pdf>.

Información Topográfica

Código	FAT-5 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906902
Autores	Marina López-Ruiz y Juan Deus-Yela
Título	Alianza terapéutica, sintomatología y personalidad según la teoría de Cloninger: estudio preliminar
Tipo de Fuente	Artículo de revista académica.
Volumen	
Número o Edición	111
Año	2014
Lugar	España
Páginas	24 - 33

Objetivo General

Indagar sobre el posible nexo conector entre la personalidad no patológica y la instauración de la AT entre terapeuta y paciente, y relacionar esta última con la gravedad de la sintomatología al inicio del tratamiento.

Metodología / Procedimiento

Es un estudio realizado con una muestra de 31 sujetos a quienes se les aplicó el WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory), es decir una versión reducida del Inventario de Alianza Terapéutica (WAI-S por su siglas en inglés). Además se aplicó el SCL-90-R (Inventario de 90 Síntomas- Revisado). Otra prueba implementada fue el TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger- Revisado).

Principales Hallazgos

Como resultados de la aplicación se obtiene que el perfil temperamental se relaciona con la subescala de Teoría del cambio (acuerdo acerca del proceso de cambio) de la Alianza Terapéutica. Por otro lado, se encuentran correlaciones significativas entre las Dimensiones del Temperamento y la Alianza Terapéutica a través de coeficientes medios.

Conclusiones

En referencia a las Dimensiones de Temperamento, se ha encontrado que los pacientes que tienden hacia la impulsividad buscan novedad en la relación establecida por la alianza terapéutica, en ese sentido también se encuentra que el componente relacionado con la dependencia de la recompensa juega un papel importante en la formación de la alianza terapéutica pues tiende a incrementar en pacientes amistosos. En términos de la persistencia que se le da al proceso terapéutico, se identifica que si las personas son demasiado perfeccionistas, posiblemente no contribuyan a la consecución de los objetivos terapéuticos y de manera indirecta dificulten la formación de una buena AT.

En relación a la dimensión de cooperación, se encuentra que particularmente los pacientes que sufren de trastornos depresivos tienden a ser más amistosos y menos oposicionistas hacia sus terapeutas. Finalmente el estudio indica que quienes tienen un grado mayor de aceptación espiritual, tienden a presentar menores niveles de aceptación de las tareas propuestas durante la terapia.

En relación al malestar psicológico no se obtuvo datos en términos de la Alianza Terapéutica, esto podría llegar a significar que para estos investigadores no existe una relación en términos de la gravedad de la sintomatología con afectaciones negativas hacia la consolidación de la Alianza Terapéutica.

Proceso Autorreferencial

La presente investigación permite reconocer algunos focos que se pueden tener en cuenta acerca de la relación terapéutica y su papel en la construcción del estilo terapéutico desde aspectos relacionados con la dimensión interreferencial. En ese sentido cabe preguntarse si las características identificadas en la investigación consultada, también podrían representar algo significativo en los terapeutas de este estudio como parte de los elementos a partir de los cuales el terapeuta significa su experiencia en relación a la manera en la que construye su estilo terapéutico.

Bibliografía

Constantino, M.J., Schwaiger, E.M., Smith, J. Z. , DeGeorge, J. , Ravitz, P. , McBride, C. y Zuroff, D. C. (2010). Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (3): 418-424.

Información Topográfica

Código	FAT-6 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)
Disponible en	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634017
Autores	Carmen Elvira Navia & Erika Margarita Arias.
Título	Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante
Tipo de Fuente	Artículo de revista
Volumen	11
Número o Edición	3
Año	2012
Lugar	Bogotá, Colombia.
Páginas	

Objetivo General

Determinar las variaciones de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia y determinar la relación con el apego del consultante y del terapeuta.

Metodología / Procedimiento

Se evaluó el apego mediante la Adult Attachment Scale (AAS) y la Alianza terapéutica a través del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT). Participaron 25 terapeutas, 19 estudiantes y 6 profesionales. Se hicieron aplicaciones durante la 1°, la 3° y la 10° sesión.

Principales Hallazgos

Análisis de las medias de alianza y apego.

En la AAS las puntuaciones de ansiedad fueron más altas para los consultantes,, mientras que los puntajes en proximidad y cercanía fueron similares. En las dimensiones de proximidad y dependencia fueron similares entre terapeutas y consultantes. En la dimensión vincular de la AT la dimensión vincular obtuvo puntajes más altos.

Análisis de relaciones entre variables de apego del terapeuta y del consultante con la AT.

Durante la primera sesión se encontró que hubo correlación negativa de pero estadísticamente significativa, entre la puntuación de alianza total evaluada por el terapeuta y sus puntuaciones en la dimensión de ansiedad; una correlación moderadamente positiva entre la dimensión de dependencia del consultante y la evaluación del terapeuta en la dimensión del vínculo.

Durante la tercera sesión hubo una correlación moderada entre la dependencia del consultante y el vínculo evaluado por el terapeuta. En esta sesión se empiezan a encontrar relaciones entre el apego y la alianza terapéutica.

Finalmente, en la décima sesión se encontraron asociaciones significativas entre la ansiedad del terapeuta con la dimensión de tareas evaluada por el consultante.

Conclusiones

Los resultados indican que la relación entre apego y la alianza terapéutica es compleja y varía de acuerdo al proceso de evaluación. Los resultados indican que a partir de la tercera sesión el apego entra a jugar un papel fundamental en la alianza terapéutica. En ese sentido se considera que una vez explorado el problema, se comienzan intervenciones con mayor profundidad que generan ansiedad en el consultante y requieren de su confianza y seguridad en el terapeuta para fortalecer la relación.

En relación a los terapeutas se puede decir que surge mayor ansiedad en la primera sesión frente al temor de ser abandonado, esto afecta su capacidad para desarrollar una relación empática y segura.

Como parte del proceso terapéutico, se destaca que la ansiedad y la inseguridad de las primeras sesiones se relacionan con la posibilidad de entablar una alianza terapéutica que permita o no que el proceso.

Proceso Autorreferencial

Esta investigación contribuye en la medida en la que explica cómo algunos aspectos relacionados con la relación terapéutica, como el apego, evolucionan a lo largo del proceso de intervención. En el caso de esta investigación, se retoman los elementos propuestos como información relevante de los procesos interreferenciales entre consultante y terapeuta. A pesar de que el estudio adopta terapeutas estudiantes, los resultados encontrados podrían pensarse en términos de profesionales.

Bibliografía

Navia, C. & Arias, E. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885 - 894.

Información Topográfica

Código	FAT-7 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)
Referencia APA	http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0042-84501500141H#.V_Uv2v1942w
Autores	Hadžiahmetović Nina, Alispahić Sabina, Tuce Denita, Hasanbegović-Anić Enedina
Título	Therapist's interpersonal style and therapy benefit as the determinants of personality self-reports in clients
Tipo de Fuente	Artículo de revista
Volumen	73
Número o Edición	2
Año	2016
Lugar	Sarajevo, Bosnia-Herzegovina
Páginas	135 - 145

Objetivo General

Evaluar la relación entre el estilo interpersonal del terapeuta y los reportes que los clientes hacen sobre sí mismos.

Metodología / Procedimiento

Se contó con la participación de 206 clientes atendidos bajo cuatro modalidades de terapia: psicoanalítica, gestalt terapia, cognitivo-conductual y terapia familiar sistémica. Se aplicaron: la Escala Interpersonal del Estilo del Terapeuta (TISS or sus siglas en inglés), el cuestionario Big Five y la Escala de Beneficios en Terapia (TBS por sus siglas en inglés).

Principales Hallazgos

En términos de los reportes personales de los clientes, se encuentra que existen dos tipos de estilos terapéuticos, uno centrado en el apoyo de la autonomía, que es aquel que proporciona un conjunto de instrucciones para fortalecer acciones independientes en los clientes. Por otro lado, se entiende que hay quienes ignoran el control, es decir, quienes se enfocan en disminuir la incidencia de factores negativos que pueden emerger de los problemas de las personas.

Conclusiones

La relación terapéutica es un constructo que aplica a todo tipo de perspectiva teórica en el campo de la psicología, por consiguiente en cualquier tipo de perspectiva debe ser un elemento que incide en gran medida en el desarrollo del proceso terapéutico. En los reportes de los clientes se encuentra que los beneficios terapéuticos se relacionan con aquellos terapeutas que apoyan los procesos autónomos.

Proceso Autorreferencial

En relación a los aportes que se encuentran en el proceso de investigación cabe destacar el hecho de que se pueden identificar dos tipos de estilos terapéuticos en relación con el apoyo de los procesos autónomos de los consultantes y la disminución de los síntomas. En un nivel autorreferencial, se puede abrir un foco en el que se pueda indagar acerca de cómo los reportes de los consultantes, en relación al estilo personal del terapeuta, podrían representar algunos elementos a tener en cuenta como importantes en la construcción de su estilo terapéutico.

Bibliografía

Hadžiahmetović, N., Alispahić, S., Tuce, D., & Hasanbegović-Anić, E. (2016). Therapist's interpersonal style and therapy benefit as the determinants of personality self-reports in clients. *Vojnosanit Pregl*, 73(2), 135 - 145.

Información Topográfica

Código FAT-8 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)

Referen <http://web.a.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e82c0068-8301-48dd-ae63-c4539158030e%40sessionmgr4010&vid=1&hid=4212>
 cia
 APA

Autores Thandiwe Dee Watts-Jones

Título Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process

Tipo de Fuente Artículo de revista académica. Family Process

Volume 49
n

Número 3
o
Edición

Año 2010

Lugar

Páginas 405 - 420.

Objetivo General

Presentar un marco comprensivo acerca de lo que implica la localización del self del terapeuta en el marco de la “interseccionalidad”.

Metodología / Procedimiento

La autora del texto realiza una revisión documental y expone lo que el tópico de la “localización del self” a partir de los aportes investigativos y teóricos de otros autores.

Principales Hallazgos

Se entiende la localización del self, como un proceso a través del cual visibiliza la persona del terapeuta y su incidencia en el proceso de intervención a través del concepto de la interseccionalidad, entendida como la confluencia de identidades en un mismo espacio. Como parte del proceso de localización del self es importante que el terapeuta reconozca elementos de sí mismo, estos se ponen en términos de raza, cultura, sexo, procedencia, condición socioeconómica, entre otros que hacen parte de la construcción identitaria del terapeuta en un marco cultural y guardan relación con los juegos de poder presentes en las relaciones terapéuticas.

Conclusiones

Es muy importante llevar a cabo procesos de localización del self del terapeuta con el fin de identificar la incidencia de la persona del terapeuta en el proceso terapéutico a través de los juegos de poder que median la relación. De igual manera, en el marco de la interseccionalidad, se reconoce que los aspectos identitarios del terapeuta también se ven afectados ante el encuentro con la identidad de su paciente. En ese sentido, se pueden encontrar cambios entre terapeuta y paciente en la medida en la que ambos comparten un espacio en el que su identidad se ve transformada.

Proceso Autorreferencial

Este artículo contribuye en la medida en la que amplía la perspectiva a través de la cual se pueden explorar los procesos autorreferenciales soslayando la importancia de cuestionar la incidencia de las condiciones sociales en relación a la manera en la cual el terapeuta se construye a sí mismo en la relación terapéutica, como parte del proceso de construcción de su estilo terapéutico.

Bibliografía

Watts-Jones, t. D. (2010). Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process. *Family Process*, 49(3), 405-420.

Información Topográfica	
--------------------------------	--

Código	FAT 9
Disponible en	Salinas, J & Rodríguez, M (2011) Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar Estilo Terapéuticos. <i>Revista Electrónica de Psicología Iztacala</i> , 14 (3), 85-114
Autores	Jorge Luis Salinas y María de Lourdes Rodríguez
Título	Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar Estilo Terapéuticos.
Tipo de Fuente	Revista Electrónica
Volumen	14
Número o Edición	3
Año	2011
Lugar	México

Páginas

85-114

Objetivo General
Confiabilizar y validar un instrumento desarrollado para evaluar en una fase inicial, algunas características del comportamiento del terapeuta
Metodología / Procedimiento
Su metodología se basó en un diseño descriptivo transversal, en el que por medio de la aplicación de un cuestionario denominado “competencias terapéuticas” se evaluaron cuatro dimensiones terapéuticas de 69 profesionales: prescriptiva vs reactividad, prescriptiva vs reactividad en fase inicial y posterior a la intervención, valoración de la importancia de diversas habilidades desplegadas comúnmente en el proceso terapéutico, y la frecuencia de su aplicación. De manera más amplia, su proceso de investigación inició con la convocatoria de 4 terapeutas donde se les interrogó sobre las 10 actividades que empleaban en intervención. Con dicha información se elaboraron 30 reactivos y por medio de una escala evaluativa, se dio cuenta de la representatividad de las premisas en función de las habilidades más frecuentes en el trabajo clínico; luego, esto dejó 16 reactivos significativos en el estilo terapéutico. De forma continua, se realizó un proceo de articulación entre los modos de regulación de Ribes (1992) y los 16 reactivos obtenidos con anterioridad, y con la ayuda 5 terapeutas más se visibilizó la distribución de los 16 reactivos en los diferentes modos propuestos. Con todo esto, se terminó elaborando el cuestionario y se ejecutó su respetiva aplicación.
Principales Hallazgos
El instrumento dio una validez en términos de contenido en los reactivos y la confiabilidad del modo regulación del terapeuta propuesto por Ribes (1992). De igual modo, se encontró que la distribución de cada uno de los reactivos era acorde a los puntajes obtenidos en la media poblacional, lo que ofreció un rango mínimo de error. Por otro lado, se identificó que cada modo de regulación es importante y da cuenta de un constructo cuantificable del estilo terapéutico.
Conclusiones
Instrumento válido en términos de contenido y confiable para recolectar información acerca de los modos en los que los terapeutas se posicionan en el contexto interventivo desde diferentes posturas teóricas, es independiente de la problemática. El tamaño de la muestra sugiere cautela en la interpretación de los resultados. Se perciben dos grupos generales de acuerdo a los modos, los terapeutas reactivos o prescriptivos; los reactivos tienden a usar más los modos de sanción, prohibición,

escucha activa y observación del cliente. Por otro lado, los prescriptivos tienden a desplegar modos de sanción y advertencia.

Proceso Autorreferencial

Es un estudio que ofrece un panorama en el análisis descriptivo y funcional del estilo terapéutico, desde una perspectiva cognitivo conductual. Así mismo, se comprende dicho constructo como un aspecto que trabaja en función del éxito de la terapia o proceso terapéutico, dejando a un lado el resto de elementos que integran el contexto interventivo y los procesos de subjetivación de los profesionales, como los niveles referencial y autorreferencial propuestos por Vizer (2003). Por otro lado, las descomposiciones del estilo terapéutico en modos de regulación ofrecen otros temas de conversación con los cuales se puede organizar los instrumentos de recolección de información.

Bibliografía

Salinas, J & Rodríguez, M (2011) Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar Estilo Terapéuticos. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14 (3), 85-114

Información Topográfica

Código	FAT-10 (Ficha Antecedentes Teóricos) FMR-1 (Ficha Marcos de Referencia)
Disponible en:	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527415000195
Autores	Darío Moreno-Agostino, Nerea Galván-Domínguez, Alejandra Álvarez-Iglesias
Título	Relationship between the client's adaptive verbalizations and the therapist's verbal behaviour in the clinic context
Tipo de Fuente	Artículo de revista (inglés)
Volumen	26
Número o Edición	3

Año	2015
Lugar	Universidad Autónoma de Madrid, España
Páginas	131 - 139

Objetivo General

Contribuir a la respuesta de por qué funcionan los tratamientos psicológicos a través del análisis de la conducta verbal de los participantes del contexto de intervención.

Metodología / Procedimiento

Se trabajó bajo la metodología de estudio de caso de un paciente que acudió a 13 sesiones. Se grabaron las sesiones de intervención. Luego se realizó un análisis de la conducta verbal presentada durante los encuentros. Para este análisis de datos, se categorizó la información recolectada en dos grupos, por una parte, las verbalizaciones adaptativas de los clientes y por otra la de los terapeutas.

Principales Hallazgos

Se encuentra que las verbalizaciones del cliente no son adaptativas durante las primeras sesiones, a lo largo del proceso se van incrementando hasta alcanzar un punto cumbre a partir del cual se empiezan a encontrar soluciones, a partir de este momento se encuentra una disminución considerable de las verbalizaciones adaptativas del cliente. De igual manera se encuentra que las verbalizaciones del terapeuta incrementan durante las primeras sesiones y tienden a disminuir durante el proceso, sin embargo, se encuentra que tienden a incrementar durante la finalización del proceso.

Conclusiones

Las variaciones en las verbalizaciones de cliente y terapeuta guardan una relación con el proceso terapéutico en la medida en la que se puede decir que se modulan mientras se enmarca un contexto que posibilite una solución. Esto podría relacionarse con el hecho de que durante el incremento de las verbalizaciones del cliente, se abren posibilidades para la configuración de nuevas relaciones lingüísticas que organicen las experiencias, al final del proceso, sólo queda por dar cuenta de cómo las nuevas verbalizaciones se ajustan al cambio. En relación al terapeuta, el incremento indica que las verbalizaciones iniciales se asocian con la búsqueda de información, verbalizaciones que tienden a acoplarse al proceso que está llevando el cliente e incrementan durante la evaluación del cambio, en la etapa de la finalización del proceso.

Proceso Autorreferencial

Este texto permite reconocer cómo varían las verbalizaciones entre consultante y terapeuta a medida que avanza el proceso. En ese sentido abre los focos para indagar, desde un nivel interreferencial cómo se modula el intercambio lingüístico a lo largo del proceso terapéutico en casos de depresión.

Bibliografía

Moreno, D., Dominguez, N. & Alvarez, A. (2015). Relationship between the client's adaptive verbalizations and the therapist's verbal behaviour in the clinic context. *Revista Elsevier*, 26 (3), 131-139.

Información Topográfica

Código	FAT-11 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	Lee, J., Niemeyer, G. & Rice, K. (2013). The Relationship Between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. <i>American Journal of Psychotherapy</i> , 67(4), pp.323-345.
Autores	Jocelyn Lee, Greg Neimeyer y Kennet Rice
Título	The Relationship Between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use
Tipo de Fuente	Artículo de investigación
Volumen	67
Número o Edición	4
Año	2013
Lugar	Estados Unidos
Páginas	323-345

Objetivo General

Descubrir si la aproximación epistemológica podría predecir el estado de la practica terapéutica.

Metodología / Procedimiento

Para lo anterior, se diseñó un estudio cuantitativo donde se seleccionó una muestra de 1151 terapeutas de diferentes organizaciones que se encontraban asociadas a la American Psychological Association. Dentro de la población seleccionada se identificó que 414 de ellos hacían parte de la corriente cognitivo conductual, 88 de la interpersonal, 83 eran humanistas, 37 constructivistas, 25 existencialistas, 20 de la corriente racional emotiva, 8 de la escuela Gestalt y 95 de otras no especificadas. A cada uno de ellos se les contactó vía email, enviándoles un consentimiento informado y 5 cuestionarios de evaluación que debían auto diligenciarse. Los instrumentos aplicados fueron el TAQ-SF Cuestionario de Actitudes del Terapeuta, PST-Q Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta, CAS Escala de Premisas Constructivistas, WAI-S Inventario de Alianza de Trabajo y el TL Lista de Técnicas Terapéuticas. Con los datos obtenidos de los participantes se realizaron los respectivos análisis factoriales, correlacionado las variables del enfoque teórico, elementos identitarios del profesional, la naturaleza de la relación terapéutica y el direccionamiento de la terapia.

Principales Hallazgos

A partir de lo planteado anteriormente se estableció que:

Los terapeutas con una epistemología racionalista organizan la terapia de una manera diferente a como lo plantean sus principios teóricos, encontrando cierta discrepancia entre la práctica y la teoría. Por otro lado, también se determinó que los constructivistas manejan una coherencia entre la práctica psicológica y sus planteamientos epistemológicos.

Los terapeutas con epistemologías de corriente racionalista tienden a rechazar el uso de técnicas constructivistas, favoreciendo solamente aquellas del enfoque cognitivo conductual. Por el contrario, el grupo de terapeutas constructivistas tienden a favorecer las técnicas planteadas desde su epistemología, aunque no rechazan el uso de otras técnicas ajenas a sus presupuestos teóricos, determinando asimismo, que estos profesionales hacen recursos de un amplio conjunto de herramientas para trabajar sobre la individualidad del cliente.

Los terapeutas constructivistas ponen mayor énfasis en la construcción de la relación terapéutica, promoviendo de ese modo en la relación con el consultante calidad, aceptación, comprensión, confianza y cuidado.

Conclusiones

El estilo de la terapia se puede llegar a determinar por la epistemología sobre la se pone en marcha el proceso interventivo, encontrando que aquellos profesionales con una base teórica racionalista tienden a ser más directivos con las intervenciones, establecen un alto nivel de distanciamiento, tienen un menor grado de involucración con la relación terapéutica y foco de observación tiende ser limitado. Por otra parte, los terapeutas con una epistemología constructivista tienden a ser más cercanos con el cliente, establecen un nivel

cercano de involucración y compromiso, son mas espontaneos en el desarrollo de las sesiones y la observación de las situaciones clínicas tienden a ser más amplias y complejas.

Proceso Autorreferencial

Es un artículo que ha venido ampliando la comprensión de la figura del terapeuta en los procesos interventivos, llevando a cabo la aplicación de instrumentos cuantitativos a una población significativa que puede llegar a contribuir a la construcción de hipótesis a nuestra investigación. Con relación a lo anterior, se podría establecer como posibilidad que los terapeutas con una corriente cognitivo conductual que intervienen pautas de depresión, tienden a construir un estilo terapéutico directivo y distante, identificando estas particularidades en las técnicas planteadas por los profesionales en su método interventivo y estilo de la alianza con el consultante. Por otro lado, es un artículo que da cuenta de la incidencia de los marcos referenciales del terapeuta en la construcción de espacios interventivos, determinando ciertas tendencias en la forma de hacer terapia. De igual modo, permite identificar sobre cómo la calidad del vínculo con el consultante (nivel inter-referencial) puede llegar a estar determinado por premisas epistemológicas particulares, encontrando una correlación entre el nivel referencial e inter-referencial; por lo que al tratarse de elementos que contribuyen a la construcción de la identidad del terapeuta, el profesional busca la coherencia y congruencia entre estos aspectos y el contexto social. Finalmente, de manera personal me permitió observar cómo los estilos de terapia están diseñados y contruidos a partir de las necesidades mismas de las personas que acuden a consulta, como lo llega a mencionar Davis y Wright (1994), los pacientes con trastornos del estado de ánimo buscan para ellos determinados estilos de terapia que se acomodan a las expectativas y naturalezas de relacionarse con el mundo.

Bibliografía

Lee, J., Niemeyer, G. & Rice, K. (2013). The Relationship Between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, 67(4), pp.323-345.

Información Topográfica

Código	FAT-12 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n1/art08.pdf
Autores	Tita Szmulewicz

Título	La persona del Terapeuta: Eje Fundamental de todo proceso
Tipo de Fuente	Artículo de investigación
Volumen	51
Número o Edición	1
Año	2013
Lugar	Chile
Páginas	61-69

Objetivo General

Plantear la hegemonía que la persona del terapeuta tiene para llevar a cabo cualquier psicoterapia

Metodología / Procedimiento

Revisión bibliográfica de investigaciones y escritos que recojan la importancia de observar la figura del terapeuta en procesos interventivos.

Principales Hallazgos

Dentro de la revisión documental se encontraron ideas de diferentes autores sobre la realidad de la persona del terapeuta, indicando algunas premisas que son de vital de importancia cuando se llevan a cabo procesos interventivos.

En primer lugar, se encontró que para el uso de la persona del terapeuta, se debe incluir un análisis sobre los elementos que constituyen las relaciones de éste con sus consultantes, indagando de ese modo sobre la experiencia de la intersubjetividad.

Además, se encontró que el uso del self del terapeuta posibilita una mayor comprensión y profundidad sobre la relación que tiene con el paciente, visibilizando de ese modo, el poder y la fragilidad de los actores que se ven involucrados en la relación.

Ahora bien, también se logró determinar que el proceso de construcción del terapeuta no tiene un fin delimitado, ya que mientras la persona del terapeuta siga viviendo experiencias interpersonales dentro de su compleja red de relaciones, se irán configurando continuamente elementos identitarios desde dos procesos cognitivos: la meta-observación y el entendimiento. Esto mismo, fue mencionado por Elkaim en la investigación para hablar sobre la resonancia y el ensamblaje, entendido como procesos personales que implican el desarrollo continuo de interacciones entre elementos personales y/o familiares del terapeuta, cuyo fin resulta ser la construcción de un sentido de vida.

Por otro lado, la literatura también demostró que la interacción entre dos sistemas puede generar un acoplamiento mutuo entre estos elementos que componen el mundo

intersubjetivo, sin embargo, la adaptación extrema entre dos realidades puede llegar a generar la paralización del cambio, por lo que es tarea del terapeuta promover una dinámica interventiva que esté en constante movimiento, arriesgando y desafiando la naturaleza misma de la relación.

Otro punto manifestado fue que los estados del self de un paciente evocan estados complementarios con el self del terapeuta.

Y finalmente, se encontró que la construcción de una alianza entre terapeuta y paciente, se encuentra en la validación de la realidad ajena.

Conclusiones

La interacción entre la subjetividad del paciente y la del terapeuta provoca una conciencia intersubjetiva reflexiva en el paciente, pues al promover un cambio en el sentido de la resignificación del sí mismo del paciente, se está movilizándolo al mismo tiempo un cambio en el campo intersubjetivo. Frente a lo anterior, Stern (2005) lo denominó “conocimiento relacional implícito”

Se reconoció que los sentimientos que suscita la relación entre el terapeuta y el paciente, ayuda a que este último se sienta comprendido y compadecido, percibiendo de esa forma un vínculo afectivo emocional que puede llegar a promover un espacio confiable, seguro y libre de cualquier prejuicio. Esta capacidad fue denominada por el autor como “develamiento del terapeuta”, como un recurso personal del terapeuta en la intervención clínica.

De modo idéntico, se encontró que no llegar a identificar el componente de la intersubjetividad en la relación terapéutica, lleva a que el consultante y el paciente no construyan una alianza entre ambos y refugien sus pensamientos y emociones en la subjetividad de cada uno, negando o evitando la realidad de la otra persona.

Finalmente, el terapeuta puede llegar a determinar la calidad y cualidad del vínculo con el consultante, desde el reconocimiento y respectivo manejo de miedos e incertidumbres que suscita en el psicólogo, la relación terapéutica y naturaleza del proceso interventivo.

Proceso Autorreferencial

Es un artículo que llegó a generar en mí diferentes evocaciones de experiencias personales en los ejercicios de prácticas profesionales, ya que reconoce la fragilidad y afectación humana en la persona del terapeuta, cuando se encuentra con el consultante. Así mismo, es un documento que logra rescatar en la experiencia de realizar intervención aquellos miedos producidos por la incertidumbre del proceso terapéutico o la frustración de encontrarse con complejas situaciones que afligen a una persona, y que además anda en busca de una respuesta. Por otro lado, para la investigación resulta ser un elemento clave, ya que incluye el término de intersubjetividad para resaltar el papel del terapeuta en los procesos de intervención clínica, refiriendo al mismo tiempo la alianza terapéutica como un espacio de configuración entre subjetividades y la incidencia de efectos autorreferenciales en la construcción de espacios terapéuticos.

Bibliografía

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso. ChilNeuroPsiquiat Revista, [online] 51(1), pp.61-69. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n1/art08.pdf> [Consultado el 6 Oct. 2016].

Información Topográfica

Código	FAT-13 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	Matriz, D. & Muñoz, J. (2010). Hacia la construcción de personajes terapéuticos. Psicología. Universidad de Chile.
Autores	Daniela Martic y Javiera Muñoz
Título	Hacia la construcción de Personajes Terapéuticos: Experiencia de un taller piloto en la formación de terapeutas desde una mirada sistémica posmoderna.
Tipo de Fuente	Tesis de Grado
Volumen	No aplica
Número o Edición	No aplica
Año	2010
Lugar	Chile
Páginas	1-65

Objetivo General

Identificar los elementos centrales que contendría una propuesta de trabajo sobre la construcción de personajes terapéuticos desde una perspectiva sistémica posmoderna en un contexto de formación clínica.

Metodología / Procedimiento

Para lo anterior, se diseñó un estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo, en donde se seleccionó una muestra de 26 participantes de un Equipo de Trabajo y Asesoría

Sistémica que laboraban en la clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile, para la aplicación de un cuestionario abierto y cerrado y grupo focal, explorando por medio de esos dos instrumentos las ideas de los profesionales sobre la idea ser un personaje y los elementos que deben considerarse para promover la construcción de estos, enmarcado bajo el proceso de formación del programa piloto. El análisis de los datos obtenidos se realizó por medio del método de análisis de contenido y triangulación de la información, para luego establecer unas categorías a partir de las narrativas de los participantes y luego establecer las relaciones entre cada de ellas.

Principales Hallazgos

Se establecieron unas categorías sobre las cuales los profesionales participantes creen que constituye un personaje terapéutico, cuyas relaciones se manifiestan de manera compleja y diversa (Llevar a la acción, Visión del otro, lo entrenable, lo propio, la auto-observación y la construcción).

Así mismo se llegó a determinar que el proceso de construcción de un personaje terapéutico es dinámico y depende del contexto sobre el cual se establece la práctica interventiva.

Por otro lado, se determinó que los personajes tienen la habilidad de entrenar ciertas competencias para poder ejercer efectivamente una práctica profesional. Pero al mismo tiempo, existe algo particular que se y no es sujeto a cambios, y tiene que ver con aquellos elementos que conforman la identidad misma del terapeuta, que también puede ser visto como un recurso dentro la intervención.

Se evidenció también que desde un proceso de formación sistémica, la persona del terapeuta llega a cumplir un papel activo en la práctica pedagógica, haciendo uso de los espacios de supervisión grupal como un elemento interactivo sobre el cual se construyen los elementos que definen un personaje terapéutico.

También se identificó que la auto-observación resulta ser indispensable para la formación del personaje terapéutico, ya que los participantes manifestaron que resulta ser una herramienta de conciencia sobre los aspectos personales que influyen en la terapia.

Otro elemento identificado fue la visión del otro, entendido por los participantes como la visión de otra persona que posibilita la interacción de significados entre dos o más personas y posibilita la construcción de elementos identitarios a través de un consenso.

Y por último, se encontró que la acción, comprendida como las actuaciones que hace un terapeuta dentro del contexto de intervención, es un dispositivo por el cual se concreta las percepciones y retroalimentaciones del profesional con su entorno, y de esa forma la expresión de las categorías definidas anteriormente.

Conclusiones

Se encontró que dentro del programa piloto, es un importante recurso el trabajar sobre la formación de terapeutas sistémicos desde la intervención de factores personales que influyen en su práctica clínica.

Promover el termino de Personaje terapéutico, posibilita realizar una meta observación

sobre el comportamiento de la persona del terapeuta y co-construir o de-construir elementos que hacen parte de este elemento identitario, pues invita a jugar, a ponerse en diferentes momentos de diferentes formas y flexibilizar la postura estática del profesional.

Se determinó una diferencia entre el estilo personal del terapeuta y la construcción de un personaje terapéutico, siendo este primero una descripción identitaria de elementos que subyacen de experiencias pasadas, y el segundo un proceso reflexivo donde recobra importancia los diferentes niveles de la intersubjetividad para la identificación y construcción de ciertos elementos que harán parte de los recursos de un terapeuta para llevar a cabo un proceso de interventivo.

La construcción de personajes terapéuticos es un proceso que se da en las diferentes etapas de la formación profesional y se va reinventando en la medida que se va teniendo contacto con diferentes experiencias bajo la disciplina de la psicología

Proceso Autorreferencial

En lo leído en esta investigación, logre identificar que en primer lugar se debe entender el estilo terapéutico como un proceso constructivo que requiere en análisis desde un tiempo y un espacio, siendo otra posible categoría para nuestra investigación. En segundo lugar, es un texto que permite de nuevo reconocer los procesos autorreferenciales en la formación de los psicoterapeutas, enriqueciendo la práctica clínica. Como tercer elemento, es un estudio que resalta la inclusión de la categoría inter-referencial dentro los procesos de construcción identitaria del terapeuta, ampliando la comprensión del concepto y abarcando otros aspectos como: casos clínicos, instituciones, contexto social, entre otros. Y como cuarto aspecto identificado, es indispensable comprender la construcción del estilo terapéutico desde la experiencia del terapeuta en consulta, siendo una posible subcategoría de los niveles autorreferenciales que realiza el profesional.

Bibliografía

Matriz, D. & Muñoz, J. (2010). Hacia la construcción de personajes terapéuticos. Psicología. Universidad de Chile.

Información Topográfica

Código	FAT-14 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526101
Autores	Claudia Castañeiras Ruben, Ledesma Fernando Garcia y Hector

	Fernandez
Título	Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C
Tipo de Fuente	Artículo de investigación
Volumen	26
Número o Edición	1
Año	2008
Lugar	Argentina
Páginas	5-13
Objetivo General	
Presentar una versión abreviada del cuestionario EPT-C y proporcionar nuevas pruebas sobre la validez de este instrumento como herramienta para la evaluación del constructo.	
Metodología / Procedimiento	
Se administró la prueba de EPT-C a una muestra de 461 psicoterapeutas argentinos, luego se analizó la validez del constructo del cuestionario y se evaluó la capacidad del instrumento para discriminar a los diferentes grupos de terapeutas en variables como: la relevancia que tiene para el proceso interventivo y los resultados en psicoterapia.	
Principales Hallazgos	
En la correlación de los factores del EPT, se encontró que la función atencional y operativa se relacionan positivamente, y de esa misma manera el factor de involucración se relaciona con el expresivo, y el factor Expresivo se relaciona negativamente con el Instruccional. Se halló que las puntuaciones que determinan la fiabilidad en cada uno de los factores se encuentran normales para la investigación, excepto para la escala Instruccional. En los análisis por MANCOVA, se determinó que no hay diferencias significativas entre las variables sociodemográficas (edad y sexo) y de relevancia terapéutica (Duración del tratamiento y orientación teórica). Por otro lado, en el análisis por ANOVA, se encontraron diferencias en el sexo (mayor cantidad de hombres en el promedio del factor atencional), la edad (relación negativa con la función Atencional y Operativa), y en las variables de relevancia terapéutica, se hallaron diferencias en cuanto a la Orientación Teórica y los factores Involucración, Atencional, Expresivo y Operativo. Por último, frente a profesionales de corriente psicoanalítica y Humanista se encontraron	

diferencias a nivel de la Función Atencional y Operativa, incluyendo en este último terapeutas de corte cognitivo conductual.

Conclusiones

Por medio de la aplicación del cuestionario y los análisis estadísticos, se demostró que la funciones operativa y atencional se relacionan positivamente con la variable de Relevancia Terapéutica, interpretándose que la orientación que lleva la terapia puede variar de acuerdo en la forma que se interviene y se indaga la información del respectivo caso.

Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre los diferentes factores y otras variables en la función Instruccional (reglas, normas y tareas). Así mismo se halló que no hay relación dependiente entre la función operativa y la función atencional, por lo que cualquier profesional puede ser enfocado en la construcción de información y eso no determina el grado emocional de la relación terapéutica.

Por último, se determina que es un instrumento válido para evaluar la profundidad de la relación terapéutica, los efectos de la formación académica en el estilo personal y la efectividad de la intervención relacionada con aspectos de la personalidad. Todo lo anterior ha sido diseñado y validado para la población argentina, aunque se establece la posibilidad de aplicar el instrumento en otros países, teniendo en cuenta que las interpretaciones pueden estar sujetas a variables sociodemográficas.

Proceso Autorreferencial

Dentro la lectura que realice de este artículo, me pareció interesante observar como los profesionales lleva a cabo la construcción de su Estilo Personal de Terapeutas a partir de la relación que se establece en la terapia y su conocimiento técnico, remitiendo en este último a la parte teórica de cada profesional el cual influye en las diferentes formas de adquirir información y las distinciones que hace sobre los elementos analizados de los casos con sus consultantes, para luego organizar y ejecutar sus intervenciones. Y por otro lado, la relación terapéutica se correlacional con el Estilo Terapéutico, en cuanto al grado de involucración de un psicólogo clínico en el contexto, las formas de establecer los canales de comunicación y el contacto emocional que puede haber entre estos. Y ya por último, me parece interesante como se descompone el ETP en diferentes dimensiones que son organizadas por cualidades y aptitudes las cuales pueden llegar a ser contextuales y temporales, ya que como lo menciona los autores de este artículo, las condiciones de trabajo, los factores sociodemográficos y las experiencias vividas por el profesional, llegan a afectar este constructo identitario de un psicólogo clínico.

Bibliografía

Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. & Fernández, H. (2008). Evaluación del estilo Personal de Terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C.

Revista Terapia Psicológica, [online] 26(1), pp.5-13. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526101> [Consultado el 6 Oct. 2016].

Información Topográfica

Código	FAT-15 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000100004
Autores	Julio Abel Niño y Diana Rodríguez
Título	Marco Comprensivo para el estudio de los procesos de formación de terapeutas
Tipo de Fuente	Artículo de Investigación
Volumen	2
Número o Edición	1
Año	2006
Lugar	Colombia
Páginas	42-54

Objetivo General

Dar cuenta del modelo pedagógico de formación con el cual se entrenan terapeutas en el enfoque sistémico ecológico y contextual que caracteriza la maestría de Psicología Clínica y de Familia.

Metodología / Procedimiento

Se ejecutó un método meta contextual reflexivo, donde por medio de formatos de evaluación de impacto, grabaciones de video, audio, protocolos y formatos de registros de observación de profesionales matriculados en la maestría de la universidad, se analizaron los procesos meta observacionales y reflexivos de las dinámicas de formación de la

institución.

Principales Hallazgos

El modelo pedagógico es coherente en todos sus planteamientos, diseñando espacios pedagógicos apropiados a la intención del programa de formación, donde se develó que su principal característica de funcionamiento es la interconectividad de los diferentes escenarios de formación.

Así mismo se encontró, que la supervisión es un espacio donde converge el sistema académico y el sistema interventivo, pero cuya relación no se hizo explícita en las reflexiones de los profesionales en formación. Bajo el mismo argumento, se identificó que la supervisión conjunta resultó ser un elemento formativo de vital importancia para la construcción de lecturas complejas tejidas por diferentes puntos de vista.

Por otro lado, se encontró que los supervisores son comprendidos en un comienzo como un eje fundamental del proceso de formación, sin embargo a medida que van transcurriendo los niveles de formación, el equipo de supervisión se establece como una red de colaboración significativa que posibilita el autoconocimiento y de manera conjunta, la construcción de estilo personal de terapeuta.

En cuanto el equipo de supervisión, también se identificó que es un espacio generativo de modelización y co-construcción de un pensamiento sistémico, desde la atención a los diferentes casos atendido por estos profesionales.

Se encontró también una correlación entre el nivel de formación y la efectividad del proceso terapéutico, ya que entre más años de formación, menor será el abandono del proceso por parte del consultante y más amplio será el acompañamiento del profesional para los diferentes tipos de casos.

Conclusiones

Se evidenció un mejoramiento continuo en la eficacia del proceso formativo con el terapéutico, cuya coherencia con el paradigma y contexto se mantuvo de manera exitosa.

Por otro lado se determinó que el proceso formativo logró correlacionarse con el cumplimiento de objetivos en la terapia, dando cuenta de la incidencia del enfoque teórico en los espacios interventivos.

Así mismo, el equipo supervisor y supervisor son elementos claves para la formación de profesionales clínicos, ya que en esos encuentros se manifiestan procesos autorreferenciales, reflexivos y meta-reflexivos, los cuales son objetivos cumplidos del Plan de Formación de la Institución.

La eficacia del terapeuta incrementa a lo largo del proceso de formación, adquiriendo habilidades como la reflexividad cognitiva, conectividad y autoconocimiento, capacidad que posibilitan una intervención exitosa.

Proceso Autorreferencial

Es un artículo que permite dar cuenta de los niveles referenciales en la construcción del estilo terapéutico en un contexto clínico. Así mismo, me permitió reconocer como el marco pedagógico de una institución inciden en la construcción de un estilo interventivo. Lo anterior logra ampliar el foco de observación del nivel referencial, ya que también se ven implicadas dentro de este, las dinámicas organizacionales de las instituciones que prestan servicios de formación a psicólogos clínicos.

Bibliografía

Niño, J. & Rodríguez, D. (2006). Marco comprensivo para el estudio de los procesos de formación de terapeutas. Revista Diversitas, [en línea] 2(1), pp.42-54. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000100004 [Consultado el 6 Oct. 2016].

Información Topográfica

Código	FAT-16 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponi ble en	http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/download/307/304
Autores	Leandro Casari, Susana Albanes y Mariana Pia
Título	Influencia del Enfoque Teórico en el Estilo Personal del Terapeuta
Tipo de Fuente	Artículo de Investigación
Volume n	16
Número o Edición	
Año	2013
Lugar	Argentina
Páginas	133-142

Objetivo General

Estudiar la influencia teorico-técnica en el desarrollo del estilo personal del terapeuta.

Metodología / Procedimiento

Aplicación del Cuestionario EPT-C a una muestra de 106 psicoterapeutas de Argentina, de diferentes corrientes teóricas, donde el 43% de esa población se definen como psicoanalistas, 20 % integrativos, 13 % sistémicos, 12% humanistas, 4% cognitivos y 8% otros. Este es un cuestionario auto-administrativo que consta de 36 ítems, donde se presentan unas afirmaciones y el terapeuta debe responder el grado de acuerdo que este con el enunciado, tipo Likert (1 totalmente desacuerdo – 7 totalmente desacuerdo). Consecuentemente se procedió al análisis estadístico de validez de la prueba con el Alpha de Cronbach y análisis factorial.

Principales Hallazgos

El grupo más demostrativo en la muestra seleccionada fueron los psicoanalistas, donde presentaron variaciones significativas con sus padres Integrativos, en la dimensión instruccional, y diferencias significativas en la función operacional con los colegas cognitivos conductuales.

En cuanto al análisis de cada uno de los factores que componen el ETP y el enfoque teórico, se encontró una diferencia significativa de menor a 0.001 en cuanto a las funciones Atencional y Expresiva, y de manera leve la función Operativa.

Conclusiones

En lo arrojado por la prueba EPT, se encontró que los psicoanalistas, indicaron manifestar una atención más abierta en el desarrollo de las sesiones, así mismo se describieron distantes a nivel emocional, refiriendo poca involucración el trabajo terapéutico y rigidez en la aplicación de las técnicas.

En cuanto a los terapeutas cognitivos conductuales, manifestaron una tendencia hacia realizar intenciones estructuradas y rígidas, confirmándose las ideas sobre estas prácticas paradigmáticas.

En cuanto a los terapeutas humanistas y existenciales aunque muestran un amplio contenido teórico sobre la cercanía y apoyo emocional, manifestaron estar significativamente distantes con relación a la comunicación emocional, e inclusive mayor a los psicoanalistas. Por último se demostró que existen co-variaciones significativas entre las funciones atencional y expresiva, y el enfoque teórico técnico del terapeuta, por lo que los principios adquiridos en la formación de un profesional incide en la las acciones que ejecuta el profesional para comunicarse y forma de buscar la respectiva información en el consultante.

Proceso Autorreferencial

Con relación a lo investigado por estos autores, logre visualizar como podemos realizar el análisis del Estilo Terapéutico en nuestra población, por medio de estas categorías cualitativas sin llegar a operacionalizarlas de manera cuantitativa, sino que se podrían enmarcar en un conjunto de preguntas abiertas que den cuenta de las tendencias y constructo del Estilo Terapéutico. Tocaría por otro lado, validar hasta qué punto el Estilo Terapéutico es entendido de manera similar al Estilo Personal Del Terapeuta, siendo un aporte significativo para esta investigación la posible relación entre los conceptos de Estilo Terapéutico de la escuela sistémica y el Estilo Personal del Terapeuta de paradigmas cognitivos.

Bibliografía

Casarl, L., Albanés, S. & Pia, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. Revista Psicogente, [online] 16, pp.133-142. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/download/307/304> [Consultado el 6 Oct. 2016].

Información Topográfica

Código	FAT-17 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	Viloria, E. (2012). Dilemas de los psicólogos/terapeutas sistémicos en formación y la contribución de una intervención sistémica de apoyo en la construcción de su identidad. Magister Psicología Clínica. Universidad Javeriana.
Autores	Erika Viloria
Título	Dilemas de los psicólogos/terapeutas sistémicos en la formación y contribución de una intervención sistémica de apoyo en la construcción de su identidad
Tipo de Fuente	Tesis de Grado
Volumen	No aplica
Número o	No aplica

Edición

Año 2012

Lugar Colombia

Páginas 1-162

Objetivo General

Comprender los procesos que viven los psicólogos/terapeutas en formación con respecto a su identidad profesional a partir del inicio de la práctica psicoterapéutica y la formación sistémica, y la forma cómo los espacios conversacionales contribuyen a la construcción de ésta, de manera que aumente sus posibilidades de acción.

Metodología / Procedimiento

Estudio de tipo cualitativo, el cual se implementó en un comienzo por medio de la realización de diferentes espacios conversacionales que permitieran la identificación de dilemas relacionados con el estilo terapéutico y relación con el consultante, llevándolo a comprensiones personales y teóricas sobre lo que estaba sucediendo en sus espacios de prácticas. Para el desarrollo de la transcripción del contenido, se grabaron las entrevistas y se empleó el análisis de narrativas desde la aproximación holística propuesta por Lieblich, Tuval y Zilber (1998).

Principales Hallazgos

- Dentro del proceso de formación de los psicólogos clínicos se encontró que la academia no retoma como eje fundamental y de formación, el estilo terapéutico.
- El conocimiento práctico de los profesionales, era percibido como una manera de evaluar la competencia laboral de los psicólogos en sus acciones.
- La epistemología de la práctica sistémica de los investigadores no constituía una forma natural de comprender el mundo, sino un instrumento para lograr un cambio en otro.
- El componente teórico y epistemológico en la construcción de un estilo terapéutico, generaba en los profesionales un sentido de limitación y encasillamiento en el establecimiento de encuentros terapéuticos, dejando a un lado la espontaneidad y creatividad.
- Se reconoce la incidencia de los relatos dominantes de cada cultura en la construcción de un estilo terapéutico, de tal modo, que construyen formas de intervención desde lo socialmente correcto y verdadero.
- Los profesionales en formación de la práctica clínica indicaron no visualizarse como la herramienta principal de trabajo, y tampoco se tomaban

la oportunidad de acomodar las estrategias de intervención a su propio estilo y habilidades personales.

- Se encontró que parte de la comprensión del cambio también generaba en ellos frustraciones laborales, pues si bien lo concebían como totalizante y generalizante a todos los ámbitos de la vida del consultante, por lo que descalificaban los pequeños cambios que eran para este más significativo.
 - La mayoría de las intervenciones estaban dirigidas a la erradicación del síntoma, y no a la comprensión de la recursividad del sistema para reorganizarse y asumir la realidad de manera generativa
 - Por medio de los espacios conversacionales se lograron identificar como los relatos alrededor de una “buena” práctica clínica estaban siendo interiorizados y limitaban el quehacer de cada uno de los profesionales en los casos que estaban atendiendo. Así mismo se empieza a reconocer y validar el efecto emocional que lleva el profesional en los procesos de terapéuticos que se llevan a cabo. Y por último se re-comprende la relación terapéutica como un ejercicio dialógico, donde la responsabilidad de la efectividad del proceso radica en la relación terapeuta y consultante.
-

Conclusiones

Hacer procesos de atención psicológica desde un enfoque sistémico, invita al profesional a realizar cuestionamientos sobre las comprensiones que está llevando en la práctica psicoterapéutica.

La realización de cambios paradigmáticos, implican la atención a ciertos dilemas que se han venido conformando desde la historia personal del terapeuta.

Los sujetos de investigación al asimilar un modelo de intervención como una herramienta productora de cambio para generar cambios rápidos y efectivos, paradójicamente producían enlentecimiento y sensación de estancamiento en los profesionales, encontrándose en los espacios conversacionales, la importancia de explorar intereses, propósitos, metas, creencias y compromisos para dar un sentido más propio a los procesos de atención psicológica.

La comprensión del poder en la relación terapéutica, resulta importante para las formas en cómo se establecen acuerdos y objetivos

La identidad profesional se vio afectada positivamente en el reconocimiento de los elementos que la constituyen y la pertinencia de algunos aspectos en su labor profesional

Proceso Autorreferencial

Parte de esta investigación me ayudó a identificar cómo es que parte del estilo terapéutico, estaba siendo configurado por las experiencias de los profesionales en consulta, encontrando de ese modo una relación significativa entre la formación de aspectos identitarios que posibilitaran la intervención clínica y el contacto de la persona con casos clínicos (nivel autorreferencial e interreferencial). Así mismo, junto con la comprensión del

estilo terapéutico de estos profesionales bajo una corriente sistémica, es pertinente resaltar, que es un estudio que da cuenta de la incidencia del nivel referencial en el ejercicio de la terapia, entendido como un marco conceptual sobre el cual el profesional se acerca al contexto interventivo.

Bibliografía

Viloria, E. (2012). Dilemas de los psicólogos/terapeutas sistémicos en formación y la contribución de una intervención sistémica de apoyo en la construcción de su identidad. Magister Psicología Clínica. Universidad Javeriana.

Información Topográfica

Código	FAT-18 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921792003
Autores	Noemi Balmaña, Hector Fernandez, Luis Angel Saul, Fernando Garcia, Sergio Cobella y Luis Botella
Título	Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente
Tipo de Fuente	Artículo de Investigación
Volumen	18
Número o Edición	2
Año	2009
Lugar	Argentina
Páginas	125 - 133

Objetivo General

Estudio documental y experiencial, donde primero se investigan las repercusiones que ha traído la teoría de la mente en la alianza terapéutica y en el estilo personal del terapeuta, y luego se realiza un estudio de caso de un proceso interventivo de una paciente de 26 años diagnosticada con Depresión, dirigido por 5 profesionales de un curso de Master de

Psicoterapia de la ciudad de Buenos Aires.

Metodología / Procedimiento

Estudio documental y experiencial, donde primero se investigan las repercusiones que ha traído la teoría de la mente en la alianza terapéutica y estilo personales del terapeuta, y luego se realiza un estudio de caso de un proceso interventivo de una paciente de 26 años diagnosticada con Depresión, dirigido por 5 profesionales de un curso de Master de Psicoterapia de la ciudad de Buenos Aires.

Principales Hallazgos

El desarrollo de la psicoterapia no se puede concebir sin el establecimiento de una relación entre el terapeuta y el cliente.

El entorno en donde se desarrolla el terapeuta, influye en la construcción de la teoría de su mente, donde el profesional busca entre los elementos que constituyen esta unidad cognoscitiva, la estrategia y técnica más adecuada para la intervención con el consultante.

El desarrollo de un sentido de la mente, permite al psicólogo clínico predecir los estados mentales de él y sus clientes, de tal modo que puede a llegar interpretar las razones, comportamientos y relaciones

Conclusiones

La adquisición de habilidades enmarcadas en la teoría de la mente, se van configurando de acuerdo al desarrollo de la identidad propia del terapeuta y las interacciones con otras personas (ya sean consultantes o no).

La teoría de la mente facilita el desarrollo de la habilidad de entender como el paciente llega a procesar la información, piensa, siente y actúa de determinada forma, de tal modo que pueda llegar anticipar a ciertos comportamientos y reacciones en diferentes circunstancias. Así mismo esta teoría llega a influenciar en los aspectos identitarios del terapeuta, desarrollando en él descripciones particulares del problema y consecuentemente pautas y estrategias para la intervención.

Por último se encontró que existe una relación entre la aplicación de la teoría de la mente y el desarrollo de una alianza terapéutica que facilita el cumplimiento de los objetivos de una intervención clínica.

Proceso Autorreferencial

Dentro de lo consultado en este artículo, se logró identificar como el nivel referencial que compone la intersubjetividad, construye el estilo terapéutico del profesional, donde se soporta como teóricamente la idea de que de acuerdo a las construcciones teóricas

realizadas por el profesional se desarrollaran análisis de las situaciones que llegan a consulta y estrategias de intervención particulares, donde se verán habilidades terapéuticas configuradas por el contexto clínico.

Así mismo, junto con el artículo de Alianza Terapéutica, el Estilo Personal del Terapeuta juega un papel fundamental en el desarrollo de la relación terapéutica, ya que son las habilidades interpersonales del profesional las que se ven retroalimentadas por el consultante, manifestando la disposición, el cumplimiento de los objetivos y la confianza de la relación.

Bibliografía

Copella, S., Balmaña, N., Fernández, H., Saul, L., Botella, L. and García, F. (2009). Estilo personal de terapeuta y Teoría de la Mente. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18(2), pp.125-133.

Información Topográfica

Código FAT-19 (Ficha Antecedentes Teóricos)
o

Disponible Recuperado de:
en http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1391/131_Aguirre_Martha_Cecilia_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Autor es Martha Cecilia Aguirre, Claudia Giraldo, Edna Ponce, Francys Raigosa y Rossy Rodriguez

Título El estilo terapéutico: entre la realidad del ser y el saber

Tipo de Fuente Tesis de Grado

Volúmen No aplica

Número de Edición No aplica

n

Año 2012

Lugar Colombia

Páginas 1-183

Objetivo General

Develar el estilo terapéutico a través de la historia de vida familiar del terapeuta en el encuentro con el sistema consultante

Metodología / Procedimiento

En el estudio de corte cualitativo donde se convocó a un grupo de terapeutas para el estudio de la incidencia de la historia de vida familiar en la construcción del estilo terapéutico; para lo anterior se procedió con el desarrollo técnicas narrativas como la autobiografía en forma de metáfora y el análisis narrativo de los diarios terapéuticos, además de eso también se tomaron en cuenta algunas grabaciones de los encuentros con el consultante y el desarrollo de grupos reflexivos. Consecuentemente, se llevó a cabo un análisis por el método narrativo, donde a través del discurso de los profesionales clínicos se establecieron unas categorías conceptuales (historia de vida y encuentro terapéutico) y se establecieron las respectivas relaciones entre ellas.

Principales Hallazgos

Se determinó que las diferentes pautas de relación entre los integrantes de la familia de origen del terapeuta, brindan la base de cómo se relaciona con el mundo y las manera de crear un sentido frente a este.

Por otro lado, se encontró que las reflexiones suscitadas por lo profesionales promovieron la comprensión acerca de cómo estas historias de vida resultaron siendo un referente en la toma de decisiones relacionadas con el ejercicio profesional.

Así mismo, se determinó que el hecho de reconocer la historia de vida familiar del terapeuta, da cuenta sobre las comprensiones autorreferenciales que realiza frente a una realidad ajena, otorgándole la posibilidad de distanciarse y obtener un acercamiento más abierto.

Conclusiones

El tejido relacional construido en la familia subyace las bases para saber cómo aprender a conocer el mundo y la forma de relacionarnos con este. Pues si bien, a partir de las narrativas manifestadas por los profesionales, estas relaciones familiares dan los primeros

elementos para la construcción de un vínculo interpersonal, por lo que al estar enmarcada en un contexto particular determina ciertas diferencias sobre cómo se construyen las relaciones.

Los ejercicios autorreferenciales permiten resignificar experiencias personales que no se han acomodado dentro de la estructura personal, que se verá luego como una utilidad para la realización de un proceso terapéutico. Es por lo anterior que se destaca la importancia de este tipo de ejercicios en las diferentes prácticas clínicas.

Proceso Autorreferencial

Dentro de lo analizado en la investigación, me percate que es un estudio que para la investigación presente, reafirma la idea sobre el cómo llevar un proceso de formación sistémico, implica un conjunto ejercicio autorreferenciales en la práctica clínica, dando cuenta de un nivel referencial importante. De igual modo, se detalla sobre la incidencia del nivel referencial en la construcción de un estilo terapéutico bajo un marco sociocultural determinado.

Bibliografía

Giraldo, C., Aguirre, M., Ponce, E., Raigas, F. & Rodríguez, R. (2012). El estilo terapéutico. Entre la realidad del ser y el saber. Universidad de Manizales. [en línea] Disponible en:

Información Topográfica	
-------------------------	--

Código	FAT- 20 (Ficha Antecedentes Teóricos)
Disponible en	Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B & Fernández, H. (2006). Estilo Personal de Terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. <i>Revisión de la Asociación Española de Neuropsiología</i> , 26 (98), 191-208.
Autores	Rial, Castañeiras, García, Gómez y Fernández.
Título	Estilo Personal de Terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo.
Tipo de Fuente	Revista Electrónica

Volumen	26
Número o Edición	98
Año	(2006)
Lugar	Buenos Aires, Argentina
Páginas	191-208

Objetivo General
Explorar las características estilísticas diferenciales en las dimensiones del EPT de terapeutas que asisten a pacientes severamente perturbados, especialmente en el grado de involucración y distancia emocional.
Metodología / Procedimiento
Se aplicó el instrumento EPT a 60 terapeutas, 30 que atendían o atendieron pacientes severamente perturbados, y 30 profesionales clínicos que no atendían habitualmente este tipo de alteraciones. Se comprendió como paciente perturbado a aquellas personas que presentaban cuadros psiquiátricos agudos, demencias y adicciones. Cabe mencionar que entre estos se encuentran pacientes diagnosticados con depresión.
Principales Hallazgos
Los profesionales que atendían paciente severamente perturbados se describieron como más distantes en la comunicación emocional y un menor grado de involucración; siendo una diferencia significativa con el grupo de control. Desde la orientación teórica, se encontró que los terapeutas cognitivos e integrativos de pacientes severamente perturbados tienden a ser más pautados o menos involucrados que los terapeutas de la misma corriente pero que no atienden con frecuencia este tipo de población. En cuanto a los psicoanalistas, se encontraron que son más distantes a nivel emocional, mas pautados y menos involucrados, aquellos que trabajan con pacientes perturbados que los que no. Los terapeutas que resaltaban una mayor motivación por el trabajo con pacientes severamente perturbados, se describieron como más cercanos a nivel emocional, mas involucrados, con mayor disponibilidad y más considerados en el establecimiento de la relación terapéutica, siendo una tendencia distinta de aquellos que atienden la misma población, pero como una exigencia institucional en su organización de trabajo.
Conclusiones

Un terapeuta que asiste a pacientes severamente perturbados tiende a ser menos involucrado, más distante a nivel emocional y más pautados en el desarrollo de la terapia. Esto llegó a ser interpretativo por los investigadores como una estrategia de autocuidado que los profesionales emplean en este tipo de contextos interventivos, pues según las respuestas de los participantes se percibe la relación como demandante y dicha forma de posicionarse les permite regular la calidad de la alianza terapéutica. Se reflejó también una incidencia entre la perspectiva teórica y las posturas de los profesionales con pacientes severamente perturbados, siendo más pautados los psicoanalistas que los cognitivos conductuales y los integrativos. Además, se dio cuenta que los terapeutas presentan diferencias en su estilo terapéutico así pertenezcan dentro de la misma orientación teórica. Por otro lado, se reconoció que los postulados teóricos orientan el abordaje de este tipo de población clínica a los profesionales clínicos.

Proceso Autorreferencial

La relación a la perspectiva teórica (nivel referencial) se da algunas luces sobre cómo participa dichas comprensiones en la construcción del estilo terapéutico y su implementación en el contexto interventivo. Así mismo, se ofrece un panorama interesante sobre cómo la población clínica de trabajo ajusta algunas características del EPT, como por ejemplo la intervención clínica en contextos de pautas severas, como la depresión. Por otro lado, se logra identificar que no hay cercanía a los ejercicios autorreferenciales de los profesionales y mucho menos, a los procesos comunicativos entre los profesionales con sus pacientes.

Bibliografía

Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B & Fernández, H. (2006). Estilo Personal de Terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revic. Asoc. Esp. Neuropsi*, 26 (98), 191-208.

Anexo 3. Formato Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y fecha: _____

Nombre del participante: _____

Tipo de Documento: _____

Número de Documento: _____

Yo _____ he sido informado por Daniel Alejandro Socha Castelblanco identificados con cc 1'018.486.836 de Bogotá D.C., y código 2149703 y/o Jhoan Sebastián Castillo Sánchez, identificado con cc 1'015.452.537 de Bogotá D.C y código 2136378, estudiantes de décimo semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás, y que he sido convocado como participante a la investigación titulada "CONTRIBUCIONES DE LA DEPRESIÓN AL ESTILO TERAPÉUTICO DESDE LA INTERSUBJETIVIDAD" correspondiente al desarrollo de su trabajo de grado, dirigido por el docente Carlos Alberto Cuevas Ramírez. T.P. 79881177.

Entiendo que el objetivo del estudio es el de comprender la manera en la que experiencias de intervención en depresión contribuyen con los procesos de construcción del estilo terapéutico en psicólogos clínicos desde los tres niveles de la intersubjetividad, y que el estudio se desarrollará a través de un escenario conversacional individual, cuya duración aproximada es de una hora y media. Autorizo efectuar la grabaciones de audio y/o video de los espacios con el propósito de apoyar el ejercicio de recolección de la información.

Asumo que las opiniones e información brindadas por mí y los demás participantes dentro de la actividad realizada, tendrán como única finalidad el desarrollo del ejercicio académico. Por tal razón, mi identidad será reservada y estos datos solo se utilizarán bajo mi autorización, de acuerdo al Artículo 2 del Título II de la Ley 1090 de 2006, en la cual se reglamenta el ejercicio profesional del psicólogo, basados en los principios de éticos de Respeto y Dignidad que orientan las prácticas investigativas.

Hago constar que el presente documento da cuenta de lo acordado en esta investigación y que ha sido leído y entendido por mí en su integridad, otorgando de forma libre y voluntaria mi consentimiento. Comprendo que es mi derecho desistir del proceso de participación en el escenario que se llevará a cabo, y abandonar la investigación no me traerá sanciones legales o de cualquier otro tipo. Es por todo lo anterior que otorgó SI ____ O NO ____ en forma libre mi consentimiento a los estudiantes Daniel Alejandro Socha Castelblanco y a Jhoan Sebastián Castillo Sánchez, para mi participación en estos espacios.

Firma del participante

Huella del participante

Nombre: _____



Firma de los investigadores.

Nombre _____

Nombre _____

Anexo 4. Perfil del Terapeuta

Sujetos Perfil de los Terapeutas

PA

Títulos Profesionales

Magister en intervención social en Sociedades del Conocimiento (2017)
Formación en Psicoterapia Gestalt (2008)
Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana (1999)

Formación Académica

Diplomado “Acompañamiento en Procesos de Crecimiento Individual y Grupal”(1998)
Diplomado en Educación Biocéntrica (2001)
Maestría en Psicología Social y Comunitaria (2008)
Postgraduate Diploma: "Children and Development" (Diplomado: Niñez y Desarrollo) (2012)
Herramientas de atención psicosocial para el trabajo con niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado (2015)

Experiencia Profesional

Consultorías independientes (2011-Actual)
Psicoterapia individual y familiar (2012-Actual)
Docente en Escuela Gestalt Bogotá (2014-Actal)
Asistente técnica CISIC (Critical Incident Strees Intevention Cell) (2014-2015)
Oficial de Campo de Educación – Nariño (2010-2011)
Profesional Operativa en Corporación AVRE (2009)
Asistente de Proyectos en Fe y Alegría Argentina (Buenos Aires) (2007-2008)
Coordinadora Regional de Orientación en Fe y Alegría de Colombia (2004-2006)
Psicóloga en Pontificia Universidad Javeriana (2004-2005)
Orientadora de Primaria en Movimiento de Educación Popular integral Fe y Alegría- centro educativo Molinos del Sur (2001-2003)
Psicóloga en Proyecto de intervención terapéutica ICBF regional Cundinamarca Corprogreso (2000)

PB

Títulos Profesionales

Magister en Psicoanálisis. Universidad de París VIII (1989)

Psicóloga. Universidad de Antioquia (1984)

Formación Académica

Asistente a las “Entrevistas clínicas” de La sección Clínica del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII - Francia (Servicios de psiquiatría de los hospitales: Sainte Anne y Boissière París-Francia) (1987-1990).

Formación analítica en La Escuela de la Causa Freudiana de París; el Colegio Colombiano de Psicoanálisis de la Escuela del Campo Freudiano de Caracas; la Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano.

Experiencia Profesional

Práctica privada como psicoanalista con niños, adolescentes y adultos (actual)

Docente de Planta de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura. (2009-2017)

Docente Ocasional de la Universidad Nacional de Colombia. Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura (2005-2008)

Directora de tesis de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana (1992-2006)

Docente en psicoanálisis de Internacional de los Foros del Campo Lacaniano (1998-2017)

Docente en psicoanálisis del Campo Freudiano de Colombia (1993-1998)

Psicóloga servicios preescolares y programa adolescentes y capacitación del Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Miembro del grupo de investigación sobre “Retardo mental” del equipo de psicólogos y psiquiatras de la institución (1984-1985).

Psicóloga Servicio inter-consultas adultos. Miembro del grupo interdisciplinario de “discusión de casos e investigación” del Servicio de hematología infantil. Participante en la “Discusión de casos” del Servicio psiquiatría infantil. Integrante del grupo

interdisciplinario de “Discusión de casos e investigación” Servicio de radioterapia adultos. Hospital Universitario San Vicente de Paul (Departamento de Psiquiatría - Universidad de Antioquia) (1982-1984).

PC

Títulos Profesionales

Doctora en Ciencias Psicológicas. Universidad Católica de Lovaina, Bélgica (2003).

Magister en Filosofía Latinoamericana. Universidad Santo Tomás, Bogotá (1992).

Experta en Análisis Transaccional de la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional de Buenos Aires – Argentina (1976).

Psicóloga, Universidad Javeriana, Bogotá (1975).

Formación Académica

Estudios yóguicos I. Academia Satyananda de Yoga. Bogotá (2009).

Estudios yóguicos II. Academia Satyananda de Yoga. Bogotá (2010).

Certificación como profesora de yoga. Academia Satyananda de yoga. Bogotá. (2012)

Postfomación En Psicoterapia Sistémica. Universite Catholique de Louvain, U.C.L., Bélgica. (1993)

Formation et Recherche nn Approche Systemique. Universite Catholique de Louvain, U.C.L. Bélgica (1993).

Curso Intensivo En Terapia Familiar. Family Center Of The Berkshire, Pittsfield, MA, Estados Unidos (1988).

Formación En Terapia Sistémica Estratégica. Mental Research Institute, MRI, Estados Unidos (1983).

Extensión en Terapia Gestalt y Trabajo Con El Cuerpo. Esalen Institute, CA, Estados Unidos (1983)

Análisis Transaccional en Esquizofrenia. Cathexis Institute, CA, Estados Unidos (1978)

Experiencia Profesional

Docente Especialización / Maestría en Psicología Clínica – Enfoque sistémico, Facultad de Psicología, Universidad Javeriana –Bogotá (2003-Actual)

Facilitadora de Talleres sobre desarrollo humano y temas relativos al clima y el funcionamiento de sistemas organizacionales. Empresas y grupos abiertos en Bogotá, Cali, Medellín, México, Costa Rica. (1978-Actual)

Práctica Privada en Psicología Clínica y Psicoterapia individual, de pareja, de grupo y de familia. Consultorio particular, Bogotá (1975-Actual)

Docente Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales Universidad Externado de Colombia (2010-2016)

Docente Especialización en Psicología Clínica y Especialización en Familia. Pontificia Universidad Bolivariana. Bucaramanga (2012-2016)

Docente Maestría en Psicología de la Infancia y la Adolescencia, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago de los Caballeros y Santo Domingo, República Dominicana (2008-2016)

Docente Maestría en Psicología Clínica y de Familia Universidad Santo Tomás (1999-2015)

Docente Módulo “Familia e intervención”. Maestría en Intervención sistémica. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. Cochabamba –Bolivia (2015)

Docente Diplomado en Estrategias de Intervención Familiar. Universidad NUR. Cochabamba – Bolivia (2013)

Docente invitada Doctorado en Ciencias Sociales, niñez y juventud. Universidad de Manizales y Fundación CINDE (2010-2012)

Codirectora, con Nelson Bruno Casas, de SINAPSIS, Centro de Formación, Consultoría y Psicoterapia (1996-2010)

Docente Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad del Rosario. Bogotá. (1990 - 2011)

Consultora de la Asociación para la Investigación Social Participativa “Taller De Vida”. Bogotá (2008 -2011).

Consultora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, para el diseño y capacitación en los Lineamientos de Inclusión y Atención de familias con niños, niñas y adolescentes con alta vulnerabilidad social y con derechos vulnerados. Convenio ICBF – Organización Internacional para las Migraciones y Contratos con regionales (Bogotá, Antioquia, Atlántico, Caldas, Risaralda, Tolima) (2005-2009).

Docente Maestría en Intervención en Sistema y Terapia Familiar. Universidad INTEC, Instituto Tecnológico de Santo Domingo. República Dominicana. (2005-2014).

Consultoría en Intervención Sistémica. Consejo Noruego para Refugiados – Colombia. Sedes de Bogotá, Santa Marta y Cúcuta (2007, 2009).

Directora del Proyecto de Consultoría Sistémica “Fortalecimiento organizacional y humanización del clima social escolar en el contexto escuela-familia-ciudad. Secretaría de Educación Distrital. Bogotá, D.C. Proyecto en desarrollo (2004).

Consultora del Observatorio de Infancia y Familia del ICBF Centro Zonal Suba. Investigación sobre buen trato y resiliencia en la localidad de Suba. Bogotá (2004).

Miembro del Equipo del Estudio sobre Dinámicas Familiares en Bogotá. CIDS Universidad Externado de Colombia (2003).

Docente Diplomado en Instrumentos de Gerencia Social, Universidad Minuto de Dios. Bogotá (2002).

Asesora Proyecto de Implementación de la Política de Salud Mental en el Departamento de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública, Gobernación de Cundinamarca (2000-2002).

Asesora del proyecto de investigación sobre la Dinámica del Conflicto en Altos de Cazucá. Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá (2001).

Asesora del Proyecto de Capacitación a Funcionarios y Formación de Ciudadanos de Bogotá como Mediadores Comunitarios para el Distrito Capital. Universidad Externado de Colombia (2001-2002).

Docente Postgrado en Familia, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Javeriana (2000-2003)

Capacitadora de la Cámara de Comercio en Aplicación de Programación Neurolingüística a la Formación de Multiplicadores en Métodos de Solución de Discrepancias y en Investigación. Bogotá. Quito y Guayaquil (Ecuador) (2000).

Docente Programa de Especialización en Psiquiatría, Clínica de la Paz - Facultad de Medicina Juan N. Corpas. Bogotá (1994-2005).

Asesora Temporal del programa "Indicadores de familias disfuncionales y sus efectos sobre la salud integral del adolescente". Organización Panamericana de la Salud, OPS. Minneapolis - Minnesota, Washington D.C., Bogotá (1993-2000).

Asesora del Gimnasio Fontana en el tema de Redefinición de Políticas de la Junta Directiva, como miembro del equipo de Consulgei (1999)

Formación de Formadores en Terapia y en Intervención Sistémica (Quito, Ecuador), en funciones de cooperación por cuenta de la Red Belgo-latinoamericana de Salud Mental (REBLASAM) de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica) (1999).

Asesora del Proyecto de "Fortalecimiento de la Cultura y los Valores Institucionales", Colegio Los Nogales (1998-1999).

Asesora del Proyecto de Investigación sobre "Creencias y prácticas relativas a la salud en la población escolar de Bucaramanga". PROINAPSA, UIS- MINSALUD (1996-1997)

Coordinadora del Programa de Capacitación para la Atención a la familia en alto riesgo. División psicosocial y terapéutica. Departamento Administrativo de Bienestar Social. Alcaldía Mayor Distrito Capital (1996)

Asesora Fundación Universitaria Monserrate. Especialización en Educación y Orientación Familiar (1996).

Terapeuta del Hospital Día de Kennedy para Niños y Adolescentes. Bogotá (1995-1996).

Responsable del Seminario-taller "Intervención sistémica de la familia en un contexto de ayuda transdisciplinaria", para funcionarios del Departamento Administrativo de Bienestar Social. Alcaldía Mayor, Bogotá (1994).

Co-directora de la Maestría en Psicología Clínica y de Familia. Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomás. Bogotá (1991-1994).

Directora del proyecto de investigación "Estructura, marco de referencia, patrones de interacción y psicoterapia de familias urbanas" Facultad de Psicología. Universidad Santo Tomás (1986-1994)

Conferencista Seminario-taller sobre Investigación desde una perspectiva sistémica". Programa de Cualificación Docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín (1991).

Responsable del Programa de Capacitación sobre "Aspectos psicosociales del Menor Institucionalizado" para Funcionarios de Instituciones y de la División de Protección. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Bogotá (1990).

Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás. Bogotá. 1982 a 1986

Directora de la Investigación sobre "Perfil Psicodemográfico del Colombiano Medio". Propaganda Sancho (1984-1991).

Profesora de Análisis Transaccional, Facultad de Psicología, Universidad del Valle. Cali – Colombia (1980)

Profesora de "Terapias Activas". Facultad de Psicología, Universidad Javeriana. Bogotá. 1974 a 1977 Psicóloga del Departamento de Relaciones Industriales Banco de Bogotá, Bogotá (1977-1984)

PD **Títulos Profesionales**
 Doctor en Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid (2015)
 Psicólogo, Concordia University (2004)

Formación Académica

Experiencia Profesional

Docente de la Universidad de La Sabana (2012-Actual)

Anexo 5. Transcripción Participante (PA)

Momento 1

EBA1: Bueno en primer lugar, nos gustaría conversar un poco sobre tus experiencias de trabajo clínico, ¿Dónde laboras?, ¿Desde hace cuánto?

PA1: Muy bien, yo en psicoterapia vengo trabajando en la universidad. Tuve prácticas clínicas, después tuve algunos trabajos donde hacía unos acompañamientos, no diría de orden psicoterapéutico como tal. Tenían al final algunos componentes terapéuticos, pero era más como tipo consejería, orientación, cuando trabajé en bienestar familiar en un centro zonal, después en la javeriana en asesoría psicológica para los estudiantes de la jornada nocturna, pero era también como tipo counseling y después hasta.

EBA2: ¿Counseling es?

PA2: Counseling es consejería, digamos que no tiene una orientación psicoterapéutica como tal pero si tu realizas una escucha activa, contención de las personas y eso, pero no profundizas trabajas más desde lo que está sucediendo en el presente, pero no profundizas digamos históricamente en lo que va, porque no tienes una finalidad psicoterapéutica como tal. Y ya después cuando la formación en Gestalt en Argentina, yo regresé acá en diciembre del 2008, después estuve haciendo un trabajo en corporación ABRE, en el cual hacía unos acompañamientos a víctimas del conflicto armado, ahí obviamente ya el componente era más terapéutico tanto individual como grupal. Después estuve en Nariño regrese a mediados del 2011 y a partir de mediados del 2012 empecé ya firmemente la psicoterapia, digamos como que había tenido, en Argentina también dentro de las prácticas de formación como terapeuta Gestalt también hacía ese acompañamiento a las personas, pero como más en privado y eso, como desde octubre del 2011 retomé la práctica psicoterapéutica.

EAA3: Desde ahí, desde esa época mantienes un ritmo de trabajo en lo psicoterapéutico fuerte.

PA3: Sí, exacto.

EBA4: Bueno y digamos que dentro de este amplio tiempo que ya has hecho, no siempre clínica, pero también las situaciones que has hecho clínica, imagino que has tenido contacto con casos de depresión, que te llegan a ti.

PA4: Sí, varios casos de depresión

EBA5: ¿Actualmente llevas algún caso de depresión?

PA5: Sí, sí, varios

EBA6: Digamos que con respecto al tema de trabajo con depresión, ¿cómo te ha ido?

PA6: Bien, lo que he visto. He tenido personas que viven depresiones de diferentes edades, digamos que cuando ya retome en Bogotá la clínica, una de las primeras personas que retome cuando retome la clínica acá en Bogotá después de haber vivido en Pasto y Argentina y eso. Fue una persona mayor, una monjita, mayor de 70 años con diagnóstico de depresión, tiene tratamiento farmacológico, y yo hacia la parte terapéutica, fue muy bonito el proceso, diríamos más o menos como un año y medio, y ha sido satisfactorio porque es como ver la utilidad del abordaje que se hace desde la Gestalt. Desde la Gestalt se trabaja mucho la integración de la mente con el cuerpo en el proceso de las depresiones, porque en las depresiones, como sucede una desvitalización y la persona siente tan fuertemente esta sensación de no querer levantarse de la cama, de no poder, de no tener energía vital para lo que cotidianamente hacia y que podía hacer tan fácil como bañarse, salir al trabajo y eso, ya no hay energía vital para. Entonces poder contactar con el cuerpo, hacer conciencia del cuerpo, respirar, todo, eso es fundamental para ellos, entonces poder mostrarlo también con el cuerpo, como lo viven en lo cotidiano, lo que he visto para las personas es que es bastante útil, y también trabajar desde el cuerpo con unos ejercicios de la Gestalt también se integran herramientas de bioenergética en algunos casos, entonces también trabajar con algunos ejercicios de bioenergética para aumentar precisamente eso, la energía corporal, el arraigo, que la persona se siente desarraigada, eso ayuda un montón.

EBA7: Digamos que has tocado algo muy importante, y es que de una otra forma relacionas ya la forma como comprendes la depresión. Se relaciona ya con la desvitalización, digamos que ahí ¿nos quieres ampliar un poco acerca de cómo entiendes tú la depresión desde ese enfoque que tú manejas?

PA7: Pues la depresión en general, desde la Gestalt se ve como una patología en la cual la persona está en el pasado, digamos como el peso de las cosas que se

vivieron, una dificultad para estar en presente por estar mirando el espejo retrovisor: lo que pasó, lo que ha sido duro. Hay digamos unas manifestaciones, hay una desvitalización en general que se manifiesta a nivel físico, en no tener energía para. Entonces como que las personas manifiestan cosas rutinarias que anteriormente no les implicaban ninguna energía, sino automáticamente las hacía. Se vuelve pesado hacerlas, desde lo sexual hay una baja libido, también se presentan sintomatologías físicas relacionadas con otras enfermedades, enfermedades del colon, enfermedades de la piel, a veces también otro tipo de gastritis y cosas así.

También a nivel físico, como este tema de cansancio físico constante, manifestado así, relacionado con la desvitalización, y a nivel emocional y cognitivo con esta idea de, y estas emociones, de desesperanza, desmotivación, cosas que normalmente les llamaba la atención y les parecía como una anhedonia, ¿no? No hay placer “¿Qué te gusta ahora? No la verdad es que nada”. No hay un encuentro de placer en aquellas cosas que normalmente podían resultar ser placenteras, metas vitales o cosas así que motiven tampoco. Hay una desmotivación general, una alta desesperanza como de sintiendo que esto va a durar toda la vida “No veo hacia adelante esto como pueda cambiar”. En cambio, muchas veces está la preocupación porque no encuentran claramente, en algunos casos sí saben que hay un detonante vital que lo ubican claramente, a partir de tal hecho “yo me separé”, “tuve un hijo”, “a partir de un duelo”, “se murió mi mamá, empecé a notar el cambio”; pero en otros si es simplemente de repente, o llevan muchos años cargando una depresión y entonces claramente no ubican cual fue el detonante.

EBA8: Digamos que, un poco con relación a eso, digamos que ahora los manuales de diagnóstico de alteraciones psicológicas nos determinan que hay varios tipos de depresiones, no sé si tú de casualidad también visualizas dentro de tu comprensión de depresión, variaciones de la depresión.

PA8: Si, yo digamos que no me ubico muy de la mano con el DSM o el CIE o algunos de estos. Pero digamos que uno sí ve matices, más allá de la práctica clínica, yo digamos que normalmente no suelo clasificar: “esta es una depresión de tipo ansioso, o es una depresión más de tipo..” ¡no! Pero uno sí ve en la clínica digamos como que personas que sí es una depresión acompañada de ansiedad. Entonces en la cual la persona empieza a anticipar un futuro. Y entonces le da miedo el futuro, y qué voy a hacer adelante y no tengo ganas Entonces es una dificultad de un pasado amarrado, pero también de una con una ansiedad por lo que viene adelante. Hay otras en las cuales la persona nada, ni hacia adelante ni nada, son como más depresiones inhibidas, como una inhibición vital en general en las cuales si ve digamos como estar más en la cama, mucho más imposibilitadas, incluso para desarrollar en el presente las labores cotidianas, más ligadas a una depresión profunda digamos, y bueno pues ya. Este tipo de depresión profundo requiere un tipo de

medicación, un manejo mixto es lo más adecuado, tanto que la persona a nivel químico siente un mejor balance pero también a nivel psicológico empieza a reflexionar sobre qué es lo que ha pasado y qué cosas empieza de nuevo a sentir que tiene la capacidad para hacerse a cargo de su vida. Y a dar pequeños pasos frente a las cosas se sentía incapacitada.

EBA9: Ok, digamos que ahorita ya un poco en cuanto a todo lo que has mencionado y las formas como entiendes la depresión ¿qué tipo de referentes epistemológicos utilizas tú al momento de hacer intervención en depresión?

PA9: Mira, normalmente yo desde la psicoterapia Gestalt, en la Gestalt normalmente uno no clasifica, como que no necesariamente uno trabaja desde un psicodiagnóstico clásico de depresión, ansiedad, no sé qué. Sino más bien uno mira ejes de trabajo con la persona y los establece en conjunto con la persona, entonces desde este nivel, mi epistemología básica es desde la Gestalt, sin embargo la Gestalt como tal retoma mucho del psicoanálisis, retoma mucho también de la fenomenología, retoma mucho incluso de las tradiciones orientales como el Zen y todo esto. Ahí es un poco de todo eso, lo que le decía de la bioenergética, desde la bioenergética hay una comprensión de los diferentes caracteres de las personas y a partir de allí el carácter, y de cómo ese carácter se expresa en un tipo de corporalidad determinada. También por eso hay un tipo abordaje también corporal, esa es otra de las influencias traídas de la Gestalt. Pero digamos que lo principal sería desde la Gestalt, entendiendo que no hay un tipo de nosología así estricta, sino uno si habla de personas que están en un momento mucho más depresivo, ¿no? Teniendo como una desvitalización en general y por eso también se trabaja mucho como con la persona sea consciente de cómo lo vive, como lo siente, donde lo vive, ¿no? La capacidad de también, como bueno ¿Cuál sería el opuesto? trabajando desde las polaridades, ¿Cuál sería el opuesto? ¿En qué momento se ha sentido eso otro? Como también desde esa misma memoria corporal, que la persona recuerde que no siempre ha estado ese polo negro negativo que a veces se vuelve tan difícil sostener.

EBA10: Claro, dijiste que hiciste una formación en Gestalt en Argentina ¿esa es una escuela particular?

PA10: Esa es una escuela privada, la Gestalt en general en el mundo digamos como que se ha difundido en escuelas de formación privada no están ligadas a la academia, porque digamos que se entiende que si ayuda mucho ser psicólogo cuando uno tiene una formación. Entonces lo que te decía, la Gestalt, como parte de la intención de que no se da dentro de las universidades, es porque se reconoce que hay personas que tienen habilidades especiales como tal de escucha y de comprensión y no necesariamente tienen que ser profesionales de la psicología. Entonces hay gente que pueden ser religiosos, gente que trabaja, líderes sociales naturalmente que la gente que va allá y los escucha y escucha a la gente, y gente que de pronto ha hecho otro tipo de carreras y en el

proceso también se han dado cuenta; entonces como desligarla de la academia tuvo una intención también, como para decir que esto de lo terapéutico no necesariamente tiene que estar ligado a la carrera profesional de la psicología o a la psiquiatría en particular, pero sí evidentemente si uno es psicólogo uno tiene mayores herramientas, ¿no? Entonces las escuelas de formación en Gestalt en general, proponen una formación de tres años presencial-vivencial, tú todo lo atraviesas por ti mismo, por tu propia experiencia. El primer año es casi, bueno si lees y todo eso, pero principalmente es vivencial, ya después te vas formando en como en bueno, cómo utilizas las diferentes técnicas que se trabajan, profundizo más en lo teórico en la comprensión de cómo son los mecanismos neuróticos, qué se considera como neurosis, los mecanismos de interrupción, los mecanismos defensivos, pero digamos que el primer año es eso

EAA11: Como si la psicoterapia primero pasara por ti

PA11: Claro, tu no das de lo que no has vivido, entonces es una herramienta. En la Gestalt se dice “No es la técnica la que ayuda, sino es el ser. Si tú no has trabajado tu ser, desde donde vas a ayudar a otro”. El ser es lo fundamental, el ser es lo que sana, lo que ayuda a sanar, entonces digamos que parte de la responsabilidad personal de ser terapeuta es seguir trabajando siempre en el propio ser, seguir auto conociéndome, yendo yo también a terapia, cuidándome. Porque yo como ser humano, la que acompaño a otro, no es la técnica que yo tenga. Porque si no se genera una disociación entre lo que yo pienso y lo que yo vivo, y eso se siente, porque como se trabaja tanto el cuerpo y el organismo, un organismo sabe y siente cuando otro organismo está bien y cuando otro no, como que uno dice “Ohm como que esta persona, como que hay, no sé, dice cosas muy chéveres, pero no... hay algo que no me cuadra”.

EAA12: Lo lees en su cuerpo.

PA12: También, también, uno trabaja mucho el cuerpo desde la Gestalt porque es desde el mismo cuerpo, desde las resonancias corporales, que también tú acompañas a la persona, entonces yo siento en mi cuerpo cuando llega una persona deprimida enseguida siento en el cuerpo, cuando la persona está deprimida. Desde allí también es importante trabajarlo ¿no? trabajar el propio cuerpo. Entonces por eso la formación en Gestalt es así, digamos tres años desde escuelas de formación privada, poco a poco hay algunas instituciones universitarias, algunas universidades, la Universidad de la Concepción en Chile, tiene una formación acreditada, en estados unidos también un par de universidades, pero digamos en general en el mundo se han expandido escuelas de formación privada. En Argentina, el AGBA que es la Asociación Gestáltica de Buenos Aires, el centro donde yo me forme, que es el Centro Gestáltico San Isidro, otro que se llama Luz de Luna, digamos que son unos de los de más tradición en Argentina, en Chile, en España hay varios, en

Madrid, la escuela madrileña que es la de Paco Peñarrubia, en Barcelona está la de Mireya Darde, en México está la de Miller Muñoz. Politen, en Estados Unidos hay muchas, la que inició por el lado de Laura Poster que es en la costa oeste, la que inició Fritz Perls en la costa este que es de un corte mucho más hippie, que fue la parte final de Perls, entonces digamos como que eso es un poco y por eso la formación si o si tiene que ser atravesada por uno mismo y dentro de la formación si o si te exigen que tienes que hacer psicoterapia individual, además del proceso terapéutico grupal que vives en el grupo, tienes que hacer psicoterapia individual.

EBA13: Nos dijiste de una u otra forma que a veces la psicología no te da todas las herramientas necesarias para hacer intervención no son suficientes, ¿has articulado de casualidad otras disciplinas o conocimientos de otros saberes?

PA13: Lo que les digo de la bioenergética es clarísimo, es muy útil, la bioenergética de Lowen, Alexander Lowen, como que ha influenciado muchas escuelas psicológicas, pero como tal no es solamente psicoterapéutico, ¿no? es para trabajar psico-corporal. Pero además yo he hecho formación en teatro de lo oprimido, entonces hay herramientas del teatro de lo oprimido que es Augusto Bar, él trabaja algunas herramientas que son introspectivas como arcoíris del deseo, policías en la casa, que son útiles también para trabajar en lo clínico. También he hecho cuestiones referidas pues al yoga o a danza, entonces todo lo corporal que me es útil también, arte-terapia también es útil expresar a través del arte, digamos que utilizo más el dibujo, pero también otras herramientas que son muy útiles digamos como cuando utiliza la arcilla es muy útil, pero lo que pasa es que al arcilla implica traerla, no sé qué, tener un espacio en el cual la persona pueda libremente expresarse, pero uno como que “cuidado con el tapete”, ¡no!, entonces utilizo más el dibujo que cualquier otra cosa.

EAA14: Para intervenir en casos de depresión, ¿cuál de esas herramientas que estas nombrando consideras que es la más útil?

PA14: Todas esas son útiles, depende del momento terapéutico, depende de la persona

EAA15: ¿Y las que utilizas con más frecuencia?

PA15: ¿Más frecuencia? Todo lo corporal, bioenergética y lo que se refiere digamos a la parte de polaridades que se trabaja desde lo Gestalt que implica lo teatral, y depende mucho del momento de la persona, pero digamos que normalmente, es que yo trabajo mucho desde lo corporal, y en ese sentido lo teatral digamos que ya se hace más el teatro de lo oprimido, diferentes psicodramas, ayuda también a trabajar esto sobre la depresión.

EBA16: Digamos que todos estos conocimientos que tu aplicas de la bioenergética, de la Gestalt y del teatro, digamos que ¿en que experiencias interviniendo depresión te has dado cuenta que sirven, que realmente es algo que moviliza?

PA16: Por ejemplo, ¿te refieres a casos particulares?

EBA17: Si

PA17: Digamos en el caso que te cuento de la monjita, para ella y parte de la concepción judeocristiana hay una disociación y una incisión de la mente cuerpo, porque se considera que lo corporal es lo pecaminoso, entonces para ella, empezar a entender su cuerpo, empezar a darse cuenta de lo que le estaba pasando a su cuerpo, además que pues claro era una mujer que había cumplido 72 años, y pues era lo típico de las monjas que es el servicio, el servicio, el mirarse hacia fuera, y entonces empezar mirarse ella hacia dentro, tener en cuenta su cuerpo, sus propios ritmos, sus necesidades, fue para ella uff, ¿no? Una cosa tan sencilla como respira, cierra los ojos, ¿que estas sintiendo?, ¿donde lo estas sintiendo?, ¿cómo?, ¿que necesitas?, fue para ella transformadora, que es un ejercicio básico de fenomenología que trabaja mucho en Gestalt; y ella misma poderle explicar a sus otras compañeras monjitas como decirle “es que yo ya no puedo ir al ritmo de ustedes, mi ritmo es otro” o sea para ella esto era.... Como seria que la misma superiora en algún momento le dijo “yo creo que yo voy a tener también que ir” porque ellas siempre están en función, en una exigencia de estar dando más, más y más, y no teniéndose en cuenta a sí mismos, por eso se desgastan, ¿no?; y la depresión viene también por procesos, y gente cercana amiga no pacientes sino amiga, que han sido personas de mucha actividad, de mucho servicio, de darse mucho a los otros, y de un estrés acumulado, de un desgaste emocional por empatía, también de estar mucho al servicio de los otros, y llega un momento en donde en que el organismo dice “¡ya no más!” O sea... entonces volver a conectar con sí mismo es fundamental para poder salir de la depresión, porque han estado muy desconectados de sí, entonces eso por ejemplo ha sido básico. Por ejemplo ahorita con una chica que está deprimida, que comenzamos a trabajar hace poquito, vamos en la quinta sesión, digamos para ella trabajar esto de las polaridades de estar viendo como es su polo deprimido, como lo siente, como lo ve, que genera eso en los otros, como lo vive ella, como lo viven los otros, y pasarse al otro polo, también mas extrovertido y que es raro para ella, pero dice “yo esto también lo he hecho, es raro ahorita estoy en el otro y me es muy difícil”, pero sentir en el cuerpo que el otro también estaba, que el otro también oía, y que puede encontrar un punto intermedio ¿no? En este momento en que no está sobre expuesta y ni que tampoco está también hacia adentro, sino que puede estar, sin necesidad de exponerse tanto ni meterse tanto hacia sí mismo, fue como decir “yo puedo esto”, eso ha sido como casos así recientes más fresquitos que tengo así... sin embargo, ahora me estoy acordando de una chica que acompañe que claro,

esto depende también de la disponibilidad tanto de tiempo como apertura que tenga la persona, porque hay otras personas en las cuales hubo un proceso de acompañamiento, pero digamos que los cambios no se sostuvieron en el tiempo, no?, porque la persona digamos que estaba haciendo cosas en su vida que le impedían hacer el cambio que necesitaba, venía sintiendo “necesito cambiar de vida, trabajo, no sé qué”, pero habían compromisos económicos que realmente le impedían hacer eso entonces llega un momento en que ya se sentía tan cuestionada a partir de la tarea que deja la terapia, porque dice “yo no puedo seguir cuestionando esto porque tengo que seguir en esto”, eso es uno que se me vino así como.. pero si, creo que las herramientas corporales son muy útiles, muy útiles, y le ayudan a la persona a vitalizarse y hacerse responsable de su propio proceso vital.

EBA18: Bueno por otro lado, ¿recuerdas alguna situación en la que esta teoría, todos estos conocimientos, no han sido suficientes para hacer intervención en depresión?

PA18: Claro, yo siempre también algunos casos superviso con un psiquiatra amigo, entonces, claro porque yo de medicación no sé, entonces yo algunos casos le digo como mira “estoy trabajando con esta persona, esto, esto y esto”, es un psiquiatra que además es muy chévere porque ha hecho formación en psicodrama, en cosas corporales y eso es muy raro encontrarlo en un psiquiatra, entonces cuando yo le hablo de Gestalt “estamos trabajando renacimiento, estamos haciendo esto” entonces él me entiende y me dice “no, que es esta locura”, y me dice “no, mira, si o si” o le explico que está tomando tal cosa”, o me dice “no, mira si es bueno que esta persona definitivamente empiece a tomar medicación” o “no es necesario, síguela trabajando como la estás trabajando, hay va”, entonces para mi si ha sido muy importante también contar con esa supervisión, cuando en casos en los que yo siento que no está siendo suficiente la psicoterapia, entonces como que digamos que lo superviso con él y ha sido muy útil también.

EBA19: Bueno, digamos que un poco en la forma en como tu organizas una intervención en depresión, ¿qué cosas tienes en cuenta para decir como “acá hay que hacer una intervención en depresión”?

PA19: Pues es que yo no digo, “hay que hacer una intervención en depresión” ¿sí?, sino en general qué aspectos son los que es importante trabajar con esta persona, y uno de estos aspectos pueden ser el tema de todos los síntomas depresivos, pero no es solamente “vamos a hacer la intervención en depresión” sino es en general que está sucediendo con este ser humano en este momento de su vida, ¿no?, normalmente cualquier historia que hablo con alguna persona es mirar también sus antecedentes familiares, no olvidar si hay personas que han sufrido no solamente depresión, sino algún tipo de psicosis dentro de la familia, cualquier enfermedad psiquiátrica, enfermedades físicas de la persona, históricas, porque también no podemos olvidar que la depresión

también puede venir de otras enfermedades. Entonces digamos que cosas básicas tengo en cuenta para todo el mundo, uno, antecedentes médicos de la persona, enfermedades y eso, porque hay enfermedades o drogas que pueda estar tomando la persona; también consumo de drogas indago, si la persona fuma muchas drogas, alcohol, medicaciones que está tomando, enfermedades crónicas o que en ese momento se esté presentando; tema de tiroides también es fundamental, me paso un caso con una chica que venía así y hasta llego un momento en que tuvo una crisis y va le hacen y tiroides y yo “¡claro tiroides!” y no lo habías tenido muy en cuenta al principio, entonces... y ella nunca había tenido problemas de tiroides, pero en su familia si había habido, entonces a partir de ahí yo dije “claro, no es solamente clave hablar de las enfermedades de ella sino en la familia que problemas ha habido”, entonces tiroides por ejemplo es algo que siempre pregunto, “¿tú has tenido tiroides? ¿en tu familia ha habido gente con problemas de tiroides?” porque ahí claro se ve afectado el ánimo por la tiroides

EBA20: Por la regulación hormonal

PA20: Exacto

EAA21: ¿Hace parte como de las percepciones que tú ves en un consultante?

PA21: Si, que siempre pregunto, que trato de siempre preguntar, porque digamos como que ya me ha pasado, como que siempre en la universidad a uno siempre le dicen “pilas no le haga terapia a un tumor” y a veces a uno se le olvida, y claro, si la persona no te comenta “yo tengo problemas de azúcar”, pero esto, “¿tienes problemas de azúcar? ¿Problemas de tiroides?” porque eso claramente se ve afectado... ¡el tema de las anemias! Entonces eso, antecedentes médicos de la persona y de la familia, también antecedentes psiquiátricos de la persona y de la familia, si la persona ha tenido procesos terapéuticos anteriores, esas son cosas básicas que siempre pregunto, de la estructura familiar también, si hay también esos síntomas en otros miembros de la familia, y bueno ya cosas de “¿desde cuando viene sintiéndose así?” “¿cuál es el motivo de consulta?” “¿que intuiciones tiene la persona sobre eso que le pasa?” “¿qué expectativas tiene?” “¿que cosas cree que a partir de la conversación son los ejes a trabajar?” entonces, yo también doy mi impresión, por eso te digo que no es solamente una intervención en depresión porque la persona puede que diga si, pero hay gente que ha aprendido a llevar, gente que por su carácter, tiende a ser un carácter más bien como con tendencia depresiva, en ese momento puede que no estén en depresión activa, sino que son personas con una energía vital más bajita, no le genera ningún conflicto, pero en ese momento ve un problema por otro cosa, entonces digamos como que ahí el tema de la depresión está en el fondo, está ahí, pero no es lo que en este momento es el centro de la intervención para la persona, en algún momento puede que la abordemos, depende entonces también...

EBA22: Te has dado cuenta... ¿ha habido alguna experiencia donde en algún momento ¡plup! salió el tema de la depresión y parece ser que la depresión iba ahí debajo de otro proceso?

PA22: Digamos por ejemplo, ahora que dijiste eso, los hombres es muy común que no expresen la depresión y la tristeza sino a través de la rabia, entonces hombres con manejo de agresividad y manejo de rabia, la teoría lo dice también, pero también en la práctica lo he comprobado, que hombres con problemas de rabias, que tienen dificultades para controlarse con sus parejas o con los papás, y de esto que no pueden controlarse en ciertos momentos, a veces tienen una depresión de fondo, una tristeza que no han podido expresar, como culturalmente los hombres no deben llorar entonces lo expresan la tristeza a través de la rabia y lo que hay es una depresión que ha estado ahí contenida y sale a través de la rabia.

EBA23: Ok, digamos que ya un poquito más en la forma como tu organizas a la intervención, bueno en un principio ¿como acoges a la persona que llega a ti requiriendo un servicio de psicología por un motivo de depresión?

PA23: Yo normalmente siempre, como que desde varias prácticas que ya he tomado y he tenido con la experiencia es, cuando la persona me llama le pido que me aclare brevemente cual es el motivo de consulta para ver si yo soy la persona más adecuada o no para atenderlo, ¿sí?, porque hay algún tipo de situaciones en las cuales yo digo “no, no me siento tan”, por ejemplo una vez un chico me llamo por problemas de sudoraciones excesivas en las manos y en las axilas y todo esto, entonces que le estaba afectando y estaba deprimido por eso, pero claro el tema es que yo le dije “no, te sirve más un neuro-feedback que trabajar acá” entonces lo contacte con alguien que hace neuro-feedback, entonces eso es muy útil, no?... o parejas no estoy atendiendo tanto, entonces “no mira, yo te remito a una persona” ... hm, personas con trastornos afectivo bipolar si he atendido, sin embargo, personas esquizofrénicas no he atendido en terapia, entonces si ya es así yo prefiero decirle “no, mira yo te remito con alguien”, entonces siempre aclaro cual es el motivo de consulta y si yo siento que de verdad puedo ser útil para la persona o no, si, eso siempre. Y ya después en el proceso, depende, tengo un esquemita lo que les digo donde pregunto estas cosas básicas también de datos personales, la cedula, el contacto de emergencia, ¿no? en caso de que la persona yo vea hay... ¿no?, un contacto de emergencia, el teléfono, el parentesco, y solamente en caso de riesgo vital yo estoy obligada a contactar a esa persona, hasta ahora no la he tenido que utilizar, pero si, esa precaución siempre la tomo.

EB24: ¿Ahí usas como consentimientos?

PA24: No, no la firmo, pero si lo aclaro con la persona

EB25: Muy verbal

PA25: Si, se lo aclaro verbalmente como mira “yo estoy obligada, también ¿sí? En caso de que yo vea riesgo vital, a comunicarme con alguien si yo veo que...”, entonces “¿está bien para ti?” si o no, y si la persona me dice que no o yo siento que no me está dando información veraz, le digo como “no, yo en este caso no te puedo acompañar en ese proceso”. Y también me estabas diciendo entonces que cosas, entonces normalmente es como aclarar porque está viniendo así, cual es el motivo de consulta, todo este tipo de circunstancias, hace cuanto presenta toda esta sintomatología, como le está afectando en la vida, que cosas le gustaría hacer y de pronto por la sintomatología no lo puedo hacer, y ya estas otras cosas de la historia, de los antecedentes médicos personales y familiares, antecedentes terapéuticos personales y familiares, los datos básicos de contexto, la estructura familiar... de entrada no le digo “deme todos sus datos” sino como bueno “que es lo que te trajo acá, porque estas” y a partir de ahí voy profundizando, como armando un poco más un mapa de la persona...

EBA26: Y ahí es cuando ya entran los ejes temáticos que la persona quiere trabajar...

PA26: Entonces ya, y con la persona también, entonces “bueno, con todo esto que me has dicho ¿que aspectos crees que son centrales en este momento para ti trabajar?”

EBA27: O sea hay un acuerdo de los objetivos

PA27: La expectativa, también “tu que esperarías de este acompañamiento terapéutico” ¿no? esto fue el motivo, “y tú que esperarías a partir de esto que es el motivo por el cual consultas, entonces ¿que te gustaría” entonces algunos dicen “comprender mas que es lo que me pasa” otras dicen “es que no sentir más esto, esto es horrible, estoy aburrida de sentirme así” otras es como “no, me gustaría tener novio” hay chicas que “quiero tener pareja y no sé cómo tener pareja” y “con esto que hemos hablado con las preguntas que te he hecho que te ha llamado la atención, ¿cuáles crees que son los ejes?” entonces las personas me dicen y yo les digo, “creo que también sería importante trabajar esto”

EBA28: Tu propones también

PA28: Exacto, “¿que te parece?” “si, si me parece” entonces buenos vamos acordando cuales serían los ejes de trabajo.

EBA29: Digamos que ya después cuando se trabajan los objetivos, ¿de qué forma tu cierras estos procesos? O sea ¿de qué manera te das cuenta que el problema de depresión ya no está?

PA29: Esto pues se va viendo, la misma persona lo va diciendo, va narrando como ya está funcionando más, está pudiendo salir nuevamente, hacer cosas que antes no hacía, ha cambiado cosas en su vida, está más vital, es con ánimo, ha

mejorado el sueño y la alimentación, las rutinas de ejercicio y empieza a espaciarse, ¿no?, inicialmente cuando son personas que están en una depresión muy fuerte si es consulta cada ocho días, hay gente que lo hace dos veces por semana, pero a mí personalmente me parece demasiado, pero si semanal, ya después lo vamos espaciando cada quince días, y ya después podemos ir espaciando una vez al mes, y ya vamos preparando el cierre, y hacemos un balance, ¿no?, “tu cuando llegaste me dijiste esto” les leo, “tú me dijiste que estabas no sé qué y que tu esperabas eso” “¿cómo te sientes con respecto a?” ¿no?, entonces a veces lo podemos hacer verbalmente o a veces también a través de ejercicios psicodramáticos, ¿no?, “como llegaste ¿cómo estaba tu cuerpo? ¿cómo no sé qué? ¿ahorita como esta? En este momento...” ¿sí?

EBA30: La persona experimenta ese cambio

PA30: Claro, “¿cómo ha sido? ¿que pasos has dado?” entonces...

EAA31: Poder darle un antes y un después

PA31: Claro, y que la persona se apropie del camino, ¿no?, porque pues que yo lo sepa pues no sirve de a mucho, la idea es que la misma persona se apropie lo sienta y como que bueno “para dar ese paso ¿qué fue importante?” y si él no se acuerda, entonces yo “¿te acuerdas que en ese momento, esta cosa y esto, esto fue...?” ... eso es lineamientos para hacer el cierre, otro que hicimos que fue muy bonito recientemente, fue una línea de vida, entonces desde que inició el proceso terapéutico hasta ahora, una línea de tiempo no es una línea de vida, “¿te acuerdas en este momento que fue lo que paso? ¿qué cosas positivas? ¿qué aspectos fuertes? ¿qué aspectos digamos que fueron los que bajonearon?” y hacer un balance de cómo ha su vida durante el tiempo que ha estado en el proceso psicoterapéutico, también es bonito, incluso toman fotos, se lo llevan, como “¡ay! Se me había olvidado esto” entonces la persona como muy “oiga, sí, yo puedo, soy capaz, he podido enfrentar” porque muchas lo que las personas alargan el proceso es como sentir “sin ti yo no voy a poder” entonces la idea si es que la persona sienta su auto-apoyo, ¿no?, necesitar siempre un apoyo externo durante un tiempo, pero que ya son capaces por si mismas de enfrentar las diferentes circunstancias vitales y tienen las herramientas en cualquier coyuntura poderla enfrentar.

EBA32: Digamos que hay me surge una pregunta y es que digamos que la persona puede ver esto como una relación dependiente, o sea poder que la persona te vea a ti como una persona muy fundamental, y pues el proceso terapéutico es muy temporal que pasa por la vida de las personas, con base a eso ¿cómo se crea la relación con tu consultante?

PA32: Siempre la relación es digamos... como una pregunta fundamental es ... porque siempre es “¿oye te parece que esta persona con la que estoy saliendo? ¿Si es para mí o no?” entonces es como devolvérsela, entonces yo “oye mira a

mí me puede parecer la persona más divina, pero lo importante es como tú te estas sintiendo ¿Que estás viendo de esta persona? ¿Como estas?” ¿no?, y siempre es como a tranquilizarlas porque a veces se vuelve como muy... como que en la toma de decisiones se van sintiendo como a veces.... Como que tiene que ser perfecta la decisión para darla, porque se vuelve muy difícil, muy inseguros, entonces digamos que “está bien si te equivocas, no va haber ningún problema, fíjate que ya eres capaz de si hay alguna equivocación, poderla asumir, y no pasa nada, o sea más allá de si, estarás triste no necesariamente deprimida, ojo,” y que la persona aprenda diferenciar, ¿no?, “el hecho de que estés triste por un duelo no quiere decir necesariamente que te vas a volver a deprimir” y que la persona siente, digamos que después que ha vivido un proceso de depresión, volver a sentir la tristeza es muy duro, entonces es como acompañarla en eso de “ fíjate que estas triste y no deprimida, ¿qué diferencias hay?” me acuerdo de un caso que acompañe, que ella también era... su depresión fue encerrarse de no sé qué, vivió un duelo, la cambiaron del trabajo, y habíamos dejado el proceso ahí, cerrado, y después de un año volvió cuando ya había hecho un duelo, y entonces le dije “bueno, ¿cómo estás?” y me dijo “pues estoy triste y estoy tranquila sintiéndome triste, no me preocupa sintiéndome triste, no me preocupa sentirme triste” que eso es una cosa muy importante, ¿no? Y “sí, hay días en los que de pronto si estoy en la casa y no me dan ganas de salir, pero no es esta cosa de una semana encerrada sin querer salir”

EAA33: O sea como la depresión dejar de ser depresión para poder permitirse una tristeza

PA33: Una tristeza, exacto, sin necesidad de que la persona...

EAA34: Te carcome

PA34: Exacto, y que ella ya sabe, “¿cuáles de las cosas, herramientas que fueron útiles en el pasado, están utilizando ahora?”, entonces ha sido como, en esos momentos de crisis de pronto vuelve, ¿no?, o volvió esta mujer, entonces bueno, “de esas cosas que utilizamos antes, que fueron útiles antes, ¿cuáles crees que serían útiles ahora?” y es “ah verdad, a mí se me había olvidado, esto, esto, esto” es más como un... pero ya la persona mucho más apropiada de su... o sea como la clave siempre es, “¿tu qué quieres?” y yo “.. te puedo sugerir...”, pero es que crees tú, darle el poder a la persona de definir, por eso también la clave también de... pues para mí ha sido fundamental, de los ejes a trabajar en la terapia, construirlos en conjunto, no como “tú lo que necesitas es esto”

EBA35: Si una de estas personas que acudieron a ti por un motivo de depresión estuvieran acá, ¿qué dirían de ti? O sea ¿dentro de la relación que tu estableciste?

PA35: Que soy una maravilla! Jajá Que soy lo más jajá “díganle chicas” jajá, ¡No! Que creo que dirían, porque además me lo han dicho, ¿no?, digamos que como lo que te digo de la monjita, la otra que va y viene, la otra que se fue a España e hicimos el balance, es muy muy bonito además, ¿no?, de hecho esa mática, esa succulenta me la regalo a ella, siempre me traen regalitos, ¿no?, y digamos como que hay mucha gente que ha venido a terapia, “muchacha” estoy ya siendo muy presumida, no, algunas personas que han venido a terapia que han tenido mucho prejuicios o malas experiencias, prejuicios porque siempre es la crítica a los psicólogos y otros que han tenido, que de verdad con la mano en el corazón, que vergüenza de verdad las intervenciones que hacen algunos colegas, especialmente cuando tienen que trabajar en EPS's que es 20 minutos y el siguiente, y pues no tienes la posibilidad de construir ningún vínculo, entonces ¿que es lo que ha sido fundamental? Eso, el vínculo, construir un vínculo con la persona, que la persona sienta que hay un otro, que hay una otra persona, que en este caso vengo a ser yo, pero puede ser cualquier otro ser humano, que está ahí, y que está presente, que está atenta, que la cuida y que también confronta, ¿no?, y que es genuino, ¿no?, esto que paso con ustedes, si esta Mariño, que si esta no sé qué, yo soy así, que si hay partido, que si me da risa, que me dieron ganas de ir al baño, o sea esto es, yo soy así.

EAA36: De acuerdo

PA36: Entonces que se sienten, digamos como que parte de lo que también vemos es, y que eso también les da permiso de ser tal cual quien son, no?, de si están con rabia poder expresar la rabia, decir las groserías que dirían a cualquier persona, de ser como son, no?, entonces creo que es eso, ha sido una relación que les ha permitido ser como ellas les gusta ser, como querían ser, que eso me parece lo más lindo, no?, como el permiso de ser tal cual soy

EBA37: Digamos que con base a eso, cuando tu creas una relación de permiso de que sea como se le ocurra que sea, ¿manejas un lenguaje específico para referirte a esa persona?

EAA37: ¿O para construir esa relación?

PA37: Normalmente yo me refiero a las personas por el diminutivo, ¿no?, y creo que a partir en Argentina todo el mundo es... ¿no?, entonces Edu era el director de la escuela, Eduardo Caran, entonces Edu y él es Edu para todo el mundo, y eso fue una experiencia muy buena en Argentina porque la experiencia clínica que yo tuve en la Javeriana, yo estude allá, la práctica clínica fue de un enfoque psicodinámico y yo me sentía amarrada, que uno daba la mano, pero si se da la mano no se da la mano, que si se tiene que sentar en L, que si la persona te da un regalo o no, entonces interpretas el regalo, de que es lo que... o sea una cosa, que si a mí me da risa no me podía reír...

EAA38: Te analizan por todo

EBA38: Una paranoia por todo

PA38: Sí, no, yo me sentía amarrada

EAA39: Y qué si te da risa y te muerdes la lengua, no puedes ni nada...jajá

PA39: Nada, no, la cara de póker, no o sea yo decía “Dios mío, yo no puedo”, o sea yo no sirve para... o sea cuando yo tuve mi práctica clínica en consultores yo dije “no sirvo para la clínica”, entonces yo había hecho una práctica social, porque siempre eran las dos cosas que a mí me gustaban, social y clínica, primer año practica social, segundo año clínica, entonces social maravillosa, feliz, ua ua, y en segundo clínica yo me sentía “que es esto tan horrible”, y afortunadamente por mi trabajo conocí la Gestalt y dije “que es esta maravilla poder ser quien uno es”, ¡claro!, evidentemente uno como terapeuta no inunda el espacio, el campo, con lo de uno, o sea yo no me puedo estar reventando de la risa todo el tiempo, pero si en un momento en lo que la persona me dice me da risa, pues me dio risa, es peor uno estarse conteniendo “no me puedo reír, no me puedo reír” porque es más interruptor del contacto, el “no me puedo reír” a que me reí y ya, y la persona sigue, y ya está, no pasó nada, ¿no?, lo mismo la parte física, aprender también que el cuerpo es una herramienta fundamental, no?, con una chica que llevamos un proceso muy bonito que había vivido muy fóbica, ataques de pánico y de todo, ahorita está viviendo en Brasil, o sea ella no salía de la macarena, no salía de su barrio y ahorita está en Brasil haciendo su doctorado, o sea, esto pa’ las dos es como ¡UAU! Es súper bonito, y justo ayer tuvimos terapia por Skype y me decía a mí, “yo no creo que pueda decir de todo, que estoy curada” pero ella no se montaba en un Transmilenio, o sea sino salía de la macarena porque no era capaz de montarse en un Transmilenio, imagínate lo que es montarse en un avión...

EAA40: Y más a otro país

EBA40: Y en el país más sobrepoblado de Latinoamérica

PA41: O sea sola y a Sao Paolo, además fue súper bonito, ¿no?, para mi más que confianza en mí, ha sido creer en la psicoterapia, ¿no?, me dice... ah bueno, me estabas diciendo como es el vínculo y como les digo, yo les digo por los diminutivos, entonces yo “Pao, Alex, no sé qué”, los diminutivos, porque se genera una cosa más cercana, ¿no? “Pao, Lui, no sé qué, tarara...” ¿no?, como una cosa sí más ehh... y ella también ¿no?, “no me digas doctora, Rosana, o Ro, Roxi... no sé, somos dos seres humanos y ya” evidentemente no es una relación horizontal, es una relación que me acuerdo de una de ellas, Cata, de hecho me decía, es muy llamativo, porque me decía “yo te siento a ti muy cercana” me decía y “tu sabes toda mi vida y yo sé muy poquito de la tuya” ¿sí?, y claro yo en algún momento no quería atender en mi casa, me parecía

que era importante tener separado los dos espacios, por temas de comodidad, que fue la transición que te toco a ti, por cosas fue que yo dije “oye esto está muy cómodo atender a mi casa” porque claro yo atendía en la 118 con 15 y regresaba hasta acá mamada, y se me estaba volviendo la consulta insoportable, pero era ¡uau!, pero era.. por eso, porque llovía y uno tenía que coger el bus porque no había taxi, o cogía taxi y me demoraba media hora pedirlo, y entonces yo decía “me va tocar dejar la terapia” hasta que yo dije “pero si yo lo disfruto tanto”, entonces ahí fue la transición justo con esta chica que estaba teniendo estos problemas de ataques de pánico y fobia, y cuando vinieron con tu familia que empiezo yo a “voy a ensayar a ver cómo me siento atendiendo en mi casa” y yo dije “ese mes de septiembre va ser el mes de ensayo, si me siento bien continuo, sí no, sigo atendiendo en el consultorio de allá” cuando dije “esto es una maravilla”, ya, chan chan, adecuamos y listo, y ha sido digamos eso, como que pueden conocer un poco de mi a través de esto, pues porque esto parte de lo que yo soy, eh el vínculo creo que lo haría fundamental esto de la horizontalidad y esto de acompañar también sus éxitos, ¿no?, como esto de “pucha [sic] recibí una beca y no me había podido ir, porque no era capaz de viajar a otro país, poder disfrutar de la beca que me gane para ir a otro país” y poder decir “creo que supere la fobia a los aviones” me dice “no sé si estoy del todo curada, pero ya descubrí unos tips, entonces me viene muy bien sentarme más hacia atrás, hacia la ventana, no sé qué tarará” o sea ya muy consciente de sí misma ¿no?, “y en un momento cuando empecé a ver que estaban todas esas luces infinitas de Sao Paulo, yo dije esto es demasiado grande, y empecé a hiperventilar” la conciencia de su propio cuerpo ¿no?, “esto es demasiado grande, ¿yo cómo voy a estar en una ciudad tan grande?, mucho más grande que Bogotá”, ya había vivido “empecé a sentir los síntomas cuando iba a comenzar un ataque de pánico y dije, cerré los ojos, y dije “no puedo cerrar la ventanilla” porque, pues ya era el momento de aterrizar, pero, cerré los ojos y dije “la respiración, yo soy capaz de controlar...” yo me decía eso, pero me provocaba ponerme a llorar ¿no?, y la pude controlar, respiré, me serené y dije “yo soy capaz, si yo he podido antes y he vivido en esto, ¿por qué ahora no?”, autocontrol, y pudo reconocer los propios, ¡ah! ¿qué es lo que pasa con los ataques de pánico? la persona, la fantasía catastrófica la gobierna tanto que se desconecta completamente de su cuerpo, entonces si ya, ya empezó a tener su fantasía anticipatoria catastrófica, empezó a sentir y empezó a conectar con su cuerpo, con la respiración y en todo, y la pudo... me dijo “me bajé perfecta, no sé qué” y yo decía “esto es muy bonito” ,no? y ver cómo las personas recuperan su calidad de vida, la monjita también me decía, divina, me decía “gracias, o sea, poder volver a hacer lo que hago, en otro ritmo” porque venía ella en un ritmo desbordado de haber vivido muchos años en el Chocó, muchos años en Santander, ¿sí?, fuera de sí y no entender, que claro, su cuerpo ya no le respondía, sentirse frustrada por eso generó la depresión, y es como decir “puedo seguirlo haciendo en otro ritmo y teniéndome en cuenta a mí

misma"... eh... muy lindo ¿no? Esto, que la persona pueda vivir la vida que quiere siendo más consciente de sí, a mí eso me parece un regalo maravilloso

EBA42: Digamos que un poco, ya que un poco más personal eh... digamos que auto-observándote, ¿Qué recursos personales has visto en ti, que te ayude a hacer intervención en depresión? Bueno, a una persona que acude a por un motivo de depresión.

PA42: El humor, yo creo que es, sí, no soy la persona más payasa, chistosa, pero sí de pronto me da risa o le hago el chiste, entonces que la persona también se aprenda a reír de sí misma, es útil, ¿no? Porque también el humor en las personas deprimidas se ve súper afectado, entonces cuando ya la persona también empieza, poco a poco, yo no me le voy a reír jajá, "no se puede levantar de la cama", ¡no!..., claramente no, pero cuando la persona empieza a hacer chistes, desde ahí, también me agarro, de ahí también me agarro como "¡uy no, pero qué tal!, ahora no sé qué" ¿no? como esto, entonces la persona ahí, empieza... ¿no?, a propósito de esta chica que les decía ¿no?, del cuerpo, de que antes de, dentro de la psicodinámica.. pues dentro de un enfoque psicodinámico más estricto y rígido, tú nunca le das un abrazo, para ella ¿no?, claro, sus abrazos... ¿cómo son los abrazos de una persona fóbica?, así, (pose corporal de PA), o sea casi no hay contacto, rápido y camina, casi en la puntita de los pies, que no se sienta, que no se note, que, y la cabeza abajo, el mismo cuerpo de ella ya... entonces, me dice ella la última vez "tú te das cuenta la..." ahorita que se iba nuevamente a Brasil "...tú te das cuenta que ya nuestros abrazos pueden durar un poquito más?" dice ella, o sea ya, ésta conciencia de cómo va cambiando el acercamiento ¿no?, con el cuerpo de otros, y que del cuerpo mismo ya está diciendo ella misma, ya se ha dado cuenta, "oiga ya tolero un abrazo de alguien, antes no lo toleraba, no podía" ni yo la tocaba porque sabía que... una persona fóbica ¿cómo la vas a tocar?, es absolutamente amenazante

EAA43: Hay una pregunta que me causa una curiosidad, y es como... ¿cómo siente...? tú acabas de decir, bueno, dijiste anteriormente que sentías a una persona depresiva, ¿cómo la sientes?, ¿cómo son esas sensaciones en ti? ¿que te invitan a pensar?

PA43: Acá (pose corporal de A en el pecho), es una tristeza muy profunda ¿no?, cuando están... es como un agh (suspiro) ¿no?, a veces es como... una sensación en el pecho, una... que inmediatamente tú lo sientes y es como, que es el cuerpo de la persona depresiva ¿no?, hacia abajo, agachada, mirando hacia abajo ¿no?, se siente el pecho hacia dentro ¿no?, entonces parte de lo que hay que trabajar es esto ¿no?, como en volver a abrir el pecho, volver a subir la cabeza ¿no?, volver a... me puedo sentir triste y acompañarme yo en mi tristeza, no hundirme yo con ella, digamos que es una metáfora corporal muy sencilla... pero ayuda a la persona, como que sí, no tengo ser la más eufórica y eso, pero puedo estar triste y no hundirme tanto ¿no?, entonces se

siente mucho acá, en, en las personas deprimidas, las rabias muy, mucho más de acá (pose corporal que señala el estómago) ¿no?, a veces también las personas... eh... la ansiedad es más como de la sensación es más de los brazos, de las manos ¿no? la rabia también más acá...

EAA44: Así, así las ves a las a ellas, a las personas...

EA44: El cuerpo y también las siento

EAA45: ¿Qué sientes tú?

PA45: Eso!... la opresión en el pecho

EAA46: ¿sientes como... la opresión en el pecho, o...?

PA46: La opresión en el pecho, cuando la persona a veces está muy, muy, muy deprimida... ¡siento!, tú sientes ¿no?, yo no sé si lo has sentido, pero es, claro... por eso es también es tan importante como trabajar el cuerpo y... e ir diferenciando... ¿Qué es lo mío? Y ¿Qué es del otro?, entonces, antes de yo recibir una persona, es como... bueno, ¿Cómo estoy yo?, antes, tener conciencia, ¿Cómo estoy yo?, ¿Cómo está mi cuerpo?, porque claro, yo le puedo chantar a la persona mi tristeza... y entonces yo estoy re-triste porque se murió... no sé, ahorita me voy a una misa porque murió una tía muy cercana hace 8 días, 9 días ¿no?, pues no lo voy a... yo sé que yo estoy triste, entonces si yo siento algo acá, jeje no, no es tuyo, es mío, entonces esto, digamos como que siempre un chequeo, en lo que, ¿qué estoy sintiendo en este momento? ¿no? en la mañana ¿no? o sea un momento de meditación, de... de revisarme a mí mismo, ¿en qué estoy?, ¿qué cosas me están preocupando hoy?, ¿cómo estoy para recibir a la gente hoy? ¿no?, y también para poder saber ¿no? ¿cómo estoy en este momento que te voy a recibir a ti? y... cuando ya estoy, y de pronto empezamos a hablar, y empiezo a sentir, y me ha pasado con algunas personas ¿no?, como que empiezo a sentir un dolorcito acá (señal en el hombro), o empiezo a sentir una sensación acá, o empiezo una cosa acá, un hormigueo en las manos o empiezo a ver, simplemente el cuerpo de ella como empieza a hablar, entonces le digo “oye, estoy... ¿cómo está tu hombro derecho?” ¿no? entonces “ay no, es que estoy sintiendo un dolor”, entonces digo “ay, mira es que yo también estoy sintiendo” ¿no? es, ahí también habla la conexión, el tipo de vínculo ¿no?, o “¿dónde está sintiendo la rabia?” Y entonces me dice “no, es que tengo una piedra... tengo una rabia”, “¿dónde la está sintiendo?” Ah claro, entonces ella me corrobora que lo que yo estaba sintiendo era de ella.

EBA47: Digamos que ya unas últimas dos preguntas... eh, me gustaría que nos comentaras digamos ¿Qué experiencias de tu vida personal, crees que te hay llevado a pensar así, acerca de cómo comprendes la depresión?

PA47: Mi hermana sufrió una depresión post parto, cuando tuvo a mi sobrinita, hace seis años, que es la que está ahí, la chiquitica esa que ya tiene seis, una cachetona divina esa.

EAA48: ¡ay que linda!

PA48: Sí, es una cosita divina, y vive en Francia mi hermana y fue muy duro para toda la familia porque ella está, la nena se adelantó, la idea era viajar, mi mamá tiene problemas cardiacos y no puede vivir temperaturas extremas, entonces ya irse en invierno a Francia pues no podía, entonces la idea era que fuera yo, en ése momento yo estaba viviendo en Pasto, y cuando nació la niña pues yo estaba todavía trabajando, traté de adelantar los más que pudiera, el caso fue que llegué con mi hermana allá, había empezado una depresión post parto... mi hermana tiene una tendencia, pero te digo de cosas de fondo, una tendencia depresiva, no todo el tiempo, pero uno sabe que ella “nada, un problema en el trabajo” lo vuelve más grande entonces ya lo sabemos y lo hablamos mucho, entonces, de hecho también eh... digamos al haber tenido una persona con este tipo de carácter en la familia también, ha sido como... me ha permitido ver, uno, creer que la persona lo puede superar, que lo puede comprender, y, que la familia también es un apoyo súper, ¿no?, entonces claro sabíamos que mi hermana venía antes con antecedentes depresión viviendo en Francia con su marido, pero sin su red de apoyo que estaba acá ¿no?, y ella es muy sensible, entonces que su mamá y su hermana... dada estuviesen..., entonces ya era como “haber ya a aterrizar”, ¿no? “haber, ¿Qué es lo que se puede?, ¿Qué no?, y dentro de lo que se puede ¿Qué te sirve?”, entonces bueno “mi mamá no puede ir, pero voy yo, listo, perfecto, no sé qué, tarará” se adelantó la niña, bueno entonces no puede estar... eh... la suegra, pero claro, entonces y ella ya tenía antecedentes, ella era muy probable... ella afortunadamente venía con un proceso psicoterapéutico previo, la terapeuta de ella allá también estaba atenta, yo también, claro siendo psicóloga yo dije “uhm puede...”, efectivamente hizo una depresión post parto, entonces haber estado con mi hermana, ver lo duro que es no acompañarla, ese llanto profundo en esa sensación de impotencia de decir “me gustaría poder sentir que amo a mi hija, que es lo más grande del universo, que es el regalo ¡y no!, no lo siento” ¿no? no... “quisiera, funciona uno en automático, sé que me tengo que levantar porque me tengo que levantar por ella, no porque yo quiera” y poderlo hablar así ¿no?, y que... claro somos muy cercanas y ella es muy abierta conmigo y poderme decir “eso que le venden a uno en Johnson & Johnson, en los comerciales, es pura mentira, no sé qué, habrá gente que lo siente pero habrá gente que no, ¿por qué no le dicen a uno que es también no sentir eso...? me siento mala mamá”

EBA49: Juzgada

PA49: Claro, juzgada, empezó a tomar, justo cuando yo llegué había ido al médico entonces le mandó fluoxetina, entonces dijo “yo espero que llegue mi

hermana” y le cayó re mal la fluoxetina, entonces, entender también, mi amigo el psiquiatra entonces le escribí, “mira esto...” me dijo “los primeros quince días son difíciles”, entonces me..., yo le dije, espérate que yo llegue, entonces, entender ¿no? la ansiedad, la cosa que le dio con la fluoxetina fue impresionante ¿no?, entonces verla a ella, y decía “es que no me agunto mi cuerpo” ¿no?, poder estar ahí, verlo, entender la sensación física, poderlo trabajar con ella, hacer con ella los ejercicios, entender que ella ahorita necesita..., o sea, necesitaba ayuda... encargarme yo de la niña y ella si quiera estar con ella ¿no?, quitar la culpa por no poderle dar más leche materna pues porque si está tomando fluoxetina, ¿cómo le daba más...? ¿cómo la amamantaba? Entonces eso para mí también fue muy importante a nivel vital, como entender por dentro, ¿cómo se siente la persona?, y, sobre todo, que era algo... también lo vimos mucho con la monjita, que los mandatos externos, es como, “ponga de su parte o es que, si tuviera una verdadera fe, no estaría pasando por eso” ¿no?, como entender que ese tipo de discursos que aparecen de afuera y esas voces externas, que con muy buena intención dicen “tú lo vas a poder superar, pon de tu parte, ponle fuerza que eso lo vas a superar” no ayudan, sino ayudan a hundir a la persona más a sentirse culpable

EBA50: Frustrada

PA50: Por no poder superarlo con buena voluntad, entonces como qué para mí, ya se volvió una cosa muy... cuando le digo a una persona “yo entiendo que esto va más allá de tu buena voluntad, claro que para ti sería... si pudieras elegir entre sentir esto y no sentirlo, ¿tú qué harías?, pues no sentirlo evidentemente, yo lo entiendo, entonces no te sientas mal por no sentir así, está bien” o sea, como es como ah... ¡ay, qué alivio! ¿no?, porque todo el mundo..., la familia en el afán es como “claro, no, pero (palmas), cómo, haber, ánimo, un nuevo día, hay que darle gracias, a Dios por la vida, suba la cortina” sino se dañan ¿no?, y la monjita es como (palmas) “vamos a rezar el rosario, no sé qué...”, ¿cuál rosario?, ¿no? entonces encima de todo empieza la crisis de fe, entonces es como “no, yo en este momento... no, no tengo ganas de vivir, no tengo...” o sea si no sientes ganas por tu hija ¿no?, si no sientes... así que te mueres de amor, es lo que supuestamente te dicen “que tu hija sea...”, entonces es como de decir “hey” realmente es como cosa que va más allá de la voluntad de la persona, poderlo entender, verlo, haberlo compartido, vivido, y sentirlo ¿no?, sentir su dolor y verlo tan fuerte, fue muy importante también para mí, como para aterrizar eso,

EBA51:Ok, ayuda a... para empezar a entender como la otra persona..., y vivirlo así

PA51: Terminar de entender, como terminar de vivirlo porque yo afortunadamente, obvio he estado triste ¿verdad?, pero una depresión como tal no he tenido, pero sí, digamos, el haber acompañado tan cercano a mi hermana, viviendo su depresión, acompañándola en su proceso, respetando su proceso, viendo qué

se le servía, qué no, hablando con ella, fue muy importante también en ese sentido, como de poder acompañar a personas con depresión.

EBA52: Ok, listo. Y bueno, ya, por último, digamos que..., ¿cómo piensas que es tu estilo de hacer terapia?, ya recogiendo un poco...

PA52: Dímelo tú... eh

risas

EBA53: Todo esto...

PA53: Tú, ¿qué dirías?

EBA54: Pues queremos ver a ver, digamos, (risas R), tú qué piensas ¿cómo lo nombras?, si tienes un nombre.

EAA54: Si es válido también desde tu propia voz, cómo defines...

PA54: Mi estilo se llama, les voy a decir cómo se llama “Rosanesco”, ese es mi estilo (risas de todos), y sí, cómo les voy a decir mi estilo, es mi estilo, no les puedo decir que es gestáltico porque, así como hay número de terapeutas gestálticos, hay formas y estilos de hacer terapia, ¿no? mi estilo es el mío, ¿sí?, no es ni mejor ni peor que otro, es lo que soy yo, yo en terapia pongo lo que yo soy, y en lo que yo creo, en lo que he vivido, lo que he visto, también opera mucho la intuición ¿no?, uy por acá va, confiar también mucho en la persona ¿no?, en, en, en la persona que estoy acompañando... como, creer, bueno en Gestalt se habla de la sabiduría organísmica, creer también en la sabiduría organísmica de ese otro ser que estoy acompañando, entonces es..., eso es lo que me ha funcionado, digamos, como que creo que, ser yo es..., es, lo que he ido, porque eso te lo dicen en la teoría y yo lo leía ¿no? y entonces, claro, tú al principio dices, es... es... ¿esto es muy raro?, ¿no?, como... ¿cómo así? ¿no? como..., y cada vez lo compruebo, más y más y más, porque claro, al principio yo trataba a través de... bueno, mi primera terapeuta, mi primera psicóloga, se puede decir terapeuta ya, se llamaba Rosana también, entonces claro, yo trataba de parecerme a Ro ¿no?, entonces ella me decía Ro y yo le decía Ro, entonces éramos como las Ro, (risas S y A), después, sí, a Edu, que era, fuera mi maestro, entonces yo trataba de parecerme a Edu ¿no?, entonces... y después trataba de..., y no, eso no funcionaba ¿no?, porque pues, yo no soy ellos ni ellos son yo, afortunadamente, y cada vez pues irlo afianzando, viendo que cuando más soy yo es cuando más funciona, cuando me alejo de lo que soy yo, de lo que creo, es cuando la cosa no fluye..., y también veo que también he experimentado que hay gente que un estilo terapéutico, digamos que así es, más, más abierto, más flexible, más cercano como que les..., no se sienten cómodos, o sea, hay gente digamos que, que trabaja incluso en la Konrad Lorenz, que son muy comportamentales, muy conductistas, y todo... y que han venido y que son felices, incluso una chica

que era, que era, estudiaba la maestría en clínica de la Javeriana, de, de... conductual, se retiró y empezó la formación en Gestalt, y yo dije “no, esa no es la idea”, ¿no?, (risas S y A), pero ella ya venía...

EBA55: “Yo sí quiero parecerme a Rosana S”

PA55: No, ella ya venía con un cuestionamiento, cuestionamiento, pero lo que le sirvió la terapia, yo le dije “pero tú por qué estás escogiendo una terapia gestaltista cuando tú eres... tienes que hacer una terapia conductual”, y me dijo “no es que precisamente eso es lo que no, no estoy sintiendo”. Y ahora pues la más feliz y todo... y hay otros, que..., vienen dos, tres veces y como que..., “uy no, no, no ¿cómo así?, ¿cuál es el orden?”, “¿cuál es la estructura? esto está demasiado...”

EBA56: Abierto

PA56: Claro, así, más, claro, entonces como que también yo entiendo que este estilo le puede venir muy bien a algunas personas y este estilo no le viene bien, tan bien a otras, entonces como que ya también con eso me he relajado, y entiendo que, digamos como que, yo por eso también aclaro por teléfono ¿no?, y también siento a la persona, y, y..., yo misma me dejo sentir, y hay veces que puede ser que yo sienta que la persona..., que yo puedo ayudar a la persona teóricamente, pero yo digo “hm, hm, hay algo que internamente no” ¿sí?, digamos como que cada vez me hago más caso, porque a veces no me hacía tanto caso, cada vez voy haciendo..., hay veces en las que no y hay veces en las que al final digo “carajo, me hubiera hecho caso” ¿sí?, porque cada vez como que voy entendiendo que esa parte, que vas más allá de lo teórico que es muy intuitivo, que es muy perceptivo, muy..., eso es súper..., esa es la clave, digamos como... hm... en qué ayuda y que me hace... tan bien, como prestar un servicio que sea útil para las personas ¿no?, eso es...

EBA57: Bueno

EAA57: Vale

EBA58: No sé, ¿tienes algo más que decir?

PA58: No sé si tengan alguna..., algo más que preguntar

EAA58: No creo que, vamos a pasar a un breve momento en el que EB y yo vamos a conversar acerca de lo que hemos encontrado...

Momento 2

EAA59: Vale, bueno EB, eh..., ¿estamos grabando?, sí, estamos grabando..., ¿cómo vas hasta ahora?

EBA59: Bien... no, pues bien, pues no sé, nos ayudó mucho no sé, y de una u otra forma, O sea, creo yo que, a comparación con PP, ella si se ha centrado más en las experiencias como tal, y ella ha sido, muy, muy específica en momentos y creo yo, que eso nos articula un poco el trabajo de comprensión y experiencia, o sea identidad terapéutica y experiencia en terapia que se han logrado con este ejercicio, pero ha sido porque de una u otra forma, su forma... su forma de ver las cosas ha sido muy experiencial ¿sí?, su forma de ver las cosas es vivir desde el momento presente, es desde el aquí, desde el ahora, entonces creo yo que eso pues ha funcionado mucho, y no sé el tema de la conversación fíjate que ella vive todo el tiempo conectada con sus emociones, y..., y nosotros nos sentimos muy, o sea, yo me sentí muy movilizado personalmente, por algunas situaciones, porque ella manifestaba su emoción, y al ver esa emoción viva, pues yo me conectaba con esa emoción y momentos de... de mucha alegría nos subía, y momentos digamos de..., un poco de... de tristeza o digamos que de... un poquito de ash qué cosa, nos bajaba también, entonces digamos que ella nos subía y nos bajaba de una u otra forma, pero era porque su forma de ser es muy emocional, es muy emotiva

EAA60: ¿Cómo te sentiste tú dentro de la... haciendo la entrevista?

EBA60: Muy bien, muy bien, pues eh... pues en un, pues en un momento sentí pues que, que me, que estaba corriendo mucho y que, y que estaba más que todo conectado en la pregunta y no en lo que ella me decía, por lo mismo que por el tiempo, porque sentía que nos faltaba todavía muchas cosas, y estaba indagando un check list sobre, qué no tenemos y qué no tenemos, más sin embargo, sentí que, pues que..., pues me sentí muy cómodo con ella..., sentí todo el tiempo, o sea, no es, no es, no es difícil conectarse con PA, o sea no, no es nada complicado, creo yo que intentar entender su punto de vista, lo hace tan fácil porque ella..., como lo expresa, desde la emoción, desde su..., desde su lenguaje no corporal, desde lenguaje corporal, sí, eso hace que la idea se entienda mucho más, entonces, hay una claridad y una coherencia, pues o sea, impresionante. ¿Tú cómo te sentiste?

EAA61: Yo creo que..., me siento como eh... honrado de... hacer parte de un espacio tan bonito como es encontrarnos con una persona, para quien lo psicoterapéutico representa un encuentro de lo humano con lo humano, porque creo que... eh..., si bien es cierto ella se formó como Gestalt terapeuta y tiene muchas experiencias muy bonitas eh..., es ella haciendo terapia, la que, la que eh..., lo que la hace ser la clase de construir su estilo terapéutico, y siento que..., pues a mí a título personal, me da muchas lecciones, me deja pensando también en cositas en términos de, ¿cómo estoy llevando mis casos?, ¿qué tanto me permito ser yo en consulta?, qué podría empezar a aprender de estas, de estas posturas que... eh..., que rompen lo teórico dicen, dicen lo teórico llega hasta cierto punto, pero es el que hace psicoterapia eres

tú, no el libro, y en ése sentido pues, siento que, eso, eso me conecta mucho con lo que está, lo que está proyectando o lo que está manifestando PA en esta, en esta entrevista y en este espacio, eh... a modo de ir como sacando algunas conclusiones pensaría que eso es el estilo terapéutico, o sea como que su estilo terapéutico se construye, en la medida en la que, ella se permite encontrarse con lo humano, tiene unos referentes eh conceptuales que la invitan a comprender los dilemas humanos desde una perspectiva, y ella es una compañía que es, es auténtica pero que acompaña precisamente esos procesos de encontrar a la persona, de que la persona se encuentre consigo misma, pues pensaba como en eso EB

EBA61: Sí, creo yo que vuelve el tema de la autenticidad, también recordé mucho, las palabras de PP, o sea, sentía que habían cosas que se conectaban mucho, o sea no, no están tan distantes de la forma en como entienden y comprenden la depresión y la intervención clínica, creo yo que digamos que el cuidado de sí mismo ¿sí?, y las posturas del cuidado, de las posturas de vivir el presente, desde vivir desde su propio yo experiencial, creo yo que eso pues lo asume mucho, entonces creería yo que el estilo de ella es Rosanesco precisamente porque, porque efectivamente es (llamada entrante al celular de S)... porque efectivamente es, es ella, o sea, no es el modelo terapia..., o sea, no, no es el modelo teórico, sino que es ella, es ella, es ella en, en, en todas sus..., en todos sus ámbitos y creo yo que ella misma es consciente de eso y ya. No sentí nada más que decir.

EAA62: De acuerdo, porque es que, ¿qué tipo de mensaje consideramos que podríamos dejarle a PA en este espacio?

EBA62: Hm... pues nada, yo creo que uno darle, es como, es darle la retroalimentación auto-referencial sobre la forma en como..., en cómo nos sentimos con ella, ¿Sí?, o sea, la manera en la cual nos sentimos retro-alimentados en nuestro ejercicio también clínico, y de una u otra forma después seguir con esas cosas, que decimos como “nuestra percepción en cuanto a tu estilo personal pues es desde lo, pues para hacer terapia, es desde lo humano” y eso que acabaste de decir, yo creo que se le podrías decir así tal cual, porque creo yo que pues es muy claro, va al punto y después decirle que al final, pues dentro de la evaluación de los resultados, pues vamos a ampliar un poco más, desde unas categorías mucho más específicas su estilo de hacer terapia, pero que hoy, hoy, nos vamos con esto, ¿Sí?

EAA63: Creo que sí, yo creo que también es como el hecho de, poder, pues eh..., dar cuenta de lo que representa también la investigación, un encuentro con humanos que se encuentran con humanos, entonces es... como más allá de la psicología en el libro, es darnos cuenta que la psicología es un encuentro de almas... de seres humanos, ¿Sí?, Sí, eso me parece, me parecería que podríamos decirle porque creo que... pues, más allá de lo... del estudio ana... analiza... ah eh, del análisis de la investigación eh..., es esto, lo que, lo que

queda del conocimiento de saber que lo psicológico, que lo terapéutico eh..., tiene como no sé si decirlo, como cierta magia, cierto, cierto tinte, cierto, cierto click que lo hace... genial, y se conecta con la experiencia.

EBA63: Claro, ujum, y no sé, digamos que, algo que, algo que funcione mucho es que, el momento en el cual ella hablaba de la, de las posturas corporales y eso, creo yo que uno también se daba cuenta, o por lo menos a mí me invitaba pensar en cómo yo estaba sentado en este momento con..., hablando con ella, entonces digamos que, su mención de todo el tiempo auto-observación sobre el cómo, de cómo yo me percibo en el momento presente con otra persona, creo que también eso a mí también ponerme a analizar eso en mí mismo pues de una u otra forma, el efecto de ella, ese estilo Rosanesco, digamos que..., sale del contexto de terapia, o sea, esa, es... ese es un estilo digamos que, no es solamente limita el contexto de terapia sino que es, también es un estilo que va más allá, afuera, una identidad personal, sí, entonces eso, entonces...

EAA64: ¿Sabes que pienso? en términos de los..., de este espacio, de equipo reflexivo, que también podríamos enfocarlo precisamente a..., a cómo te sentiste tú como entrevistador, ¿sí?, para que pues, precisamente esté, tu observación en tu voz, en este espacio, eh, ¿Qué fue lo que más te gustó EB de la entrevista?

EBA64: Hmm, bueno lo que más me gustó es que de una u otra forma, o sea, ella contaba momentos experienciales, que clarificaban cuál era su idea, y de una u otra forma sus momentos experienciales acompañados de su emoción, casi que ella traía la misma emoción que ella se sentía en ese momento ¿sí?, como, por ejemplo, la chica que estaba en Skype, que ella tenía ganas de llorar, yo también alcancé a sentir esa emoción con ella, sí, entonces, o sea, yo me sentí conectado con eso, que ella como..., o sea, ese momento de la entrevista fue indispensable para mí, o sea, ver, ver esa emotividad en ella, uff, o sea, hm me llena mucho porque de una u otra forma es también cogerle amor a la terapia, ¿sí?, o sea, ver ese amor hacia ella, ver ese amor que tiene ella hacia la terapia es como..., irradia, ¿sí?, irradia mucha energía, y es contagioso, claro es como sé que... se queda con cosas de esas, que uno dice como, o sea, que rico que vivir la experiencia clínica como desde lo, desde lo “chimba”, desde lo “bacana”, desde lo que esto me apasiona.

EAA65: ¿Qué te llevas para ti?

EBA65: Creo que..., creo que esto me deja, me deja una vocación en cuanto, uno, que no soy la técnica, sino que soy el ser, y que el ser ayuda más que la técnica, entonces eso, uff, o sea fue para mí indispensable, sí, eso fue como... ajá, uff, claro, total, y para ti ¿cómo te sentiste?

EAA66: Genial EB, yo la verdad me siento también como en el punto en el que me convence de que aquí vale más ser persona que ser psicoterapeuta formado, o

tener una técnica especial, ¿no?, sino que ehh... la técnica que más te funcione, con la que te sientas más cómodo, con la que te sientas persona, con la que te sientas... con la que puedas reconocerte a ti mismo dentro del contexto terapéutico, con la que tú puedas, o sea, pienso que la construcción de mi estilo terapéutico está en eso, en permitirme ser más yo dentro del consultorio, aprender del otro y bajarle un poquito del formalismo de lo psicoterapéutico y lo epistemológico, y darme más la oportunidad de centrarme en la experiencia, sí, pensaba como en eso. Listo EB, ¿crees que así estaría bien?

Momento 3

PA66: Bueno, díganme chicos

EAA67: Bueno, lo que queremos hacer en este espacio, es básicamente, pues, nosotros eh..., nos hemos encontrado con, con muchas cosas que también nos tocan a nivel personal

EBA67:Ehh, queremos pues hacerte una devolución también de lo que encontramos...

PA67: Perfecto

EAA68: Precisamente en este, en este espacio, y pues... también como compartirte lo que, lo que, lo que nos hemos llevado de esta experiencia tan bonita ¿sí?

PA68: Dale

EAA69: Ehh, ¿quieres comenzar o quieres que comience yo? como te sientas más cómodo, ehh...

EBA69: Bueno, pues digamos que un poco sobre, sobre la forma en cómo yo me sentí hablando contigo, pues digamos que de una u otra forma ehh, ese estilo Rosanesco que tú me lo describes, digamos que, o sea, siento que el, el estilo Rosanesco a veces sale del contexto de terapia porque digamos que también logré sentirlo acá, ¿sí?

PA69: Ujum

EBA70: O sea, de una u otra forma, tú forma auténtica de..., de ser, pues se, se extrapola al contexto de intervención, a momentos como estos, entonces, de una u otra forma, pues me sentí muy conectado con tu experiencia, con tus emociones, cuando digamos hay veces, subías un poco de alegría, me sentía conectado con tu alegría. Porque era, y cuando bajabas un poco también a..., un poco más tranquilo pues también bajaba contigo, y..., y eso me daba a entender que de una u otra forma..., no tienes, no, no es que no, no sé si tengas filtros con tus emociones, pero el caso es que, expresas tus emociones que vives en el momento ¿Sí?, y... trajiste emociones del momento pasado

también acá, de una forma increíble, y me sentí muy conectado pues con esas emociones, entonces de una u otra forma vives el momento presente y dejas que las emociones surjan... acá, entonces digamos que eso fue algo interesante, que nunca me había pasado. Y lo otro, fue que me sentí también umm pues muy alegre y como que me, o sea, es como un ejemplo también me llevo para mí mismo y es como, pues, vivir la psicoterapia como un momento... de pasión ¿sí?, como un momento de mucha vocación donde sientes, digamos, mucha felicidad y que te gusta estar acompañando procesos de las personas ¿sí?, así funcionen o no funcionen, te gusta hacerlo... Te gusta acompañarlo, entonces digamos que eso a mí, me sentí muy, también me sentí conectado porque también me gusta hacerlo, solamente que hay veces no veo tanta pasión como tú nos la mostraste hoy. ¿Sí?, y seguramente es porque creo yo que..., me has, me das algo entender, y es que uno más que ser técnica, uno es más un ser, una persona. Entonces ahí, eso fue, uff, o sea, algo que marcó mucho y que dio parte de tu forma auténtica de ver la psicología clínica

PA70: Que lindo, gracias EB

EAA71: Yo quisiera decirte pues primero, gracias, por permitirnos, por permitirme también venir a, a, a tu casa, pues, por acogernos y porque creo que también hace parte de, de ese estilo que manejas, como persona, de... ser una persona muy auténtica, de ser tú, ¿sí? Ehh..., de pronto creo que, bueno, el, el estudio podría convertirse también en un pretexto para hablar de: ¿qué es lo psicoterapéutico?, ¿cómo es que las personas construyen su estilo? Y de pronto me doy cuenta, cuando te escucho hablar, que es ehh, está muy centrado en, en darse cuenta que lo psicoterapéutico o lo terapéutico está en el encuentro de lo humano con lo humano. Y que en ése sentido cuando tú, ehh..., permites, y te haces consciente de ésa humanidad que tienes, y... cuando te das el permiso ahí, de acompañar a otros, y otros te dan el permiso de entrar a sus vidas, creo que eso, no sé, podrá sonar muy a, a teórico, obvio no sé, pero, es algo mágico, incluso. Y que incluso en ése sentido, pues, ehh..., es, lo has enriquecido en tu estilo, en lo que nos has comentado a través de ciertos aprendizajes en los que te permiten ser tú, si a ti te gusta utilizar el cuerpo, pues, lo haces, si..., como lo decías ahorita, ese estilo Rosanesco ehh..., podría, pues podría ser aquél que se enfoca en las técnicas de expresión corporal, en la conexión consigo mismo. En trabajar sobre, con las polaridades, cuando te escuchaba hablar, pensaba mucho, en no sé si fue Carl Jung el que dijo esa frase de ehh..., precisamente de que: “no se puede huir de la sombra de uno”. Y que, pues uno no saca nada pues con pelear con la sombra, sino que lo mejor es también aceptarla y reconocerla, ehh..., eso me deja muchos aprendizajes ¿sabes?, porque es también, el, el, el, el tema de cómo nosotros o cómo yo psicólogo que estoy ahorita en formación, pues también me permito ser yo, con esto que, que puedo aprender de ti, ehh..., que tienes tanto tiempo de experiencia, entonces, pues para mí, ehh pues es un

honor y pues te agradezco mucho por este espacio, pues creo que esto también me enseña más me muchos libros ¿sabes?,

PA71: Que bonitos, gracias chicos

EBA72: Digamos que, ¿tú cómo te sentiste?, sentiste que, pues... ¿Viste algo nuevo?

PA72: Bien, bien, me, me, me gustó esto de digamos que, en el proceso de uno, de ir hablando, pues uno va integrando cosas que uno dice: a verdad ¿no? Ir integrando las experiencias o personas que de pronto aparece, hay verdad que fulanita de tal, tal cosa... Sutanito... ir integrando esto que bueno, de verdad, ¿cómo he ido construyendo el estilo?, ¿qué cosas de la experiencia personal? Esto de digamos... como lo que les he dicho de mi hermana, pero digamos como de reconocerlo también acá, lógicamente como lo importante de lo que ha sido no solamente a nivel personal sino también a nivel profesional. Poderla acompañar, haberla podido acompañar en ese momento importante, y creer profundamente en que las personas pueden salir de eso. No solamente acompañar, sino verlo, haberlo visto, ¿no? y desde que, se acompañe, se respete, se permita y que la, o sea, es esto de creer ehh..., de nuevo sale otra cosa teórica de la Gestalt, pero es en la auto-regulación organísmica ¿no? Es creer plenamente en la capacidad que tenemos de buscar, generar el equilibrio interior

EBA73: Buscar el equilibrio

PA73: Desde que nos lo permitamos, desde que nos respetemos, y el organismo tiene eso. Es ver cómo eso es real ¿no?, eso, eso me gusta mucho y, y... que rico que esa pasión por lo que hago se transmita ¿no?

EAA74: Es muy genial (risas)

PA74: Eso me pareció súper bonito, me gusta porque, porque es lo que siento, porque es, cada vez que tomo una decisión respecto a tu voluntad, disfruto también mucho lo social, realmente también trabajar con los grupos es una dicha,irme hasta el magdalena medio, irme a Nariño, irme a Tumaco, irme a... es..., uff, me llena también muchísimo de vida ¿no? Entonces cuando, cuando digo, ay, claro, me llama a veces más gente como que digo ay miércoles, no me, no me, no me va a quedar espacio para lo otro, que también me gusta en un momento en el que me, mi terapeuta me dice: Rosana te va a llegar un momento en que vas a tener que decidir: la clínica o lo social, y yo digo: Fernando no me digas eso, no me desees eso

EAA75: ¿Así fue?

PA75: Sí, claro, entonces eso también, digamos, como que el gusto que siento por acompañar individualmente a las personas o a las familias o esto, uff, es un gusto muy grande que también marca esto ¿no?, ¿qué puedo?, ¿qué decisiones

que puedo tomar... en qué proyectos acompaño en lo social y qué no? Porque también es una responsabilidad, en el acompañamiento de la gente, yo no puedo dejar a la gente, que ha confiado en mí, entonces decir: mira sabes que: me voy a ir 3 meses a..., no sé, a, a Sudáfrica o me voy 3 meses a Sudán del sur ehh..., lo siento, mira a ver qué haces, no, es también una, una responsabilidad, así que gracias por eso que me dicen, me parece muy bonito además en el proceso en el que están, ha sido muy bonito esto, las preguntas, el..., bueno esto, ehh..., e ir como dándome cuenta, cómo ha sido el proceso, cómo he ido yo también re-acomodando, aprovechando la experiencia que he tenido con las personas que he acompañado ¿no? Ha sido muy bonito también ir como viendo, como ratificando cosas, de decir es verdad, esto es, esto es importante...esto lo capitalizo, o, ojo, más form..., más atención a esto.

EAA76: De acuerdo, ¿qué te queda de esta conversación?

PA76: La responsabilidad, ¿sí?, la responsabilidad de seguir como, formando, como que a veces, digamos como que a veces de alguna experiencia uno puede entrar a un proceso a decir, no, la experiencia, alguna experiencia, entonces, ya, ya, ya me las sé, entonces ¿no?, siempre hay cosas para seguir aprendiendo, siempre y creo que eso también ha sido bonito, creo que eso también de los procesos, es como decir, siempre hay un reto nuevo, entonces como seguir estudiando y seguir formando, aprendiendo también desde otros enfoques ¿no? Eso también me parece muy útil, como no como que yo, este es mi ranchito y solo desde acá me nutro, sino también aprender, desde otros lugares, me parece

EAA77: De acuerdo, oye que, que chévere eso que dices y genial

PA77: Gracias chicos y éxitos, y ustedes qué, entonces, ¿les queda un montón o qué?

Momento 4

EBA78: Pues nada, primero, ¿que viste en las preguntas?

EAA79: Siento que las preguntas abarcan y que tenemos un muy buen repertorio de preguntas, y tenemos la posibilidad de tener con que, sí?, de tener con que buscar en el relato de la persona, en ese sentido nos permite tener muy buena información, la matriz, siento que está muy completa la matriz

EBA79: Yo creo que está muy bien organizada la matriz, solamente que la matriz puede dar cuenta de toda la conversación pero no se usan todas las preguntas, entonces creo yo que nuestro nivel de observación está siendo muy pertinente para el caso de otra persona donde no haya esa misma fluidez y no esté la capacidad de abarcar varios temas al mismo tiempo. El guion es viable cuando

uno se encuentra con una persona que se limita solo a contestar la pregunta. Pero creo yo que con estas intervenciones, no usamos todas las preguntas porque nos dimos cuenta que la respuesta es abarcadora a varias preguntas, entonces sigue siendo el guion una guía de las cosas que hemos hablado y de las cosas que faltan por tocar. Además creo yo que las preguntas, algunas preguntas yo ni las leí, pero fue porque también la situación fue fluyendo y preparar la preguntas me sirvió también mucho en eso, y también me paso que yo leía la pregunta y se la lanzaba de una manera diferente

EAA79: Eso pasa, es como ese ajuste que uno hace cuando uno se encuentra con una persona en un contexto, puede que uno estructure o planee cosas pero uno termina pensando con la persona que tiene al frente. Si me gustaría que conversáramos sobre la pregunta problema de los aportes de la intervención en depresión en la construcción del estilo terapéutico.

EBA80: Bueno creo yo, haciendo un poco de generalidad, estas dos personas nos han dicho que la intervención en depresión está enfocada en hacer que la persona vuelva del pasado, ambas han dicho que ellos están muy quedados en momentos que han experimentado y se encuentran casi en un estado de “desvitalizados”, como lo dijo Rosana. Entonces esa desvitalidad significa esa desconexión entre mente y cuerpo, y fue algo que también dijo PP, ¿sí?, entonces “hay algo que yo siento y no sé qué es, y no sé de donde viene”. Y ambos dijeron que de otra forma, trabajar con personas con depresión significa hacer una activación de la persona, y cada terapeuta usa los recursos que quiere, pero si, ambas están orientadas a hacer una activación biológica, somática. ¿Tu como crees que se empieza a resolver esta pregunta?

EAA80: Yo pienso que se resuelve en la medida que, pues si pensamos que el estilo terapéutico es la implementación de un modelo de intervención, lo que siento es que el modelo de intervención esta mediado por unos signos y unas señales que ven en los consultantes como que están caídos de notas y un poco de cosas, entonces los aportes están en la medida en la que las técnicas que tienen precisamente busca activar ese tipo de personas, buscan ponerlas en un estado en la que pueden disfrutar de su vida, en la que pueden disfrutar de muchas cosas, sean muchas, puedan proyectare en un futuro pero un futuro que es un poco más feliz, entonces creo que es importante que el modelo de intervención de depresión está enfocado a traer a la persona de un pasado, traerla de un presente y reorganizar todos estos tiempos de presente, pasado y futuro, entonces en ese sentido, esos serían los aportes al estilo terapéutico. Pero también pienso que la depresión es el contexto donde los profesionales encuentran experiencias que los conectan con la posibilidad de poder activar, de ser auténticos, de usar el humor, de ponerse a sí mismos para ayudar o sacar al otro. Eso estaba pensando yo.

EBA81: Si, eso también pensaba, para ellos su forma de hacer intervención en depresión además de ser por su modelo también ha sido por su experiencia

con una persona que tiene depresión, entonces esa experiencia le has dado unos aprendizajes, ¿sí?, entonces cuando comentaba PA que para trabajar con depresión es importante hablar de antecedentes médicos como la tiroides, por lo que ese evento fue fundamental para que se implementaran la exploración de antecedentes para hacer intervención.

EAA81: Entonces como que la experiencia permite que la depresión obtenga un carácter más amplio, o sea no es solo decir estoy triste, sino que también estoy triste y mi tiroides esta vuelta nada, o también es decir estoy triste y no siento motivación por nada, cosas así. O sea entender la tristeza con una perspectiva más amplia con relación en lo que se vive.

EBA82: Y ahí es donde entra la intersubjetividad, cuando ellos están en ese momento de intervención de depresión cuando el terapeuta está en contacto con esa emoción de tristeza, anhedonia, ahí es donde juega el mecanismo de la intersubjetividad en los tres niveles, en la experiencia esta la intersubjetividad y esa intersubjetividad ha sido clara y ha sido la explicación para la que terapeuta interiorice en su experiencia, que reorganice de una manera cognitiva la manera como se manifiesta la depresión, como se siente y como se interviene.

EAA82: Hay un componente que habla PA y es el tema del cuerpo, como ella logra conectar con el cuerpo de una manera brutal en la que incluso siento lo que siente el consultante, entonces uno dice “¿como carajos?”

EBA83: Si, lo que tú dices que como que uno piensa que es magia, la parapsicología, no pues la vidente, que haremos ahora, la que tiene el don de sentir, entonces me hace acordar el tema de mi abuelita y hay veces que me dice “yo cuando estoy con esta persona siento un dolor en el pecho” y uno dice “superstición”, pero digamos que ella si lo habla abiertamente y desde una teoría que fue la bioenergética, entonces creo yo que fue interesante su conexión corporal como le permite comprender y trabajar la depresión

EAA83: Cuando ella lo habla y lo comunica es terapéutico. Yo me atrevería a pensar que lo mío es algo que va más allá de estoy triste, me permite en la lógica de PA a ser un poco más consciente de lo que me está pasando

EBA84: Si, que tiene un lugar y que no es algo que yo solo vivo y no solo algo que yo solamente vivo, entonces es como “tu no estás solo” “tu estas acompañado” y eso genera un sentimiento de que chimba, esa persona me entiende, aunque no está en mi cuerpo hay cosas que yo trasmito y ella los está sintiendo así

EAA84: Que yo trasmito y que no son palabras. Esto me hace pensar que con PP, ella nos comentaba en su enfoque y experiencia de vida se le ha invitado a ver el cuerpo como una parte importante, entonces PA también a partir de su

experiencia como Gestalt terapeuta ella también empieza a contemplar el cuerpo como algo importante. Entonces veo la relación entre el paradigma y la forma como los orienta en la intervención, pero queda la duda sobre la existencia de otras formas de hacer terapia que no se conecten con lo teórico

EBA85: Ha sido muy decisivo las experiencias personas para el momento de hacer terapia, por ejemplo PP dejó de sentirse cómoda con un modelo cognitivo y para luego pasar a un modelo mucho más experiencial, y pasa lo mismo con PA donde también se presentaron quiebres donde paso del psicoanálisis a lo gestáltico, entonces sus experiencias generan concordancia y puede que no encontremos otras personas y no hayan quiebres, por ejemplo nosotros que iniciamos en lo sistémico y puede que así terminemos, es posible, chévere mirar en PB y en PC.

EAA85: Si eso ha sido constante. Esto también se conecta mucho con la posibilidad que tienen los terapeutas de permitir que su identidad emerja, es un trabajo de personas con personas, los libros no hacen psicoterapia, y cuando las personas la ejecutan es ahí cuando se redefine el tema de ¿cuál es la que se ajusta más a mis mandatos de vida y demás?

EBA86: Otra cosas que me has hecho pensar es la pregunta que nos hacia la señora que no pudo participar, que iba dirigida a que ella no creía que la persona no creía que la depresión configurara el estilo de hacer terapia sino que de otra forma el estilo se modulaba al contexto de la depresión, entonces creo que hubo un ajuste importante en la forma como se interviene.

EAA86: Claro, entonces creo que podemos formularlo dentro de las preguntas que tenemos para poder observar si los parámetros de los terapeutas son únicos para el trabajo con depresión, sería como “lo que tú me comentas ¿se relaciona solo con la depresión? O ¿se usa con otros tipos de pautas? Pienso que el tema de la tiroides de PA fue algo que surgió en este caso particular, que hubiera pasado si emergiera en un contexto de SPA.

EBA87: Yo pienso que podríamos llevarla al contrario, ¿Crees que esta forma de intervención en depresión te ha llevado a hacer otras intervenciones en otras patologías? Porque puede que pase otra cosa y es que se vea como algo coincidencia o que sea algo claro del trabajo en depresión y el estilo de hacer intervención en los dilemas humanos

EAA87: Puede también verse con el tema de las estrategias de autocuidado, donde este tipo de experiencias lo ha invitado a crear diferentes maneras de cuidarse, y en estas situaciones de depresión se han marcado unas estrategias particulares. Siento que nos están dando muy buena información.

EBA88: Lo que pienso también en cuanto al trabajo cualitativo de segundo orden, es que esto no está dejando una articulación interna sobre la forma como

nosotros hacemos el trabajo clínico, esto está dando un resultado y es que nos está invitando a vernos todo el tiempo, a mí me ha hecho recordar cosas y sentir la coherencia de nuestras prácticas. Cuando ella me dijo de que una persona tiene que ser mas ser que técnica, dije como “no debí haber hecho eso ayer, no dejar de decirle cosas a las personas por querer llevarlas bien”. ¿a ti que te ha dejado esta entrevista?

EAA88: Esto me deja algunas enseñanzas en términos de que carajos estoy haciendo yo con mis casos, en términos de cómo me estoy cuidando yo como terapeuta para que esa relación que hay entre el consultante y yo pues permita que ambos salgamos bien, pues porque siento muy cerca eso que dijo PA sobre los comentarios que recibe de otros profesionales que no se permiten ser ellos mismos para que las cosas salgan bien, siento que eso es un aspecto que a mí en lo personal me toca.

EBA89: ¿Por qué?

EAA89: De pronto el miedo que le meten a uno, esto es un consultorio de la IPS que requiere seriedad, pero pues uno cierra la puerta y tiene la posibilidad de ser uno mismo, entonces creo que es aprender a equilibrar cargas, no?, aprender a decir que estoy en un contexto practicas terapéuticas pero también soy persona.

EBA90: Eso me hace pensar en cómo la terapia tiene que ser atravesada por uno mismo para luego hacer intervención, uno tiene que ser consciente de sus dilemas o dificultades para luego uno si poder acompañar otra persona, porque si no entonces son dos ciegos intentándose a acompañar. Y pues esta autorreflexión resulta ser un recurso para el proceso, porque en algún momento esos aspectos pueden ayudar a que la persona se sienta conectada con el terapeuta.

EAA90: A mi modo de ver, el ejercicio tiene buenas referencias, hemos encontrado parte de lo que nos propusimos, se justifica en la medida que al ser de segundo orden nosotros también hemos aprendido de lo que hemos visto. Pensaba como eso, ¿quieres agregar algo más?

EBA91: No, está bien.

Anexo 6. Transcripción Participante B (PB)

Momento 1

EAB1: Referencia como tal, entonces pues si quieres que te explique algo

PB1: Cuéntame un poquito

EAB2: Vale la referencia se sitúa más que todo sobre aquello de lo que se habla en este caso sería la depresión, aquellos aspectos y términos de formación

académica, experiencias de donde salen comprensiones de cada expresión, e interferencia pues se sitúa más que todo como en el encuentro en el lenguaje

...

PB2: Si

EAB3: Entonces como son esos intercambios, más o menos de que temas hablan, más o menos que temas abordan, como se abordan, el papel del lenguaje verbal, el papel el lenguaje no verbal. Y La auto referencia pues es un poco más personal en términos de cómo te ves dentro del contexto de intervención como terapeuta en este caso. Es como parte de ese interés de esas tres categorías.

PB3: ¿Y el tema de eso específicamente en la depresión por qué? ¿Por qué les interesa?

EAB4: La depresión nos interesa porque, uno pues hemos encontrado que es uno de los procesos que presenta mayor prevalencia a nivel nacional a partir de la encuesta nacional de Salud Mental, hemos encontrado pues también que mucho se habla acerca de técnicas de intervención, de procesos de intervención, pautas, pero pues eso ya recae más sobre el paciente y el proceso en este sentido nos interesa también indagar acerca de cómo es que están allí los terapeutas.

PB4: Mmm... esta interesante eso.

EAB5: Pues también porque da para pensar acerca de cómo se cuidan los terapeutas de nosotros () como tal

EBB6: ¿Porque dices que esta interesante?

PB6: No interesante por eso, porque dan mucha pausa mucho se dice que hay que hacer, pero no se interroga al que interviene. Es interesante porque en eso no se trabaja mucho.

EBB7: Y en ese sentido pues nos gustaría abordarlo en esta perspectiva desde la construcción del estilo terapéutico

PB7: Y ahí quien me puede contar ¿que han encontrado? ¿Ustedes con que insumos cuentan sobre eso? ¿De esa parte del terapeuta?

EAB8: De acuerdo bueno hemos encontrado pues hay algunos autores que hablan de autorreferencia en términos incluso de algunas corrientes psicológicas pues con la que estamos familiarizados es con una corriente sistémica pues entonces eso da mucho énfasis en el tema de cómo está el terapeuta, como se siente, que es lo que está viendo, que es lo que está conociendo. Entonces desde esta lógica pues es una constante invitación a revisar como estoy moviéndome yo en el contexto. Estilo terapéutico lo entendemos como un modelo de psicoterapia, construimos un modelo de psicoterapia para resolver

un dilema humano pero ese modelo puede ser cualquier escuela, cualquier referente puede decir que la depresión es esto, esto y esto otro pero pues se queda allí en la teoría pero pasa por el terapeuta. El estilo terapéutico es coger un modelo de psicoterapia e implementarlo por el terapeuta y es allí donde emerge la identidad del terapeuta de con que cosas se siente más cómodo con que cosas no, de cómo esta perspectiva tan personal pues también se ve atravesada por algo que es humano, eso es en cuanto a la construcción del estilo terapéutico. Hemos hecho ya algunas entrevistas te podríamos compartir lo que hemos encontrado pero

PB8: Pues si me quieren contar, por que vi en el correo es que están buscando personas de distintas orientaciones teóricas, pues saben que yo soy psicoanalista pues trabajo en la U Nacional

EBB9: Entonces digamos que más de lo que nos comentaron ellos hemos encontrado pues que si efectivamente hay como unas diferencias en cuanto a la postura del terapeuta frente al tema de la depresión y esa postura digamos tiene unas implicaciones tanto en su metodología también como en la forma como entabla la relación con la persona y la manera en como permite que de una u otra forma la intervención toca su parte personal del terapeuta, entonces digamos que hay hemos encontrado unas variaciones muy coherentes con respecto a la epistemología de la persona, porque pues ya hemos entrado con prácticas desde la gestalt hasta el conductismo de 3ra generación con las terapias aceptación y compromiso y también ya ahorita vamos a tener una próxima entrevista con lo sistémico, entonces digamos que creemos que podemos encontrar cosas se han semejado un poco más porque son como teorías más post-estructuralistas y de una u otra forma pues eso ha dado como ciertos matices en la forma como la persona construye su estilo, si más o menos como eso

EAB9: Parte de lo que hemos encontrado es que muchas de las experiencias parten la elección de ese modelo pues tiene como referentes tanto a nivel académico incluso hemos encontrado que algunas cosas relacionadas a que las personas se sienten más cómodas con el modelo académico o el modelo terapéutico que eligen pues por sus experiencias de vida por ejemplo, la persona con la que hablamos de Gestalt ella nos decía que aprendió psicoanálisis e hizo su prácticas en clínica cuando estaba en el pregrado y desde allí se está moviendo pero algo a nivel personal le dijo: esto es muy bueno pero creo que a ti en lo personal te sirve más esto, porque te permite expresar un poco más, porque te permite puede comentar un poco más. Lo mismo cuando hablamos con la persona con nuestra participante que hizo desde el conductismo de tercera generación ella decía “claro yo hacia el cognitivo conductual pero en cierto modo cuando me encontré con esta perspectiva a nivel personal me toco en esto” ah bueno y ¿qué tipo de experiencias sientes? “no pues fue cuando de

pronto me pude dar cuenta de que la terapia me permitía decir ciertas cosas la misma consulta pues también fue un proceso personal”

PB9: Aja listo y ¿cómo procedemos me hacen preguntas tienen algún formato?

EBB10: Entonces digamos que el escenario de la conversacional va a ser unas preguntas abiertas yo voy a hacer el que dirige las preguntas y mi compañero va a estar en la parte de observación y en dado caso que el necesite hacer una intervención pues la realizará y al final del espacio nosotros salimos diez minutos hablamos de unas cosas hacemos como una retroalimentación acá y después volvemos contigo para hacer el cierre de la conversación ¿listo?

PB10: Muy bien si entonces adelante.

EBB11: Bueno perfecto. Bueno primero que todo nos gustaría entonces conocerte, coméntanos un poco acerca de tu experiencia de trabajo, ¿hace cuanto estas en la parte clínica? ¿En qué situaciones has trabajado toda la vida?

PB11: Okay , bueno entonces yo soy PB soy psicóloga en formación en la universidad e hice formación psicoanalítica en Francia dure 16 años en Paris y allí inicie mi formación como psicoanalítica empecé también mi propio análisis allí luego regrese a Colombia y desde ese momento trabajo en clínica hago ejercicio clínico como psicoanalista y también empecé a trabajar en docencia fui docente en la universidad Javeriana y luego me fui a la nacional ya con un trabajo más estable soy docente de plante de la universidad nacional de la escuela de estudios en psicoanálisis y cultura y puedo decir que mi ejercicio en relación al psicoanálisis tiene tres frentes uno que es el ejercicio clínico otro que es la docencia en la universidad y otro que es el trabajo de docencia pero que implica más cosas que la docencia en la institución psicoanalítica de la que yo() que se llama los foros del campo Lacaniano, entonces en eso me muevo a nivel como profesional, ah también se me olvidaba edito **libros** tengo una pequeña editorial de libros de psicoanálisis también ahí invierto una parte de tiempo

EBB12: A okay súper, digamos que dentro de la práctica de psicoterapia, ¿hace cuanto la empezaste?

PB12: como psicoanalista trabajo desde el año 92

EBB13: desde el año 92 ¿la practicaste en Francia?

PB13: eh no, en Francia... prácticamente yo terminé la universidad y estuve trabajando como psicóloga en una institución de discapacidad, de rehabilitación, con pacientes discapacitados, estuve un año, y ahí me fui a Francia, me fui seis años largos. Cuando regreso a Colombia es que cuando ya empiezo a trabajar en clínica con una orientación psicoanalítica, soy más psicóloga.

EBB14: Ah ok, digamos que dentro de tu experiencia, obvio como psicoanalítica, ¿has tenido acercamiento a casos con depresión?

PB14: Por supuesto, es un tema pues muy vigente como ustedes lo señalaban, tiene una prevalencia estadística en las ultimas reportes de salud mental en Colombia, no es solamente es en Colombia eso es un fenómeno mundial, el tema de la depresión esta por todos los lados, en América, en Europa y creo que en Oriente también ya, o sea que es un tema que aqueja, una queja generalizada cada vez como más creciente en sujetos que se quejan de depresión, y por lo tanto, en las consultas de los distintos terapeutas ampliamente, no solamente los psicoanalistas, sino los terapeutas, los psiquiatras, llegan quejas referidas por depresión.

EBB15: Entonces digamos que ha sido muy frecuente para ti intervenir sobre esta queja...

PB15: En los que he interrogado se ha incrementado una queja, que yo diría en dos cosas con relación a la depresión, uno, que el paciente dice explícitamente que está deprimido, o, que consultando por otras cosas refiera la depresión, me parece que eso es una cosa importante tener en cuenta, que nos abocamos con la depresión no solamente porque alguien diga “yo vengo porque estoy deprimida” o “vengo porque estoy haciendo un tratamiento con medicación por psiquiatría, y el psiquiatra también me dijo que hiciera una psicoterapia”, o también encuentra uno que en el practica por otros asuntos en la vida el sujeto en algún momento habla de depresión...

EBB16: La manifiesta...

PB16: Si, refiere que está pasando un periodo depresivo, o que en el pasado padeció depresión, sin ser ese el motivo de consulta.

EBB17: Digamos que nombras dos tipos en las cuales se manifiesta la depresión...

PB17: Si la manera que el terapeuta se encuentra con la depresión...

EBB18: Si, aja, en ese caso, ¿tu como entiendes la depresión? ¿cómo la comprendes?

PB18: Eh.. haber. yo que me muevo en el campo del psicoanálisis, dos cosas podría decir. No, pondría tres, una, lo que dice el paciente, lo que dice... lo que yo llamo el sujeto de a pie, los sujetos dicen “ah, estoy deprimido, estoy deprimido” si? Entonces como terapeuta eso para mí es importante, que quiere decir para el paciente la depresión, el estar deprimido, eso a que remite, segundo perspectiva, como en el marco de la salud mental se nos está diciendo que es la depresión, entonces tenemos con la tecnología, con el internet, una cantidad de información que se bota, que se le da a todos sobre la depresión, no?, y eso es importante para conectar con lo que dije antes, y es que los pacientes llegan diciendo o dicen que son depresivos, y que eso que ellos

pueden avanzar en principio que entienden por depresión está referido a lo que el discurso, lo que nos llega por los medios de comunicación dicen sobre la depresión, o sea que el sujeto se forma como una idea de depresión a partir de lo que oye, de lo que le dice un amigo, lo que le dice la red, lo que dice el internet en general, y tercero, que es lo que uno como terapeuta entra, eh, su concepción de la depresión, y es su formación teórica, ¿sí?, por una parte la formación teórica que en este caso la mía es psicoanalítica, que dice el psicoanálisis sobre la depresión, como interioriza, como entiende la depresión, y agregaría tal vez un cuarto punto, que es... no sé si ustedes sepan que para uno ser analista tiene que haber hecho un proceso de análisis, eso es una condición, uno no puede ser psicoanalista sin haber pasado por su propia experiencia analítica, este cuarto punto pasa por esto, y es que quizás uno ha experimentado depresión, eso puede ser importante en la vida para alguien que deviene del psicoanalista o puede ser algo puntual, entonces también hay un saber, hay una referencia de la depresión, no solamente ya teórica, que es este último punto que yo decía como ¿qué dice la teoría? Sino que uno ha aprendido sobre la depresión a partir de su experiencia analítica, entonces tendríamos, tres, cuatro puntos, y ese último yo lo desglosaría en dos, que es teórico, no, el tercero lo desglosaría en dos, teórico y la propia experiencia como sujeto.

EAB19: ¿Cómo es el análisis que llevas actualmente? O sea.. ¿como es el análisis?

PB19: Una experiencia analítica toma años, no digamos que uno despacha tres o cuatro entrevistas, entonces por tanto casi que se hace... empezar a ser una terapéutica con una perceptiva psicoanalítica se hace al tiempo que uno está en análisis, yo les conté, yo estuve seis años largos en Francia, empecé, por eso dije “empecé mi análisis allá” y vine a Colombia, regresa a Colombia y empecé a orientar mi trabajo clínico con lo que... pues con lo que yo tenía con mi análisis en ese momento y lo que tenía como formación teórica, y seguí el análisis, entonces hay un trecho con eso que yo no ejercí que era solo estudiante en Francia y analizaba, ¿sí? Porque estaba haciendo una maestría enmarcada en la teoría y al tiempo estaba haciendo una formación mía, clínica, y cuando regreso a Colombia esas dos cosas se amarran, empiezo a atender pacientes y sigo mi análisis, y eso dura muchos años, yo ya termine el análisis y ya digamos que ya ahí eso ya se para, de cierta manera, porque igual lo que yo hago como clínica tiene que ver en cómo fue mi formación, no solamente teórica sino de la experiencia del propio análisis.

EBB20: Volviendo un poco al tema de los cuatro elementos que tú nos habías mencionado, digamos ¿qué particularidades en cuanto al depresión has encontrado pues, uno, en lo que te expresa la persona, dos, en cuanto a los medios de comunicación, tres, que particularidades hay en la forma teórica como tu comprendes, y cuatro, pues digamos que a nivel personal que acercamientos has tenido a la depresión?

PB20: Ok, en lo primero que dice el sujeto, ¿que puedo recoger yo de eso?, cuando uno le pregunta “¿qué es para usted la depresión?” se vivencia o encuentra distintas significaciones, por un lado uno encuentra, dicen algo que toca con el segundo punto, que son los medios, lo que dice el discurso corriente de la depresión, pero a eso se le agrega que hay sentidos como muy específicos, como particulares, o sea que no todo lo que él dice es repite, digámoslo así, no es que repita lo que los medio dicen pero si se construye a partir de lo que los medios dicen, ¿sí? Entonces cuando ya uno empieza a interrogar, eso es algo importante que nos da una pista quizás para el marco general de la investigación de ustedes, que hacemos con la depresión en el psicoanálisis y es que ante todo, nos interesa saber que es la depresión para el cada quien, o sea que no nos apoyamos en el dx, en el... “el psiquiatra me dijo que tenía tal” y “¿eso que quiere decir para usted?”, eso es fundamental para nosotros, y encontramos que el sentido se mueve de un sentido a otro, “¿que se llama depresión?” y ahí aparecen una cantidad de cosas, cuando uno interroga “bueno, y “depresión que es para usted? ¿qué es eso? ¿desde cuándo? ¿eso está referido a qué?” cuando uno empieza a trabajar, a desglosar esa palabra, se abren otros campos, se abren otras coas, otros asuntos, y a veces, las pocas veces, el tema de la depresión queda a un lado. Pongo un ejemplo, el ejemplo de alguien llega explicitante que hace un tratamiento médico por psiquiatría ¿entonces que tenemos? Que el psiquiatra le ha dicho que tiene... que es bueno que vaya a psicoterapia o el paciente dice no, los medicamentos no me han hecho efecto, no ha habido ninguna como mejoría, entonces buscan ellos como otro, un plan B; cuando uno empieza a preguntar sobre eso, lo que empieza a encontrar es que lo que padece, el padecimiento del sujeto, tiene que ver también con otras cosas y que no es la depresión, sino que eso a lo que él llama su depresión se amarra a otros asuntos, entonces la depresión que parecería como el punto central por el que alguien consulta, eso se pone a hablar, se mueve, se mueve porque se amarra a otros asuntos, e incluso a veces pierde sentido, y lo que parece siendo es que su sufrimiento tiene que ver con otra cosa. Entonces hay ya vamos como en el segundo punto, ¿no?, lo que es la depresión para cada sujeto, lo que los medios dicen, lo que los medios tiene que ver en primera instancia con el modelo del DSM, si, el modelo de diagnóstico y estadístico, y como eso ha pasado al común porque ya no es un manual que sea de manejo exclusivo para los especialistas, sino que cada vez más la gente va y consulta depresión y le vota la información del DSM en internet, o sea que cualquier sujeto da pie tienen acceso al DSM, y ahí se va formando una idea, y se va formando, y los periodistas y las entrevistas y los artículos en revistas están permeados de lo que se encuentra en internet del DSM o las interpretaciones que da el terapeuta sobre el DSM; y ya la parte propiamente como del terapeuta, ya avance cosas en lo que acabe de decir, ¿cómo procedemos en el psicoanálisis? Ya lo dije, no nos ocupamos de la depresión tal como ella llega, sino que lo primero que hacemos es interrogar, “¿qué quiere decir para usted?” eso, y a nivel del otro punto que está metido en esa lista, “¿como teorizamos en psicoanálisis y las experiencias

con la depresión?”, que puedo decir sobre lo último, es que yo creo que por experiencia mía propia en la vida y por mi formación psicoanalítica, lo que hoy se llama, ojo con lo que estoy diciendo, lo que hoy se llama depresión refiere, el fundamento de eso refiere al hecho de que es un afecto, el humano es un ser que tiene afecto que no hay humano que no tenga afecto y que el estado que hoy se llama depresión es inherente al ser humano, de que uno entristezca, es la palabra clásica, la tristeza, ahora si la usan pero está de moda la palabra depresión, pero el fundamento es que el ser humano tiene afecto, se avergüenza, odia, ama, envidia, se entristece, se alegra, entonces como todo ser humano todos nos entristecemos, diríamos sí avanzamos con la palabra depresión, que todos en algún momento nos deprimimos, y que parece ser que por un lado hay ciertos sujetos en los que esos estados depresivos son muy fuertes como que se patologiza, se hacen muy fuertes, y además que hoy porque muchos se patologizan, y ahí yo los invito a un rastreo histórico sobre el tema para ver que la historia en la psicología, en la filosofía, que es de donde viene la psicología, porque la psicología surge a partir del discurso de la filosofía, se ha ocupado de la tristeza, ¿sí?, y como ese afecto ha existido desde atrás y cada época la ha tratado de una manera distinta, entonces les puedo recomendar un artículo que tengo en la revista que editamos en la universidad de la nacional sobre la depresión, y ahí encuentran una partecita que les puede dar alguna pista, cito por ejemplo como en el renacimiento de trabajaba lo que se llamaba la melancolía y hay un famoso cuadro de Duren, un grabado del grabador alemán Dureri, que les puedo pasar un material muy lindo, viejo material, con el que yo trabajaba en los estudiantes porque en la universidad, no ahorita, pero en años pasados tengo montado un curso sobre depresión en la maestría y en el pregrado, y he trabajado esto, el sentido histórico de lo que llamamos la depresión para darse cuenta de que eso no es de ahora, porque es que el afecto es inherente al ser humano no hay humano sin tristeza, si?, pero entonces, si, remarco lo que les acabo de decir, la pregunta es ¿por qué ahora parece ser que hay muchos que no soportan la tristeza, que la tristeza los invade, que los enferma? Y esa pregunta se completa con la época que pone ahí, el momento histórico que vivimos que pone para que estemos tan deprimidos.

EBB21: Listo, muchas gracias. Digamos que ahora nos has dado unos tintes que es el psicoanálisis, y que ayuda, son tus gafas para ver la depresión, verdad?, digamos que dentro de mi ignorancia en cuanto al psicoanálisis sé que hay un psicoanálisis de Freud, hay un lacaniano y un.. supongo...

PB21: Hay escuelas como en la psicología

EBB22: Digamos que específicamente ¿tu que referentes teóricos, desde que escuela te formaste en psicoanálisis...?

PB22: De la escuela lacaniana, estudié en Francia, hice una maestría y una formación con orientación lacaniana.

EBB23: ok, digamos que ¿de qué forma esta escuela lacaniana la hace diferente en cuanto a la comprensión de la depresión?

PB23: Respecto a las otras escuelas psicoanalíticas... Hm, una particularidad es pensar la depresión con las coordenadas de la época, precisamente lo que hace poco yo estaba planteando, para nosotros, la escuela lacaniana, abordar la depresión tiene dos pilares, uno lo que es estructural, que el afecto de la tristeza es estructural al sujeto, que no hay sujeto sin tristeza, eso creo que lo compartimos las escuelas psicoanalíticas porque nos soportamos en Freud, que es fundador del psicoanálisis y Freud hablo de la tristeza y como eso es inherente, pero me parece que un punto importante de que nos diferencia la escuela lacaniana, es pensar que la forma como cada época trata, hace con la depresión es distinta, y que entonces para nosotros es importante la pregunta que yo por eso lo hacía ahorita, ¿qué pone la época para que hoy hablemos de epidemias de depresión, de un incremento de la depresión? Entonces nos interesa articular esas dos cosas, lo que es del orden de lo estructural, de lo que es inherente y de lo que es la época, entonces cuando abordamos algo de depresión esas dos cosas se amarran y las otras escuelas no creo que tengan una.... Si bien lo dicen, lo refieren, pero no han hecho una teorización, no han ido tan lejos como lo fue Lacan en relación a plantearnos que es necesario amarrar lo estructural con lo coyuntural de la época para entender la depresión.

EAB24: Yo entiendo que, retomo cuando hablas de la depresión en termino de lo estructural, consideras que todos tenemos, que la tristeza es algo inherente al ser humano, es un afecto, y que allí en relación a lo que se entiende patológico como depresión, hay personas, que si logro entender bien, ceden mucho a su tristeza...

PB24: Si podríamos decir como que ceden su tristeza, está muy bien dicho

EAB25: Creo que, en ese sentido, pues eso sería desde lo estructural, que has logrado identificar en términos históricos, en términos contextuales y coyunturales

PB25: ehm..., varias cosas, uno, creo que lo podemos mirar por el lado de la, de la, de la estructura, del modelo teórico, del modelo teórico-clínico de la psiquiatría, del surgimiento del DSM, en los años 50's, que va también de la mano de la entrada del tratamiento químico de la psicosis en primera instancia, porque los psicotrópicos van a empezar a ser utilizados para tratar la psicosis, o sea, la locura, y que, poco a poco, sobre todo a partir de los años 80's, ya la medicación que se inventa o se pone más bien en uso en los hospitales psiquiátricos para tratar la psicosis, se va abriendo al campo del sujeto de a pie, entonces en lo coyuntural está, estoy planteando dos puntos que tienen que ver con la psiquiatría moderna, uno, eh..., la nueva organización de la clínica a partir de los trastornos, en el DSM, y que cada vez ahí en esos trastornos, cada vez todos cabemos más, cierto?, en el principio,

en un comienzo la psiquiatría, los modelos psiquiátricos, no cabemos, no cabíamos todos, eran modelos psiquiátricos para pensar la psicosis, para organizar la psicosis, y con ése cambio que hay en los años 50's... si, la manera como la psiquiatría organiza las patologías, cada vez entramos más, ¿sí?, los espectros, el último modelo qué es el DSM cinco con esa categoría nueva que entra de: espectro, ya no es trastorno, cada vez, abre la posibilidad, que cada vez más estemos diagnosticados con... entonces eso masifica, cada vez hay más masificación de tener alguna cosa de esas, y cómo ven, con eso se hace estadística, entonces viene, en Colombia el tanto por ciento de la población padece de trastornos referidos a la depresión, cierto?, eso me parece que es un punto importante, y el otro punto importante que vemos es que, analizando lo que es el estilo, lo que es el fundamento, lo que es el modelo de sociedad nuestra, hoy, encontramos como fenómeno importante, es uno, no son todos, pero voy poner uno que creo que es bien importante, es que es una época, es un momento, en que los lazos sociales son muy lábiles, son muy precarios, que los lazos sociales eso los vemos por todos lados, no es un asunto que hayamos descubierto nosotros los psicoanalistas, lo constatamos en la clínica, pero todo el mundo se queja, de eso, de la precariedad del lazo en la familia, las parejas no duran, los matrimonios no duran, los divorcios se incrementan, antes que se acabe el año ya, de los 100 que se casan 80 ya están separados, en la familia los niños están solos, los padres, trabajan, trabajan, trabajan, no se ocupan de los niños, o sea, la fragmentación de los lazos fundamentales que nos... el humano es un ser social, ¿sí?, es un ser social, lo dice la sociología, y el psicoanálisis también lo dice, es fundamental eso, el humano es un ser social, entonces, eso quiere decir que es un ser que no puede vivir sin el marco de lo social, de lazos sociales, y si esos lazos, voy entonces a la característica de la época actual, es que si esos lazos, hoy como nunca están fragmentados, históricamente eso no era así, entonces si ustedes oyen sus papás, no sé si ya es de la época de la fragmentación, seguramente papás divorciados, eso es frecuente, pero si se remontan a los abuelos, las estructuras de las familias eran distintas, lo que ellos dicen de cómo eran las familias, cómo eran los lazos de vecindario, de trabajo, amorosos, eso ha cambiado. Entonces eso incide, esa estructura de lo actual incide sobre la soledad, el desamparo del sujeto, y eso muchas veces se traduce en fenómenos depresivos, ahí está la conexión, digo eso no con él... es algo fuerte, es algo importante que podemos decir los psicoanalistas con orientación lacaniana.

EBB26: Digamos que un poquito, en cuanto a eso, digamos ya viendo que..., digamos, varios elementos, digamos, contextuales, ehh, de la época, que los hace muy particulares para que salga un poco el tema de la depresión, ¿cómo has sentido que tu modelo ha sido un recurso para hacer intervención?, ¿de qué forma todas estas comprensiones teóricas que hay desde Lacan y desde tu propia perspectiva personal, ha sido un recurso para hacer intervención?, ¿cómo te ha servido?

PB26: Hay..., a ver, tiempo, es una gruesa pregunta, cómo..., le daría un pequeño giro a la manera como tú..., a ver si sirve, un pequeño giro a la pregunta, y es: con todo esto ¿yo cómo actuó?, no sé si eso sirva, o sea, yo esto que les he contado de la teoría ¿cómo intervengo yo? Ya di puntadas... Es que lo primero que yo hago es interrogar, ¿qué quiere decir para el sujeto? o sea, ¿cual es la diferencia o cual es la particularidad de obrar así?, es que... de entrada yo no estoy diciendo “usted está deprimido, entonces yo lo voy a tratar”, no podría plantearle el escenario a esa persona, usted está deprimido y yo sé qué es la depresión, es el trasfondo que hay ahí, yo sé que hay, qué es la depresión y, por tanto, yo lo trato; porque uno no ofrece algo si uno no sabe qué es lo que va a ofrecer o qué es lo que está trabajando. En cambio, cuando yo le pregunto al paciente “usted, para qué es... ¿qué es para usted la depresión?”, yo pongo el peso sobre lo que para él significa, no para lo que para a mí significa, porque por supuesto que en una lista tengo todo este bagaje clínico teórico, del que yo les he contado un poquito, pero yo lo tengo acá, pero yo en inmediato no actúo con él, sino que cuento lo que ése en particular dice qué es la depresión para él, ahí ya les estoy, creo, dándoles una pista, para responder a esa pregunta., ¿sí?, eso, yo... no sé, pongo otros síntomas de la contemporaneidad, un ataque de pánico, la anorexia, la tristeza, líos, desencuentros amorosos, cantidad de cosas, fenómenos de la contemporaneidad, que vemos que la gente consulta, que lo agobian, para todas esas cosas, siempre el sujeto para nosotros es una verdad, “¿qué tiene usted para decir?, ¿qué es eso para usted?, ¿eso desde cuándo?, ¿usted qué cree que...?, ¿por qué le pasa eso?, ¿por qué de esa manera?”, eso son preguntas vitales, que por supuesto vamos a amarrar con lo que yo sé teóricamente, por experiencia clínica, no actuamos en inmediato. Cuando él dice “yo vengo porque quiero que me cure, que me quiten la depresión”, todos llegan buscando que les quiten, ¿sí?, que los curen, y nosotros de inmediato no decimos entonces, “¿usted quiere que yo se la quite?, yo ya se la voy a quitar”, y ahí estoy operando desde mi saber, y le aplico un saber a ése paciente, ahí si cabe la palabra paciente, en el sentido de pasivo, ¿sí?, tiene una referencia a pasivos, sino que el viene me pone ahí la depresión y yo (sonido de un aplauso en seco), actúo.... ¡No!, “yo actúo pero usted ponga acá también”, ¿sí?, eso es fundamental.

EBB27: Ok, bueno, digamos que ya..., ah bueno sí, también esto es importante, digamos que dentro de un poco de tu formación profesional, digamos echo, ¿qué tipos de experiencias académicas consideras que han sido significativas, en la manera como entiendes la depresión actualmente?

EAB27: Esto va también pues vinculado a un..., algo más específico ¿sí?, como una clase, una persona, un concepto, un analista, tal vez...

PB27: sí, a los textos, no sé, claro... los encuentros son importantes para la formación de cada quién, eh, el trabajo que hago con los colegas, la institución, los

textos con los que yo me he encontrado no sé si algo, necesitan algo en concreto, pero por supuesto que en este tema de la depresión juegan dos cosas. Uno, que hay cada vez más quejas de depresión ¿cierto? en los pacientes, y por otro, toda la formación teórica que pasa por eso, por el encuentro con seminarios a los que uno asiste, con textos, con jornadas, con actividades pues ya más grandes en las que ese tema ha sido motivo de trabajo dentro de la institución en la que yo..., a la que yo pertenezco.

EBB28: Ujum, ¿recuerdas algún evento que haya significado mucho para ti? ¿un espacio, un curso?

PB28: Umm, en particular, eh... hay una autora, que los trabajos de ella, que han sido importantes para mi formación teórica, que es pues, que es una analista muy importante en la institución, que yo, a la que yo pertenezco, que se llama Sorello, que ha hecho un trabajo, ha avanzado mucho en este punto de los fenómenos de depresión en la humanidad y en tratar de teorizar como colocar en un discurso contemporáneo la depresión, resaltaría como esa información

EBB29: Ah, ok, digamos que ya un poco, en cuanto al tema en como tú, digamos, haces, digamos, una intervención en depresión, en cómo se forma la relación, sabemos que digamos que, también creo yo que hay un cierto conocimiento, en cuánto a como el psicoanalista se acerca a una persona, creo yo que hay ciertas particularidades, ¿cierto?, entonces ahí digamos es donde quisiera saber, digamos en un principio, nos has comentado que cuando la persona llega, tú no trabajas directamente sobre su propia queja sino que primero le devuelves la pelota, de una u otra forma es como: bueno, pero ¿qué es para ti la depresión?, ¿cierto?, digamos que con respecto a esto, digamos, el consultante ¿cómo reacciona?

PB29: Empieza a hablar. Más que preguntarle y empezar a contar que le pasa, que es que no me puedo levantar, no tengo ganas de levantarme, tengo problemas de insomnio, el humor está alterado, estoy de mal genio, irritable, estresado, o sea, cuando tú le preguntas a él, “¿qué es para usted la depresión?”, empiezan a decir cosas de esas, y ahí uno pregunta, las preguntas que yo formulaba antes, bueno, y “¿desde cuándo?, ¿eso cuándo empezó?”, y que encuentra uno, cuando uno hace esas preguntas, encuentra y dicen “no, es que esta no es la primera vez, yo ya he tenido otros episodios atrás”, entonces fíjense, que lo que es un episodio como actual, muy frecuentemente el sujeto dice “no yo ya, antes...”

EBB30: Yo tengo una historia

PB30: Hay una historia, mucho más nutrida o menos nutrida. Pero con toda seguridad, casi que es matemático, ha habido otros episodios. Porque es que unos se entristecen, más fuertes o menos fuertes, “sí, no, si ya me había pasado” “cuénteme un poquito más, ¿cómo fue?” fíjense que se van abriendo,

es como en el árbol. Que tú te subes por el tallo de la impresión y empiezas a encontrar las ramas, sí, la figura creo que sirve bien. Empezamos el tallo, pero es que el tallo, o sea, se abre en ramas, entonces te empieza a hablar del episodio de hace diez años, y te dice “es que en esa época me pasó esto, ta, ta, ta, ta, estaba pasando por esto, por esto, por esto, por esto, después aquí hubo otro antes, después otro episodio” entonces se va armando el árbol, el árbol quiere decir que lo que es actual, la depresión actual, tiene una historia, en ese sujeto, que no es la única, y que..., pongo escenarios, puede pasar que él te diga que siempre las depresiones, finalmente en conclusión que él va a sacar de intuir y subirlo nosotros con él en el árbol, construir el árbol, es que las depresiones o lo que él ya aprecia más bien, se refiere más bien a decepciones amorosas, que siempre es por decepciones amorosas, entonces fíjense que se va armando una cadena

EBB31: Lo que entiendo es como que: identificas un elemento común, que caracteriza esos sentimientos de tristeza, ¿a lo largo de la historia de la persona?

PB31: Y yo lo identifico es por lo que él dice. Porque es él el que lo dice, es él el que dice, cuando uno le pregunta, él le va a decir: no, es que no es la primera vez, yo ya..., y si vamos más allá, hay unos que dicen “yo toda la vida he sido triste, desde chiquito, y puede ser un hombre de 40, 50 años” y entonces tú dices, “bueno y allá, usted qué puede decir, ¿qué era la tristeza cuándo usted era chiquito?”, y encuentras una cadena de eventos, eso es un descubrimiento de Freud, esa es una de las cosas que se centra en lo humano, es que lo actual siempre remite atrás, de que el ser humano está encadenado, que uno es hoy, es una historia, uno es efecto en la historia, entonces la depresión hoy actual, del sujeto, tiene una historia

EBB32: Claro, digamos que, después de que esta persona construye todo el árbol, ¿verdad?, digamos que, ¿cuál sería el objetivo terapéutico? digamos, que ahí después ¿qué sigue?, encontramos que el foco, pueden ser, digamos, un poco, un desamor o que, digamos que ahí ¿qué sigue, para la persona y para el proceso?

PB32: Fíjense que ahí, que lo que les decía hacia un rato, el tronco se abre, aparecen otras cosas y se va como armando una red, se va armando la telaraña de la araña, que en un solo hilo que se teje, cuando uno ve la araña ¿no? Que saca de su panza el hilo y construye la telaraña, ¿que sigue ahí? Sigue que se desplaza la depresión, que la queja primera por la depresión “cúreme de la depresión” eso se mueve, entonces sigamos con ese sujeto hipotético que es por decepciones amorosas y te dice “no, es que la vida... no ya tuve otro episodio depresivo porque tuve una relación, y empieza a hablar de eso, eso, eso, eso” que va pasando? ¿Que esa depresión se va amarrando a otro asunto más importante que es el lazo amoroso a alguien, a una mujer, a un hombre, va amarrándose ahí y el trabajo...¿qué sigue? La depresión ligada al amor,

¿ves?, el hilo se va dirigiendo al amor, ¿que es la vida amorosa?, ¿que son las mujeres?, ¿qué es?, porque?, si le das espacio a hablar ahí se van armando las ramitas, entonces que sigue, que la consulta primera se mueve, el tema primero se va a mover, cuando uno le pregunta “¿y la depresión para usted que es? Desde cuándo?”. Pongamos otro escenario donde dicen, “no, es el primer episodio” bueno, entonces “yo nunca me deprimó en la vida” puede pasar, quien sabe, algo, porque es que el efecto está ahí, es posible que no haya tenido una gran crisis depresiva, pero el afecto es como una montaña rusa se mueve, cambia, la bipolaridad que es otra categoría muy de moda ahora; eh, ahí que hacemos? Qué sigue? Desglosar siempre, eso es un fundamento de la experiencia analítica, desglosar, abrir, eso que el paciente dice, entonces bueno, hoy, es la primera depresión, contextualizar que es lo que pasa para entender eso como llego? Porque llego? Por qué tal situación le afecto tanto? Que pasa que es frecuente la medicación? Porque ya el médico general médica, ya no es el psiquiatra, es el médico general el que inmediatamente da la fluoxetina para todos, para la pequeña tristeza, para el duelo por una perdida, por una muerte, la medicalización de los afectos....

EBB33: Digamos que para abrir todos esos focos, ¿en tu experiencia psicoanalítica manejas algún tipo de técnicas especialmente?

PB33: Eh no hay técnicas específicas aplicables para todos, eso también es una manera, es distinto la terapéutica psicoanalítica y la formación psicoanalítica respecto a otras formaciones, no aplican técnica, estoy dando pistas técnicas que son amplias, como la que digo para nosotros es muy importante que es la depresión para el paciente, digamos que eso lo pueden meter dentro de la técnica, pero no hay unos parámetros ya demasiados específicos para aplicar eso, son rutas, son hojas de rutas, más que técnica que uno diga “hay que hacer esto, esto, esto...aplique primero, segundo, tercero, cuarto” hay hojas de rutas, la hoja ruta mayor del psicoanálisis es que dice el paciente, ponerlo a hablar, escuchar al paciente, esa es una hoja de ruta sin la cual el psicoanálisis no existe. Eh, hojas de ruta, las que les dije, les digo, para abrir eso, “¿desde cuándo? Porque cree que ese suceso lo afecta tanto? ¿Porque esa decepción amorosa?” entonces dice “no es que me entero por el celular como se entera todo el mundo cuando se ponen los cachos, le cojo el celular cuando el otro está dormido, en el baño, se le olvida, y mira ahí y se da cuenta que tiene otra, o que habla con otras, y ruptura amorosa” eso es queja frecuentísima, es un escenario frecuente y no pueden soportar, y dicen “no, estoy... no puedo comer, no quiero dormir, estoy angustiado, estoy deprimido” entonces hojas de ruta, un poco organizar.

Les voy a dar otra metáfora que puede ser utilizada para ver cómo operamos dentro del psicoanálisis, es pensar el humano, el sujeto humano que llega como el rompecabezas, ¿sí?, cuando uno tiene el marco del rompecabezas, tiene todas las fichas a un lado, afuera, y se trata de ir poniendo fichas,

organizando, armando algo, no hay una técnica en el armado de rompecabezas, la única técnica es: coja fichas y ensaye, si no le encajó, deséchela y vuelva y... y uno dice “ay! Yo ya la había puesto, ¿donde era? Por acá, por acá” hay algo de eso que es ilustrativo porque indica como un análisis se demora tanto, por ejemplo; es como en el rompecabezas, tu no coges la ficha y la puedes encajar inmediatamente, eso es un golpe de suerte, que uno haga eso, tienes que dar vueltas, pones, quitas, por eso uno a veces “ay, esta ficha yo ya la había puesto, ¿dónde fue que la puse?” entonces no es en automático, te gastas un tiempo en armar, la experiencia analítica...

EBB34: ¿Esa experiencia la da la persona?

PB34: Y la de uno, porque no hay ninguna diferencia, entonces cualquier experiencia por la que uno paso y la del paciente que uno recibe. Voy a recogerlo de esta manera, y es que resolver, entender, por qué le pasa lo que pasa, requiere tiempo, con el rompecabezas requiere tiempo el armado, volver otra vez a resituar las fichas de tal manera que uno pueda entender, ver la figura del rompecabezas, localizar el problema por el que alguien llega o las dificultades que alguien lleva, en el marco de la existencia de él, entonces eso lleva tiempo. Otra figura que pongo es la del laberinto, cuando uno juega al laberinto es la misma cosa, hay una entrada y hay una salida, la apuesta es que tu salgas, pero tú no sales en línea de recta porque eso no es un laberinto, laberinto es que tú tienes que recorrer caminos que a veces te llevan a un sin salida y tienes que salir de allá, el análisis, la experiencia analítica es así, uno no entiende todo, todo no se esclarece de golpe sino que necesita recorridos falsos, su tiempo, su momento, una bella expresión de Lacan para decir eso, dice “el tiempo necesario para hacerse al ser” o sea a uno.

EAB35: Quisiera indagar acerca de... Bueno hemos hablado sobre cómo lleva la intervención psicoanalítica, las hojas de rutas, que son tan importantes para hacerse al ser, para conocer a la persona, parte de mi curiosidad saber ¿cómo te mueves tu entonces en el consultorio? Veo que tienes un diván, de pronto mi concepción clásica del psicoanálisis es el analista sentado, el paciente...

PB35: La silla que esta allá

EAB36: Exacto, ¿es así? O ¿realizas tal vez un espacio conversacional cara a cara?

PB36: Eh si, en la orientación lacaniana tenemos lo de las entrevistas preliminares, que es cuando recibimos a alguien es un tiempo primero de entrevistas preliminares en que se crea las condiciones para que haya análisis, ¿a que viene? ¿Que le pasa? ¿Porque? ¿Que aspira?, es como evaluar eso para.... Evaluar, es un periodo de evaluación, para poner a punto el sentido de un trabajo analítico, entonces en la orientación analítica, hay nos diferenciamos de otras escuelas, es que hay otros analistas de orientación mas clásica, los freudianos por ejemplo, ponen al diván al paciente a la primera, segunda, es

muy rápido, tercera o cuarta cita, en cambio en la orientación lacaniana no, nos tomamos un tiempo de cara a cara y ya después, no todo el que llega por ejemplo a este consultorio, pasa al diván, hay pacientes en los que el trabajo se hace frente a frente, ¿sí?

EBB37: A mí me paso eso, yo hice proceso de psicoanálisis y nunca pase al diván, yo creo que fue lacan seguramente, en este momento desconozco

PB37: Estuviste en entrevista preliminares

EBB38: Si, todo el tiempo.

PB38: ¿Y fueron... un tiempo largo o qué? ¿Algunos meses? ¿Estuviste ahí?

EBB39: Si, como tres meses

PB39: Ah no, estabas empezando

EBB40: No, no, lo hice, en el momento, y funcionó, inclusive lo cerramos como proceso... Entonces digamos que usas el diván y las entrevistas preliminares.

PB40: Siempre las entrevistas preliminares están, y luego está el paso al diván. Lo que digo es que no siempre, o toma mucho más tiempo, hay pacientes que es necesario tomar mucho más tiempo que puedo durar un año o dos años, en un trabajo terapéutico pero no psicoanalítico, porque es que el psicoanálisis es más que terapia, es más que curar, es más que curar lo que en apariencia el paciente trae, como decir “me cura de la depresión”, ¿sí?

EAB41: Esa distinción me interesaría saberla, ¿qué hace... que es lo psicoanalítico, entonces para ti?

PB41: Son tres cosas en la escuela lacaniana. Es una terapéutica, quiere decir que tiene que tener un efecto terapéutico sobre el padecimiento; tiene una perspectiva epistémica de saber sobre uno; y tercero, tiene una perspectiva ética, es ¿qué hago yo con lo que yo sé? Si, o sea la ética refiere al acto, ¿qué hago yo?, evoca el acto, es una articulación, es un análisis, una articulación entre esas tres cosas... entonces fíjense, me van a entender en retrospectiva, cosas que yo he dicho antes, y es que no, si alguien dice “quíteme la depresión”, yo le digo “listo, le voy a quitar la depresión”, no, antes de eso, esta el espacio epistémico, es saber eso que he dicho “¿por qué lo afectan tanto las relaciones amorosas?” volviendo al ejemplo; eso es un lado visto en lo epistémico, es yo saber ¿como? ¿Porque a mí? ¿Que puedo yo decir? ¿Que puedo yo saber? Y es porque ahí entra, ahí necesitamos entrar en la categoría del inconsciente, que es la categoría fundamental, y es que uno es más de lo que uno alcanza a saber de uno, es más de lo que uno no sabe, de lo que uno cree que es, ese es el yo, el sujeto de la consciencia “yo soy... tatata..” pero resulta que hay cosas que hablan de uno, dicen de uno sin que uno diga “pero

esto, ¿yo porque pienso? ¿por qué hago? ¿porque...?” cuando yo hago esas preguntas estoy poniendo en acto de que hay un algo que yo no conozco, que hay algo que yo hago y que no es acorde incluso con lo que yo hago, porque a veces me preguntan “que hago si yo no quiero eso? Yo no pienso así... Yo no quisiera...” pero es uno el que lo hace, es uno el que lo piensa, pero uno no se reconoce ahí, eso es lo inconsciente, entonces, el lado epistémico remite a esto, a saber, a contextualizar, y ese saber trae un efecto terapéutico, y es que eso modifica el sufrimiento, eso modifica quitarse uno eso, siendo un efecto terapéutico, y el lado ético remite a que también de ese saber, hay un momento en el que el proceso de análisis el sujeto sabe cosas que no sabe antes y que dan razón a su ser, hay un levantamiento de lo que esta reprimido dentro de lo inconsciente, entonces se sabe más, el sujeto que entra al análisis está completamente separado de... padece los síntomas y no sabe porque...

EAB42: ¿Cómo desarticulado en el tiempo?

PB42: En el tiempo no tanto, sino en él mismo, como sujeto desarticulado, por eso Lacan escribe sujeto con una S y una barra inclinada, sujeto tachado lo llamamos nosotros, que es un concepto para hablar de lo que les estoy contando, que uno está separado de uno mismo, desarticulado de uno mismo, el análisis le permite a uno...

EBB43: Armar el rompecabezas,

PB43: Armar el rompecabezas... saber de esa división, de esa barra que lo separa a uno, que se llama, esa barra se llama la depresión en Freud, y ese proceso de conocimiento, de saber más bien, es el termino mejor que nos ayuda a separarlo de la conciencia, el análisis lleva a una encrucijada ética, y es: “ahora que hago con eso? Yo que hago?” ¿porque es importante lo ético?, porque uno podría quedarse diciendo “yo ya sé que mi casa, que mi papa, que mi mama, que mi historia, que lo que yo soy hoy, que la manera en como yo actuó, tiene que ver con esto, esto, y con lo otro” hasta ahí sería la perspectiva epistémica, pero para que haya una modificación tiene que jugar la.... Para que haya una modificación a nivel de lo terapéutico, o sea una libración del sufrimiento, también es importante que haya una nueva postura del sujeto con respecto a lo que es, con lo que ya sabe y que no sabía, por eso lo digo, lo pongo en términos, “listo, yo ya se esto, yo ya sé que yo no sabía esto, ¿yo que hago con esto? Sigo en la misma postura o me muevo de ahí, cambio de lugar...” eso es la perspectiva ética, por eso es que es más que una terapéutica

EBB44: ¿y tú se lo propones? O sea digamos que la persona llega a ese final donde armó toda su historia, digamos que ya le dio un sentido a todo lo que está pasando, entonces tú le propones como... ahora sigue... porque la persona puede decir “¿y esto que?”

PB44: En la hoja de ruta esta, ¿cierto?, en la hoja de ruta esta por la teoría y por el propio análisis que uno ha hecho, porque uno sabe por carne propia, ¿sí?, que para que haya modificación uno se tiene que mover de ahí, pero uno no se lo dice. Curiosamente, es muy curioso, esto es muy curioso, y es que cuando hay ese proceso que ya ha avanzado, que para eso necesita un tiempo, es que el sujeto esta y agobiado de ciertamente por lo que sabe, “yo ya sé, yo ya sé, yo ya sé, yo ya se” pero como que le pesara eso que sabe, es como cuando uno tiene un maletín o un computador bien pesado y yo a ver dónde pongo eso, carajo, me agobia, el peso me agobia, ese saber pesa, y la manera de liberarse de ese peso es moviéndose de ahí, y no es que se quite, porque la historia no se borra, sino que uno cambia de posición respecto a eso...

EAB45: Si la cargabas con ese hombro, ahora le pones los dos...

PB45: Exacto, y ya eso cambia, de para allá en delante de la existencia cambia, y es que... por eso lo ético, no solamente una terapéutica, porque una terapéutica es operar, pues vamos a encajar con cosas que ya les he dicho, es decir, “¿Ud. tiene depresión? Yo sé cómo le quito la depresión, yo se la quitó” pero ahí no hay una ninguna pregunta ahí sobre esa depresión, sobre esa ficha como se mete en el rompecabezas de la existencia.

EAB46: Si va a ser efectiva para resolver su dilema existencial ¿Creo?

PB46: Por ejemplo....

EBB47: Digamos que ya después que la persona se moviliza, ve que tiene que darle un sentido a las cosas que descubrió contigo acá dentro del proceso ¿cómo sabes que ya el proceso hay que cerrarlo, un proceso que acudo a ti por depresión?

PB47: El asunto es que entretanto la depresión se puso a un lado, ya no estamos en el tratamiento de una, de quedarnos en el árbol que no deja ver el bosque, hay un dicho que dice que el árbol tapa el bosque, entonces pongo esta otra metáfora, que ocuparse solo del árbol que es la depresión no deja ver el bosque. En el análisis, en la experiencia analítica es meter ese árbol en el bosque, ¿ves?, entre tanto que ha pasado?, al movilizar, al crear las ramas del árbol, la depresión ya deja de ser tan importante, y ahí entre tanto hay efectos terapéuticos que se van produciendo, cuando una persona empieza ver que esto, que las depresiones han estado asociadas a decepciones amorosas, eso estaba ahí, pero es algo que no se había dado cuenta, ese es lado epistémico.

EAB48: Como la episteme que tiene el terapeuta

PB48: No es poner algo nuevo, ¿no?, eso ha estado ahí, las depresiones amorosas están ligadas a asuntos amorosos o a perdida, en general las depresiones tienen que ver con pérdidas, con perder algo...

EAB49: Del afecto..

PB49: Algo de uno, de todos los órdenes, porque la rama de pérdidas es inmensa y el tono de la pérdida cambia mucho, hay algunos que soportan más las pérdidas amorosas, pero se deshacen por otras cosas, entonces por eso digo que la pérdida es concepto muy amplio, para cada uno toma un sentido distinto...

EBB50: y tiene una fuerte relación con la depresión...

PB50: Tiene una fuerte relación con la depresión, esta referido a la depresión, esa es una hoja de ruta para el psicoanálisis... una pérdida, o algo sentido como la pérdida, que a veces uno puede decir “no, pero... para nada, yo no sé” pero cuando se empieza a buscar, a encontrar el algo para hablar, son cosas a veces banales pero asumidas con una carga de pérdida pero para él, no que objetivamente tenga un valor de pérdida para todos, si, es la pérdida mayor que un ser humano pueda sufrir, perder a alguien querido es una pérdida mayor para todos, y por tanto ahí, hay unos que sobreponen más fácilmente a la pérdida que otros, mientras que hay personas que no hacen el duelo, ¿sí?, hacen pequeños duelos y eso queda como un poco tapado, dejado de lado, y esas cosas vuelven

EBB51: Digamos que esta persona deja de ver el árbol para fijarse en el bosque, ¿quién decide que el proceso se acaba?

PB51: Ah ya, hmm bueno... ya estamos lejos de la depresión, ya han aparecido otras cosas, ¿cómo se termina el proceso? Eh... no, el analista no le va decir, no, usted ya se puede ir, ya usted está mejor, no, no lo dice, es algo que se hace en el trabajo que se hace en común, implícitamente, es que el paciente puede decir, “no, yo ya se esto, ya se esto” experimenta en el propio pellejo los cambios que ha tenido, ¿no?, “ya no me duele tanto” “ya no me importa tanto” “Yo creo tal vez la cosa no fue así” se mueve, se mueven las cosas y todo esos ingredientes van dando como puntadas para finalizar, no hay una técnica para finalizar, no es el terapeuta que le va a decir que usted ya se puede ir, es algo que se hace en el trabajo en común, pero si en el acto de irse es el paciente el que lo hace.

EBB52: Como yo no, como ya, no quiero continuar...

PB52: O quiso otra cosa, ya eso es distinto a no querer continuar, porque eso ya es una interrupción del trabajo, dejar algo en un punto, o dejarlo empezado, o salir corriendo, porque a veces uno también se va porque no quiere ver el bosque, el tema del irse hay que afinar, ¿sí? Afinar, porque hay salidas en falso, irse porque no quiere saber, porque alguien puede venir, por eso las entrevistas preliminares, alguien puede venir y decir “no, yo vengo porque está pasando esto, esto y esto” y va haber una pequeña migración de saber, de saber de vocalizar, y decir “ ya sé porque me paso lo que me está pasando,

pero no quiero saber más, me asusta” hay pacientes que lo dicen así, “yo sé que hay más, que si sigo buscando hay más, encuentro, pero no quiero saber más, me asusta” y ahí las puertas están abiertas, hacerle saber de qué en efecto hay más para saber.

EBB53: Digamos que hay me surge una pregunta, digamos que pasa también que las personas hay veces no quieren iniciar un proceso también con la persona porque seguramente le teme al bosque, a lo que se encuentre en el bosque...

PB53: Si, al lobo, como a caperucita...

EBB54: Exacto...¿Así como el consultante es capaz de escoger al psicoanalista, el psicoanálisis también es capaz de escoger a su paciente?...

PB54: A su paciente, no

EBB55: ¿No? ¿O sea tú a que población atiendes?

PB55: Ahí tenemos diferencias en las otras formas terapéuticas que se especializan en depresión, en tratar ataques de pánico, bulimia, anorexia, en niños, en adolescentes, eh, no, los lacanianos atendemos a un sujeto, a los sujetos, entonces no tenemos especializaciones, eso lo trabajo mucho Lacan. Así lo voy aterrizar porque no es una cuestión de gustos, Lacan lo teorizó, es que si uno tiene gustos, preferencias, o dice, “no, eso a mí no me gusta, a mí no me gusta trabajar con niños porque es muy complicado porque entonces están los padres y los padres entran ahí” y entonces se complica la cosa, y es verdad, que trabajar con niños no es fácil porque uno no atiende solo al niño sino a toda la familia, y como el niño no viene por gusto propio o sino es que lo traen, porque el colegio lo mando, porque la psicóloga lo mando, el colegio, por los papas no se lo soportan, ta ta ta, uno tiene que verse con ese otro muy encima y entonces eso dificulta el trabajo, pero con Lacan vamos a aterrizar que si uno tiene prejuicios, es porque hay algo del análisis propio que no ha resuelto, porque justo el prejuicio tiene es que ver con uno, donde yo ponga un prejuicio en el otro, que yo me soporte algo del otro, eso remite algo mío que yo todavía no sé, es oscuro, ¿sí?, entonces no hay elección de población, Lacan decía que el analista que tenga prejuicios que vuelva al análisis, esa es la recomendación, no mantenga su prejuicio, ok, muy bien que no trabaje con ellos, pero hay un punto oscuro ahí, vaya otra vez al análisis.

EBB56: ¿Has sentido puntos oscuros en el manejo de la depresión?

PB56: Eh no, jején, no yo no, por fortuna puedo decir que no, otro asunto es que uno si encuentra dificultades, no específicamente con la depresión, hablo desde mi propia experiencia clínica, hay pacientes que son para uno difíciles que hay pacientes donde uno dice “ya no sé qué hacer más” cuando ya van procesos largos, no cuando llevan tres entrevistas, cuando hay procesos largos, cuando a uno las hojas de rota no les sirven, no le son suficientes, y para eso tenemos

en el análisis. En el campo psicoanalítico, una cosa que se llama la supervisión o los controles, es que uno habla con otro psicoanalista del caso, uno va a consultar no ya como paciente sino como terapeuta del caso, un colega, a decirle “mire, hay este paciente, yo he hecho esto, pasa esto, ta-ta-ta, hay algo aquí que no veo bien...” esa es la manera en que se afrontan las dificultades, porque las dificultades existen no todo es perfecto, ¿sí?, pero son dificultades que tienen que ver no con uno solo, con uno, por ese es el punto ciego y ahí ya no es el control la vía, sino volver al análisis, sino que tiene que ver con lo que pasa entre paciente y lo que yo hago, lo que hay entre los dos que no funciona, entonces eso se tramita y se controla en las supervisiones, y eso pasa también cuando ha terminado el análisis, como a lo que yo les contaba que uno empieza trabajar como analista, empieza a recibir pacientes y sigue en análisis, y hay algunos pacientes que lo tocan a uno ¿sí? Lo toca, y hay dos vías para trabajar eso, en su propio análisis entonces uno al análisis y “hay un paciente que no puedo con él porque claro esto tiene que ver con esto, esto, esto” o ¿con que tiene que ver? Y eso se pone al trabajo en su propia experiencia analítica; pero también se trabaja al tiempo con el control, porque en el control se trata de preservar al paciente, o sea los controles están hechos para que el analista no haga muchos daños como el rinoceronte en una cristalería, entonces el control está hecho para que uno no meta la pata, para que como analista no vaya a meter la pata, si eso tiene que ver con una dificultad en el trabajo; ahora, ¿sí el meter la pata tiene que ver con él solito? Vaya al diván...

EBB57: Bueno son las doce, así que precisar un poco más las repuestas para tu tiempo y el de nosotros, eh, digamos que me surja una pregunta también y es que veo que muchas veces utilizas metáforas, ¿ese tipo de lenguaje lo usas también con tus consultantes?

PB57: Eh no, no, es como didáctico para explicarles a ustedes que no tienen un bagaje grande en psicoanálisis como para darles a entender, pero ahora que lo dices de pronto sí, a veces uso la metáfora del rompecabezas para alguien que viene y dice “¿esto en qué consiste? A mí me dijeron que usted es psicoanalista” algunos pueden decir “es que yo no sé eso que es” o “que es lo que uno hace aquí” incluso pues vienen buscando un psicólogo, si?, pero uno es el que no actúa como psicólogo sino desde mi orientación, entonces yo no le voy a decir “no, yo no lo puedo atender porque es que yo no soy psicólogo, soy psicoanalista” eso no lo dice, uno acoge la queja y ahí hay veces que uno usa metáforas, pueden ser hojas de rutas para que uno pueda darle pistas al sujeto de que se trata en el trabajo, de porque es importante ver no solamente el árbol sino el bosque, si eso se puede usar, pero eso depende del analista, pero ahora que tú me lo haces caer en cuenta yo la he usado diciendo que el análisis es como un rompecabezas, pero no una cosa que haga con todos, si?

EBB58: Si, si, digamos que si un consultante estuviera acá ¿qué diría de ti dentro del proceso de intervención?

PB58: Estas... ¿que han dicho? O ¿qué podían decir?

EAB59:¿ Como te verían ellos desde su perspectiva?

PB59: Jm... Es que ese sujeto hipotético es difícil, podre decir un poco acerca de lo que he escuchado que digan, decir... “¿bueno usted porque no me pregunta tanto?” hay gente que ha ido a otras terapéuticas, tiene puntos de comparación, dice “pero usted como que es distinto” intuyen que hay algo distinto, cuando hay experiencias anteriores empiezan a ver que la manera como uno recibe es distinto, ¿qué pueden pensar? Que uno es distinto y.... “pero usted porque no pregunta tanto” “usted porque no me da como herramientas, pautas....tips” que es la palabra de moda, “porque usted me da tics, porque es que yo estuve en t ata ta y la psicóloga me dijo haga esto, esto, esto...” entonces como me ve? Yo lo sé por como ellos dicen, ¿ves?

EBB60: Si te ve como lo que no es, que tu casi no preguntas, que casi no das tics....

PB60: Porque no das tics (sic), que es un psicoanalista, que hace un psicoanalista que es distinto a un psiquiatra o a un psicólogo, son preguntas que hacen cuando tienen una pequeña pista, alguien les dice “vea les recomiendo tal persona, ella es una psicoanalista” llegan aquí y dice “ah vea es que su número me lo dio ta t ata, una persona no sé qué, me dijeron que usted era psicoanalista, ¿y eso que es?, yo no sé qué es eso, yo vine a buscando tal cosa” uno puedo intervenir ahí tratando de buscar la diferencia, la particularidad sin necesidad de sacar los libros y dar la catedra, si, es importante dar pistas, que sepan un poco, o el que no tiene la pregunta no hay que llegar a decirles “no, es que yo no soy un psicólogo” no, lo que tenemos en el psicoanálisis es lo que uno ofrece

EBB61: Entrando un poco al plano de lo personal, ¿ha habido alguna experiencia de intervención en depresión donde te hayas sentido vulnerada, has tenido que acudir a otro analista?

PB61: No, lo que.... Creo yo que el proceso de análisis que yo hice llevado 20 años, 20 años de análisis llevado a su término me permite poderme localizar, eso es fundamental y quizás por eso podríamos recoger que otros terapeutas se sienten vulnerables porque no hay propia experiencia de análisis o de terapéutica, no lo pongamos analítica, sino que fíjense que es la lógica que les planteaba antes, cuando uno no puede soportar cosas del otro, es porque eso lo toca a uno y si uno no sabe.... Entonces dicen, “no, yo al paciente le dije que no podía más, lo derive, yo no lo puedo recibir, lo derivo” o se vuelven un ocho ahí, entonces se dejan afectar es porque hay.... Y la experiencia analítica es la única donde es obligatorio uno haber pasado por su propio

análisis, ya las otras son voluntarias que el terapeuta quiera hacer propia experiencia terapéutica, pero no es obligatorio; las escuelas en psicología no obligan esta condición.

EBB62: O sea que ese analista digamos que tiene que tener sus experiencias personales bien analizadas...

PB62: Tienen que tener, no son tres meses, cinco meses de análisis porque lo que les digo los recorridos son largos, yo hice 20 años de análisis y 20 es mucho, casi la edad de ustedes,

EBB63: Jajá sí, por dos años

PB63: jajá, entonces yo les conté que estuve en París que estuve 6 años largos y 6 años que empecé haciendo dos sesiones de análisis, y ya cuando yo sabía que no me iba a quedar allá y que no iba a volver a Colombia, tres años iba todos los días de lunes a viernes con la idea de ser intensivo, y ya cuando regrese a Colombia, seguí viajando yo iba a Francia a seguir el análisis, y lo hice durante casi 15 años yendo y viendo, y no hasta hace mucho yo termine como hace menos de 10 años, y eso me ha permitido yo creo no enfrascarme, no quedarme, por supuesto que paso situaciones difíciles y para eso está la forma del control, pero hasta ahora no me ha llegado el paciente donde se me haya devuelto alguna cosa oscura mía, no, es algo que yo he podido tratar mediante la experiencia del control y de las supervisiones

EBB64: Digamos que dentro de ese análisis, dentro de tu observación de lo que tú haces ¿te has dado cuenta que tu tengas de casualidad algunos recursos personales que te han ayudado hacer una intervención en depresión? ¿crees que hay ciertas cosas en ti como por ejemplo que el hecho de preguntar no fue lo tuyo? ¿sí? ¿hay cosas en ti?

PB64: Es que hay entramos en la manera como actuamos los analistas, ¿con que actuamos nosotros? Con lo que sabemos en teoría y con lo que fue la propia experiencia analítica, entonces la intervención es esas dos cosas, lo que uno ha trabajado durante años teóricamente y lo que ha sido la experiencia analítica, con eso es que uno hace en depresión y con cualquier cosa. Entonces no hay una técnica particular para tratar la depresión, ¿ves?, ahí volvemos a las especializaciones, yo tendría un modelo para tratar la depresión, un modelo para tratar los ataques de pánico, un modelo para tratar la bulimia, no...

EAB65: Eso me lleva a pensar sobre cómo te ves tú en el contexto de intervención

PB65: Me veo dispuesta a recibir al que viene, me veo dispuesta a ayudarlo, ¿sí?, y esa disposición pasa por lo que yo sé de mí, por lo que fue mi experiencia analítica, por lo que tengo, por lo que yo sé de la teoría, por el trabajo con los colegas, esas son las dos hojas de ruta de los analistas, por eso es que hay que hacer un análisis, no solamente lo que yo pueda completar en los libros, si?,

¿cómo actuó yo? Entonces voy y busco allá a ver que dice este autor, esa es una parte, pero fundamentalmente es lo que uno sabe, es muy... enseña mucho como volviendo a su experiencia propia, mi experiencia que no es cortica ya, ya de tantos años en clínica, uno a veces se encuentra con pacientes con los síntomas que uno padecía, los mismos síntomas, y uno dice “uh!” o sea el sujeto humano es esto, pero uno si no sabe uno se enreda, no es que se pueda, se enreda, porque uno tiene con que ofrecer de lo que es la experiencia analítica propia para desenrollar eso, y más bien tiene un saber ese jurado, ese es el lado ético y epistémico y terapéutico del que les hable ahorita, uno sabe que eso que le pasa a ese paciente de ahí se puede salir y que eso tiene que ver con él, por la propia experiencia analítica, no por lo que los libros dicen solamente, uno puede legar a identificarse, ese es el problema de la identificación cuando no hay análisis cuando no hay propio trabajo terapéutico que se enfrasan y se manejan cosas raras, se producen efectos raros, se identifican....

EBB66: Hay como una transferencia

PB66: Eso es lo que se llama la contratransferencia. Ustedes me hacen pensar en una paciente que recibí hace algún tiempo en algún momento en que me dijo, “es que me pasa esto, esto, esto...” un momento de mucho agobio y me conto que ya había ido a una psicóloga por el mismo asunto y entonces ella me conto lo que había pasado que no había durado mucho ese trabajo, y yo le dije “bueno, que paso ahí?, que aprendiste?, tu que sacaste?, conclusiones epistémicas?, que pudiste recordar de eso?, porque no volviste?” y me dijo “no volví porque la psicóloga, yo le dije ciertas cosas, y empezó a ponerse roja, roja, roja, y yo me di cuenta que lo que yo le había dicho ella no lo soportaba” un ejemplo patético de lo que estamos hablando, si?, que la psicóloga no le dijo nada pero se turbo y hay personas en que la manera de turbare es ponerse roja, y esta chica leyó ahí que ella la había turbado y ya no la podía ayudar

EAB67: A ti te ha pasado alguna experiencia, ¿por qué entiendo que has dejado que el análisis en esas situaciones...?

PB67: No, no me turba, porque es que les acabo de poner el caso, yo me recibo pacientes en que algunos de los síntomas que ellos traen eran los que yo tenía hace 40 años, pero la manera en que yo puedo trabajar con eso es desde otra... no me turba, porque es que yo ya he molido eso, yo ya lo trabaje, yo ya se y yo ya tome posición por eso, eso sigue y en algún punto me habita porque la historia no se cambia, pero yo puedo ofrecer algo a ese; yo lo dije ahorita, uno sabe que de eso se puede salir por la propia experiencia, uno no se enreda, el propio análisis le permite a uno no enredarse y poder trabajar.

EBB68: Bueno las últimas dos preguntas. ¿el psicoanálisis fue tu primera opción?

PB68: En la universidad me encontré con el psicoanálisis, en la universidad, como ustedes habían otras escuelas pero eso fue lo que a mí me llegó, lo que a mí yo encontré que habían cosas que las otras escuelas no daban, no reportaban, entonces me tocó, en el sentido que lo afectan a uno, me iluminó muchas preguntas antes que dar respuestas y me animó a entrar ahí, y me animó a irme Francia a estudiar a hacer una maestría en psicoanálisis y me animó a hacer un análisis y ahí no he parado

EBB69: Bueno, genial, nuestra última pregunta es la pregunta baloto ¿cómo piensas que se caracteriza tu estilo terapéutico?

PB69: No puedo responder a como lo he venido respondiendo con cosas anteriores, el estilo es el hombre, el estilo terapéutico es el efecto del análisis mío, mi estilo terapéutico está amarrado a lo que fue mi experiencia de análisis, el estilo es el hombre.

EBB70: O sea en otra forma, la forma como tu intervienes es la forma como tu hiciste tu análisis

PB70: Es un efecto del análisis, es un efecto de lo que yo pregunto, de lo que yo intervengo, todo eso está orientado por la propia experiencia...

EBB71: Y es un análisis que puede tener factores emocionales, personales, familiares...

PB71: El análisis....

EBB72: Claro, este efecto digamos que tiene varios elementos intrínsecos que te han ayudado a no hacer contratransferencia con estas personas

PB72: Es que el análisis remueve todo en la vida, lo que es uno, no le toca la depresión, no, lo remueve todo, lo que es uno, ¿sí?, toca lo que es uno, ¿y que es uno? Uno es un ser social, entonces todas las relaciones de cómo uno se construyó como ser social, en cómo ser hijo, padre, todo, cómo se inserta en el mundo, todo, el análisis lo mueve todo, y ahí volvemos porque es más que una terapéutica, porque no es solamente tratar un síntoma y ya, es más que eso. El análisis puede llevar y es decisión del paciente si yo no quiero más, como los casitos que volvíamos ahora, yo se algo, yo ya se... eso es paliativo, eso ayuda, pero hay cosas que, si todavía están no sabidos, eso va como las zonas volcánicas, el volcán está ahí trabajando, pero se manifiesta a veces...

EBB73: Inquieto

PB73: Esta quietico, esta dormido, esa es otra metáfora que podemos poner, jeje que es como el lado que está bajo tierra que está ahí actuando, echa unas fumarolas por ahí, unas sacudidas, pero no, uno sigue, a veces la vida te sacuda y ahí es donde uno no se soportan las cosas que a uno le llegan pasar

EBB74: Listo, vamos cinco minutos a conversar y ya volvemos.

Momento 2

EAB75: Entonces, ¿que encontramos, que encontraste?

EBB75: Bueno, muy interesante, nos cambia mucho la perspectiva, creo que intentar entenderla fue intentar entenderla desde los términos de ella, hm.. es complejo la forma como ella lo ve porque según entiendo es que de una forma profesional ayuda a que la persona construya una nueva epistemología de su vida, pero no te digo como es que tienes que hacerlo sino que te doy la oportunidad para que lo hagas, si?

EAB76: Ella aparece en el escenario para que eso se de

EBB76: Ella hace parte de ese análisis persona, si?, es como si casi no estuviera, es un elemento que esta atrás pero más sin embargo esta súper pendiente que el análisis se de bien porque ella ya lo hizo y ella ya sabe el proceso que se tiene que llevar, entonces no se creó yo que intentaba pensar en un adjetivo que diera cuenta un poco sobre su postura, y creo yo que es una pensante callada, que anda en su silencio

EAB77: ¿Cómo te sentiste en la entrevista?

EBB77: No pues bien, pero veo yo que hubo cierta dificultad para llegar a sus experiencias personales porque creo yo que a veces iba muy a lo que piensas otras personas, a lo general, si?, y volver a lo específico, volver a lo específico fue un poco difícil, de hecho fue muy poco lo que encontramos en experiencias personales, todo lo extrapolaba a un contexto social o disciplinar, pero que casi ella lo viera desde su experiencia fue difícil o complicado

EAB78: Yo lo vi que ella lo remota mucho a su experiencia de análisis, y la protege como una cajita muy valiosa, entonces en ese sentido siento que el espacio en cierto mudo pudo ser disruptivo al intentar acceder de una vez

EBB78: Claro porque era como si rondáramos la caja pero digamos que no pudiéramos entrar a ella

EAB79: Creo que eso es válida y habla eso mucho de la postura y la manera en como ella hace su intervención, siento que es como un espacio donde es válido preguntarse constantemente por su existencia y del sentido, y a partir de allí es esa constante reflexión que toma su tiempo, pero que se hace en compañía de una persona que ya pudo conocer el sentido de su propia existencia, se pudo conocer a sí mismo.

EBB80: Si, puede ser como una acompañante que ya sabe cuál es el camino pero sin embargo no le dice por dónde es, simplemente que está ahí

EAB80: Yo siento que es una compañía que ya sabe armar rompecabezas aun cuando el rompecabezas no está armado, sino a encajar fichas creo...

EBB81: Si, que ya lo armo

EAB81: No, ella armo su propio rompecabezas y allí pudo aprender que las fichas encajan y tienen un lugar, y esa experiencia tan valiosa de cómo es el análisis le da para decir “ah, yo sé que hay fichas así” claro, es como 50-50, 50 por ciento análisis y 50 por ciento teoría, la teoría dice que posibilidades hay de armar un rompecabezas, pero el análisis sugiere que somos seres humanos y que cada ficha es diferente y que conocer cambios nos va permitir ese rompecabezas

EBB82: Digamos que ahí eso tiene una coherencia en cuanto a la forma en como ella se acerca, inicia una entrevista, porque de una u otra forma en un principio ella está enfocada en las interpretaciones y en lo que la persona piensa en su vida, o sea...

EAB82: En el sentido que tiene para sujeto...

EBB83: Exactamente, si, entonces digamos que ella parte de la individualidad de cada sujeto de ver su experiencia, de analizar su propia existencia y creo yo que a partir de allí ella organiza su intervención, se acerca de esa forma, de una manera muy cautelosa sin intentar colocar aspectos o dañar cosas por su propia presencia, entonces creo yo que eso es muy coherente y significativo

EAB83: Yo siento que sí, que en las intervenciones anteriores se centraban en el dilema humano, este psicoanálisis se centra en la existencia humana, en el dilema de la existencia humana, la ontología del ser... siento que también es la oportunidad que ella tiene para encontrarse con otros puntos de vista, con seres humanos, entonces en ese sentido ella organiza sus intervenciones

EBB84: Vamos?

EAB84: Si

Momento 3

EBB85: Bueno antes que cada, te agradecemos muchísimo por querer comentarnos un poco sobre como haces el proceso de análisis de las personas que acuden a ti por un tema de depresión, y pues bueno, a nivel personal es muy interesante observar la forma como tu organizas el espacio de intervención de estas personas, porque digamos que cambio mucho el chip de nuestro modelo teórico el cual viene de la universidad, a este nuevo modelo que tú nos propones acá que es un modelo que hay que rescatar muchas muy importantes y una de ella en la que estoy muy de acuerdo, es como primero respetar el proceso de cada uno, el proceso individual de significar y analizar la

experiencia y eso para mí es muy significativo, porque no todas las personas atravesamos la misma experiencia, y cada uno tiene que armar su propio rompecabezas a su tiempo, a su momento, con sus propias reglas y con las personas que esa persona quiera escoger, entonces creo yo que para mí empezando desde ahí, súper bien, me parece muy bonito lo que mencionas, y que todo esto tiene una coherencia y es como que de una u otra forma le das a la persona la oportunidad de que piense como ella quiere pensar, si?, que digamos que la depresión puede significar muchas cosas a nivel social, ¿pero eso para ti que significa?, si?, ¿eso para ti qué sentido tiene?, y creo que eso es darle la oportunidad a que la persona piense sobre lo que para ella es importante, lo que ella quiere y lo que eso la hace sentir a ella, entonces creo que también rescata cosas como el hecho de reconocer la individualidad, la autonomía, y reconocer su libertad de pensar como quiera, obviamente con unos límites éticos, si?, que creo que tú los pones muy claro pero eso fue algo muy importante y muy bonito pues que me diste a conocer el día de hoy

PB85: No, pues estoy de acuerdo...

EAB86: A mí me dejaste pensando muchas cosas, o sea creo que parte de ellas se conectan con un libro que estoy ahorita leyendo se llama “el aroma del tiempo” y es un ensayo de filosófico sobre el arte de demorarse, es un libro que escribió un filoso Coreano que hizo un doctorado en Alemania, Byung-Chul Han, el hace una fundamentación en su teoría sobre batica e idea, entonces creo que haber leído ese libro, venir a esa entrevista y encontrarme con que tal vez tu modelo de análisis precisamente para mí se centra más en la resolución no de un dilema humano, situación que requiera atención terapéutica, sino del dilema de la existencia humana, que creo que desde allí el hecho de conocerse a sí mismo tiene tanta importancia para ti, si?, conocerte a ti mismo es parte de lo que encuentro en este espacio y de cómo permites que el análisis permite que pase por ti para ser esa persona que acompaña el análisis de otro, ahorita que conversábamos con mi compañero es como, volviendo a la metáfora del rompecabezas, entonces tú ya armaste tu rompecabezas y sabes encajar fichas...si?

PB86: Y lo difícil que es encajarlo, hacer la evidencia de si.... El tiempo, si, lo que es el proceso

EAB87: Eso lo haces ahora acá, entonces aprendiste a encajar fichas y has recibido personas a quienes acompañas a encajar las propias fichas de su rompecabezas

PB87: Muy bien, qué bonito eso...

EAB88: Y es como cuando te das cuenta que al final queda un rompecabezas con una figura, no sé, autentica, única, que es la manera como cada quien vive...

PB88: La manera como cada quien arma su rompecabezas es distinto...

EAB89: Y la misma historia que está contando con él

PB89: Y que todos estamos determinados por la historia nuestra, pero cada una es distinta, la historias de cada una es distinta y cómo podemos armar el rompecabezas es distinto, no hay dos rompecabezas que se armen igual, ni el mío ni el de Ustedes. ninguno, siendo las mismas 5000 fichas o que el marco se igual, pero la manera cómo hacemos eso varia, e incluso uno mismo sin ser muy verbal el mismo rompecabezas uno lo arma, puede que tenga otras hojas de ruta y decir “ah sí, yo me acuerdo” pero no puede copiar o clonar el rompecabezas.

EAB90: Esto me hace pensar en que no se, el arte de hacer psicoanálisis, porque requiere su preparación, comenzando porque yo tengo un profesor que fue psicoanalista y él se formó en la IPA y él decía “bueno nosotros vemos tanto tiempo viendo Freud, tanto años viendo Winnicott, tantos años viendo tan...” Claro cuando veo que tu estudiaste acerca de Lacan, entonces como conocer el rompecabezas a partir de lo que Lacan organiza la comprensión de la existencia humana, de cómo lo histórico juega un papel tan importante y tal vez en este espacio puede romper algunos esquemas en términos de claro el psicoanálisis se centra mucho en el pasado, pero creo que le da un continuo, un continuo a lo que es a donde e ido

PB90: Es por eso que centran en el pasado, por que el sujeto viene de atrás, es hecho, es un hecho, no es hecho de un paracaídas

EAB91: Incluso nacer de un huevo toma su tiempo

PB91: Hasta ser muy útil toma su tiempo

EAB92: Me dejas pensando muchas cosas en cuanto al tema del tiempo, pero creo que son muy coherentes con una manera sana de acompañar procesos humanos. Muchas gracias

PB92: Espero haberles transmitido mi saber sobre mi experiencia en clínica y conocimientos. Y bueno yo les mando un artículo que trata sobre los tratamientos por la química o por la palabra en depresión que fue algo que no hablamos ahorita, dije que es corriente que uno reciba pacientes que están medicados, han tomado o están tomando, antidepresivos, ¿qué hacemos los psicoanalistas con eso? Porque hay unas formas terapéuticas que dicen, no, suspendan los medicamentos, o hay otros que no se posicionan con respecto a eso, pero nosotros sí, tomamos partido con respecto a la medicación y es que hay veces estados de la depresión la medicación a veces ayuda, no es el fin, la diferencia es que para nosotros no es el fin, es que con eso se va a curar, no.

EAB93: ¿Es como un medio?

PB93: Eso, es ubicado como un medio y depende del paciente, hay pacientes que uno dice hay parar el sufrimiento, no puede estudiar, no puede dormir, todos necesitamos descansar y esa medicación les ayuda reducir un poco lo ruidoso de la sintomatología, como un apoyo. Hay otras veces en que apuntan a buscar el medicamento y no lo necesitan realmente, entonces si tomamos partido; yo he escuchado de algunos tratamientos psicológicos orientales o medicinas alternativas y les dicen “no tome eso, eso es una porquería, pare los medicamentos” he recibido pacientes que me han dicho que han ido a otras formas terapéuticos y les dicen “no, no tome más pastillas, no mas fluoxetina, no más”. Aquí se interroga, se pregunta por el sujeto “¿que beneficios le trae? ¿Para que le sirve eso?” como para que el sujeto tome posición en cuanto a la medicación y pasan cosas distintas, desde avalar y decir si tome el medicamento, o decir no, yo no quiero mas eso, o entonces considera que es por un tiempo y que es más como un apoyo, y hay uno sostiene que se tome el medicamento; por otro lado, uno también interroga “¿que piensa acerca de ese medicamento?”. El psicoanálisis trabaja con el sujeto y no hay dos sujetos iguales.

EAB94: Quisiera hacerte una pregunta con respecto al sujeto y conectándolo con este espacio, ¿cómo te sentiste durante este escenario?

PB94: No, me parece chévere, interesante, por eso les dije al comienzo que me parecería interesante que ustedes se preguntara ¿como uno como terapeuta se ve afectado, tocado...? ... y es que tú me dijiste ¿porque es interesante? Porque es común escuchar que el terapeuta es el que sabe, el que tiene las herramientas que aplica, si?, y él para nada se interroga, si un analista es el resultado de un análisis entonces debemos interrogar al que está en el lugar del terapeuta, el análisis empieza sobre desde donde yo le puedo ofrecer algo al otro, con que yo ofrezco algo al otro...

EAB95: ¿te queda alguna pregunta después de esto?

PB95: No pues me parece muy agradable, es un tema que yo he trabajado teóricamente, que por supuesto uno oye cada vez más la palabra de depresión en el consultorio, es muy agradable una tesis de este orden meter la pregunta por el terapeuta, me agrada que contraste modelos de intervención, teorías, escuelas, cualquier cosa allí tienen mi correo.

Momento 4

EAB96: Estamos iniciando la grabación de la posesión de la entrevista PB creo que para este espacio conversaremos acerca de aquello de lo que se ha encontrado hasta ahora para responder nuestra pregunta de Investigación

EBB96: Bueno yo estaba pensando en lo que me surgió allí en ese momento. Ella no tiene ningún tipo de maestría en psicología Clínica. Ella lo que tiene es un Curso de Psicoanálisis en Francia.

EAB97: Ella tiene una Maestría en Psicoanálisis

EBB97: Pero no es una Maestría en Psicología Clínica

EAB98: No

EBB98: Ahí no sé sí, el Colegio Colombiano de Psicólogos la considere a ella como una Terapeuta

EAB99: Habría que mirar como dentro de las consideraciones que tiene la Asociación Colombiana de Psicoanálisis en relación a lo terapéutico. Lo que dice la ley en términos de cómo permite que lo que dicen los psicoanalistas y lo que dicen los psicólogos pues tenga la posibilidad de que ambos hagan intervención clínica

EBB99: En cuanto a cómo se soluciona la pregunta con lo que acabamos de escuchar con lo de PB. Pues creo yo que fue complicado pero al igual todo tiene un sentido , porque de una u otra forma intentar indagar sobre sus experiencias personales relacionadas con la depresión fue intentar indagar sobre su proceso personal de análisis que ella tiene , el cual ella sola puede entrar , Y creo yo que eso tiene cada proceso es personal y cada proceso es individual , y todo se lleva con el análisis y depende que todo depende su estilo es un poco curioso Este proceso ella lo tiene muy claro y es un estilo curioso .

EAB100: La pregunta problema se empieza a resolver en términos de depresión y toma un segundo plano en términos de la experiencia y lo que implica la terapéutica para cada uno de los participantes, siento que la contribución del estilo terapéutico desde la perspectiva que nos comentaba PB, están más que todo enmarcadas en permitir que el análisis pase por ella para poder ir y hacer análisis con otras personas y es dar cuenta de cómo la persona a partir de su análisis construye su propia historia, construye un pasado, un presente y hasta un futuro que se articulan y que le permiten a ella adquirir las herramientas necesarias para que otros adquieran las mismas herramientas. Creo que la terapéutica psicológica de pronto en lo que hemos encontrado es que se centra en responder dilemas humanos, situaciones difíciles, pero el análisis va mucho más allá de lo terapéutico como lo propone y hacía ver PB y de pronto es como mi percepción para cuestionar sobre la existencia humana, ¿A que vine? ¿Cómo es mi historia? ¿A que me invita mi historia? ¿Cuál es el sentido que tiene para mí? En ese sentido yo creo que la misma practica psicoanalítica establece unos criterios básicos, pero no pierde el espíritu de ser personas que trabajan con personas.

EBB100: Inclusive no se logra ver en el psicoanálisis, por más de que ellos a veces se creen como si fueran un Dios, o digamos que se creen mucho más que la psicología, ya que no se meten a la “colada” de las corrientes psicológicas, porque de cierta forma el psicoanálisis también es algo así como una epistemología de vida, de comprender las cosas, que seguramente están relacionadas con cosas fenomenológicas, cosas existenciales, pero pues creo yo que no lo ven como así, entonces digamos que ahí sí creo yo que ella fue muy clara en decir psicoterapéutico, esto no solamente radica en una terapia, sino que va mucho más allá, va a la construcción de una forma de pensar.

EAB101: En una epistemia

EBB101: Exacto en una epistemia, de una forma en como yo estoy pensando, en como yo estoy adquiriendo el conocimiento. Su estilo se enmarca en cuanto a eso, en cuanto a acompañar esos procesos que hacen las personas para interiorizar estas experiencias y más que interiorizarlas, es aprenderse a conocer ellos mismos.

EAB102: Es como le dan un sentido, no es como esconder el dolor sino entender que hace parte de la vida, y en ese sentido es como una invitación a la reestructuración del dilema humano, la depresión es solo un momento de tantos momentos de la vida, es el tono con el cual se dan a conocer muchas ramas, en ese sentido creo que la manera de manejar el estilo terapéutico de un analista es muy clásico en eso, cuando hablamos de otros terapeutas encontramos que hay terapias de cuerpo, que hay maneras de conectarse, que buscan reconocer aspectos corporales, que parte más de la interacción de una voz activa de un terapeuta.

EBB102: Pero incluso con lo que me decía PB, sobre quien es el paciente, si el paciente es el analista, o el paciente es el consultante, porque en cierto modo cuando digo que el paciente es analista siento que a través de solamente preguntas, puede dirigir un proceso de re-estructuración, incluso equitativo al del consultante, abrir focos, trabajar terapéutica. Entonces es preguntarse qué es lo que está haciendo la analista, para poder dar cuenta como este proceso se transforma a lo largo del tiempo.

EAB103: ¿Cómo te sentiste?

EBB103: Bien, bien me gustó mucho, me parece que es genial el respeto que ella tiene por el tiempo, es como un respeto, o bueno no sé cómo sentirlo, es como alguien que aprecia tanto el tiempo, que incluso dentro de su misma práctica pide tiempo, no se trata de “venga yo hago, intervengo y ya”, sino que esto tiene un sentido en una historia de pies a cabeza que va caminando por ahí, y que viene a mí, estilo consulta, bien sea con depresión, “me siento triste”, “me siento ansioso”, “tengo anorexia”, en ese sentido me sentí como muy impactado por esa postura como tan completa, tan contemplativa de la vida,

tan chévere que me pareció y contemplativa. ¿Cómo es que el tiempo es algo tan importante para ti?

EAB104: Para mi es importante, por lo que les decía del libro, el libro de este filosofo coreano, Byung-chul han, entonces es cómo el tiempo resulta algo que se pierde en esta sociedad, me conecto mucho con las comprensiones que ella hacía acerca de cómo la depresión hoy día es una y no es la misma de siempre, entonces lo que creo intenta hacer el libro esbozar ese retrato de cómo la sociedad le quita ese retrato de cómo la sociedad le quita la existencia a las personas, de cómo la sociedad acelera tanto las dinámicas humanas, que incluso el pues al ser filosofo lo entiende desde la desarmatización, yo vivo esto, yo vivo lo otro, que se conecta mucho con la inhabilidad...

EBB104: De los lazos sociales...

EAB105: La sociedad contemporánea cómo resta la posibilidad de concebir lazos sociales.

EBB105: Sí, creo que también para ella algo fundamental fue que la depresión se articula pues uno a un sufrimiento que tiene la persona, o un padecimiento que tiene una persona, en cuanto alguna situación que la persona desconoce dentro del subconsciente, pero el consciente sabe que es lo que está pasando, solamente que la persona tiene que hacer un alto de ir como con la lámpara e ir intentando mirar cuáles fueron las conexiones

EAB106: Cómo fueron las cosas

EBB106: Cómo se relaciona todo esto, por qué igualmente su historia está ahí, está guardada, solamente que la persona no ha hecho un foco a esos eventos, y no les ha dado un sentido para que sienta que todo está articulado, es más, lo que decía PB de otra forma y que tu puntuaste, que es cómo si la persona estuviera desarticulada y es cuando coloca la metáfora de la línea paralela al sujeto.

EAB107: Creo que en ese sentido, haber hecho la entrevista con PB da cuenta de cómo se resuelve nuestra pregunta, en esta entrevista siento que es un poco más clara, en términos de autorreferencia

EBB107: Para ella, está en su proceso de análisis

EAB108: 20 años de análisis

EBB108: En términos de interreferencia, está la susceptibilidad del consultante, o del paciente y la referencia sobre la teoría, la teoría dice que la situación se puede trabajar, ella dice, ella ya me vio con esos análisis y se pueden trabajar. Y, en el mismo espacio de encuentro con el sujeto, resuelve aquella situación que se va a trabajar, entonces creo que más que todo cómo que mi percepción acerca de lo que construye el marco de referencias estaría más que todo en términos

de lo que dice la teoría y de lo que ella propone que la teoría debe asumir a través del análisis, pero también me preocupa mucho la categoría de identidad allí, o sea hubiera sido cómo interesante de pronto como: ¿que fue lo que más te llamo la atención del psicoanálisis? ¿con que es que te conectas a nivel personal? ¿en ese momento en que estabas pensando?, porque eso también da cuenta de cómo la identidad de ella...

EAB109: Pero también creo yo que es la forma de cómo este terapeuta llega sin identidad cuando llega a consulta, es como si parte de él quedará afuera y solo quedara no la persona del terapeuta sino solo el terapeuta, entonces también veo yo que para ella fue difícil hacer cómo esas reflexiones autorreferenciales en cuanto a cómo ella se percibe dentro del contexto, ella qué experiencias personales ve que influyen dentro del contexto, entonces digamos que eso fue difícil y de una u otra forma para ella.. Yo le respondo más como otra cosa, por qué pues al parecer para ella no hay como un sentido.

EBB109: Yo siento que si lo hay, en términos de lo que representa para ella el análisis.

EAB110: Habría que mirar porque en términos autorreferenciales, digamos que ella lo identifica, más sin embargo dentro de la intervención no es claro, sí cómo pues que lo hizo ella pero o sea no más, como que lo puntúa, lo hace claro pero digamos que ella, no sé, nunca fue capaz de decirnos cómo es qué mi “cajita feliz” tiene estas cosas y yo las encontré en el proceso de análisis, solamente fue cómo hay algo ahí dentro de esa “caja” qué me ayuda a hacer intervención, ¿qué es? no sabemos.

EBB110: Claro eso también parte mucho desde el marco de referencias en el cual ella se mueve.

EAB111: Claro es que siento también cómo la subjetividad misma vista desde acá representa un sentido único para cada experiencia, entonces claro cuando ella decía cuando le preguntamos por los libros, ¿qué aprendiste? ¿de dónde lo aprendiste? a nivel general, pero decir “únicamente fue de esto” creería yo qué es restarle importancia a otros aspectos qué también la formaron.

EBB111: Yo a ella la senti como para mi no es que entre la persona del terapeuta y se quede lo demás fuera del consultorio, sino al contrario, la persona del terapeuta es la misma que entra al consultorio, porque no podría entrar la persona del terapeuta si no se hubiera hecho un análisis, entonces creo que la autorreferencia, de pronto la estamos mirando más cómo la comparación qué se puede hacer con los otros dos participantes cuando “me dicen esto, yo siento esto, esto y esto, etc”. Pero de pronto el psicoanálisis lo trabaja diferente, no es que lo nombre, es que lo trabaja distinto, porque no le da su importancia en el contexto terapéutico sino en el contexto analítico del mismo analista, y también incluso dentro de los mismos procesos de consulta, sí, de

asesoría entre colegas, es cómo la opinión de un colega es importante para ella en estos términos, “¿qué hago ahora, no trabajo?”

EAB112: Si tal vez sí, creo es que tienen mucha relación y creo que es él que está en él cuaderno y él que bota en los resultados, por qué es que sí, aquí hay una diferencia muchísima en cuanto al papel que le dan mis percepciones de las percepciones que le da él trabajo, de mis percepciones cómo un terapeuta frente a un consultante, por qué digamos las personas lo pueden ver cómo un punto a favor donde hay una conexión, donde puede haber digamos un tema que trabajar, donde digamos puede haber una empatía que hace que la relación terapéutica se de cómo una relación de confort, o se de cómo digamos una relación de ayuda más clara, entonces digamos ahí para él psicoanálisis no significa eso.

EBB112: Para él psicoanálisis es cómo “tengo una situación difícil, mírela cómo la veo”, por eso es que yo me pongo en él lugar de paciente cuando hago eso, por qué esa persona tiene un conocimiento técnico acerca de eso.

EAB113: Más sin embargo ella lo llama paciente.

EBB113: Sí, ella lo llama paciente, e incluso ella lo expresaba, la persona llega con esto y por eso es paciente por qué me está pidiendo que yo haga algo con eso, eso también da cuenta del tipo de relación terapéutica que establece que de cierto modo también, me parece muy válida en términos de respetar, de asumir su rol con una persona que sabe, una persona que aprecia su conocimiento, en términos de “yo sé de esto, se cómo intervenirle ya me analice ya estoy preparado, y ahora puedo venir a acompañarte”, pero no va a ser que yo no te digo nada sí no es que tú me dices algo para que yo te pueda decir algo, entonces en este sentido este tipo de análisis me parece muy curioso por eso, me parece muy válido en términos, es una manera distinta, también ayuda a desmitificar tantas perspectivas y tantas críticas que se tienen.

EAB114: Sí, pero pues bueno creo que uno tiende a compararlo con otras cosas, y pues creo yo que todo tiene un sentido en cuanto a la persona que llega a consulta, digamos todo tiene una pertenencia de acuerdo al motivo de la consulta, de la persona que llega a acudir ahí, por qué digamos que hay personas que necesitan personas mucho más directivas que les digan que deben hacer, pero es que vos no me dices que tengo que hacer, tu vienes acá cómo a preguntar cosas o yo tengo que venir a hablar aquí de bobadas y cómo que no me dices nada.

EBB114: Incluso es lo que busca él consultante.

EAB115: Exactamente, y pueden haber otros consultantes que solo busquen pensar y pensar, y pues no tienen un punto cómo de venir al cambio, sino que solamente quieren sentirse ahí, cómo acompañados, escuchados, simplemente un espacio donde les puedan hablar

EBB115: Yo siento que no es solamente eso, por que eso le quita toda la práctica psicoanalítica

EAB116: No

EBB116: Es cómo el hecho de conocerse a sí mismo, del cómo empieza una nueva forma de vida, entonces en ese sentido el análisis es un espacio, yo voy a donde alguien que me acompaña a conocerme a mí mismo, a descubrirme, a descubrirme a lo largo de la historia y cómo mi historia me permite aprender de mí y vivir en un ahora, en proyectarme a un futuro, que creo que es una vaina súper extensa, que es la diferencia entre una entrevista preliminar y el análisis cómo tal, la terapéutica y el análisis, entonces es ahí donde siento que está la diferencia, “qué quieres saber” “¿quieres un análisis? listo, toma tu número” “para el análisis tengo que hacerte una sesión”, pero la terapéutica puede ir más allá, y esa distinción me parece clara.

EAB117: En la terapéutica se va a establecer una relación de ayuda, o sea algo que tú quieres que cambie, en cambio en el análisis no se va a ver ningún cambio sino que todo va a ser algo que va a segundo plano, a un autodescubrimiento.

EBB117: Creo que es incluso cómo el conocimiento de sí mismo permite trabajar otras áreas, no es que solamente vaya a conocerse, es que va a organizar el sentido de su vida, por que entonces se pierde el componente de lo ético, dentro del mismo análisis que era lo que ella nos planteaba, el analista tiene varias partes, tiene lo terapéutico, tiene lo ético y tiene lo epistémico, no solamente se puede volver en una práctica epistémica sino que también tiene que tener un componente ético, que el saber mismo implica una posibilidad de ejercer, que no me parece algo tan descabellado después de que escuchamos a Michelle-

EAB118: ¿Qué dice?

EBB118: Pues que cómo todo el conocimiento de sí mismo empieza a generar un poder y una posibilidad de ya accionar en las diferentes áreas de la vida de una persona que está en un proceso de análisis. Otra cosa que me llamo mucho la atención es que no se, siento que para ella resumir 20 años de análisis en una entrevista, o en una pregunta pues puede ser algo difícil así haya gente que diga que es posmodernista y que eso no importa, pero creo que en 20 años de análisis está el valor de poder construir una historia acerca de sí mismo y es muy difícil de sintetizar.

EAB119: Bueno sí, pero yo creo que también es por eso, por qué de una u otra forma vemos qué su proceso es muy individual y digamos qué su imagen dentro del contexto era terapia, no de reconocer aspectos personales ahí mismo, sino qué es más bien un proceso individual, creo que es más por eso.

EBB119: Incluso de eso hablo...

EAB120: Sí, creo que eso qué también sigue en concordancia con las tres qué hemos entrevistado hasta ahora, y es qué en otra forma para ser un proceso de psicoterapia y de análisis, uno tiene que pasar también por ese proceso, entonces es cómo un “conócete a ti mismo para poder conocer a los demás”, y creeríamos qué de nuevo surge acá en esta conversación

EBB120: Y qué tiene todo un sentido también ético para la persona y tiene todo un sentido también epistemológico, también para la persona entonces es increíble cómo continuamos con esa línea, entonces para decir cosas qué hay en común sería eso, y cómo lo del diagnóstico aquí tampoco se toma en cuenta...

EAB121: Paso a un segundo plano

EBB121: Sí, y eso qué el psicoanálisis también tiene sus raíces cómo bien antiguas, y este psicoanálisis qué ella nos plantea reconoce mucho la rivalidad, reconoce también factores contextuales, igual que en otras terapias sistémicas, pero igual hace un reconocimiento de ciertos valores qué se le han dado a ciertos aspectos de la persona, cómo el hecho de estar triste, es algo qué es estar deprimido entonces sí es el valor contextual - cultural, entonces tiene ya un arraigo en esa persona y crea pues ya una patología, se explica cómo una patología entonces ahí creo yo qué vuelve lo mismo de qué el luminismo acá no funciona

EAB122: Yo creo que acá toma un carácter diferente, o sea, cómo pierde tanto peso lo patologizante

EBB122: Pero es por qué de una u otra forma la persona se da cuenta de manera individual pues de qué eso pasa a un segundo plano cuando reconoce otras cosas de su vida, cuando reconoce qué eso es algo qué está en la punta del iceberg, qué hay un montón de cosas qué son el tallo del árbol, entonces creo que es por eso también, las metáforas fueron también algo muy curioso, a mí también me gusto creo que usar ese lenguaje también analógico por qué deja el mensaje mucho más claro, permite qué uno juegue con muchas cosas, creo que eso fue algo interesante acá.

EAB123: Es cierto, me pareció también cómo parte de esos recursos y cómo ella cómo terapeuta usa sus preguntas, cómo se vuelve a retomar esa clase de altura por la palabra, cómo la palabra tiene el poder de cuestionar la vida de analizar experiencias, de pronto es parte de ese instinto psicoanalítico. Sí, por

qué la verdad yo no le escuche nada de “vamos a hacer algo con él cuerpo”
eso es otra manera de tocar lo humano

EBB123: Y otra cosa qué me pareció súper curiosa fue cómo lo del prejuicio, cómo él prejuicio me invita qué yo tengo qué reflexionar más sobre mí mismo, y cómo de una u otra forma él prejuicio puede llegar a ser una limitante de mi existencia entonces ahí fue curioso qué ella recibiera todos los qué le llegaran, cómo qué no hay filtro

EAB124: Eso me llamo mucho la atención

EBB124: No hay filtros, o sea, atiende lo que sea,

EAB125: De pronto eso me parece muy valioso, o sea yo atiendo lo que sea y sí no, análisis, me parece muy interesante es algo qué difiere mucho de PP y de PA.

EBB125: Se diferencian mucho, muchísimo por qué también habla de un proceso qué se construye distinto, casi qué desde la libertad de la misma relación, o sea cómo qué no hay tapujos, no hay nada

EAB126: Yo no sé, eso también implicaría una discusión ahí, eso es tema de investigación o quien sabe qué. Por qué siento que para ella es muy importante atender a todos, a todos, o sea a todo tipo de persona lo que también es una manera de invitarse a conocer a sí mismo, entonces es cómo ella teniendo una persona genera una sombra y cómo él resolver es asombra no solamente es una invitación para qué se resuelva y también un beneficio para mí.

EBB126: Claro es cómo sí de una u otra forma para ella no hay límites por qué veo yo qué uno dentro de su proceso de análisis se da cuenta qué su crecer está en conocimiento con la otra persona, o sea hay esta , pero su crecer descubriendo cosas de sí mismo por qué ella dice que él inconsciente es más grande qué nosotros mismos, entonces creo yo qué desde esa premisa ella parte cómo “bueno, hagámosle a lo que sea”.

EAB127: Y es un hagámosle a lo que sea de una manera muy sana. Sí ella recataba mucho eso de a menos de qué yo no le haga daño a esa persona con la metáfora qué usaba

EBB127: Y, bueno ahí lo qué faltó fue saber sí ella articulaba desde su vida saberes de otras disciplinas.

EAB128: Siento qué ella lo dejó claro incluso cuando ella dijo qué no era psicóloga, dijo qué era una psicoanalista y cuando la interviniste cómo psicoanalista, o sea es solo psicoanálisis en su práctica, por qué también reconoce qué hay otras personas qué pueden ayudar cómo un psiquiatra.

EBB128: Sí, eso sí, pero digamos qué no vi qué ella articulara cosas de otros saberes como cosas así energéticas no, existencialistas tampoco, entonces creo que fue bueno, lo que pensaba también es qué ella es cómo sí o bueno seguramente dejo la opción abierta de qué sí ella llega a pasar por un proceso donde ella siente cómo una cotransferencia ella tiene que irse a análisis

EAB129: Ella últimamente, ella ya termino su proceso de análisis

EBB129: Porque no se si de casualidad sea cómo “ok ya me gradué, ya no vuelvo allá por qué ya me gradué”

EAB130: Ella termino su proceso de análisis y es lo que yo tengo entendido y cuando tiene ese tipo de dudas las comenta con sus colegas

EBB130: Claro es ahí donde él análisis tiene tanto peso, cómo es qué él análisis me permite a mi conocerme a un punto en él qué ya quiero terminarlo y no volver más.

EAB131: Creo que no es cómo un “cierre, vámonos y hasta luego” sino qué me conozco tanto qué sí llego a encontrar una sombra en él camino no va a ser tan grave por qué conozco mucho de mi

EBB131: Pues a mí personalmente genera qué es complejo y me genera qué es algo extenso, muy muy extenso, por qué llevarlo a uno al descubrimiento de toda su existencia pues primero creo yo que la persona puede llegar a pasar por momentos qué la persona no espera cómo por ejemplo preguntarse “¿porque existo?” y eso pues puede estar articulado a un sentimiento de vacío o de algo así qué no se lo pienso yo así por qué seguramente yo me lo aprenderé en un momento y creo yo que en mi vida me sentí así y por eso creo que es complejo él acompañamiento con todo el tiempo de una persona, y bueno pues creo yo qué no lo tendría dentro de mi modelo

EAB132: A mí sí me parece cómo muy tocante por qué es más qué preguntar por él acontecimiento, preguntar por él sentido qué tiene para mí. Y de una construcción de historias distintas al qué propone la terapia, tiene su esencia y de ese modo me parece chévere y también me hace recordar qué no todo el mundo puede hacer análisis, hay gente que llega empieza su análisis y se da cuenta qué no, qué por ahí no es

EBB132: Creo que tú tienes más conexión con él psicoanálisis qué yo, yo no sentí tanta conexión, no fue cómo esa conexión qué pueden sentir los terapeutas de cómo “este es mi modelo”, no, creo que eso demuestra qué no, qué no es mi modelo pero creo qué entonces es más cómo él feeling

EAB133: Me encanta, de hecho me encanta la idea sobre él psicoanálisis

EBB133: Por qué son profundas, eso, es una ciencia bien profunda

EAB134: E incluso desde la misma conexión te podría decir qué eso es un estilo terapéutico, preguntarse por las cosas profundas, preguntarse por el sentido de la articulación en la historia, los detalles, el tiempo, etc.; Eso también es un estilo, más temporal a mi modo de ver, yo no soy psicoanalista, en el psicoanálisis sí, en la filosofía sí, pero cómo tal no sé, son puntos de vista

EBB134: No y qué se van a poner ahí también por qué pues obvio que en los resultados va a salir algo que nos deje ciertos matices en cuanto a lo que queremos y en las posibles afinidades que hay entre los modelos de estas personas y los modelos que nosotros estamos construyendo hasta ahora

Anexo 7. Transcripción Participante C (PC)

Momento 1

EAC1: Bueno, yo voy a dirigir la entrevista, EB hará unas preguntas ocasionales, entonces empezaríamos como... Si nos gustaría que nos contaras un poquito ¿A qué te dedicas actualmente? Nos comentabas que haces psicoterapia, que estás trabajando ahorita en docencia ¿Haces investigación u otro tipo de actividades?

PC1: Sí actualmente he trabajado un poco de investigación. En este momento como no tengo una vinculación formal con las universidades, estoy... estoy también esperando el proceso de publicación de otro texto que también es producto de investigación en El Externado. El texto se va a llamar, espera te digo,

Se llama “Diversas rutas para ser uno mismo”

EAC2: ¿Diversas rutas para ser uno mismo?

PC2: Sí, y el subtítulo es “Identidad y subjetivación en estudiantes urbanos y estudiantes indígenas”. Que lo hice en El Externado.

EAC3: De acuerdo y es sobre... supongo que tiene que ver con la construcción identitaria de estos estudiantes.

PC3: Contrastándolos un poco con... Bajo un presupuesto un poco obvio, pero hay que ver cómo aparece en realidad el resultado, y es que obviamente el contexto de desarrollo y el contexto de crianza debe generar unas formas de subjetivación distintas, unas cosmovisiones y unas formas de afrontamiento de la vida y una vivencia del presente, también distinta, como evidentemente resulta distinta en otro sentido ¿no? Al final todos somos seres humanos, pero ciertamente la manera de asumirlo cambia.

Adicionalmente me certifiqué como profesora de yoga de Satyananda Yoga y colaboro con la Academia de yoga Satyananda, y con ellos estamos

aproximándonos, porque no es tan sencillo (y eso ya es por cuenta propia), digamos, ya no hay ninguna financiación de nadie, para investigar sobre ciertos procesos del yoga que tienen la intención de incrementar el acceso a los diferentes niveles de conciencia y verlos desde el punto de vista de la psicología compleja.

EAC4: Ok. ¿Hace cuanto haces yoga?

PC4: Pues que haga, hace muchísimos años, pero que lo haga en forma más sistemática otra vez, como desde el 2009.

EAC5: 2009, de acuerdo, vale. Para comenzar entonces, bueno, tenemos entendido que tú estudiaste filosofía, luego estudiaste psicología y luego hiciste la maestría y el doctorado.

PC5: Un poco al revés, o sea, yo hice primero psicología en la Javeriana, cuando ustedes literalmente ni siquiera estaban en la mente de sus papás

Risas

Pues porque yo terminé las materias en el año 74. Me gradué en el 75. Luego, empecé a ejercer la... No, la verdad yo comencé a trabajar como psicóloga desde que estaba en la universidad, y luego pues empecé a hacer también docencia muy pronto, como en el 77 ya fui docente.

A través como de diferentes circunstancias de la vida me fui encontrando con las que en su momento eran, como terapias alternativas a lo que había, que básicamente era psicoanálisis y conductismo, y empecé a profundizar en eso y por eso me encontré con lo sistémico. Y de ahí (encontrarme con lo sistémico), me llevó a asociarme con el doctor Bruno y a buscar formación que tocaba buscar por fuera en cursos cortos y que pues, no nos interesaba a mí en particular irme del país, sino aprender y continuar aquí mi vida y así fue como empezamos a hacer terapia sistémica de manera muy autodidacta, estudiando y construyendo lo que hacíamos.

Después de eso por las exigencias académicas mismas, porque siempre he trabajado en universidad, entonces hice la maestría en filosofía latinoamericana que era como lo más afín en su momento al trabajo.

EAC6. A esta perspectiva.

PC6: No pues yo hubiera querido hacer la maestría en psicología clínica, pero pues ya era docente ahí. Y después por buenas circunstancias de la vida, pues hice el doctorado.

EAC7: ¿Lo hiciste con Jacques Miermont? Basado en su teoría.

PC7: No, no, tampoco porque en verdad él está en Francia y la formación, el trabajo de doctorado fue con la Universidad Católica de Lovaina en Bélgica. Pero usé las ideas de Jacques Miermont y luego tuve ocasión de conocerlo personalmente, entonces así fue como establecimos un vínculo y él estaba muy contento y sorprendido de que alguien en Colombia hubiera encontrado sus planteamientos y además los usara, y así fue como establecimos la relación personal.

EAC8: De acuerdo ¿Hace cuánto te dedicas la psicología clínica, al ejercicio de lo terapéutico?

PC8: Desde el año 72.

EAC9: O sea, empezaste antes, recién graduada.

PC9: Porque al comienzo era aplicar solamente test psicológico.

EAC10: ¿En qué momento pasas entonces a la intervención clínica?

PC10: ¿Por la psicoterapia? Muy pronto, como en el 74 o 75.

EAC11: Y desde ahí hasta hoy.

PC11: Hasta nuestros días.

EAC12: Hasta hace veinte minutos.

PC12: Más o menos.

EAC13: Claro que sí. Bueno, para comenzar nos gustaría saber entonces ¿Cómo entiendes la depresión?

PC13: Bueno, desde el punto de vista y para ser más puntual, desde el punto de vista sistémico y desde mi propio punto de vista personal la depresión es un estado de ánimo que emerge dentro de situaciones existenciales en donde hay una vivencia de carencia. Y una vivencia de carencia o de pérdida que tiene que ver con carencias y pérdidas reales, o a veces imaginarias, imaginarias no en el sentido de que no sean verdaderas, sino que proceden de las expectativas de las personas. Entonces por eso no son objetivas, porque pues no se ve que yo tuve que perder mi ilusión de irme de viaje a mitad de año porque me tocó pagar el impuesto predial y ya no me dejaron para viajar. Puede ser que ese no sea un motivo exacto de depresión, pero representa una pérdida de una ilusión ¿sí? O porque definitivamente me muevo en un ambiente en el que las posibilidades de reconocimiento por parte de los demás son muy escasas, entonces vivo como en una especie de desierto emocional. Y eso es literalmente como le pasaría a una planta que está metida debajo del escritorio donde no le da ni luz, ni le echo agua, ni nada, pues se va secando

EAC14: ¿Qué referentes empleas? Decías que hay dos tipos de referentes ¿no? Lo que dice la perspectiva sistémica y lo que dices tú ¿Entendería entonces que lo sistémico sería lo teórico?

PC14: No necesariamente, sino que en el ejercicio de la práctica terapéutica, saben que uno va en el tiempo como teniendo sus propias ideas, y no todas las teorías, no todos los escritos reflejan lo que quizás uno va viendo en la práctica.

EAC15: De acuerdo ¿Qué tipo de experiencias entonces consideras que te han llevado a entender la depresión de esta manera?

PC15: Pues digamos reconocer que, por ejemplo, en lo puramente sistémico hay varios autores que se refieren a la depresión como Valeria Ugazio, como... aun los de Palo Alto tienen unos textos que abordan directamente la depresión, Linares también habla de la depresión. Pero creo que, aunque comparto todas sus ideas la dimensión subjetiva y la dimensión interaccional, no necesariamente familiar, no está tan tenida en cuenta por ellos ¿sí?

O sea, yo puedo entender que un adulto llegue muy deprimido, pues aunque su familia esté funcionando bien, aunque su infancia haya sido relativamente, bien llevada, pero que tiene un jefe que lo hostiga y lo descalifica en el trabajo, y yo necesitaría, o no estaría bien (desde mi punto de vista) que yo me tuviera que ir a explicar lo que le ocurre en su historia familiar, sino que ya no tengo que ir tan allá, sino que puedo entender que la necesidad básica es ser reconocido como ser humano y validado como sujeto, pues ya es motivo suficiente para que alguien se deprima.

EAC16: De acuerdo. Esto me lleva a entender que de pronto estas comprensiones parten desde un referente en el cual la subjetivación como proceso...

PC16: Participa muy activamente, porque ese proceso de subjetivación es el que justamente nos hace construir expectativas, ilusiones, deseos, que pueden tener o no que ver con las experiencias de la infancia y que tener que frustrarlos, puede ocasionar un diagnóstico de depresión.

EAC17: En ese sentido también es ¿cómo la persona significa su experiencia de vida?

PC17: Si.

EAC18: Estas experiencias, estas comprensiones y estos procesos de subjetivación ¿Cómo has llegado a este punto? ¿Cómo llegas a entender que la subjetivación es un proceso tan importante para la configuración de la situación de depresión?

PC18: Pue a ver, yo creo que en ese sentido la formación temprana que arrancó con una lógica fuertemente psicoanalítica . No arranqué directamente por lo

sistémico porque lo sistémico ha llevado a la gente a refundir un poco al sujeto y a enfocarse en la interacción. Pues me ha hecho tener siempre presente que están totalmente intrincados el mundo interaccional y el mundo subjetivo. También hay un mundo subjetivo que es un sistema en sí mismo y que están relacionados pero el uno no se explica en el otro, ni el uno sustituye al otro. Entonces es algo que como que siempre he trabajado.

EAC19: Si entiendo es que la perspectiva psicoanalítica te ha permitido tener presente ese...

PC19: No necesariamente la perspectiva psicoanalítica, sino la idea de que el sujeto individual es un sistema o un nivel (en realidad) distinto, que no se puede confundir con el nivel interaccional, y que pues en eso, lo traigo a colación con el psicoanálisis porque en general las escuelas psicológicas, en general todavía, siguen enfocadas en el individuo.

Lo cual está bien, y ahí lo que le añade el componente sistémico es ver a ese individuo en contexto.

EAC20: En ese sentido, me decías que hubo un momento en el pregrado, tu formación de pregrado, con el psicoanálisis, que hizo parte de este argumento.

PC20: Ah sí, porque ese era el énfasis en ese momento.

EAC21: ¿Qué otro tipo de experiencias podrías mencionar, que te hayan llevado a llegar a este tipo de comprensiones?

PC21: Después, lo que les decía. Cuando ya salí de la universidad. Empezaron a entrar al país, y en el mundo también, las que en su momento se llamaron como terapias humanistas y alternativas, entonces la terapia gestalt, el análisis transaccional y aun el enfoque rogeriano. Y ya empezaron a empezaron a hablarse como desde el análisis transaccional, por ejemplo, y aun la gestalt, en donde las interacciones eran puestas más en evidencia y por eso es que viene ahí como lo sistémico de una manera fácil, fluida.

EBC22: De qué manera sentiste que haber optado por estas terapias alternativas y un poco más hacia lo sistémico ¿En qué momento te diste cuenta que esto brindaba una oportunidad para ti, para comprender un poco más desde tu punto de vista la depresión?

PC22: Pues porque tal vez pude hacer que yo haya tenido (en su momento), un sesgo muy fuerte pero, el psicoanálisis me pareció que en su filosofía de hombre, mantenía una filosofía muy fatalista y muy basada en unos determinismos biológicos y de las personas, y de todas estas cosas. Eso me parecía como una contradicción y como una visión muy desalentadora de los seres humanos, porque si ya teníamos estos condicionamientos, entonces como que yo qué venía a hacer ahí que realmente fuera útil ¿no?

En cambio estas propuestas, por ejemplo, desde lo que planteaba el análisis transaccional (y luego las corrientes sistémicas) de pensar que cada sujeto es un ser completo, que todo se puede cambiar si uno enfrenta el problema, lo define adecuadamente y encuentra los recursos para que esos logros de la persona se activen. Pues todo eso me pareció que es una visión mucho más optimista, digámoslo así, y posibilitadora (más bien) del ser humano. Porque no les he mencionado para nada, pero no contemplo la idea de la depresión como una enfermedad, que sería la otra fuerte vertiente. Porque considero que si bien es cierto que la depresión tiene unos correlatos neurofisiológicos, en realidad todas las actividades humanas tienen unos correlatos neurofisiológicos: desde la creatividad hasta todo, la depresión, la angustia, o lo que sea.

EBC23: La felicidad

PC23: La felicidad, todo tiene unos correlatos neurofisiológicos, pero eso no nos permitiría decir que todo sea definible como una enfermedad ¿Entonces qué? ¿La enfermedad de la felicidad? ¿La enfermedad de la creatividad? Y, por lo tanto, esa visión patologizante, pues de esa siempre me he alejado por lo mismo que decía antes y es que se vuelve muy limitante y creo que tampoco contempla, precisamente, la posibilidad de que los humanos como sujetos, podamos transformar nuestra visión de la vida y del entorno también.

EAC24: Ok, esa postura de los humanos que podemos transformar la vida ¿la retomas de algún autor, una experiencia en particular?

PC24: Pues ya hoy en día me queda muy difícil decir que haya sido uno solo porque a través de la vida uno se encuentra con muchísimos autores. Pero digamos que, en el tiempo reciente, pues están todos los planteamientos de Cyrulnik mismo, inclusive de Edgar Morín y otros de los pensadores del pensamiento complejo. Los mismos Minuchin, Watzlawick, los grandes pensadores dentro de lo sistémico han tenido una visión posibilitadora.

EAC25: Más allá de lo académico ¿Alguna experiencia que consideres que haga parte de esta concepción posibilitadora?

EBC25: ¿Como el yoga?

PC25: Probablemente sí, bueno, no sé por qué exactamente no lo puedo explicar. Porque es también mi postura ante la vida. Bueno no sé si sea mi historia familiar, todo en sí, pero pues que es una visión de que uno pueda hacer las cosas.

EAC26. De acuerdo.

EB26: Yo tengo también una duda y es como ¿En qué momento te diste cuenta que el sistémico te brindaba más posibilidades? O sea ¿Hubo alguna experiencia en la cual digamos tú aplicando psicoanálisis?

PC26: O sea yo nunca apliqué psicoanálisis.

EBC27: Ah ok.

PC27: Lo que vi en la universidad y pues obviamente las prácticas en clínica nos tocaba hacerlas unas lecturas desde la lógica psicoanalítica, pero pues era todavía dentro de la misma academia. Pero yo por mi cuenta, realmente nunca trabajé con una postura psicoanalítica.

EBC28: Ok ¿y aun así te sentías como inconforme o sentías que como que no te brindaba lo suficiente?

PC28: Sí claro, porque primero... o sea te respondo por qué más fácil sistémico digamos ¿sí? Primero porque creo que, si asumimos que nos construimos en la interacción, pues la terapia (si es coherente con esta idea), tiene que ser interactiva. Claro los psicoanalistas van a decir pues que el psicoanálisis es interactivo, pero con otra lógica muy diferente. Empezando porque el principio fundamental (hasta donde lo he vivido en psicoanálisis), de la transferencia hace que en verdad no te relaciones con el terapeuta, sino que le pones la máscara como un personaje de tu historia personal. Entonces ahí hay como una especie de falseamiento, mientras que en esta perspectiva el terapeuta es el terapeuta y puede con su comportamiento, con su forma de pensar y con lo que habla, incidir y reconocer que tiene incidencia directa sobre la persona, para ayudar a la persona a lograr lo que ella quiera lograr y que no ha podido lograr por sí misma y que por eso acude a terapia.

EAC29: ¿Como para recuperar su propia autonomía?

PC29: Claro que es por eso que la terapia es un dispositivo paradójico que es “uno va a donde otro que le ayude a lograr lo que uno quiere”.

EAC30: Ceder un poquito de su autonomía para recuperarla.

PC30: Exactamente, y específicamente con respecto a la depresión, pues es también pensar que en la manera en la que yo le ayude al otro a que se visualice, a que se ponga, a que se exponga, no sólo a la relación dentro de la terapia, sino fuera de ella y si es el caso, con los miembros de su familia, será lo que le permite transformar más ágilmente sus propios estados de ánimo y su propias visiones de sí mismo y de la vida, y no como dejando que mastique solo ahí su malestar o esperando a que él se dé cuenta, sino que podemos hacer, o sea en ese sentido, que yo concibo la terapia como un dispositivo para validar y ayudar a la persona a que viva nuevas experiencias. Porque considero que es en la vivencia de nuevas experiencias como uno puede transformarse.

EAC31: En relación a la depresión ¿Qué tipo de experiencias invitarías tú a vivir a este tipo de consultantes?

PC31: Pues eso es muy variado, digamos dependiendo de las circunstancias mismas dentro de las cuales emerja la depresión. Porque por ejemplo, si la depresión en realidad se asocia a una pérdida real de una persona, porque falleció, o porque hubo una ruptura conyugal, o una ruptura afectiva con alguien muy significativo, pues entonces hay que hacer una reelaboración para que en el mundo subjetivo como en el mundo real, la persona reaprenda (por decirlo así) a llevar su vida en ausencia del otro, o sea que pueda darle un lugar hasta geográfico y físico a esa persona que se fue diferente. Porque si yo voy toda la vida con un vacío a mi lado me voy a sentir muy mal (por ejemplo). Entonces eso, además de la representación pasa porque evidentemente la persona pueda (por ejemplo), salir sola, salir con otros, tener acercamientos significativos con otros y darse el permiso (por decirlo así), de poder establecer otros vínculos distintos, que obviamente el que se fue y se perdió es irreparable porque no hay ninguno igual a otro, pero pues quiere decir que no puede nutrir como su necesidad de sentirse y pertenecer a , con otras personas. Por ejemplo.

EAC32: ¿En qué momentos de la intervención te das cuenta que no estás interviniendo sobre depresión?

PC32: En realidad yo nunca parto de un diagnóstico. Sino que precisamente en función de lo que les decía de cómo lo ve uno significado (o lo he significado) pues más lo ubico en el contexto de la persona y de todo. Es decir, no me pongo a hablar de su depresión, ni de cómo es que se siente, ni de si durmió ¡Claro! Obviamente lo vamos a tener en cuenta, pero el objetivo no son los síntomas de la depresión.

EAC33: ¿Diríamos entonces que pasa a un segundo plano para que puedas abordar el contexto de la persona?

PC33: Podría verse así, porque finalmente la depresión es un estado de ánimo y de hecho, no sé qué tanta información tengan ahora en la universidad de lo sistémico, pero si han tenido algunos, saben que una de las opciones que ofrece lo sistémico (específicamente del lado de la estratégica), es la posibilidad de la prescripción del síntoma. Entonces, pues quiere decir que puede haber casos en donde (dentro del proceso), claramente se dice “No, todavía no es útil abandonar a la depresión”.

Porque, por ejemplo, si se trata de una persona que consulta en pareja, porque no está conforme, la deprime o lo deprime el hecho de que no está obteniendo la satisfacción a sus necesidades emocionales en pareja y la depresión se vuelve en un motor que sigue investigando y sigue investigando a las dos personas; porque esa es la otra cosa, por el hecho de que vengan motivados a

la consulta porque uno de los dos se siente mal no quiere decir que la terapia se enfoca en el que supuestamente tiene los síntomas, sino que, realmente no es que sea necesario.

Pero si la persona muy rápidamente genera los síntomas, pues el problema no se va a resolver, el problema contextual dentro del cual emerge ese malestar. Entonces en ese sentido también, y eso es una concepción propia de mi manera de trabajar, es que la depresión tiene una función adaptativa y por lo tanto en cuanto síntoma es un recurso positivo de cambio, y por lo tanto no hay que suprimirla, como habrá que sustituirla por aquello que la persona necesita para sentirse bien.

EAC34: En ese sentido, también la depresión hace parte de ese contexto en el cual se mueve la persona.

PC34: Emerge en ese contexto. Es como un estado... es como el arcoíris. El arcoíris no existe, no se puede atrapar, casi ni en las fotos. Emerge y lo podemos ver y todos podemos decir "Sí el arcoíris" pero es inasible.

EBC35: Y emerge en unas condiciones específicas. Entonces digamos que la depresión sería como el mecanismo que tiene la persona para ¿seguir con vida?

PC35: Expresar en un momento dado un malestar que o ha podido expresar de otro modo, porque si lo ha expresado de manera directa no le ha sido útil para cambiar la situación que le incomoda.

EBC36: Ok ¿Y llega su emocionalidad como un recurso?

PC36: Para sacudir todo su sistema de vida.

EA37: ¿Comunicar aquello que no ha sido escuchado?

PC37: Correcto

EAC38: Bueno, lo que hemos hecho hasta ahora es explorar acerca de la categoría de la referencia ¿vale? No sé cómo estamos de tiempo, si alcanzamos a abordar la otra.

PC38: Sí, podemos abordar la otra.

EAC39: O sea, tenemos... Son las 5.

PC39: No, ese reloj está súper adelantado.

EBC40: Faltan 6 minutos.

PC40: No hay problema.

EAC41: Entonces nos falta interreferencia y autorreferencia. Bueno, dice... Cuando una persona llega a ti diciéndote “tengo depresión” ¿Cómo acoges tú ese motivo?

PC41: Bueno, yo creo que mi terapia comienza desde el momento en el que la persona pide la cita.

EAC42: Ah ok, vale.

PC42: Entonces si la persona me llama ella misma, pues dependiendo de su rol familiar, la cito sola o de una vez acompañada. Que muy probablemente, me diga que... Sí, porque a veces la gente se auto diagnostica ¿no? “Entonces vengo porque estoy deprimida y si no arreglo mis dudas entonces quién”. Y yo pues le pregunto “¿Usted con quién vive?” y dicen “Con mi marido”. Y le indago si su marido sabe y qué piensa de que consulte, etcétera, y pues prefiero que vengan los dos. En calidad de acudiente, de compañero, de socio de la situación o lo que fuere, que vengan.

Ahora, si es una persona que me dice “Estoy sola o separada, no sé qué” A veces, ocurre también que no es la persona deprimida la que llama, sino por ejemplo, un hijo que llama preocupado porque la mamá está deprimida. Entonces pues vienen los dos, o los demás hijos si es que hay más que están interesados.

EAC43: ¿Qué aspectos exploras entonces en ese primer encuentro? Si podríamos llamarlo así, que es la primera llamada.

PC43: Básicamente, en qué contexto está la vida de la persona, en su rol fundamental, porque ya eso me ubica, o sea, si es una persona que tiene un marido y está deprimida y no puedo evitar pensar que ya hay una situación conyugal. A no ser que me diga “No, es que (de entrada) mi esposa perdió...” o “Perdí a mi mamá y no me puedo recuperar” o “Me echaron del trabajo” o circunstancias así. Pero igual lo pongo porque ese está afectado y sin duda, es parte de la solución, así no sea parte del problema.

EAC44: Ellos hacen la primera llamada entonces, vienen al primer encuentro ¿Cómo entonces a empiezas a trabajar para entender qué es lo que vas a intervenir?

PC44: Pues primero es conocer cómo es su modus vivendi y quienes hacen parte de ese contexto de vida, si tienen hijos, si no tienen hijos, cómo es todo el andamiaje de la estructura de vida. Y a través de esa descripción y representación casi que visual de cómo es que el horizonte vital de las personas. Pues uno va haciendo hipótesis de cómo es que puede llegar a tener ese estado de ánimo ¿sí? Entonces pues si es que evidentemente el señor es como muy cumplidor, pero si los voy a ver ahí es distante afectivamente y ella es una persona muy sensible, muy necesitada de afecto. Entonces yo me empiezo a hacer hipótesis al respecto, y entonces me enfoco por ese lado. Distinto a si viene la mamá con los hijos y es una señora que pasa de 60 o 65

años, que quedó viuda hace no sé cuántos y que además se pensionó, y entonces está muy sola pues entonces ya me ubico en ese otro horizonte y así sucesivamente

EAC45: ¿De qué manera entonces acuerdas con el consultante qué problema va a intervenir?

PC45: Varía en cada caso. Justamente en función de aquello que hayamos visto

EBC46: O sea en la relación, o sea ¿ambos? Parte de tu hipótesis es compartida con esa otra persona

PC46: Totalmente, todo el tiempo y entonces pues ahí es donde podré... En la mayoría de los casos connoto positivamente el síntoma y lo naturalizo, en el sentido en que pues hasta ahora no he encontrado ningún caso en donde la persona teniendo todo maravilloso y todo perfecto se deprima. Para ojos de los demás a veces, la gente que lo ve a uno deprimido le dice “¿Pero por qué se deprime si usted tiene no sé qué, no sé qué, no sé qué? No tendría por qué sentirse así. Pero pues la persona sabe, uno si sabe, lo que pasa es que si en el entorno uno no se lo clarifica, uno se pone en duda sus propias razones, y mi tarea es empezar por clarificar como algo en ese sentimiento.

EBC47: Digamos que ¿Connotar positivamente es algo que utilizas mucho cuando llega alguien por depresión?

PC47: Por lo que sea

EAC48: Entonces en ese momento entendemos que la depresión pasa a ser parte de ese contexto.

PC48: Mi objetivo no es suprimirla. Es entender que si emergió, pues nos toca ver a qué corresponde, y por lo tanto no es pensar que suprimiendo ese malestar se va a resolver todo el problema. Al contrario, se necesita que esa situación esté medianamente presente para que aparezca el escenario dentro del cual es posible que emerja.

EAC49: Entonces hay unos aspectos que tienes en cuenta en términos de la funcionalidad que tiene el síntoma dentro del sistema y una connotación positiva acerca del mismo ¿Tienes algún otro aspecto en cuenta dentro de tu práctica clínica?

PC49: Si, por ejemplo, el efecto mismo que puede tener el cambio de la persona, o sea ¿Qué va a pasar si resuelve la depresión? Puede haber vidas o sistemas que se mantienen así gracias a que esa persona tiene esa condición emocional y si de pronto la resuelve. Entonces la mamá siempre está en la casa, está así [gesto de encoger los hombros y bajar la cabeza] y se decide que no, que está mal porque nunca ha podido hacer sus proyectos personales, y empieza a

hacerlos, entonces que va a pasar con los demás. Más, por supuesto, ingredientes de la vida pasada, de la situación de salud (por ejemplo), del estado físico, de la edad, porque evidentemente no es lo mismo que uno esté deprimido a los 17 años, que a los 30, a los 55 o a los 70. Y los elementos de salud, porque también ustedes lo saben, hay situaciones hormonales que pueden incidir sobre el estado de ánimo, la menopausia, y bueno, eso no se puede desconocer. O condiciones físicas de enfermedad (por ejemplo) que hacen que la persona se sienta, muy deprimida. Alguien que le diagnostican diabetes siente que con eso se lo tiró la vida o distintas enfermedades.

EBC50: Alzheimer...

PC50: ¡Uy no! Eso es gravísimo.

EAC51: ¿Qué tipo de técnicas utilizas para intervenir? O sea, no se ¿Escenificación familiar? ¿Equipos reflexivos? Cuando hay un tipo de consulta por depresión.

PC50: Pues en realidad son muy variadas, y no son específicas para la depresión. Porque en ese sentido, como ya les decía, yo no trabajo en función del síntoma o desarrollo el protocolo específico para la depresión y otro para la angustia, y otro, no. Porque para mí todos son indicadores del malestar pero al final lo que me interesa es la dinámica del sistema y en ese sentido, la manera de intervenir es la misma ¿No? Es mucho a través del diálogo, de las preguntas de diverso orden, reflexivas. A veces hago escenificaciones, pero varían mucho, tareas para el presente, para la situación dentro de la terapia o para afuera, cambios en la participación de los participantes en la sesiones. Si viene solo, si viene acompañado, si vienen quiénes, eso también es parte del proceso de intervención que va a incidir en distintos sub-sistemas

EBC52: Digamos que hay lo que estaba pensando algo muy similar y es como que, no sé si de casualidad tú digamos interviniendo sobre situaciones donde el malestar son depresiones, en diversos casos. No sé si te han dado, como ciertas luces, como “Ah, llega el deprimido, creo yo que puedo empezar a explorar esto, porque creo que puede estar siempre conectado o siempre la ruta de intervención puede ser tal cosa”

PC52: No, yo trato de no ser muy esquemática

EBC53: O sea, todo el tiempo estas creando siempre un modelo, una ruta de intervención.

PC53: Pues yo me guío por el consultante y su contexto, no por las ideas que tenga en la cabeza. Pues trato de combinarlas ¿no? Por supuesto, es imposible que sea una sola cosa. Pero predomina lo que estoy viendo y trato de meterme en el contexto de la vida de la persona, más que aplicar como modelo. Pero tengo en cuenta todas las cosas que les he mencionado, pero no de una manera como mecánica o esquemática

- EAC54: Bueno, me surge la curiosidad entonces de ¿En qué momento te das cuenta que el proceso ya está por terminar?
- PC54: Perdón hago una anotación, y es que por eso es una postura más bien estratégica. En realidad, en el proceso yo trabajo mucho con la lógica de que cada sesión puede ser la última. Y pues permanentemente vamos evaluando si nos estamos acercando más a lo que la persona quiere, a cómo se va sintiendo. Entonces esto es constante de evaluación.
- EAC55: ¿Cómo manejas el tema cuando un consultante, pues teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos, abandonan cuando no se han cumplido?
- PC55: Ah, eso me parece normal por la libertad de las personas.
- EAC56: Es como que ya recuperó su autonomía
- PC56: O puede ser simplemente que yo le caí mal, o que encontró otra opción en la vida, o se enamoró, lo que sea, o encontró otro terapeuta que le pareció mejor.
- EAC57: ¿Consideraciones éticas en torno al proceso? ¿Cuáles consideras que orientan tus prácticas?
- PC57: Pues un poco lo que estamos hablando ¿no? En primer lugar el respeto a la libertad de las personas y que, por más mal que esté alguien emocionalmente o más carente de muchos recursos, pues considero que es una persona completa como ser humano, y por lo tanto, entre más frágil sea, más trato de identificar dónde está su voluntad y su libertad para ayudarle a que la tenga en cuenta para decidir si estar acá y para decidir aceptar o no cada cosa que yo le planteo. Pues porque no creo que, yo no sea experta en la vida de nadie, yo soy experta en generar un ambiente para que cada quien revise su vida y la resuelva. Pero yo no soy experta en la vida de cada persona
- EAC58: En ese sentido hablas de ¿Cómo creas la relación con tu consultante? ¿Cómo consideras que podrías agregar algo en torno a este tema? ¿Cómo creas la relación con tu consultante?
- PC58: Pues diría que con mucha apertura para informarme y para expresar todo lo que voy pensando y compartiendo todo lo que voy pensando poniéndolo, claro, ahí es donde viene el arte, de ponerlo en las palabras que sean útiles para la persona, o sea con transparencia en el proceso, y con una postura que en de verdad cada persona a medida que vamos conversando tiene que ir decidiendo si le va pareciendo lo que yo le planteo o no.
- EBC59: Digamos, una persona que experimenta una pérdida de una ilusión, donde hay poco reconocimiento por parte del contexto y donde hay un desierto emocional en su vida ¿Crees que hay una forma diferente en la cual creas la relación con esa persona?

PC59: Pues digamos que no, porque asumo cada vez como mejor, que cuando una persona llega a pedir ayuda en este contexto es porque ya ha agotado todos los recursos que veía disponibles y por lo tanto, así la persona venga furiosa, asumo que necesita cierta compasión en el buen sentido de la palabra ¿no? Pues de comprensión humana, de que bueno se puso furioso porque lo hice esperar 10 minutos, y pues sí, tiene razón. Entonces lo que me imagino está demasiado tenso en la vida como para que yo lo haga esperar, entonces bueno, lo puedo entender ¿sí?

EAC60: Si un consultante tuyo estuviera en este momento aquí ¿Qué diría de la relación entre ustedes dos?

PC60: Variadas cosas. Algunos dirán que soy muy dura, otros dirán que soy muy confrontativa. En el sentido en el que digo las cosas como son. Y a veces, en función del cambio puedo usar metáforas o afirmaciones que son muy fuertes. Precisamente porque en consonancia con la visión de la terapia breve, considero que la vida también es breve y por lo tanto si la gente pide ayuda no es como para dar más vuelta a un asunto, sino un poco a ponerla frente a la vida. Bueno después de que obró así o asá, mire a ver si le quiere seguir votando más corriente a esto, a que podría verse de otro modo. Pero también podrían decir que soy comprensiva y puedo ser certera.

EBC61: ¿Compasiva?

PC61: En muchos casos

EAC62: ¿Podrías mencionarnos algunos de esos ejemplos en que digas las cosas como son?

PC62: Pues si hace poco un señor me dijo, un señor que viene porque tiene un matrimonio de veintitantos años y él mismo viene porque dice que toda la vida ha sido infiel y evidentemente siempre ha tenido novias. Pero que ahora estaba un poco atrapado porque de esta última que tiene esta enamorando o se enamoró. Pues todo lo que me narra, en algún momento dado me hace decirle “Pues a ver usted va, usted vino” y a la siguiente semana llega y me dice “Es que toda la semana estuve con estuve esas tres palabras en mi cabeza”

Risas

EAC63: Se las llevó bien puestas.

PC63: Pero pues lo lamento o no sé si eso le serviría “Pero es que creo que eso, a no ser que usted me diga lo contrario, pero creo que eso describe su situación”, entonces eso no sería un problema si estuviéramos en otro país, en un país árabe, pero acá es un problema.

EAC64: Ese decir las cosas viene, si entiendo, desde una perspectiva estratégica

EBC64: Pues como ya lo habías mencionado antes, cuando una persona llega con ciertas características que significamos como depresión, sirve mucho la compasión, sirve ser muy comprensiva.

PC64: A veces sí, a veces no. Porque la depresión, claro es que es distinto si viene la mamá porque perdió a su hijo a alguien que cocina un malestar desde hace 3 años porque su novio se le fue, pero ese novio ya no tiene nada que ver con ella, es inaccesible. Mejor dicho, ella ya no tiene nada que hacer ahí, y le sigue dando vueltas y vueltas a la vida.

EBC65: Ahí ya eres dura.

PC65: Ahí ya podríamos decir que ahí soy dura porque le puedo decir esto mismo así “El fulano ya no está, se casó, ya no le da ni la hora, ya pa’ qué ¿Hasta cuándo lo va llorar y para qué?”

EAC66: Jajá. Sí, es duro, claro ¿Cómo crees que es la cercanía que estableces con tus consultantes?

PC66: ¿En qué sentido cercanía?

EBC67: ¿Qué tan comprometida te ves con los casos?

PC67: Absolutamente O sea yo a mis consultantes les digo que pueden llamarme cuando quieran, y hay situaciones extremas en que, no hace mucho me pasó, que tuve que venir un sábado a las 11 de la noche acá.

EBC68: O sea, de una u otra forma hay mucha disposición por parte tuya a atender a las personas que acuden a tú.

PC68: Claro, y pues eso es muy interesante porque muchos otros en otros enfoques dicen “No, uno tiene que mantener un límite porque si no la gente abusa”. Mi experiencia es todo lo contrario, en la medida en que yo me muestro disponible, la gente no abusa de mí. Sino que realmente me busca cuando es necesario, y pues si es parte del proceso. Claro, ya, si pasado el proceso ya está divinamente el sábado para preguntarme si será mejor la película A o la película B para su síntoma me parece absurdo, pero eso jamás me ha pasado.

Risas

EAC69: O sea, en tu experiencia también te ha enseñado que poner límites tan duros.

PC69: No es útil, al el contrario, si alguien acude a tú en situación de mucho desvalimiento, es porque realmente lo necesita ¿sí?.

EAC70: De acuerdo, entiendo. Te iba a preguntar en qué momento sabes que tienes que marcar un límite, pero creo que esa pregunta quedó resuelta ya.

PC70: Sí, a veces hay gente tan abusiva, y de pronto alguien se me sienta acá [muy cerca], y ya uno... “A ver, tampoco tanto”

Risas

EBC71: ¿También crees que se ha dado un poco al sentido de que, como, pues, dentro de la misma relación tú eres como muy, auténtica? En la forma como tú eres y casi que no hay que establecer límites, porque de una u otra forma ya das a enmarcar una relación.

PC71: Si yo creo que de una u otra forma describes muy bien la relación.

EAC72: ¿Qué tipo de lenguaje utilizas con tus consultantes? Ya en términos de la consulta.

PC72: Trato de usar su lenguaje. Por eso me detengo al comienzo a comprender cómo es su contexto, y de visualizar. Pues no es lo mismo, no sé, el gerente, presidente de una compañía financiera a un militar ¿sí? O la señora que es vicepresidente o vicepresidenta de una firma multinacional, a una señora que trabaja en servicios generales.

EAC3: Ok ¿Te ha pasado alguna vez que no logren entenderse?

PC73: ¿Definitivamente? Por lenguaje no, por visiones sí.

EAC74: ¿Qué manejo le das entonces a ese tipo de situación? Por ejemplo.

PC74: Ah no, pues si la cosa se hace evidente les digo “no”. Me parece bien, si la persona me dice “O sea, lo que yo quería decir era esto, esto y esto” y yo les dejo y les digo “Pero eso no es lo que yo hago”. O que, me ha pasado, pero es interesante. Hablando también de esas situaciones diría alguien que viene un señor a mí, con la intención de que yo le ayude a estar bien con la esposa y con la amante que tiene al mismo tiempo, quince años o más. Entonces yo le digo “A eso no le puedo ayudar”.

Pues porque yo no puedo ser cómplice, en ese caso que no creo que haga parte de una realidad. No debo ser cómplice de una poligamia porque es que aquí en el país eso no es legal.

Y entonces el señor, pero el señor, le dije “Si usted quiere venir a eso, pues yo no puedo” Entonces el señor dice “Entonces aquel si me puede ayudar”

Risas

EAC75: ¿Cómo manejas entonces el lenguaje no verbal dentro de tus procesos de intervención?

PC75: Ah, pues es que ese uno no lo maneja. Lo que es manejable, digamos que también uso como un principio estratégico. Lo que es manejable, porque obviamente, pues si cambio de coloración de la piel, es algo que no puedo manejar.

Pero sí puedo manejar, por ejemplo, la distancia ¿sí? Y si hay una persona que la veo y es muy confianzuda, pues me pongo por acá [Se mueve hacia atrás] ¿sí? Y me las arreglo para no dejarlo sentar ahí [cerca], sino allá [un poco más lejos].

EBC76: Y la mesa.

PC76: Y aquí [Señala su mesa]. O por ejemplo, si es una situación de una familia con un hijo que está, que lo tienen, mejor dicho, señalado, pues entonces pongo al hijo al lado mío para poder como, hacer una especie de complicidad con él.

EAC77: Lo que entiendo es que entonces el lenguaje no verbal también es una herramienta para la estrategia que buscas desarrollar.

PC77: Y obviamente, pues modularé la voz según los temas.

EBC78: Igualmente, digamos, se articularía mucho el lenguaje no verbal que se entabla dentro de la relación que haces con una persona que acude a ti por depresión, irá cambiando seguramente de acuerdo al momento de la terapia, y al momento en el cual la persona acuda a ti, supongo yo,

PC78: Por supuesto.

EAC79: ¿Qué temas de conversación emergen en el contexto de la intervención sobre depresión?

PC79: Tampoco es tan específico necesariamente ¿no? Pero digamos que, si parto de la hipótesis que les planteé al principio, me voy a detener en cómo establece vínculos, cómo es su red vincular, aunque eso puede ser algo que yo haga en todos los casos, no necesariamente en los que tengan depresión. Porque no creo que sean los contenidos los que permiten que una persona identifique o cambie algo, sino lo que va asociado a ese proceso ¿No? De pronto, no sé, yo no sé nada de fútbol, pero sí puedo pensar que una metáfora asociada con el fútbol es útil para comprender cómo es el mundo de una persona, pues lo traigo a colación y le pido que me ayude a armarla. Por ejemplo. Cualquier cosa, o una película, bueno no importa, cualquier cosa.

EAC80: Ok, entonces en ese sentido sí hemos abordado los aspectos de la relación. Creo que has esbozado cómo se comunican entre ustedes como consultante-terapeuta. De lo que me queda es como que , tratas de utilizar el lenguaje de tu consultante, y además que, eso hace que la interacción hace que eso sea algo acordado ¿sí?

Bueno ¿Cómo vamos de tiempo?

PC81: Pues, creo que mi consultante de las 5 no ha llegado.

EBC82: ¿Podemos continuar?

PC asiente con la cabeza

EAC83: Vamos a pasar entonces a algo más autorreferencial ¿Cómo te ves a ti misma dentro del contexto de intervención?

PC83. Como alguien que facilita la vida de los demás. Como, a veces me toca ponerme de puente ¿no? Para que una persona que quiere pasar al otro lado, pues pase.

EBC84: ¿Como una guía?

PC84: No tanto, no tanto porque pues un guía turístico actúa porque conoce lo que muestra y dice lo que hay ahí, y a veces, pero no lo haría como un guía turístico que dice “este es el no sé qué” como una afirmación.

EAC85: Una posibilidad de descubrir entonces.

PC85: Sí, y de ampliar el panorama de las personas ¿sí? Porque es así. Y en ese sentido puedo anunciar cosas y decir “Bueno en mi experiencia o en la de mi tío. Alguien que vivió algo parecido lo hubiera podido pensar así o asá” A no ser que sean circunstancias muy específicas en las que considere que sea útil decirle a la persona “Mire, en una situación así, por la experiencia pensaría que lo prudente es hacer tal, tal y tal” Pero son cosas muy puntuales.

EBC86: ¿En depresión has visto ese tipo de cosas?

PC86: Puede haber, por ejemplo, cosas concretas ¿No? Como alguien que está viviendo un duelo por una ruptura conyugal, entonces le puedo recomendar que no se quede solo y se haga acompañar porque si se queda solo todo el fin de semana, pues es muy probable, se va al hueco.

EAC87: ¿Qué sensación te genera alguien que te dice “tengo depresión”?

PC87: Curiosidad para saber qué es lo que entiende por depresión, porque cada quién, pues se imagina como puede la depresión.

EAC88: De acuerdo ¿A nivel personal qué recursos consideras que te facilitan una intervención terapéutica?

PC88: Hoy en día, pues la experiencia. Pues porque llevo ya muchos años en esto. El hecho de ser directa, como de haber aprendido en este recorrido que uno no se puede escandalizar de nada, de tener (creo) una mente abierta. Si todavía

siguen apareciendo cosas que uno dice “Esto si nunca me lo hubiera imaginado”.

Risas

EAC89: Cuando llega algo así que no te imaginas ¿Como lo manejas? O sea ¿Qué sensación te genera ese tipo de situación?

PC89: Pues depende de la situación y de lo que sea ¿no? Porque a veces hay actuaciones humanas que son difíciles de digerir. Por ejemplo, ciertas actuaciones a nivel sexual, o cosas así que casi a veces diría me dan náuseas. Entonces pues tengo que respirar profundo y saber a qué viene esa persona, qué quiere con eso, para qué me cuenta eso y esas cosas, y entonces se lo pregunto.

EAC90: Entonces ahí es como “¿Tú para qué me estás contando...”

PC90: ¿Para qué dices con tanto detalle eso? O a veces le digo “No es necesario entrar en tanto detalle” Por ejemplo, si son situaciones que me causan más curiosidad, pues las profundizo, o a veces es útil decir “Nunca había escuchado una historia así” Y entonces eso la gente dice “Ah pero...” Depende de lo que se quiera movilizar, pues a utilizar eso como una cosa diferente positiva o no tan positiva, depende ¿no?

EAC91: De acuerdo. También siento que tus experiencias juegan un papel muy importante al momento de generar alguna intervención ¿Qué experiencias consideras que han contribuido a esa construcción de tu estilo interventivo?

PC91: Pues tal vez la variedad de casos que he visto, la posibilidad de haber trabajado, por ejemplo, con paciente psicóticos, y haber visto en vivo y en directo las experiencias de reparentalización de en California al ver cómo se “transgredían” entre comillas los encuadres terapéuticos muy convencionales, y entender que en la terapia como en el amor casi todo es válido y si es útil para la persona pues, si es hecho o manejado de una manera, con sentido y con contención, pues ¿por qué no?

EBC92: De tu vida personal ¿Has tenido experiencias cercanas a la depresión que te han puesto a pensar como, como una función adaptativa, como algo que posibilita?

PC92: Si, claro.

EBC93: ¿Podríamos hacer un compartir con respecto a esas experiencias?

PC93: No pues, situaciones de familiares muy cercanos que inevitablemente me han ocurrido cuando ya tengo todas estas ideas en la cabeza, entonces pues no me es tan difícil leer la situación y también aplicar un poco de lo mismo, a veces acompañar, pero a veces también confrontar.

EAC94: Vale ¿Cómo describes el cambio que ha tenido tu manera de intervenir a lo largo del tiempo?

PC94: Pues soy más tranquila en términos, por ejemplo, de los resultados. Porque cada vez comprendo más todos los principios del pensamiento complejo, entonces el principio de la ecología de la acción, que no sé si recuerden, y es que uno solo tiene control sobre los estímulos iniciales en la relación con el sistema, pero de ahí para adelante el sistema los procesa dentro de su lógica, y por lo tanto yo no tengo ningún control sobre el resultado que le den.

EAC95: ¿Es indeterminado?

PC95: Si, es indeterminado desde mi poder, digámoslo así.

EAC96: En términos de la depresión ¿Consideras que haya algún tipo de experiencia particularmente significativa?

PC96: Pues quizás cuando la sintomatología se cristaliza en intentos francos de suicidio, en situaciones tan extremas que en verdad ponen en riesgo la vida. Entonces pues ahí yo he visto casos que, en los que he intervenido y en los que hay que, como se diría “sacar todo el arsenal terapéutico” para contener a una persona, tratar que se mantenga en la vida, o sea, no quiere decir que yo no considere que el suicidio es una opción, pues porque es la libertad de la gente. Pero profesionalmente no estamos autorizados a propiciarlo.

EBC97: Si, es tu opción. Dale. Digamos que ahí, con respecto a eso ¿Sentiste que de una u otra forma tuviste que hacer uso de algunas técnicas? ¿De algún tipo de lenguaje muy específico en este tipo de personas que llegan muy deprimidas y ven que la única opción es la muerte?

PC97: Claro, primero que todo, a esas nunca las veo solas. Una condición es que vengan con su familia, y en esa disponibilidad tiene que ser mayor, y francamente si no puedo estar en disponibilidad no me puedo comprometer.

EBC98: Eso me lleva a pensar, perdóname EA, y es como hay unos casos en los cuales tú no estás dispuesta a atender ¿sí? ¿Hay unos casos que no estés dispuesta a atender o no recibas? Me puedes contar como cuáles.

PC98: Si, por ejemplo, hablando de la depresión, si alguien viene muy convencido de que lo que tiene es una enfermedad, y viene casi por ponerle algo o porque yo le dé palmaditas, pero no quiere cambiar nada, pues yo le digo “¿Para qué vienes?” o le pregunto si viene a que yo lo escuche y que me cuente cada semana cuál fue su rutina, cómo se deprimió esta semana.

EBC99: Como una amiga.

PC99: En la que voy y me descargo para poder seguir igual la siguiente semana, pues qué pereza. O personas, por ejemplo, francamente violentas, que vienen porque los envió una instancia judicial (Revisar 1:09:00).

EBC100: Has hablado mucho de adultos ¿Intervienes en niños?

PC100: Si, pero lo que ocurre es que, pues primero, si lo que predominan son sus problemas del desarrollo, pues yo eso no lo trabajo porque no hago terapias en ese sentido y puedo, digamos, asesorar a los padres. Igual, si los niños tienen problemas como de comportamiento, normalmente lo veo como una reacción también en situaciones interaccionales, y por lo tanto los que más vienen son los padres.

EBC101: Y eso me hace pensar en algo muy específico y es que hay un fenómeno también muy actual, es como muy, que va acompañado de la patologización y es la depresión infantil ¿Has llegado a tener contacto con este tipo de casos?

PC101: Sí, porque hay muchas conductas, por lo menos del comportamiento de los niños, que reflejan pues una profunda tristeza, o niños que francamente lo traen. Pero que todo eso está directamente asociado a comportamientos familiares o de los padres, o a eventos familiares que son verdaderamente tristes. Entonces, pero pues eso lo enmarco dentro de ese contexto.

EAC102: Vale, en términos de tu propia identidad ¿Qué cosas tuyas permites que entren al consultorio? ¿Y que cosas definitivamente dices “no caben” o “tal vez no es el lugar para que salgan”?

PC102: No sé en qué sentido lo planteas ¿Como contenidos?

EAC103: Si, puede ser contenidos

PC103: Es muy relativo realmente, porque puede haber experiencias que, si, yo viví, pero que yo puedo usar sin necesidad de decir que yo las viví, por ejemplo ¿sí? Ahora, que yo cuente mucho de la vida personal, que a mí me pasó, que mi tío no sé qué, eso muy poco lo hago, muy poco.

EAC104: Entonces, hay ciertas cosas que...

PC104: Es decir, yo no personalizo mi diálogo, muy poco.

EAC105: Siempre estás, si te logro entender, siempre estás como en disposición o en sintonía de lo que te dice el consultante para que seas ese puente que acompaña el proceso.

PC105: Si, y uso mis experiencias indudablemente porque con eso vengo todos los días a trabajar. Pero no quiere decir que yo las explicito y las formule, a veces lo hago, claro que sí. Depende de lo que vea pertinente, o del grado de identificación y conexiones personales, o a veces por contraste ¿no? Pero si

ustedes vinieran, yo diría, pues es que no me puedo comparar porque yo a tu edad, cuando viví algo me pasó otra cosa, pero es como relativo.

EAC106: De acuerdo, vale. Creo que esto sería la parte de nuestras preguntas ¿Tenemos tiempo?

PC106: Pienso que sí, yo creo que esta persona ya no llegó.

EAC107: De acuerdo, voy a hablar con EB acerca de lo que hemos encontrado y ya venimos ¿Listo?

PC107: Vale.

Momento 2

EBC108: Bueno ¿Cómo te sentiste? Entrevistando a PC.

EAC108: Eh, no sé, siento como que ella responde a las preguntas de una manera muy concreta y siento que tenemos todo respecto al modelo, ahora siento que podríamos indagar un poco acerca de su identidad. Entonces en ese sentido, o no sé si de pronto mi comprensión siempre me lleva a pensar “El modelo”, “El modelo” “El modelo” “El modelo”, dentro de la información que siento que hemos recogido hasta ahora.

EBC109: No, creo que si has lanzado ciertas preguntas que sí, si bien tú las apuntas desde el modelo, ella te las ha respondido desde su identidad, desde ella cómo se siente. Es que su modelo es tan complejo que ha trascendido ya a sus aspectos identitarios, entonces digamos que uno puede llegar a confundirse y decir “Es sólo modelo”, pero creo que de una u otra forma sí te ha lanzado como ciertas cosas desde sus propias experiencias, que van muy conectadas con autores.

EAC109: Sí, es que siento que, como que su modelo teórico precisamente por su carrera académica ella plasma muchísimas cosas de sí misma. Entonces sí, de pronto es como que, precisamente por eso, es difícil establecer una distinción entre “Bueno este es modelo terapéutico o esto es identidad” Porque precisamente es su modelo, es su propio modelo, o sea hemos hablado de temas acerca de esto, entonces sí.

EBC110: Y yo creo que lo que uno llega a pensar es que con tantos años también de carrera haciendo psicología, que pasó algo muy similar con PB, y es que hacer un poco la distinción va a ser mucho más difícil porque digamos que ya ese modelo ha sido ya apropiado dentro de su propia identidad, casi que se han fusionado ambas cosas y ambos han hecho ese rol fundamental que hace definir tanto a PC tanto terapeuta. Pero bueno, creo yo que sí, creo que están muy unidos.

EAC110: Yo la verdad te digo EB, que me siento, creería que lo mismo como cuando tú entrevistaste a PB, como que hemos recogido acerca de su modelo en grande, pero no sé, es como mi sensación, en términos de ¿Dónde queda entonces su experiencia? “Yo, la voz de PC, diferente a teoría”. Entonces eso me deja pensando como en la manera en la que estamos llevando el ejercicio, o sea la manera en la que ella responde a lo que la distinción entre identidad y modelo busca.

EBC111: Pues podemos preguntar un poco acerca de eso como, bueno, aunque mira que cuando tú le preguntaste qué recursos personales ella tenía, creo que faltó indagar un poco sobre de dónde viene esa dureza, por ejemplo si esa dureza viene de algo más en ella o algo que ella ha formado en una herramienta desde la teoría. Entonces creo yo que podríamos usar eso para intentar indagar acerca aquellos recursos personales que hay dentro de su identidad y que la han hecho, pues acercarse a la depresión o cualquier otra problemática clínica. Creo que podemos preguntar un poco sobre eso. Sobre ¿Qué elementos de la personalidad tuya has visto que te han sido útiles, o has visto que funcionan dentro del contexto?

Aromática

Entonces creo que podríamos formular esa pregunta, para ir un poco más allá, a la identidad, y bueno, no sé, es que también. Es que su propia identidad, porque ella dice “No, es que yo soy más como de esas personas que” o sea, que hay que tener mente abierta. Entonces creo yo que ella está muy abierta a las expectativas y eso se ha formado, y eso ha sido como muy de ella. Ella ha dicho desde un principio “Nunca me gustó ver las cosas tan fatalistas, nunca me gustó ver las cosas como tan lineales”

EAC111: Creo que podríamos entonces, a mí me parece no sé qué tan prudente sea ¿no? Hacer una retroalimentación en términos de “Hemos visto muchas cosas y siento que el estilo terapéutico de PC está muy unido a una teoría, en aspectos identitarios que lo caracterizan”

EBC112: No sé, creo que puede ser.

EAC112: ¿Intrusiva?

EBC113: Sí, un poco. Es como devolverla con la pelota como la que tú dices, como “¿Qué elementos de PC? ¿Qué elementos identitarios de PC han construido también este modelo terapéutico que tú tienes?” Como de elementos identitarios, elementos de ella personalmente, han construido este modelo para intervenir en depresión.

EAC113: O para intervenir en general, porque también siento que creo que se está redefiniendo la intervención, o sea, la depresión pasa a ser parte de un contexto, pero no es el problema a tratar.

EBC114: Vale, es que digamos que, tenemos que seguir atacándola con la pregunta. Porque es que al fin de cuentas tenemos que estar totalmente seguros de que la depresión no es ese primer plano en el que se construye el modelo terapéutico ¿sí? Entonces tenemos que estar muy seguros de eso y para eso pienso como también devolver la pregunta como “Muchas veces nos has dicho que la depresión, no es lo más esencial para la construcción del modelo terapéutico, más sin embargo ¿Crees que hay ciertos matices en la forma en como tú te acercas a la persona que acude a ti por depresión?” Porque pues, no sé, no sé si sea igual acercarse a una persona que es súper lenta, a una persona que es ansiosa, o a una persona que es deprimida, y lo podamos inclusive decir como “Hemos encontrado, digamos, varios estudios en los que personas depresivas buscan personas que sean un poco más compasivas, personas que sean un poco más motivadoras, personas que digamos que les den como su punto de vista, entonces ¿Tú qué piensas respecto a esto?”

EAC114: Yo creo que podríamos más bien enfocarla a los procesos de subjetivación, es una palabra que ella mencionaba y es “depende” ¿Qué lenguaje tienes? Entonces ¿Cómo desde esa subjetivación podríamos empezar a dar cuenta de la experiencia de un contexto depresivo? Pienso como en eso, abordando ¿Cómo te ves tú dentro del proceso de subjetivación de tu consultante? ¿sí?

EBC115: No, no entiendo. Porque lo que estaba pensado es, mira lo que dijo PP la vez pasada, dijo como “Sí” A ella le costó mucho más hacer la conexión con depresión, más, sin embargo, ella dijo al fin de cuentas, que uno sí debe hacer como esa reflexión, y como ese embudo de cosas hacia un mismo sentido, hacia un mismo contexto particular que es en este momento la depresión, porque a fin de cuentas creo yo que uno no hace las cosas porque sí, uno no hace las cosas de manera regada y a lo que le caiga.

EAC115: O sería como que “¿Cómo crees que? ¿De qué manera crees que eso que estás haciendo te conecta con el proceso que esta persona subjetivamente se narra a sí misma, o se describe, o tiene unos comportamientos como la depresión?”

EBC116: Descríbela.

EAC116: Como en el lenguaje. Entonces ¿Por qué se me van las ideas?

EBC117: ¿Por qué no hiciste la última pregunta?

EAC117: Estaba pensando en esa ¿Cómo describes tu estilo terapéutico?

EBC118: Bueno, hay que empezar por ahí.

EAC118: Exacto.

EBC119: Yo quiero empezar por ahí.

EAC119: Sería como “¿Qué aspectos consideras importantes al momento en el que un consultante se subjetiva a sí misma desde la depresión entendida como un estado de ánimo o como tal cosa?”.

EBC120: Yo sí quería preguntarle cómo “¿Qué aspectos identitarios consideras que han hecho parte de tu modelo terapéutico?” Y tratar de indagar como “¿Crees que?” Porque es que ella habla como de sí, seguramente, ciertos factores de su pasado, de su historia de vida, pues seguramente sí influyeron en su cosmovisión, entonces quisiera pues un poco indagar como qué elementos se conectan con la cosmovisión, como “¿Crees que hay factores familiares o psicosociales, históricos que han hecho que se construya esta cosmovisión que tú tienes acerca de los dilemas humanos?”

EAC120: O qué tal si le preguntamos “¿Cómo es esa cosmovisión que mantienes?” Para que ella nos la describa.

EBC121: ¿Cómo es esta cosmovisión?

EAC121: Sí, “¿Cómo es esta cosmovisión que manejas en cuanto a lo terapéutico?”

EBC122: Yo creo que ella sí nos ha dado luces en torno a eso, sí nos lo ha dicho muchas veces.

Bueno, por último ¿qué me quieres decir?

EAC122: Bueno ¿Cómo te sentiste tú? En el espacio.

EBC123: Encantado, bueno, a mí ella me encanta, yo creo que ya me acuerdo por qué me gustaba tanto lo sistémico y es porque, si te das cuenta para ella, para ella casi no hay nada determinado ¿sí? Como que, para ella pues no hay ruta de intervención, o bueno, sí, no hay una ruta de intervención definida, casi que no hay límites, todo es muy abierto, todo es como muy complejo. Entonces digamos que eso a mí me hizo sentir supremamente conectado con ella, y todo lo entendía y todo me hizo sentir como que, que estaba en una clase aprendiendo un poco sobre depresión y sobre terapia, entonces creo que sí me sentí bastante bien.

Y aparte que, bueno, manejaba, casi que maneja mucho sistémico y creo que para ella el lenguaje es algo muy, muy fácil, muy breve, porque como se expresa, es como ta clara, o sea que es muy concisa, es muy concreta con lo que le preguntamos y explica muy bien de su modelo sistémico. Creo que lo que yo le quiero devolver es como, eso que como que de una u otra forma su modelo complejo ha sido un modelo que al parecer se ha venido construyendo como desde sus primeros años. No sé qué experiencias habrán sido así, pero creo yo, que pues ella siempre ha estado abierta como a las posibilidades, a los múltiples esquemas, a una heterarquía, a una, a una, más o menos una utopía ¿Entropía? Es como un desorden.

EAC123: La posibilidad de la entropía.

EBC124: Exacto, como posibilidades entrópicas que han hecho que de una o de otra forma, pueda acercarse mucho más a la psicología, pueda tener resultados efectivos en consulta, entonces, y que de una u otra forma eso la ha hecho ser ella misma dentro del contexto también ¿sí? Como que todo este mundo de cosas, todos sus pensamientos han hecho que ella se organice de una manera auténtica ¿sí? En la cual digamos, a partir de sus recursos teóricos que han sido muy fundamentales y personales ha podido ser quien es.

EAC124: De acuerdo, ok. Yo siento que a mí me evoca ella, como esa curiosidad, esa pertinencia que tiene para ir al tiempo presente ¿no? O sea, mi sensación es como que no hay un pasado, ni un futuro determinados, simplemente son un continuo que en todo momento se renueva. Entonces siento que para ella el tiempo presente juega un papel muy importante “-¿Cómo ves tal cosa? - Depende” Y estoy casi seguro que depende del momento presente en el que ella se encuentre con el consultante. Pues creo que esta reflexión en torno al tiempo puede tener como ese sentimiento de compartirla con ella.

EBC125: Sí, y tiene mucha conexión con PP porque, uno: sacó la importancia del presente, y dos: la compasión, una relación de compasión.

EAC125: ¿Será que esto tiene que ver con el budismo?

EBC126: Seguramente.

EAC126: Podríamos entonces empezar, tratar por aquí, de cómo el tema de la compasión nos llama la atención y cómo cree que esta perspectiva también se conecta con el estilo terapéutico de ella.

EBC127: Creo que eso sería como ¿Cómo consideras que el yoga ha hecho parte de tu estilo terapéutico?

EAC128: O estos aspectos que has aprendido de ¿sí?

EBC129: O bueno, “¿Has traído conocimientos del yoga a consulta?”

EAC129: Entonces “¿Has traído conocimientos del yoga y de aspectos interdisciplinarios? Y listo vamos.

Momento 3

EBC130: Bueno, quisiera primero pues agradecerle pues digamos por habernos puesto esta posibilidad de poder estar contigo, pues para mí es un gran beneficio porque pues digamos que siempre me he sentido muy conectado con la psicología desde una perspectiva sistémica y también desde el paradigma de la complejidad. Entonces me parece pues interesante en que sin saberlo yo ya te había conocido.

Risas

PC131: Las coincidencias de la vida son increíbles.

EBC132: Y que pues que, después que te vuelvo a conocer, pero de una manera como mucho más profesional y que me parece súper chévere que ya hayas hecho parte de mi vida personal, pues profesional, entonces creo que por ese lado, te agradezco mucho de manera muy personal. Por otro lado, pues compartiendo un poco con EA un poco sobre todo lo que nos habías comentado, de cierto modo nos quedó un poco una sensación de que bueno, nos arrojaste muchos muchas respuestas que daban alusión a la forma en la que tú modelizas el contexto interventivo, los dilemas humanos, los motivos de consulta, entonces ahí nosotros teníamos un poco la inquietud de, bueno, sí así tu modelizas y ese es tu modelo terapéutico, nos gustaría saber un poco sobre qué elemento identitarios crees tú que han ayudado a construir ese modelo terapéutico, si de casualidad han habido factores familiares, sociales ¿históricos? Actualmente, que han hecho que tú como PC, han contribuido a la construcción de este modelo de intervención.

PC132: Pues yo creo que hay de todos los que mencionaste, o sea, familiares sí pues porque tal vez podría decir que creo que en general como que las mujeres de la familia por el lado Córdoba, de mi mamá, en general han sido como muy auto determinadas y como claras en sus búsquedas y en sus cosas. Sociales, también pues porque ante la proliferación de ofertas de ayuda que hay cada día más, pues uno tiene que desarrollar unas características diferenciales, que por decir en el lenguaje comercial expresen de manera clara el valor agregado que uno le va a poner a lo que ofrece, y pues ahí también participan lo histórico y las condiciones del contexto en el sentido de que hacer psicoterapias eternas, no hay ningún sistema que lo pueda sostener y por lo tanto hay que buscar alternativas que ayuden a activar de la manera más ágil posible los recursos en los que creo, tiene cada persona para afrontar los temas que la vida le trae.

Y bueno, como y les decía, con una postura también ante la vida que es digamos, con la que me encuentro asociada y sazónada, digamos, por muchos factores que tiene una postura como crítica ¿no? Muchos franceses arrancando de Foucault en adelante, con quien me identifico, porque eso pues, me apoya en mi postura.

EB133: Digamos que hablabas de un elemento que a mí me sonó mucho, que creo que es un elemento muy tuyo y es la dureza y no sé si se relacione un poco con lo crítico.

PC133: Puede ser. Y con una actitud que entre realista y escéptica al facilismo.

EAC134: ¿Cómo es eso?

PC134: Digámoslo en el sentido de que creo que si bien, pues también creo en los ideales y en cierto romanticismo, pues creo que para que las cosas pasen en la vida y pasen como uno más o menos quiere dentro de su margen de maniobra, pues uno tiene que ser activo y decidido ¿no? Porque si no, no pasan. Entonces, pues es como ese realismo ¿no? Y el escepticismo del facilismo porque yo creo que este tránsito por esta dimensión no es el paraíso ¿no? Eso nadie lo va a poner en duda. Por lo tanto, yo no creo que. Puedo compartir que el objetivo de la vida es que uno sea feliz, pero eso es igual que el arcoíris, son momentos que aparecen y desaparecen fácilmente, y por lo tanto creo no es mi tarea como terapeuta, igual que la tarea como de los padres y de otros que ayudan como a crecer, no es propiciar un estado x de ánimo porque uno no lo va a propiciar, sino ayudarles más bien a que puedan afrontar las circunstancias buenas, regulares y malas.

EAC133: Yo quisiera, primero, pues agradecerle también por este espacio, creo que una cosa es compartir los libros de PC y otra cosa es tener la oportunidad de conversar contigo. Porque claro, los libros nos datan de aspectos teóricos, pero hablar contigo es ver cómo los libros tienen un sentido en tu propia historia y en tu manera de ver el mundo, que has compartido con nosotros, con personas que te consultamos acerca de libros y teorías, y estilo terapéutico, y todo esto.

Entonces creo que para mí, pues primero, muchísimas gracias, es un honor estar acá. En ese sentido, pues también me generas y me evocas algunas reflexiones que a título personal me tienen como rumiando en estos días, como el tema del tiempo, siento que cuando nosotros te preguntamos “Bueno ¿Y qué piensas acerca de lo depresivo? ¿Y de esto? ¿Y del contexto de lo depresivo?” Y cuando tú decías “Depende”, pienso que el tiempo, el tiempo presente, consideraría yo que tú lo consideras algo importante.

PC133: Absolutamente.

EAC134: En términos de “El presente es algo que reinventa el futuro y le da un sentido al pasado, y constantemente está en cambio”

PC134: Muy bien, es eso.

EAC135: Entonces, desde allí es como parte de ese estilo de hacer intervención. Sin embargo, bueno, en tus palabras sí me gustaría saber ¿cómo describes tú tu estilo terapéutico?

PC135: A ver, cómo te lo pongo. Ustedes han visto el texto de psicoterapia sistémica breve que tiene unas bolas de billar, eso no es azaroso. Lo mandé a que me lo hicieran unos amigos que son unos espectaculares diseñadores, porque yo creo que en esa imagen no está el taco, pero pues la idea es que yo fuera como este taco y alguien que lo activa y que pues tiene que ser alguien para calcular el mundo y golpear “¡Taca!”, para que haga la carambola.

EAC136: De acuerdo, muy desde lo estratégico ¿no?

PC136: Diría, siendo muy cuidadoso ¿no? Yo no sé jugar billar.

Risas

Y sé que eso exige mucho tacto y mucha táctica para que se produzca algo que es un movimiento elegante ¿no?

EAC137: Entiendo ¿cómo es eso de elegante? ¿cómo lo entiendes?

PC137: Pues que sea estético, porque el billar creo que es un juego elegante ¿no? O sea, ahí no es como otros en los que las bolas salen por allá, disparadas, no. Se mueven en una mesa.

EAC138: Sí, de mármol. Muy detalladas también. De acuerdo.

EBC138: ¿Tú crees que tú serías el taco? ¿O serías la fuerza del taco?

PC138: Bueno, podría variar. Aunque en cierta medida, pues tengo que tener al que acuda también.

EAC139: Bueno ¿y qué papel ocuparía tu consultante entonces en términos de esa metáfora?

PC139: Pienso que él sería como otro jugador ¿no? Y que estamos los dos ante todo su mundo, ahí. Y yo estoy de su lado, digamos, soy como su equipero, no soy propiamente su rival. Soy en ese sentido su cuerpo equipero que le ayudo a atacar, pues para organizar.

EAC140: La persona que construye con él, co-construye la práctica.

EBC140; Una compañía entonces, lo nombras también como una compañía.

PC140: En ese sentido sí, como un interlocutor que le ayuda al otro a ampliar el panorama y a recibir, a actuar, a amanerar su vida de otro modo.

EBC141: O sea, es una compañía que haces muy distinto a otros tipos de compañía.

PC141: Claro, claro.

EAC142: Hay un aspecto que nombrabas acerca de la ¿autenticidad? ¿De dónde proviene esta comprensión? Este concepto para ti.

PC142: Eso sí no me lo había planteado ¿De dónde proviene? No sé, tal vez como que yo creo que las cosas que son como transparentes, y pues valga la redundancia, auténticas, son las que sirven y las que valen ¿no? Y las que finalmente permanecen ¿No? Cuando es en oropel, eso se cae, se pega la joya de la fantasía y pues.

Llamada telefónica 1:41:33 - 1:43:11

EBC143: Estabas hablando de la autenticidad y que propiamente, de dónde provenía. Como de las cosas claras y al fin de cuentas la metáfora de la fantasía.

PC143: Si, además porque sobre todo porque creo que eso es lo único que permanece ¿no? Y pues creo que a través de la experiencia de vida, pues he aprendido que la gente lo busca a uno porque identifican quién es uno.

EAC144: ¿Quién eres tú?

PC144: Ah no, un ser que anda por aquí que en este plano trata de hacer lo mejor posible.

Risas

ECB144: Un trocito muy breve. La vida es breve.

EAC145: Mencionabas algunas cosas, me causa curiosidad el tema de que prácticas actualmente budismo.

PC145: Yoga.

EAC146: Yoga, perdón, discúlpame. Yoga ¿cómo crees que esto permea tus prácticas terapéuticas?

PC146: Pues digamos, como una concepción de la vida que va más allá de las teorías psicológicas ¿no? Porque estudiando el yoga a profundidad, es toda una filosofía de la vida, con unas teorías psicológicas mucho más antiguas que las profesionales, y que, claro, no se pueden poner en la misma balanza, porque corresponden a referentes muy distintos. Pero que por supuesto me ayudan a ampliar muchísimo la concepción de lo humano, y a romper quizás los límites de lo que son las teorías psicológicas, que puestas en contraste con la filosofía yóguica, se quedan en algo muy puntual.

EAC147: De acuerdo, en ese sentido ¿Consideras que hay unos referentes de otras disciplinas, además de la psicología, o de otros saberes, que nutran esa comprensión que haces acerca de lo terapéutico?

PC147: Por supuesto, toda ciencia humana y social, la neurociencia, la sociología, la antropología, la historia, todas, la filosofía por supuesto.

EAC148: En ese sentido, creo que la complejidad tiene un papel muy importante también.

PC148: Por supuesto, en mi pensamiento sí, claro.

EAC149: ¿sí?

EBC149: Si, pues no tengo más preguntas. Lo único que sí nos gustaría saber era pues ¿Cómo te sentiste en el espacio?

PC149: Ah, muy bien. Lo hicieron muy bien. Su proyecto me parece muy bien planteado, y la manera en la que lo condujeron fue muy apropiada, la metodología que están utilizando me parece muy bien, interesante.

EAC150: De acuerdo, muchísimas gracias.

EBC150: ¿Crees que logras sentir algún tipo de nuevo aprendizaje?

PC150: Claro, me hicieron reflexionar en muchas cosas que todavía no puedo, o sea, tendría que sentarme a re-pensarlas pero me hicieron preguntas que no me había hecho o que no me habían hecho otros de manera directa y entonces pues, eso me obliga a posicionarme de una manera más puntual en temas.

EAC151: ¿Nos podrías compartir tal vez, algunas de esas preguntas que te hicimos?

PC151: Por ejemplo, las que tuvieron que ver con lo personal. Yo soy un poco reticente a meter mis experiencias personales en el ámbito profesional y las de asociación, relacionar distintas cosas ¿no? Varias que hicieron de relacionar cosas.

Espero no haberlos frustrado porque había unas preguntas que remitían muy a la depresión y creo que yo no fui tan específica, pero pues, porque también se corresponde a mi manera de pensar. Entonces, lo que les decía “uno no puede decir que el tratamiento de la depresión es tal”. Porque además una persona puede decir “vengo porque estoy deprimida”, pero en realidad su contexto emocional es mucho más complejo, no solamente siente depresión, siente muchas otras cosas. Entonces pues por eso me queda muy difícil como, esquematizarlo.

EBC151: Más sin embargo, nosotros encontramos estudios donde de una u otra forma la depresión son una de las enfermedades mentales que han tenido mayor prevalencia, pues en Colombia, pues por las condiciones sociales, históricas.

PC151: Evaluada desde el punto de vista de la sintomatología psiquiátrica.

EBC152: Exactamente. Digamos que, en tu trabajo ¿has visto que la mayor parte de los motivos de consulta es por depresión?

EA152: ¿Que se mantenga esta concepción?

PC152: Pues es que me queda muy difícil responderlo porque como yo no me enfoco en eso, si yo me pongo a preguntarle a cada persona cómo se siente, si predomina el miedo o la angustia o la tristeza, pues seguramente puedo hacer esta estadística. Pero pues como no me enfoco en eso, me queda muy difícil decir, y además pues justamente dentro de la encuesta última esa que

publicaron, donde dan ese dato. Es muy llamativo que esos sigan llamando a eso enfermedad, cuando el mismo estudio muestra que en el fondo es una respuesta adaptativa a las circunstancias.

¿Cómo podrían estar las personas de Mocoa después de esto? Entonces una respuesta adaptativa ¿Se puede catalogar como una enfermedad?

EA153: Eso es una muy buena discusión y creo que, yo no sé, yo te diría que no nos vamos desconcertados porque eso también hemos encontrado en entrevistas ¿no? Como que es esa redefinición del, pues si lo leemos en tus escritos es como una redefinición de la demanda, entonces ampliar el contexto relacional es muy coherente con lo que nos estás planteando y con lo que hemos encontrado también.

PC153: ¿En otros colegas?

EAC154: En otros colegas, entonces creo que.

EBC154: Nuestra frustración ya pasó.

Risas

EAC155: También enriquece la discusión acerca del tema, considero.

PC155: Que bueno.

EAC156: Entonces pues, muchísimas gracias.

PC156: Ansiosa de conocer sus resultados.

EBC157: Eso es lo otro, esperamos también una segunda reunión, si es posible, donde te podamos devolver todo lo que nosotros encontramos, y pues no solamente contigo, sino también con los otros terapeutas que también hicieron parte de esta investigación.

PC157: Sí, en la medida de los tiempos me parece interesante ¿Quién les orienta el trabajo?

EBC158: Carlos Alberto Cuevas.

PC158: Ah, que bien, saludos.

Risas

EAC159: Vale, listo, eso sería todo por hoy.

Momento 4

EB160: Bueno, a nivel general, EA ¿Cómo te sientes? Ya después de haber conversado con esta eminente.

EAC160: Con esta eminente, ya estás a nivel autorreferencial. Creo que me parece muy bacano ver cómo el ejercicio, pues: uno, permite un acercamiento al estilo terapéutico.

Problemas de sonido

EAC161: Bueno entonces, otra vez grabando. En términos del ejercicio me siento bien, dado que pues, siento dos cosas: uno, que la matriz corresponde, que las preguntas corresponden a una, a un interés investigativo. Entonces es coherente en la medida en que encontramos lo que estamos preguntando en la medida en la que PC logra responder, propiciarnos bastante información acerca de cómo su perspectiva se construye desde lo teórico. Sin embargo, también me deja sonando, o sea, quedé como con ese ruido de la identidad, en qué momentos aparece la identidad de PC, o sea qué es lo que hace que PC sea PC, y cómo es que esto lo lleva al consultorio. Sin embargo, cuando la escucho hablar ahorita después del equipo reflexivo, siento que también hace parte de las percepciones que ella tiene, o sea, cómo es que ella se cuestiona lo terapéutico y también cómo es que para ella esas preguntas que iban a lo personal, generan un ruido ¿no? O sea, como que dentro de cosas que se lleva para ella.

EBC161: Porque autorreferencialmente ella lo veía, ella lo veía de una forma muy particular y es que de una u otra forma a ella no le gusta. Ella dijo “A mí no me gusta, no me gusta mucho que hable de mis experiencias personales dentro del contexto terapéutico”

EA162: Ajá, incluso también mi sensación es que ella no se siente como tan cómoda, o no hila esas conexiones o al menos lo realiza de otra manera, en términos de que su vida personal entre al contexto de intervención y haga parte de una manera de intervenir, un estilo terapéutico. Entonces siento que, como que, sí, ella se mueve muy bien desde lo teórico, se explica muy bien desde lo teórico. Creo que entenderla me fue, no me fue tan difícil en la medida en la que he leído sus libros y comprendo un poco acerca de su pensamiento teórico ¿no? Entonces hacer el ejercicio de indagar por su identidad, pues creo que también da cuenta de que para ella su identidad en cierto modo ocupa un lugar distinto a otras en terapia ¿Cómo te sentiste durante el ejercicio?

EB162: Pues de nuevo, creo yo que sí, de acuerdo en que las preguntas siguen apuntando a lo que nosotros queremos evaluar. Estamos todavía encontrando que de una u otra forma, con los tres terapeutas hemos encontrado esa línea de continuidad en la cual digamos el contexto de la depresión no es su único contexto sobre el cual la persona del terapeuta desarrolla su modelo terapéutico, sino que va mucho más allá, el contexto de la depresión viene a ser solamente un pequeño, un pequeño espacio de un gran terreno que es la persona y de un gran terreno que es la relación terapéutica, y pues, de un gran terreno que es el modelo teórico de la persona. Porque pues es que lo que

hemos encontrado también en otras personas es que su comprensión acerca de la depresión es mucho más amplia ¿sí? Y a partir se enmarca la relación, y a partir de ahí la persona se ve interviniendo el contexto de depresión. Entonces ahí encontramos de nuevo eso.

Me sentí muy seguro en el papel de observador, porque creo yo que de una u otra forma hacemos un buen equipo, había unas preguntas muy complementarias, había unas preguntas muy directas, habían preguntas muy bien formuladas por parte tuya y unas preguntas que aclaraban muchas veces la respuesta que ella nos otorgaba. El equipo reflexivo sigue siendo una herramienta en la cual encontramos sincronía, encontramos percepciones muy cercanas entre los dos. Entonces creo yo que la dinámica en equipo está funcionando y eso también ha generado un impacto y una percepción muy similar en las personas, dicen como “Ustedes hacen unas preguntas muy buenas, ustedes hacen unas preguntas muy coherentes a lo que quieren hacer” Creo que entonces ahí, esa dinámica ha funcionado de una u otra forma.

Lo que ahora quiero preguntar, y que hablemos un poco sobre de qué forma PC nos está respondiendo a nuestra pregunta de investigación sobre cómo contribuyen las experiencias de intervención en depresión a la construcción del modelo terapéutico desde la intersubjetividad.

EA163: De acuerdo. Antes de pasar a ese tema también quisiera referirme al equipo, hay un buen trabajo en equipo EB, también creo que haces unas intervenciones que son muy pertinentes. Hubo momentos en los que, debo confesarlo, en los que de pronto mi percepción acerca de la experiencia fue que las preguntas sí correspondían de una manera casi exacta. O sea, en ocasiones yo sentía que PC respondía de una manera muy coherente, entonces claro, mi percepción era esa y yo decía “Y ahora qué pregunto”

EBA163: Sí, muchas veces nos dejó sin palabras.

EAC164: Si, sin embargo, cuando tú logras recapitular y generas una nueva curiosidad, creo que hay un buen trabajo allí, un buen trabajo de observador. Incluso desde esta lógica cibernética se conectan mucho. Entonces pues tú sigues, pero tú estás allí para complementar. Hay un buen trabajo en equipo, hay un trabajo articulado, y eso creo que también es un buen recurso porque, pues en cierto modo estamos muy en sintonía con lo que estamos haciendo ¿sí? Sabemos a lo que vamos, sabemos qué es lo que queremos indagar, y nada, me parece genial.

Respecto a la manera en la que se empieza a responder la pregunta, siento que con PC prima más el modelo. En la construcción de su estilo terapéutico, prima más el modelo de intervención. Su identidad de pronto, podría ser que entendamos la identidad de PC desde el ámbito académico. PC ha sido una persona que ha estudiado mucho, que siempre ha estado en contextos

universitarios, en un espacio de investigación con lo que está haciendo actualmente. No se desconecta de la academia. Entonces penaría yo que esa identidad académica también la ha llevado a moverse y a tratar este tipo de experiencias desde referentes teóricos. Como “¿Qué consideras importante?” “No, cuando leí a Foucault”, pues eso me hace pensar como “Es que estamos entrevistando a PC, una persona muy académica, una persona de mucha investigación, una persona que ve este tipo de actividades desde lo humano, desde lo comprensivo”.

También comparto la sensación en términos de que la depresión pasa a ser un aspecto muy pequeño dentro de, o sea, pasa a ser un arcoíris dentro de un paisaje ¿sí? Entonces para ella siento que, no es necesario fijarse en el arcoíris necesariamente como lo que hay que intervenir, sino más bien, desde su misma lógica, hablar de un paisaje de una complejidad de la persona. Entonces en ese sentido, siento que el abordaje del contexto ofrece muchas herramientas a la construcción de ese modelo, y necesariamente parte de lo que dice la persona. Ella decía “Yo tengo mis referentes teóricos, pero también tengo mis aspectos comprensivos, mis aspectos interactivos, o sea, lo que me dice la gente, cómo yo retomo esto” Siempre tratando de hilar aquello que trae el consultante a una situación que yo puedo comprender como algo que genera malestar ¿no? Por eso es que la gente acude a esto.

EBC164: Lo que estaba pensando también, es que yo lo veo como desde el principio hologramático en el cual, digamos, en el sentido de que la depresión es una parte de ese todo, más sin embargo, pues esa parte nos puede dar ciertas luces de ese todo. Entonces digamos que la construcción del modelo terapéutico no ha sido construida solamente en experiencias de depresión. Sino que han sido pues -bueno, experiencias que se significan como depresión, se entienden socialmente como depresión- también han sido otras muchas más experiencias, pues le han dado otro tipo de tintes patológicos.

Sin embargo, pues creo yo que dando cuenta acá, es importante considerar de que las experiencias en depresión, sin embargo pueden hacer parte de ese mundo tan amplio que tienen los terapeutas en su día a día, solamente que la depresión es una, es una experiencia de un día, o de un caso que tuvo durante una semana específica, que nos da cuenta de la forma en la que esa persona interviene ¿sí? O sea, esa persona, cuando nos encontramos con PC, siento que nos puede responder un poco a la pregunta de cómo las experiencias de depresión contribuyen a la construcción del estilo terapéutico en el sentido en el que para ella, pues eso la ha invitado a ver el dilema humano como algo relacional, como un malestar que tiene un sentido para esta persona, que digamos que no puede ser cambiado a voluntad de un terapeuta. Entonces digamos que esto ya está dando tintes de cómo es el estilo terapéutico de esta persona ¿sí?

Obviamente tenemos que hacer la salvedad en el momento que exponamos la tesis y es que de una u otra forma, la depresión para los terapeutas es un contexto muy pequeño, más sin embargo, sí puede llegar a dar ciertos tintes y ciertas luces y cómo se construye, porque la experiencia es muy compleja.

EAC165: Siento que la depresión es una pincelada en el cuadro de lo humano, una pincelada. Que hace parte de un paisaje, de una imagen que presenta el consultante, pero no es la imagen. Entonces el trabajo del terapeuta es descubrir esa pincelada, y a partir de allí pintar para descubrir el cuadro que hay. Es también el papel de PC.

EBC165: Claro porque también la depresión e la razón por la cual la persona va, la depresión es la razón por la cual el terapeuta construye su modelo terapéutico. O sea, este motivo de consulta sobre la cual con la persona se entabla un contexto.

EAC166: Un punto de encuentro que permite. Recuerdo mucho cuando tú le decías, bueno, le decíamos como “¿Cómo te ves tú dentro del contexto?” y ella decía “No, yo me veo como un puente, como una compañía” y que tú le decías “¿Cómo un guía turístico?”, y ella decía “No tanto como un guía, sino como una persona que va diciendo, bueno que tiene la posibilidad de dar apreciaciones sobre el contexto, pero que también tiene la posibilidad de descubrir con el consultante, descubrir aspectos de la vida” ¿Y ella cómo descubre? Desde su modelo, desde la teoría, desde su paradigma, desde su reflexión sobre la complejidad.

EBC166: Parece que a nivel referencial es muy claro cómo se construye el estilo terapéutico de esta persona, digamos que ahí hay un fuerte énfasis en lo referencial para esta persona. Porque es a partir de ahí donde igual se acerca la persona, usa el lenguaje que tiene que usar, se cruza a ruta de intervención. Que es muy similar a lo que decía PC también y es pues que ella también cruza una ruta de intervención, unas rutas de intervención de acuerdo a como esta persona lo comprende.

EAC167: Lo que siento es que, en sintonía con lo que dice PB, ella dice “Son rutas, pero la ruta no es el mapa. La ruta no es necesariamente lo que está pasando, por eso es que yo tengo que escuchar a la gente” De pronto la intersubjetividad como la capacidad de intercambiar estados internos entra en la medida en la que en ese espacio comunicativo, es donde los estados internos necesariamente tienen que ser intercambiados, o sea no hay otra manera de acceder a la comprensión del problema si no es a través de la comunicación del consultante y el terapeuta. Lo que necesariamente a configurar un dilema humano distinto y único a resolver, en el que la depresión ocupa un lugar diferente, es único en la existencia de esa persona desde la misma, no sé si desde la misma subjetivación del consultante, si lo ponemos en términos de lo que expone PC.

Entonces en ese sentido, siento que la construcción del estilo terapéutico parte de la interacción con el consultante.

EBC167: Sí, eso sí tenemos que poner muy claro, y es que los tres ¿sí? Tres, cuatro.

EAC168: Cuatro, cuatro ya.

EBC168: Las cuatro personas hayan sido muy claras en que la construcción de este modelo ha sido muy desde la relación, muy desde el encuentro de las subjetividades, porque pues de una u otra forma ahí es donde se encuentra el sentido realmente, de la práctica clínica, del modelo que la persona construye en su centro de formación académica, y donde digamos que la persona, sí, pone ahí en la práctica todas sus creencias, todas sus cosmovisiones, que ya han sido formadas y que se encuentran formando actualmente.

Pues creo yo que eso es algo muy importante que se responde ahí, y es que la depresión como un tema que hace que las personas se reúnan a conversar ha sido muy importante para la construcción del estilo terapéutico.

EAC169: Incluso siento que ahí se empieza a redefinir la pregunta problema, o sea no como ¿Cuáles son los aportes que tiene la depresión a la construcción del estilo terapéutico? Sino ¿Cuáles son los aspectos que hacen parte de la conformación del estilo terapéutico desde los niveles de la intersubjetividad? Entonces siento que el estudio está tomando un tinte más descriptivo, en términos de identificar qué aspectos son ¿sí? Y entender que si tenemos que estilo terapéutico, desde la intersubjetividad cómo se construye.

También, eso también nos daría como para una discusión en términos de “Miren, nosotros encontramos en estos psicólogos tal, que hay unas constantes que prevalecen que son estos, y estos y estos” Y en este sentido, pues mirar a ver qué posibilidad hay de decir “Bueno, prima a nivel autorreferencial el tema de escuchar, prima a nivel interreferencial tal cosa, una vocación como clínico, una vocación como tal. Hay ciertos temas que se conversan. Siempre se maneja una incertidumbre en términos de que no hay una ruta clara, no hay una meta específica, sino que la meta termina siendo el mismo espacio, la meta termina siendo el camino a través del cual se resuelve el dilema humano. Pero creo que esos son aspectos que tenemos que tener en cuenta en términos de la discusión.

EBC169: Sí, si es interesante y que tenemos que poner algo muy en claro, y es que de una u otra forma parece ser que la depresión es una categoría que se ha definido muy desde la sociedad y desde ciertos relatos dominantes, provenientes, por lo general, de la psiquiatría, de la medicina ¿sí? Que lo que han hecho es, digamos, que lo que de una u otra forma lo que han generado, ¡sí! es como una cristalización, una segmentación de lo que es la persona, porque pues de una u otra forma, creo yo que en la relación, la depresión lleva

al contexto de la relación terapéutica y ha hecho que las personas, los terapeutas, se den cuenta que la depresión es muy corta para el complejo mundo de nociones, el complejo mundo de experiencias que la persona lleva al contexto de la terapia. Entonces, creo que hay algo que poner muy claro y es que cuando, pues explicamos cómo contribuyen las experiencias de intervención en depresión, la depresión entendida como una categoría social ¿sí?

EAC170: Eso se conecta mucho con lo que dice PB ¿no? O sea, una cosa es lo que dice la sociedad de la depresión, otra es la persona cómo entiende su depresión y otra cosa es disciplinarmente cómo se entiende la depresión. Entonces es como una mezcla de todo eso, que al final termina siendo cómo la persona entiende la depresión, y entonces sería cómo esa persona no necesariamente tiene una depresión que se corresponde con una categoría necesariamente disciplinar, sino que simplemente por el hecho de estar presente en la vida social, pues es una manera en la que ese consultante consideró pertinente narrarse como depresivo, decir que tiene depresión. Por consiguiente, establecer una ruta de manejo de esta situación involucró un psicólogo clínico.

EBC170: Exactamente, porque es que cuando nosotros empezamos a hacer la investigación, nos centramos en un concepto muy médico, un concepto muy clínico, un concepto muy psiquiátrico, y eso entonces da como ciertas pautas a observar de que “profunda tristeza, mucho sufrimiento”. Genera que de una u otra forma que la persona del terapeuta se construya de una manera muy particular, pero cuando nos queremos dar cuenta que la depresión es mucho más allá que tristeza, que puro sufrimiento, sino que son circunstancias, sino que son momentos, sino que son relaciones. Entonces ahí, el efecto que esto tiene en el terapeuta es mucho más amplio ¿sí? Es mucho más complejo.

EAC171: También llama mucho la atención, por ejemplo, nosotros planteamos cuando estábamos haciendo los marcos teóricos decíamos “¿Definimos depresión o no la definimos?” y dijimos “No la definamos”, esperemos a ver cómo lo definen los terapeutas. Ahorita que tenemos el espacio con los terapeutas, los terapeutas nos dicen “No la definamos, esperemos a ver con qué llega el paciente” ¿Será que tenemos que ir a preguntarle al consultante? O sea, es como curioso también cómo la depresión no tiene solamente una cara, no tiene una cara de decir “Soy así”, sino simplemente “Dicen de mí”. Como el arcoíris que está ahí, podría llamarse arcoíris o podría llamarse, no sé, de pronto un nombre distinto.

EBC171: Es que lo que creo que va tomando acá tintes, de una u otra forma, es la depresión, que sigue siendo una categoría social sobre la cual la persona decide ir a consulta, decide ir a psicología ¿sí? Porque de una u otra forma la sociedad le dice como “Oye tú estás como muy triste, tú estás como que es depresión, deberías ir al psicólogo”. Entonces ahí la depresión llega a ser

como una categoría social que se define desde unos criterios muy hegemónicos para que la persona vaya y decida ir a consulta. Lo que pasa es que cuando llega a consulta, pues ese relato se destruye.

EAC172: Redefine.

EBC172: Toma un sentido distinto, se abre. Entonces digamos que ahí toca ser muy claro sobre cómo las experiencias en depresión contribuyen al estilo terapéutico.

EAC173: A veces siento que la misma depresión, contribuye a que el sistema terapéutico se construya, o sea, es entrar a cuestionar cómo es la lógica de la depresión, y es que no solamente lo encontramos en términos de. O sea, siento que es cómo la psicología empieza a tomar ciertas distancias con la psiquiatría, para decir “No, para nosotros la depresión existe, no existe, es algo acordado con el paciente” Eso permite despatologizar un poco al ser, que creo que es lo que hemos encontrado también en las entrevistas, y es como la despatologización de la persona en términos de.

EBC173: Y es como gracioso, porque de una u otra forma la sociedad le dice como “Usted está deprimido, vaya donde el psicólogo a que le curen esa depresión”, y el psicólogo le dice “No, usted no está deprimido, usted tiene otra cosa” o “Usted tiene, usted no tiene nada”.

EAC174: O es una situación mala de pareja.

EBC174: O es una crisis normal, porque quién no se ha puesto triste cuando se le muere su mamá, y su mamá es el único sostén en su vida, entonces creo yo que de una u otra forma es como chistoso ver que lo mandan allá a que lo curen, y el psicólogo le dice como “No, usted no tiene de eso, no necesita cura. Usted lo que necesita es”.

EAC175: Usted lo que necesita es manejar una situación en la vida.

EBC175: Usted lo que necesita es lo que usted quiere.

EAC176: Siento que es como también, cómo la misma depresión se convierte, o sea, cómo la misma relación terapéutica, el mismo enfoque o el mismo modelo, empieza a definir el motivo de consulta como un dilema humano. En ese sentido, creo que deberíamos profundizar en la discusión acerca de lo que es el dilema humano. El dilema humano como un punto en el que, claro, la persona, como lo decía PC ¿no? La persona no sabe a dónde más ir y va al psicólogo y así. O sea, siento que es como situaciones difíciles que tenemos las personas, que no necesariamente son patológicas, y cómo el rol del psicólogo, se convierte en una persona que acompaña la resolución de dilemas humanos. O sea, claro, hay una herencia de la lógica psiquiátrica, pero entonces cómo se logra consolidar una lógica de lo psicológico.

- EBC175: Pero más sin embargo son dilemas humanos que son susceptibles a interpretaciones sociales, que hacen que se active una ruta de atención psicológica y ese es el motivo por el cual la persona puede llegar a construir su estilo terapéutico.
- EAC176: Lo que se presta para una redefinición de lo psicológico ¿Qué es lo psicológico? El asunto de la existencia humana, podría ser. El asunto de transitar en la vida ¿sí? Eso es lo psicológico. Pues no sé, siento que vamos por buen camino.
- EBC176: Vamos por buen terreno, creo que se está respondiendo a la pregunta. Que sí, obviamente nos hemos dado cuenta que no encontramos lo que queríamos, o que seguramente nos encontramos con algo que seguramente no nos habíamos preguntado y habíamos ignorado, y fue, pues, entender la depresión relacionalmente. Porque estos terapeutas lo han hecho.
- EAC177: Contextualmente.
- EBC178: Contextualmente, sí. Creo que estos terapeutas lo han hecho y nosotros como que lo tuvimos un poco en cuenta para formularnos la pregunta, mas sin embargo creo yo que tiene mucho sentido porque puede tener un impacto fuerte en los modelos psiquiátricos de patologización, o sea, creo yo que esto abre la perspectiva bastante.
- EAC179: Sería interesante hablarlo con un psiquiatra.
- EBC179: Si, porque seguramente su estilo si ha de ser muy desde la línea.
- EAC180: Eso nos daría para redefinir el tema de la justificación [de la investigación], pero bueno, sería como una de las limitaciones y de las sugerencias.
- EBC180: Exactamente, como que hacer articulaciones con disciplinas un poco más clínicas de salud, más médicas, que nos pueda, que puedan como arrojar un poco más aportes desde cómo ellos también lo perciben.
- EAC181: De pronto la investigación, o sea, me conecto mucho con lo que dice PP, nuestra primera participante, y es un tema de “poco se habla de este tema” cómo la depresión es un buen pretexto para poner una distinción acerca de la construcción del estilo terapéutico, y cómo a partir de allí se pueden generar otras preguntas de qué es lo psicológico, cómo entendemos lo patológico, cómo entendemos el motivo de consulta, o sea, de pronto nosotros planteamos la intención de un estudio sobre dos categorías, tres categorías, pero estamos es como abriendo puertas para discusión, o sea, temas para conversar.
- EBC181: Que creo yo que por lo menos, digamos que también otra limitación del estudio sería esa, como no poder indagar un poco sobre qué otro tipo de experiencias además de la depresión contribuyen a la construcción del estilo

terapéutico, como lo psicológico. Cómo lo psicológico logra reunir todo este mundo, no, como los dilemas humanos. Creo que los dilemas humanos, creo que pueden llegar a ser una categoría macro, que necesitamos, que podríamos necesitar si tuviéramos más tiempo para una investigación, para determinar de qué forma los dilemas humanos del siglo XXI, del 2017, logran digamos construir el estilo terapéutico desde la intersubjetividad, articulado a otros saberes interdisciplinarios como la psiquiatría, la antropología, la medicina, las artes escénicas. O sea, porque supongo que hay muchas terapias alternativas, inclusive hasta el yoga, que puede hacer intervención en este tipo de casos y puede ser una estrategia interventiva y puede movilizar de cierta forma la forma en que se visualiza un dilema humano.

EAC182: Siento que lo psicológico terminaría siendo el dilema humano, esa es una de las limitaciones del estudio. No podemos profundizar acerca de esto muchísimo, porque esto es una discusión acerca de qué es lo que estamos haciendo los psicólogos clínicos. Ahora, respecto a los procesos de formación, pues también es una manera de entender cómo se empieza uno a redefinir las categorías que consideramos que eran muy útil para entender lo psicológico. En este punto quedo como que sin palabras.

EAC182: Si, y pues bueno, nada, no tengo nada más que decir.

Anexo 8. Transcripción Participante D (PD)

Momento 1

EAD1: Buenas tardes PD, nosotros vamos a desarrollar pues la entrevista en este momento, acerca de, para entender cómo comprender los aportes de la depresión a la construcción de tu estilo terapéutico. Para comenzar, pues nos gustaría que nos comentaras un poquito acerca de a qué te dedicas actualmente, hace cuánto ejerces la psicología clínica.

PD1: Yo, en este momento soy profesor de planta de la Universidad De La Sabana, soy el jefe de área del departamento de evaluación e intervención psicológica, dicto la clase de psicopatología de adultos y tengo una práctica asociada a esa clase. Hago investigación, y además tengo mi consultorio donde atiendo mi práctica privada a pacientes.

EAD2: De acuerdo, nos hablabas acerca de tu formación como profesional, nos comentabas que hiciste un doctorado en la Universidad Complutense de Madrid, en Psicología ¿Cómo fue entonces lo anterior de tu formación?

PD2: ¿El pregrado? Yo hice unos semestres en la, algo así, en este momento no me acuerdo, como unos cinco semestres en la Universidad Javeriana y luego me

fui a vivir a Montreal y en la Universidad de Concordia terminé mis estudios de pregrado y tuve mi título de pregrado.

EAD3: De acuerdo ¿Hiciste formación de maestría o cómo te formaste como terapeuta ya?

PD3: ¿Cómo?

EAD4: ¿Cómo lograste obtener la formación de terapeuta para ejercer lo clínico?

PD4: Pues, por lo que aprendí en el pregrado tuve algo de experiencia justo después de graduarme del pregrado. Tengo familia de psicólogos, entonces después de que yo me gradué, vi algunos, algunos pacientes y tenía la supervisión informal de, pues de mis familiares.

EAD5: De acuerdo, vale. En ese orden de ideas, pues quisiéramos preguntarte ¿Cómo entiendes la depresión?

PD5: ¿Cómo entiendo la depresión? A mí en principio, lo que más me interesa en la psicología desde una psicología académica es la investigación básica. Si me estoy extendiendo mucho, ustedes me cortan, si es que no están familiarizados con esto.

La investigación uno la puede clasificar como básica o aplicada. La investigación básica se dirige al identificar mecanismos y procesos ¿si me entienden? Entonces la investigación básica no tiene un propósito por sí mismo. Mientras que la investigación aplicada, pues sí debe servir para algo. Por ejemplo, la investigación aplicada en psicología clínica se dirige principalmente a evaluar la eficacia y la efectividad de los tratamientos. Mientras que la investigación básica simplemente se dirige a identificar, bueno, cómo es que se desarrolla la depresión, cuáles son los procesos involucrados en explicar por qué la depresión persiste en una persona que ya la ha desarrollado.

Hay muchos estudios de investigación básica que se han venido desarrollando en las últimas décadas, y estos estudios concuerdan en apuntar en que probablemente la depresión es un problema emocional. Los sistemas categóricos como el DSM y el CIE, tienen pues presente la depresión como una categoría independiente de la ansiedad, entonces simplemente se fijan en identificar una serie de sintomatologías, esos síntomas conforman criterios y esos criterios conforman la categoría diagnóstica, por ejemplo, de trastorno depresivo mayor. El problema del enfoque diagnóstico es que se centra simplemente en describir, y en mi opinión es un error común de los psicólogos, pero sobre todo de los psiquiatras de atribuir propiedades causales a una entidad que solamente es descriptiva. Entonces piensan como si la depresión fuera una enfermedad ¿sí?

Una enfermedad como la diabetes, como el cáncer. Entonces se pierde de foco en punto de que la depresión, la categoría diagnóstica de la depresión, simplemente describe, pero no explica. El problema de atribuir propiedades causales a una entidad descriptiva es que se cae en respuestas tautológicas, en estas respuestas circulares: una persona está llorando ¿Por qué está llorando? Porque tiene depresión ¿Y cómo sé que tiene depresión? Porque está llorando.

EAD6: Estas descripciones que me estás comentando vienen de la manera en la que tú la entiendes ¿no?

PD6: Cómo yo la entiendo, no pues, como es. No es como yo la entiendo porque una categoría diagnóstica describe. Ustedes han visto el DSM, entonces qué hace el DSM, describe síntomas y los síntomas forman criterios, entonces cuando se cumplen los criterios, pues uno dice “Ah entonces tiene trastorno depresivo mayor” y ese es el rótulo, pero eso sólo es una entidad descriptiva, solamente dice que una persona tiene síntomas, pero no explica cómo desarrolló la depresión. Y si la persona ya desarrolló la depresión, por qué la persona la sigue presentando, qué es lo que hace que persista en el tiempo, qué es lo que hace que se mantenga.

De otro lado la investigación básica nos deja información muy interesante sobre los procesos y nos permite explicar por qué. Entonces lo que señalan estudios de investigación básica es que la depresión y la ansiedad son problemas de regulación emocional, eso es lo que señalan las investigaciones, entonces ¿Cómo se llega a esa conclusión? Pues por los reportes que dan las personas que tienen depresión. Uno evidencia, por ejemplo, a nivel de las neurociencias, que muestran que la depresión y la ansiedad, se relacionan con hiperactividad de la amígdala y con hipo actividad de la corteza prefrontal. Entonces se interpreta que probablemente hay una incapacidad de la corteza prefrontal para detener el afecto negativo, que se relaciona con la actividad de la amígdala, y así mismo hay una serie de procesos, por ejemplo, de atención, y se ha encontrado, por ejemplo, en estudios que utilizan equipos de rastreo de movimientos oculares que una persona que tiene depresión mueve los ojos y se fija, realiza fijaciones y movimientos sacádicos en mayor proporción con imágenes negativas en comparación con personas que no tienen depresión. Y son unos estudios muy interesantes porque rastrean movimientos oculares y permiten identificar la atención y hacia dónde está mirando la personas independientemente de su reporte verbal.

Los movimientos sacádicos son independientes a la voluntad, uno no tiene que decir a los ojos “Oiga, reconozca si esto es una cara de una persona o no” lo que decía, los ojos automáticamente realizan este tipo de movimientos entonces parece que en la depresión hay sesgos de atención sobre eventos negativos. Segundo, hay una facilitación de la memoria para recuperar información de valencia negativa, y así mismo, hay una incapacidad para desvincularse de la información negativa, centrarse en lo negativo y quedarse ahí prendido.

Hay otra serie de déficits que están relacionados, por ejemplo, con problemas motivacionales, con problemas, como lo decía, cognitivos, de atención, de memoria, y toda esta historia va a que, ustedes me preguntan cómo veo yo la depresión, la entiendo en función de los procesos que están implicados, más que en una simple descripción, porque una descripción me informa sobre los síntomas, pero no me informa por qué una persona desarrolla depresión o por qué una persona la sigue presentando. Entonces hay diferentes teorías que explican, por ejemplo el desarrollo de la depresión, hay teorías conductuales que explican la depresión entonces por aumento del castigo, por disminución del refuerzo; y lo que uno encuentra en la parte de la clínica es que hay pacientes que puede que presenten los mismos síntomas, pero que los procesos implicados sean diferentes.

Entonces puede haber un paciente, por ejemplo, que diga “Yo me siento muy triste”, y uno identifica que tiene depresión. Entonces uno encuentra que esa persona empezó a desarrollar la depresión, porque alguien, porque su pareja lo dejó, entonces la persona ya no tiene quién lo llame, ya se siente muy sola. Entonces uno puede identificar ahí procesos motivacionales que explican muy bien las teorías conductuales, y en el momento en el que una persona empieza a entrar en contacto con fuentes de refuerzo, aumentan las conductas y la depresión disminuye.

Uno puede encontrar otro paciente que tiene el mismo diagnóstico de depresión, pero el problema no es la disminución de las fuentes de refuerzo, sino que uno puede encontrar que hay alteraciones los procesos de procesamiento de la información. Entonces, la persona dice “Yo no valgo nada” ¿sí? “Yo no sirvo para nada”. O una persona puede llegar con inquietudes especiales, existenciales, entonces lo importante, desde mi punto de vista es identificar cuáles son los procesos que están explicando el desarrollo y el mantenimiento de la depresión, para intervenir sobre esos procesos.

Si una persona me dice, por ejemplo, “Es que a mí no me quiere nadie y yo me siento muy triste”, Entonces cuando evalúo más adelante encuentro que esta persona no tiene amigos. ¿Entonces yo voy a hacer una intervención cognitiva? ¡No! Porque, así quisiera, pero no debo y no quiero convencer a una persona de que sí tiene amigos cuando no los tiene. Yo encuentro que, esta persona tiene, no se sabe relacionar, entonces ¿Qué necesita esa persona? Aprender a relacionarse con otras personas. Entonces no le voy a decir “No, usted si tiene amigos, a usted sí lo quieren” porque realmente no lo quieren y no tiene amigos y está solo.

EAD7: Lo que veo es que identificas pues un aspecto particular, dentro de una cantidad de situaciones que está pasando. O sea, no tiene amigos pero podría ser una creencia de esta persona, o el problema es la manera en la que los hace ¿Algo así?

PD7: No, el problema es qué está explicando el mantenimiento de. Y qué es lo que esta persona. A mí me interesa saber es que esta persona está triste y no tiene amigos ¿Por qué no tiene amigos? Porque esta persona no tiene habilidades sociales, y esto es lo que la persona necesita trabajar ¿sí? Entonces yo me aseguro que la persona tenga las habilidades sociales necesarias para que ella interactúa, para que le vaya bien. Esos pensamientos cambian y a persona cada vez más se expone a situaciones sociales y ya no se siente sola y ya no se siente triste. Entonces me interesan los procesos, y otra vez ¿Qué es lo que alimenta el conocimiento sobre los procesos? La investigación básica. Que es lo que a uno le ayuda a entender este tipo de cosas.

Yo personalmente, estoy completamente en desacuerdo con casarse con las teorías.

Desde una perspectiva científica las teorías sirven para explicar relaciones entre eventos, y para hacer predicciones. Entonces ¿cómo se yo que una teoría es buena? Cuando yo la pongo a prueba y cuando una teoría me permite hacer muy buenas predicciones. Para ponerlo en términos muy elementales, yo creo que ninguno de los tres es experto en física, pero por qué digo que en las condiciones, por lo menos de la tierra, la teoría, esta teoría. Bueno, la ley de la gravedad. Entonces por qué digo que eso es bueno, porque me permite hacer unas predicciones excelentes, si yo tiro una piedra desde un décimo piso, antes de que pase, yo sé exactamente cuánto tiempo se va a demorar. Entonces digo “Por lo menos en las condiciones, no es una teoría universal, como lo pensaba Newton, porque no funciona en todos los momentos y en todos los lugares del universo, pero sí funciona en la tierra”. Entonces yo digo “En estas condiciones, eso es una teoría excelente porque me permite hacer excelentes predicciones”.

Entonces las teorías de la ciencia, y esto es un consejo muy humilde que les doy yo a ustedes que están a punto de graduarse, desde un punto de vista científico, las teorías son probables. El que les diga que tiene una orientación científica, y que les dice “Esto está 100% científicamente comprobado” esa persona les está diciendo mentiras ¿sí? La probabilidad, el conocimiento de la probabilidad incrementa el conocimiento de la ciencia. Y segundo, el conocimiento es provisional, las teorías están cambiando todo el tiempo ¿sí? Y a eso va mi punto, que uno no debe casarse con las teorías, porque las teorías van cambiando con el tiempo y precisamente la investigación es lo que alimenta las teorías, que permite refinarlas, o simplemente a uno le permite llegar a la conclusión “Esta teoría ya, se le ha buscado por todos lados, pero no me hace buenas predicciones, no me explica bien los fenómenos que yo estoy tratando de estudiar ¿Para qué me quedo yo con eso?”

EAD8: De acuerdo, en ese sentido nos estás comentando acerca de, del consejo que nos das de que las teorías son provisionales ¿Proviene de algún referente epistemológico como tal? ¿O cómo has logrado consolidar ello?

PD8: El referente epistemológico de la ciencia ¿sí? Del conocimiento científico. A mí me sirven las teorías para explicar y para hacer predicciones, si tengo una teoría que no me permite entender cuáles son los fenómenos ¿Para qué amarro yo esa teoría y para qué yo me caso con eso? A mí me interesa es una teoría que me permita entender bien las cosas.

EBD9: ¿Consideras que tu epistemología es más empírico-analítica?

PD9: Si, pues supongo que sí.

EAD10: De acuerdo, vale. Pues hay gente que dice “No, o sea mi epistemología es psicoanalítica, integral”.

PD10: Bueno, es que de todos maneras, me parece que uno no debe escudarse en eso. Por ejemplo, la teoría psicoanalítica ha hecho unos aportes importantísimos a la psicología y ha habido desarrollos. Por ejemplo, Freud fue una de las primeras personas en establecer diferencias entre el miedo y la ansiedad, y son cosas que hoy día en décadas recientes, el campo de las neurociencias ha dado apoyo a ese tipo de ideas. Freud, por sí, creo que era partidario de la experimentación, y además una de las primeras terapias conductuales, probablemente ustedes la han oído nombrar, no me acuerdo si es la terapia de inundación o la terapia implosiva, una de esas dos, el origen es psicoanalítico y la gente piensa que es completamente conductual.

Entonces el punto es que diferentes teorías deben alimentar el conocimiento científico, y uno escoge las teorías y uno se queda con las teorías en la medida en que sea buenas, y si no me quedo con otra. Pero lo que a mí me interesa es explicar fenómenos y poder hacer buenas predicciones, y si uno está trabajando en el campo clínico, pues ayudar a la gente.

Yo no debo utilizar, y eso es otra vez mi opinión, la teoría que a mí me gusta, la teoría que a mí me gusta no importa. Lo único que importa en la práctica clínica es que le sirva al paciente.

EAD11: De acuerdo, vale. En ese sentido, eso es un aprendizaje muy significativo y muy personal ¿En qué momento de tu vida lograste alcanzar este aprendizaje?

PD11: Bueno, eso sí leyendo, hablando con clínicos, viendo pacientes, estudiando, pues no hay un punto de quiebre que uno diga. Es como que te pregunten “¿Tú en qué momento llegaste a pensar cómo estás pensando en este momento?”

EAD12: Si, pues, están las distinciones. Hay gente que lo atribuye a su formación teórica, a su formación universitaria.

PD12: O listo, todo.

- EBD13: O una persona que se fue a adentrarse en el budismo y a partir de ahí fue construyendo una forma diferente de conocer. Pero lo que yo veo en tú es como que ha sido muy constante del pregrado, el cual tú empezaste a pensar así, que es lo que yo siento.
- PD13: No, no necesariamente. Yo, por ejemplo, a mí me encantaba el conductismo cuando empecé a estudiar y después empecé a encontrarme con que, me sigue gustando, le tengo mucho cariño, pero tiene unos huecos terribles y entonces por eso digo “Si yo soy conductista, entonces tengo dos alternativas: uno, reconozco las limitaciones y sigo estudiando, o la otra, hago trampa y digo ‘Ah, es que todo es conducta, y no veo absolutamente los hechos a lo que yo tengo en mi cabeza’” Es otra vez mi opinión, y eso es trampa.
- EBD14: Yo tengo una pregunta, yo tengo una pequeña pregunta y es que básicamente tu postura está más en cuanto a que uno no se debe casar con una teoría en el sentido de que, hay veces las personas llegan, no llegan diciendo como que “Necesito una teoría psicoanalítica, no necesito una teoría conductual, necesito algo que me ayude a cambiar mi vida”, es lo que yo logro entender. Entonces en ese sentido en casos con depresión ¿Qué tipo de teorías te han ayudado a predecir un poco más el cambio de las personas?
- PD14: Pues, en algunos casos teorías cognitivas, en otros casos teorías conductuales, y muchas veces uno encuentra que las personas no vienen con problemas clínicos, es decir, que amerite el rótulo diagnóstico. Pero nuevamente, me centro más en los procesos. Por ejemplo ahorita estaba leyendo un artículo que investigó cómo rotular una emoción, cómo cambiar el rótulo de una emoción puede facilitar que la disminución del malestar asociado a la ansiedad.
- Entonces yo digo “Esto es terrible”, pero le cambio el número a eso, le cambio el rótulo y me empiezo a sentir mejor, acompañado por una terapia. ¿Qué teoría es esa? Pues eso puede ser cognitivo, eso puede ser una cosa humanista, puede ser lo que sea y centrarse en los procesos puede explicar por qué teorías diferentes que han resultado, que han demostrado ser eficaces, o que han demostrado funcionar ¿Por qué funcionan si las explicaciones son diferentes?
- EAD15: De acuerdo, pienso que en ese sentido es como la posibilidad de integrar explicaciones diferentes acerca de lo que se dice de la depresión, lo que se dice de los procesos va como por esa línea ¿Qué piensas tú de los eclécticos, del eclecticismo ese del que se habla?
- PD15: Pues yo estoy de acuerdo con el eclecticismo en el sentido que hay diferentes teorías que dan diferentes explicaciones, y no todas las teorías explican todas las cosas. Con el eclecticismo que no estoy de acuerdo, es con el eclecticismo epistemológico, pero de todas maneras, no sé, ni siquiera estoy tan seguro de

eso, pues porque con el tiempo uno también se da cuenta pues, que hay algo de.

Uno la clínica también la tiene que combinar con un poco de sentido común y de su experiencia de la vida, que no puede ser todo un manejar, tratar los pacientes como con una receta de cocina, hay mucho sentido común allí.

EAD16: Ese sentido común ¿Cómo lo entiendes?

PD16: Pues experiencias de la vida que uno ha tenido también de su experiencia personal, que uno ha visto en otras personas, de la experiencia que uno ha tenido con los pacientes, pues el juicio que uno se va formando a lo largo de la vida, y que por supuesto, supongo que va cambiando.

EAD17: Es que siento que estás respondiendo a bastantes preguntas al mismo tiempo, por eso creo que no te he interrumpido.

PD17: Y otra cosa importante, que me imagino que a ustedes les llama la atención. Yo en principio soy enemigo de los diagnósticos, me parece que eso limita la capacidad de las personas para cambiar, para tomar control sobre lo que las cosas que pueden cambiar, y eso no ayuda a nadie.

Yo creo que hay excepciones, en donde es importante que la persona conozca su diagnóstico, por ejemplo, en el caso de un trastorno psicótico, o de un trastorno bipolar, donde conocer los síntomas puede ayudar a llegar a un episodio agudo, y algo que pasa con personas que tienen por ejemplo, esquizofrenia, que tienen un trastorno bipolar, mientras más episodios hayan tenido, maníacos o episodios psicóticos, se va deteriorando más y se vuelven más pronunciados los síntomas negativos que en el fondo son los menos llamativos, pero los más difíciles de manejar. Entonces ahí sí es importante que una persona lo sepa “Si, yo tengo esquizofrenia, entonces si empiezo a tener pensamientos extraños, si empiezo a entrar en una fase prodrómica, eso quiere decir que ahorita puede venir una fase aguda y yo tengo que cortar”. Pero en el resto de los casos una persona tiene, por ejemplo, tiene síntomas depresivos, o cumple con todos los diagnósticos de un trastorno de pánico, me parece que es pésima idea contarle eso al paciente, darle el rótulo diagnóstico.

Sí es importante por principio ético explicarle a la persona qué es lo que le pasa, pero sin el rótulo diagnóstico, porque entonces la persona dice “Lo que tengo es una enfermedad, tengo un problema en el cerebro”, que esa es la idea de los psiquiatras, que no tiene apoyo empírico y no tiene fundamento esa idea que hay un balance químico en el cerebro “Entonces lo que tengo que hacer es, como tengo una enfermedad del cerebro, tomarme una pastilla para ponerme bien, pero yo no hago nada”.

EAD18: De acuerdo ¿Cómo manejas entonces el tema del diagnóstico cuando te llega un paciente que te dice “Estoy diagnosticado con depresión”?

PD18: A mí me interesa, a mí me interesa identificar el problema porque el clínico soy yo, no el paciente, y muchas veces el paciente dice, los pacientes dicen “No, es que yo tengo depresión” o “Tengo ansiedad” o “Tengo lo que sea”. Pero realmente uno se da cuenta que el problema es una cosa completamente distinta. Entonces el encargado de hacer la evaluación clínica es el clínico, no el paciente ¿sí? Y si me dice eso, yo ignoro el rótulo diagnóstico y me centro en el problema que tiene el paciente, y a ese problema se llega conjuntamente, a la identificación se llega conjuntamente con el paciente. Porque el paciente, o sea, yo soy el que tiene que identificar el problema, pero lo hago con el paciente.

EAD19: ¿Sobre qué temas indagas para poder darte cuenta que el problema es depresión? Por ejemplo.

PD19: Porque la persona diga, pues que. El punto de partida, es la observación que yo hago y el motivo de consulta que da el paciente. Me pasó, un paciente me dijo “Es que yo estoy deprimido” “¿Cómo sabe usted que está deprimido?” Entonces empezó a contarme una cantidad de cosas y me dice “ No pues es que ya no me dan ganas de hacer nada, es que no puedo conciliar el sueño por las noches, me siento inquieto y a veces, como que se me acelera el corazón, me da taquicardia”. Y entonces lo que tenía era un problema de ansiedad.

Entonces sin ponerle el rótulo del trastorno que podía tener esta persona se reconocen los síntomas, pero al final de cuentas, después del proceso de evaluación le digo “- Usted me contó esto, esto, esto, y esto. Yo pienso, esto, esto y esto, y esto ¿Usted está de acuerdo? - Sí yo estoy de acuerdo que este es el problema - A mí me parece, yo a usted lo veo más ansioso ¿sí? No me parece que esté tan triste y yo llego a esta conclusión por estas cosas que usted me dice ¿Si estoy interpretando bien? - Sí, sí, eso es lo que me pasa a mí”

Entonces otra cosa importantísima para el trabajo terapéutico es, no sé qué nombre le den ustedes a la formulación del caso, la conceptualización de caso ¿Algo así? ¿Qué nombre le dan ustedes?

EBD20: Reformulación del motivo de consulta, comprensión circular y psicológica del caso.

PD20: Listo, eso, y eso se hace conjuntamente con el paciente, y una formulación clínica puede estar inventada por diferentes teorías ¿sí? Pero lo importante es hacer de cada caso de un paciente como un estudio científico, para generar una teoría. “Bueno, esta persona está así por estos motivos, y probablemente, lo que le va a servir a esta persona es tal tratamiento, y tal y tal intervención para solucionar estos problemas”, y esto no termina hasta que yo haya identificado que en efecto mi intervención causa una reducción del malestar y hace que la persona empiece a vivir mejor. Claro que no solo me interesa

reducir síntomas, sino que la persona viva feliz, viva bien. Feliz dentro de lo normal, no feliz maniaco.

Risas

EAD21: Vale, pues precisamente eso nos da a entender, como que, buscas pues hacer un estudio de cada caso.

PD21: Sí.

EAD22: ¿Cuál es tu papel dentro de ese estudio? ¿Cómo lo identificas? ¿Cómo podrías describirlo?

PD22: Pues mi papel es primero, hacer una evaluación, una formulación del caso, compartir eso con el paciente, validar eso con el paciente. Luego a partir de esa formulación identificar una estrategia de intervención, luego identificar si esa intervención tuvo algún efecto en el aumento del bienestar y en la reducción del malestar. Y es un proceso de evaluación permanente, pero es un proceso conjunto con el paciente, eso no quiere decir que yo no tenga un conocimiento diferente al que tenga el paciente ¿sí?

EAD23: Ok. En ese sentido, pues también hablamos del lenguaje ¿Qué tipo de lenguaje prefieres utilizar con el paciente? ¿O cuáles palabras prefieres emplear más?

PD23: El lenguaje, es uno adecuado al del paciente, yo adecuó mi lenguaje al paciente para que se sienta bien, se sienta cómodo. El paciente tiene que sentir que está haciendo visita conmigo y que la está pasando bueno, en la medida de lo posible ¿no? Porque igualmente está hablando de cosas que lo ponen mal, si está hablando de cosas que lo ponen mal, pues obviamente esa persona va a estar triste ¿sí? Pero tiene que sentirse la persona muy bien, muy cómoda, y tiene que sentir empatía ¿sí?

Entonces ¿cómo es la empatía? Pues cuando la persona cree que yo la estoy entendiendo y ¿cómo sé eso? Pues porque me adelanto a veces en las respuestas que da, a veces hago silencios, a veces me inclino, o sea, utilizo mi lenguaje no verbal para que la persona se sienta bien. Sin embargo, a pesar que la persona sienta que está haciendo visita conmigo, yo en mi cabeza estoy procesando toda esa información y organizándola sistemáticamente y estoy diciendo “Bueno ¿Qué es lo que pasa acá? Esta teoría me está explicando tal cosa, y esta otra teoría me dice tal cosa ¿Cual es el proceso aquí que está mediando? ¿Por qué esta persona tiene esto y lo otro?”.

EAD24: Ok, eso lo diferenciaría entonces de una visita convencional a una consulta.

PD24: Sí, o pues eso lo puede hacer la mamá o la abuela.

EAD25: De acuerdo, en ese sentido pues es que estás dando muchas respuestas entonces parece muy bueno.

Para que ese clima de confianza se cree ¿Cómo llegas a ese punto de la confianza con tu consultante, con tu paciente?

PD25: Desde, yo creo que eso se construye desde el principio, antes de conocer la persona, pues estoy pendiente de a qué horas va a llegar, yo llego más temprano, sé bien quién va a llegar, entonces me aprendo su nombre, entonces recibo a la persona por el nombre, trato de ajustar mi lenguaje, por ejemplo, hay personas a las que les gusta tratar de tú, otras de usted, para mí eso es completamente irrelevante, a mí lo que me interesa es que la persona se sienta bien.

Hay personas que se sienten más cómodas tratando de tú o de usted, pero eso a mí me da igual, porque el punto es yo cómo puedo hacer que la persona se sienta bien, se sienta tranquila, obtener la información que es importante, para poder hacer una buena formulación de caso y poder ayudar a la persona. Y después en notas yo anoto a veces datos, entonces a la gente le gusta mucho, por ejemplo, que yo le diga “- Bueno y ¿Qué pasó con fulano y no sé qué que me contaste hace 15 días? - Pasó algo tal” y me dicen “Oiga, este se acuerda de una cantidad de detalles tontísimos que le pongo, que le he contado yo” Eso quiere decir que le estoy dando atención.

Así una persona, por ejemplo, me dice, me está reportando que tiene, que tuvo un ataque de pánico y le digo “¿Ah sí? Y aparte de la sensación de adormecimiento ¿También se te acelera el corazón? ¿Y a veces también te sientes como ahogado?”. Entonces, en ese tipo de casos donde antes solamente habían consultado a un médico que le dice que no tiene nada, hay un psicólogo que no solamente le dice que entiende, sino que le está contando cosas que le están pasando pero que todavía no se las ha contado al psicólogo, quiere decir “Este tipo sabe de qué le estoy hablando”.

EAD26: Supongo que eso lo logras, precisamente a partir de tus procesos de formación.

PD26: Claro, de la formación, de lo que he estudiado, de lo que he leído, pero también de mi experiencia tratando personas y también de lo que he aprendido de otros psicólogos.

EBD27: En términos de una persona que acude a ti por depresión ¿Hay algunas palabras o hay algún tipo de lenguaje verbal y no verbal, que sea manifestable, que tú lo caracterices de una manera muy particular?

PD27: Dándole a entender que me importa, pero nunca, ni con mi conducta verbal o no verbal pobreteando a la persona, porque eso es lo peor que le pueden hacer.

EBD28: Como sentir lástima.

PD28: Sí, como sentir lástima, eso lo detecta rápidamente la persona, entonces como decir, trato de darle a entender con mis palabras y con mis gestos algo así como “Mire, yo siento que usted está sufriendo, y lamento que está sufriendo, pero eso no es tan grave y usted va a salir de esta. O sea, usted se va a mejorar, usted va a salir de esta”. Esto es como el mensaje, no decirle al paciente “Yo lo entiendo”, eso a veces a las personas les da rabia ¿sí? O decirle, por ejemplo, algo así como “Oiga ánimo, no se sienta así, ponga de su parte”. Eso es como si le dieran una patada a una persona que tenga depresión. Entonces es una cosa de “Oiga es que usted no está poniendo de su parte”.

Además, la gente que tiene depresión está harta de que la familia le diga eso, no hay que decirle eso jamás a una persona que tenga depresión, que ponga de su parte.

EAD29: ¿Nunca?

PD29: No. Hay que decirle “Yo sé que usted se siente muy triste, pero vamos a hacer un experimento ¿sí?” Y uno dice “Tal, tal, tal, tal, tal y tal tal. Y listo, vamos a ver qué pasa ¿sí?”. Y diciéndole algunas cosas, por ejemplo, trabajando, si es que es el caso y corresponde el proceso motivacional. La persona se va a sentir mejor, entonces, así es como uno se empieza a ganar al paciente, cuando dice “Oiga, yo ya me siento mejor”.

EBD30: Digamos que la forma en la cual decirle como “Pon de tu parte”

PD30: Es decirle “Es que usted no está poniendo de su parte, usted es así porque usted quiere”.

Risas

EBD31: O ese “ánimo” es como una palmada en la espalda . Entonces ¿Te has dado cuenta de algún tipo de experiencia en la cual lo intentaste hacer y te diste cuenta y había fallado?

PD31: Afortunadamente no, porque ya me lo habían enseñado. Pero es difícil a veces, esto es una especulación mía ya, no tengo ningún fundamento pa’ decir “esto me lo he leído”, pero yo digo que es difícil, es una cosa cultural sentir. Yo creo que es una cosa humana sentir compasión, pero a veces una cosa cultural sentir lástima, y a veces es difícil como uno quitarse eso. Porque cuando uno se siente, cuando uno ve a una persona llorando, uno se siente mal, y eso es humano. Cuando uno ve a una persona asustada, uno se asusta ¿sí? Y los estudios muestran que si uno ve a una persona que está asustada la amígdala de uno se dispara.

Entonces controlar eso al principio es un poco difícil, y uno ya con la experiencia dice “Bueno, esta persona está llorando y todo eso” y uno tiene que ser empático, y la persona tiene que sentir que uno está conectado. Pero uno sabe que la persona va a estar bien.

EAD32: ¿Qué diferencia la compasión de la lástima?

PD32: Ya les dije que esto es una especulación mía.

EAD33: Aquí también pues, o sea, nuestra intención tampoco es “Pues vamos a coger tus análisis y ¡Teóricamente no están formulados!” No.

EBD34: Pero, ¿Tú como entiendes la compasión?

PD34: La compasión es que yo pueda ponerme en el lugar de esa persona y pueda conectarme con sus sentimientos. La lástima, yo la entiendo algo más como pensar que esa persona está en condición de inferioridad.

EAD35: Claro, tú desde tu lugar, logras como empatar, conectar con lo que le está pasando al otro sin perder tu lugar.

PD35: Pero sobre todo, sin sentir que soy más, o que la otra persona es menos porque está sufriendo y en este momento yo no. O sea, el hecho de que yo sé porque estudié psicología, y la persona no sabe porque el que sabe soy yo, a pesar de que uno aprenda de los pacientes y la formulación se hace entre los dos, eso no me hace más que la otra persona.

EAD36: De acuerdo, y es como también la postura del respeto por el otro ¿no?

PD36: Absolutamente, eso tiene que ver con la ética, que es una cosa que os rige a todos los psicólogos y también con los valores personales, y es que yo no sé en qué momento algunas orientaciones teóricas se apropiaron y pusieron marca registrada a la empatía y a lo buena gente. Esa patente hasta donde yo sé, no la han comprado todavía. Entonces uno puede tener cualquier orientación teórica, pero las habilidades clínicas, muchas veces son, o no, muchas veces no, las habilidades clínicas son independientes a la orientación teórica. Porque una forma es como yo explico, lo que estoy viendo y lo que estoy aprendiendo, y otra forma diferente, es cómo yo trato a las personas

Entonces las habilidades terapéuticas y los valores son independientes a la afinidad teórica que uno tiene en la terapia.

EAD37: ¿De dónde vienen esas habilidades terapéuticas? ¿De esos valores?

PD37: De los valores, de la experiencia. De los valores y de la experiencia, bueno y también del conocimiento de principios éticos.

EAD38: De acuerdo, esto es una pregunta un poco más personal ¿Cuáles son los valores y los principios éticos que orientan tu práctica profesional?

PD38: Pues que uno tiene que hacer el bien, uno tiene que respetar la dignidad de las personas. Quiere decir reconocer la autonomía de las personas, su derecho a ejercerlo, y que, eso mismo que las personas son dignas y que nadie es más que nadie. El hecho de, no sé, por ejemplo un caso extremo, una persona, bueno, y si quieren, que puede tener depresión y puede estar psicótica ¿sí? El hecho de que la persona esté psicótica y tenga delirios, pues no quiere decir que es un tonto y yo no lo puedo tratar como un tonto ¿sí? Y el hecho de que no le funcione bien una parte, no sé si se dice, de su funcionamiento psicológico, no quiere decir que esta persona no le funcione nada y que sea boba y que sea menos.

EAD39: De acuerdo, ok. Hay una parte que me llama mucho la atención y es que tú decías que en familia son psicólogos.

PD39: Sí, tengo varios psicólogos en mi familia.

EAD40: ¿Son clínicos también? ¿O también de otras áreas?

PD40: Algunos, dos son clínicos y otra no.

EBD41: ¿También son conductuales?

PD41: Que yo no soy conductual, no se le quedó nada de lo que yo dije. Muy mal hecho.

Risas

EBD42: No ando con el chip. Perdón ¿Tienen algún tipo de corriente definida? ¿Se rotulan? ¿Se categorizan de alguna forma?

PD42: La misma orientación hacia las prácticas basadas en la evidencia, pero para ser honesto, sí, hay afinidad con las teorías conductuales, pero otra vez, es simplemente de teorías que explican: cognitivas y conductuales, que explican, pero eso no orienta la práctica clínica.

EAD43: Ok ¿No la dirigen como tal?

PD43: No, o sea, las teorías yo las utilizo para entender, para explicar y para orientar tratamientos. Pero no me sirven a mí para definirme como científico, ni me sirven a mí para definirme cómo trato yo a las personas. Esas teorías no dicen “Usted trate a su paciente de tal forma”, ninguna creo, no sé.

EAD44: Vale, supongamos que uno de tus pacientes que ha acudido por depresión está en esta silla ¿Qué diría él de la relación terapéutica entre ustedes dos?

PD44: Pues yo creo que hay de todo, pero en principio, pues dirán que soy muy buena gente, además pues porque obviamente hay pacientes con los que a uno le va bien, otros con los que no le va bien ¿Cómo sé eso? Hay pacientes que van tres sesiones y no vuelven, puede ser por uno, puede ser por ellos, pero probablemente esa persona diga “Sí, es muy buena gente, está pendiente de mí, se preocupa porque yo esté bien, me para bolas cuando yo hablo, cuando yo digo cosas”, y a veces sí me pasa, y no es una cuestión de ego, que dicen “Yo no sé qué pasa pero yo me mejoré un montón y ya estoy bien, yo no sé”.

Me dijo una paciente hace poco “Yo le dije a mis amigas que yo no sé qué pasa, pero yo fui donde mi psicólogo, yo voy y hablo de mi vida, pero ya me siento como bien, yo no sé lo que me pasó”. Entonces yo por dentro, para mis adentros decía “Tarada, boba”.

Risas

Pero no es una cuestión de ego, sino ahí mi papel es decirle “Bueno, un momento, esto no es magia ¿sí? Y yo no soy brujo ¿sí? El punto es ¿Qué hizo usted para empezar a sentirse mejor?” ¿Y por qué lo digo? O ¿Por qué le digo esto? No porque sea un problema de ego, sino porque yo quiero que mis pacientes en el futuro sean sus propios psicólogos, y si ellos saben qué fue lo responsable del cambio, en el futuro, ellos van a poder enfrentar algunos problemas por su propia cuenta y no me van a necesitar a mí y no van a necesitar a nadie.

Entonces en ese sentido el lenguaje es muy importante para que ellos sepan que sus acciones tienen consecuencias, entonces esa es la dimensión detrás.

EAD45: De acuerdo, como que sean autónomos, como que en algún momento lleguen a tus manos pero después no.

PD45: Claro, y por eso la formulación tiene que ser compartida ¿sí? No es “Ah, yo soy el que sé, usted no tiene ni idea. Entonces usted haga esto y lo otro”, y la persona no se enteró por qué es que se está sintiendo así.

EAD46: De acuerdo, vale. Hay una parte, entonces ya pasando un poco más a lo personal ¿Cómo te ves tú dentro de ese contexto de intervención?

PD46: ¿Cómo así?

EAD47: Claro, en la relación ¿Cómo te ves a ti mismo?

PD47: ¿Cómo? Pero sigo sin entender.

EBD48: ¿Cómo visualizas tu papel como terapeuta dentro del contexto interventivo?

PD48: Mi papel es el de, primero, identificar los problemas, evaluar qué es lo que está pasando con esta persona, darle orden a esa información, compartirla con el paciente, validar la interpretación de su caso, que sea consistente con lo que

la persona esté sintiendo y con lo que la persona esté interpretando, y a partir de eso, desarrollar un proceso de intervención para que la persona empiece a sentirse mejor y viva bien. Pero no sé si va por el lado de que si yo soy amigo del paciente ¿Va por ese lado?

EAD49: Puede ser también por ese lado.

PD49: Uno sí le coge mucho cariño a los pacientes, y a veces cuando un paciente termina su proceso, pues uno dice “Ah, qué lástima” porque uno le coge cariño a la gente ¿sí? Pero debe haber una instancia en la relación psicólogo-paciente, y a veces también pasa que un paciente quiere seguir yendo, entonces uno se sienta y dice “Bueno ¿Por qué es que usted quiere seguir viniendo? ¿Hay cosas pendientes por solucionar? Usted se puede seguir beneficiando de continuar con el tratamiento o no?”

EAD50: ¿Cómo marcas esa distinción contigo mismo? O sea, de decir “Yo sigo hasta cierto punto y esto ya está listo”

PD50: Porque hay unos objetivos que se plantean desde el principio ¿sí? Y hay unos indicadores específicos que a mí me dicen “Bueno, esta persona, por ejemplo, llora todos los días. Esta persona piensa varias veces al día que no vale nada, que nadie lo quiere, no sé qué. Esta persona no sale de su casa y no tiene amigos. Esta persona no puede dormir por las noches. Esta persona está pensando tanto, cuando antes pensaba tanto y debería estar pensando en tales cosas”. Entonces cuando yo veo que ya nada de eso es cierto, tengo esos indicadores específicos que yo establezco junto con el paciente en la formulación, y el paciente me dice “Yo ya de esto no tengo nada, porque yo ya salgo, ya tengo amigos, estoy contento, ya estas ideas de que yo no valgo nada, ya no tengo nada de eso, yo estoy durmiendo bien, yo salgo de mi casa, yo ya estoy trabajando otra vez, yo siento que soy una persona valiosa y vivo bien. La gente me dice que me quiere y yo ya no me siento triste”. Bueno, sé que los objetivos se cumplieron.

EAD51: ¿Cuántas sesiones le das pues para que los procesos de cambio se den?

PD51: Pues lo que está establecido, más o menos un tratamiento debe estar en unas doce sesiones, más o menos así, entre ocho o doce sesiones. A veces se alarga más, porque salen otros problemas que antes no estaban.

EBD52: ¿Cuánto duran tus sesiones? ¿Cuánto tiempo le das?

PD52: A la primera sesión, normalmente le doy como una hora y media, hora y cuarenta, algo así. Y ya después las sesiones duran una hora, una hora más o menos, y probablemente la última sesión ¿Qué? Unos cuarenta y cinco

minutos como para prever problemas en el futuro ¿sí? Como hacer todo un recuento de lo que se hizo, de todo lo que cambió.

EBD53: De acuerdo vale, hasta donde tengo entendido tú haces primero como una recepción de la consulta, haces después una formulación muy clínica desde tu teoría o la teoría que te ayuda a explicar en ese momento conectar con la experiencia, si?, y después vienen unos objetivos, ¿esos objetivos como se construyen dentro de la relación?

PD53: Lo que les decía, “yo lloro mucho, estoy triste todo el tiempo, yo ya no quiero ir a estudiar...” entonces bueno vamos, el problema es este, este y este y entonces “el problema es que usted se siente triste, ¿como sabemos que usted está muy triste? Porque se ve en estas cosas, bueno, entonces vamos a trabajar para cambiar esto ¿porque es que usted se está sintiendo triste o que hace que usted se siga sintiendo triste? Pues que usted está haciendo esto y esto y lo otro, ¿sí?, entonces vamos a cambiar estas cosas para que usted empiece a sentirse mejor

EBD54: ¿Como te acomodas hay veces a las cosas que el mismo paciente no quiere hacer? ¿Si me hago entender?

PD54: Si pero un ejemplo

EBD55: Eh bueno por ejemplo que hay veces que un proceso de pareja, ¿atiendes parejas?

PD55: No, me parece terrible eso, qué bueno que hay psicólogos de pareja pero me parece hartito el tema, pero ni importa para efectos del ejemplo está bien

EBD56: Que sea un proceso en el cual llega por depresión, no por ansiedad...

PD56: Tengo un ejemplo muy sencillo, el componente más importante para el tratamiento de trastorno de pánico es la exposición a los síntomas y yo le voy a decir al paciente “necesito provocar un ataque de pánico que es lo que más grave que a usted le puede pasar en la vida” y tengo que convencerlo de que haga lo peor de lo que le puede ocurrir, ganarme su confianza porque antes de que me cuente de lo que le pasa yo ya me estoy anticipando a los síntomas y soy la primera persona que le entiende lo que le pasa cuando nadie más le para bolas, ya tiene confianza en mí si le dijo “ah, además le pasa esto, esto y esto” las personas me dicen “usted como sabe” hasta me han dicho “¿oiga usted tiene una cámara en mi cuarto o qué?” si? Eso hace que la gente sienta que yo entiendo lo que le pasa y que tengan confianza que yo sé, entonces le digo “vamos a hacer un experimento, si? Lo peor que puede pasar es que usted perdió una semana de su vida, si?, pero armamos un expediente y hacemos tal, tal y tal” entonces yo ayudo a que la persona tenga un ataque de pánico y al final el ataque de pánico se le baja a la persona y le digo “usted esta todavía vivo vea que no se murió” entonces la persona dice “oiga esto no está grave

“¿sí? Es como más poner a hacer un experimento que puede que suene muy costoso pero que no, o en caso de la depresión, “es que yo no quiero salir de mi casa” “salga de su casa, si? Y hace tal y tal y tal como un experimento o un ejercicio” y si yo he formulado bien el caso le funcionó bien a la persona y dice “oiga esto no esta tan terrible y de hecho me empecé a sentir mejor” bueno, entonces “este primer experimento pues funcionó entonces hagamos otro”, si? Y la persona ya empieza entender que es lo que está haciendo, como está manejando las cosas y que como vienen haciendo las cosas no le funciona.

EBD57: Aja, ok, después de que... A ver si logro entenderte entonces digamos que los objetivos de una u otra forma muchas veces están propuestos por ti, si?, ok, ahora bien después de que la persona ha llegado a cumplir todos los objetivos o parte de los objetivos, ¿como te das cuenta que el proceso debe cerrarse?

PD57: Primero porque se cumplen los objetivos y uno de mis objetivos, aunque es que en depresión es bien difícil, es lo más complicado la depresión ahí, además de los objetivos, el diagnóstico, que no lo comparto, otra vez con el paciente; el problema con los sistemas diagnósticos es que es la única forma que nosotros tenemos para operacionalizar los problemas clínicos, no hay otra forma de medir, y el problema de depresión es muy difícil porque de acuerdo a los parámetros del DSM hay 9 síntomas de la depresión de los cuales debe cumplirse 5 y solamente hay dos síntomas esenciales que es el estado de ánimo depresivo y la anhedonia, de resto puede ser cualquiera, entonces uno casi que puede encontrarse con dos personas que tengan el rotulo de la depresión pero los síntomas sean diferentes, entonces eso es particularmente complicado con el tema de la depresión, uno eventualmente puede ayudarse con el sistema diagnóstico aparte de los objetivos, pero uno puede encontrarse dos personas que tienen el mismo rotulo depresivo y comparten un síntoma y cuatro síntomas diferentes, uno tiene pensamiento de muerte y el otro tiene dificultad para concentrarse, uno retardo psicomotor, si?, entonces eso complica mucho las cosas en la depresión porque eso es uno de los trastornos más difíciles de la pre-visibilización, es muy difícil pero es lo único que hay hasta ahora.

EAD58: De acuerdo, vale, pues nos decías ahorita que los casos de pareja tal vez no, ¿que sientes cuando llega alguien con depresión, como que piensas con ese tipo de casos? ¿te sientes cómodo, te sientes incomodo, te parece algo como...?

PD58: No, me siento cómodo, otra vez me gusta más los problemas de ansiedad, me siento más cómodo, pero me siento cómodo con depresión, problemas de la alimentación y ya. Pero lo que no trato, y pues es parte de reconocer las limitaciones, son problemas de pareja, tampoco adicciones, no tengo ni idea de eso

EAD59: ¿Que te dice tal vez, que no es como lo más adecuado para ti intervenir en ese tipo de casos?

PD59: Porque tengo muy poca experiencia, en casos de pareja. Si acaso alguna vez trate un caso o alguna cosa así, si... no entiendo bien que es lo que está pasando, es diferente cuando uno tiene experiencia con un tipo de problema, uno dice... muchas veces no han pasado diez minutos, y uno dice “ta! Ya entendí perfectamente que es esto” y otras veces uno dice “si creo que lo entendí” y luego uno encuentra un montón atrás una cantidad de cosas, pero si es la falta de experiencia, la falta de experiencia y que no he profundizado en eso

EAD60: y es válido, ¿no?

PD60: Claro, y cuando ustedes empiecen a tratar no vayan a pegarle a todo porque, al menos que sea una persona... es que yo conozco dos o tres psicólogos que tienen el pelo blanco o pintado y que dicen que pueden tratar casi que cualquier cosa. Antes, una persona que tenga 30 años, y puede que haya terminado maestría o lo que ustedes quieran y que diga “yo trato de todo” desconfíe de esa persona, nadie puede saber de todo o por lo menos tan pronto, ¿ustedes son estudiantes de pregrado o maestría?

EAD61: Pregrado

EBD62: Ese tipo de casos en los cuales tú te sientes más cómodo que son ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, eh, veo que son jóvenes y adultos o...

PD62: Si, con los niños tampoco me siento muy cómodo, aunque he tratado cuando son casos de... sí, tengo algo de experiencia pero no, prefiero remitirlo a alguien más, entonces afortunadamente que sabe de esto y este sabe de esto, entonces bueno, se lo mando a tal persona

EAD63: Hay un aspecto en términos de la diferenciación de ti mismo o en la caracterización de tu rol en relación con el consultante, o sea en términos de pues ya nos has comentado que haces para diferenciarlo ¿qué haces para cuidarlo?

PD63: ¿Para cuidar qué? Perdón.

EAD64: Para cuidarte a ti en el contexto de intervención en depresión...

PD64: Eh pues, pues yo trato de ser buena vida, yo soy buena vida, ¿a que me refiero con eso? Pues que me gusta pasarla bien, que me gusta reírme, que me veo mucho con mis amigos, con mi familia, que me gusta hacer cosas chéveres, disfrutar las cosas, chiquitas, grandes, especialmente disfrutar cosas que no sean costosas económicamente, es eso, pues yo pienso que es eso, de disfrutar mi trabajo, el trabajo con mis pacientes, de pasarla bien en la universidad, de

divertirme cuando estoy en clase, en el almuerzo con mis amigos de la universidad, es eso...

EBD65: Una pregunta, ¿te has logrado sentir alguna vez identificado con algún caso que tenga que ver con depresión?

PD65: Eh no, así identificado no, pues que me han impactado muchísimo, pero con depresión no.... Me acuerdo una práctica que hice, la primera que tuve que fue en el hospital San Ignacio en la javeriana en la unidad de oncología, entonces me acuerdo que fue un paciente creo que fue uno que me hizo llorar muchísimo o una vez que estaba trabajando como supervisor de practica en el centro de servicios de psicología entonces empecé a trabajar con un niño que había sido víctima de abuso sexual, cosas que me han impresionado mucho pero identificado creo que no....

EAD66: Ok de acuerdo, ¿como manejas esas emociones que emergen dentro de la terapia?

PD66: Ah no, aguántese, haga bien su trabajo y después si busque una persona con mucha experiencia y díglele “uy me paso esto, esto y esto, me siento muy mal y no sé qué hacer ¿como manejo esto?” aparte, propósito de lo de cuidarse es importante uno tener a quien recurrir porque hay estudios donde han encontrado fuentes de Burnout para psicólogos clínicos y una de las fuentes de estrés o de malestar más grande, es no saber qué hacer, entonces si uno sabe con quién a hablar, a quien preguntarle e idealmente que tenga unos 30 mayor que uno, que le van a decir “tranquilo amigo que a mí eso me paso y eso se puede solucionar así, no sé qué y de tal forma”

EBD67: Pero entonces lo que haces en ese momento es controlarlo

PD67: Pues claro, yo no puedo coger al paciente de besos y abrazos y decir ay! Pobrecito, no...

EAD68: Llegó un paciente y un psicólogo y se invierten los roles

Risas

PD68: Uno tiene que saber dónde está parado y eso lo da como el tiempo, y sobre todo si uno se enfoca no en el sufrimiento de la persona sino en que vaina la persona está sufriendo tanto ahorita pero va estar mejor después, uno tiene que ver las cosas en prospectiva y no ver al hueco negro de la prospección disminuida de un paciente que tiene depresión.

EAD69: Como terapeuta manejas entonces una prospectiva acerca del caso, no?

PD69: Claro si, uno tiene que saber hasta dónde va una persona...

EAD70: De acuerdo, ¿como lo sabes?

PD70: No lo puedo saber con absoluta certeza pero si puedo tener una idea, si?, porque conozco gente que ha estado más o menos en tal... uno puede tener una idea de diagnóstico, por los factores de riesgo, de vulnerabilidad, si?, entonces uno sabe que esta persona ha tenido 8 episodios depresivos en su vida, tiene 35 años, vive solo, uno dice “uau, esta persona no le debe ir muy bien” si? O para exagerar el punto, o plantear el punto más claramente exagerando un caso, uno ve una persona que tiene un dx de esquizofrenia y la persona es joven y la persona no observa que son los síntomas depresivos que predominan, uno dice “esta persona no va a ir muy bien” hay que hacer todo lo que se pueda pero uno sabe pues que a veces el pronóstico es bueno o malo; en la mayoría de casos de depresión, que tiene síntomas de depresión pues el pronóstico normal es una cosa muy buena, pero uno tiene saber cuáles son las fortalezas también de esas personas.

EAD71: Yo tenía una pregunta pero se me acaba de volar

PD71: Se encontraron con el psicólogo clínico más logorreico de todos

Risas

EBD72: Yo tenía una pregunta, antes habías comentado que habían unos pacientes que iban 3 sesiones y se van, hay otros que se quedan contigo ¿que puedes hablar de la relación con esos pacientes que se quedan? ¿has identificado particularidades? ¿estilo de personas que se quedan contigo? Por qué pues uno puede imaginar que a veces las personas tienen ciertos interés u orientaciones a terapeutas de tal estilo o se sienten más cómodos de tal estilo, si?

PD72: Yo no creo que eso sea cierto, porque las personas muchas veces van al psicólogo fue porque se lo recomendaron y no porque están buscando algo, yo creo que uno tiene que adaptarse porque es mas a ustedes le van a decir “ay, necesito un psicólogo bueno para fulanito” ¿que es un psicólogo bueno? Si?, la gente no sabe que está buscando, muchas veces, perdón la perspectiva de la vida real de la academia que dice “no es que yo voy a hacer un título en no sé qué, un posgrado en tal vaina...” a la gente eso no le importa, es una impresión, pero a la vida de la gente no le importa eso, la mayoría de la gente no le importa, y no hacen preguntas tanto de “bueno, ¿usted donde estudio? Y no sé qué” hay gente que si pero a la mayoría de la gente eso no le importa, pero perdón, ¿ a donde iba tu pregunta?

EBD73: No, mi pregunta iba digamos hacia a esas personas que se queden contigo ¿que crees que puede estar pasando en la relación para que la relación se mantenga durante el tiempo y funcione el cumplimiento de los objetivos y el cambio?

PD73: Yo creo que la persona, primero se debe sentir cómoda, y yo hago un esfuerzo para acomodarme a la persona, y segundo, la persona se queda porque le

funciona, porque le está costando una plata, entonces así como por “oiga si, por esa plata que ustedes me pagan se pueden divertir mucho mejor en otro lado” sí se trata de eso, y ¿como yo me acomodo al paciente?, a mí a los adolescentes no me gusta mucho tratarlos pero de malas porque abrí la boca y me están llegando un montón, no debí haberlo dicho nunca, entonces a mí no me gusta mucho el fútbol y resulte ahora con un hincha ferviente del Santa Fe, entonces ¿qué hice yo? Me puse a estudiar sobre el Santa Fe, me metí a la página del Santa Fe, en Wikipedia y verme pedacitos del partido de Santa Fe, a parar bolas quienes jugaron, como jugaron, a llamar a mi amigo que sabe mucho de futbol y le hablo con propiedad de Santa Fe, entonces dice “ah, pero como sabe tanto” si? Y a veces a un adolescente le gusta como el juego y que lo reten, entonces “bueno, yo se mas que usted”, entonces así yo me acomodo al paciente, a su lenguaje, a sus intereses y por ahí lo voy cogiendo, es como el psicólogo que puede ser un viejo pero le habla a los niños en su lenguaje y se sienta a jugar en el piso con ellos, pues claro hay que acomodarse al paciente, son ejemplos.

EBD74: ¿Crees que sea similar que la teoría se acomoda al paciente así como terapeuta se acomoda al paciente?

PD74: Si, acomodarse con el objetivo de que el paciente se sienta conectado, identificado y se sienta cómodo, en ese sentido, y otra cosa importante es que las expresiones de uno y los sentimientos tienen que ser legítimos, los pacientes no son bobos, y si uno trata de aparentar que le interesa pero a uno NO le importa, la gente se da cuenta, si?, la gente no es boba, en el momento en que a uno le deje de importar la gente pues uno debería dejar de ser psicólogo clínico.

EAD75: Vale, me causa curiosidad el tema de que consultas en ocasiones otras personas....

PD75: Con mucha frecuencia y no me da vergüenza, porque el que sabe todo, es el que está metiendo las patas y necesita una bofetada de la vida

EAD76: Ok jeje, ese equipo al que consultas...

PD76: No es un equipo, es gente...

EAD77: ¿Son psicólogos? O ¿también acudes a otra disciplina para tu trabajo?

PD77: Por mi trabajo, por los pacientes que trato y todo eso, no tengo que consultar a otra gente, pero eventualmente... cuando lo necesito lo hago, lo importante es uno informarse, a ver me acuerdo... un adolescente que probablemente había sido víctima de abuso sexual y hable con una amiga que trabaja en medicina legal, es psicóloga forense, pero yo realmente asuntos forenses ni idea, entonces la llame, no es una persona que yo habitualmente la consulto porque

no sabe lo que yo sé, o sea no me interesa, en mi práctica clínica no tiene el conocimiento que me ayuda

EAD78: De acuerdo, ese saber que tu buscas pues lo que hemos entendido es que desarrolla en el ámbito de la psicología como tal...

PD78: Pero si surgiera de otra disciplina que necesito saber de algo, pues claro también

EAD79: ¿Logras identificar algunas de las disciplinas que consultes?

PD79: Derecho, algo de jurídico, forense, bueno medicina, a veces por ejemplo una paciente que estaba tratando hace un tiempo y el papá es médico entonces la paciente tenía como un temblor y entonces la llevo a donde el médico para saber si tenía, a donde el neurólogo, y le hicieron un TAC entonces el neurólogo me llamo a mí y estuvimos hablando entre los dos, pero si, médico y asuntos legales, cosas médicas y asuntos legales.

EBD80: La última pregunta.

EAD80: Ah sí, ya con todo esto, ¿cómo consideras que es tu estilo terapéutico?

PD80: Como les dije hace un momento, para mi es importante que las personas se sientan cómodas, es importante que los pacientes y yo nos conectemos en la relación de mucha confianza dentro de los límites profesionales, si?, nada de andar ahí agarrándose con el paciente. Es mejor ser prudente en eso y evitar el contacto físico ¿sí?, ¿que otra cosas? Bueno, mientras las personas se van sintiendo cómodas yo voy organizando una formulación clínica en mi cabeza, tomando decisiones clínicas con base en lo que se sabe de la investigación básica aplicada, teniendo en cuenta mi conocimiento y la experiencia que yo tengo, reconociendo también mis limitaciones y valiéndome de mi experiencia personal, que en últimas es lo que hace que uno sea lo que sea para bien y para mal

EBD81: De acuerdo, no se me surge una palabra que no se si su pueda describir tu estilo terapéutico pero ¿consideras que tu estilo terapéutico sea la función de un estrategia ?

PD81: Hm...

EBD82: Te explico más o menos, a ver como es mi idea, porque en el sentido de que acomodas dentro del contexto de intervención clínica la información que te da a ti el paciente, la información que tu traes con todas las teorías y la acomodas de tal forma que sea algo interventivo y cómodo para la persona, entonces en ese sentido, tu tarea esta en acomodar toda esa información de forma particular y acomodar....

PD82: Particular a la situación....

EBD83: Exacto, en acomodar una estrategia, un objetivo que le ayude a persona a cambiar, no sé si eso sea como una aproximación..

PD83: Si, no lo había pensado en esas palabras, pero puede ser y en últimas a lo que le tiene que interesar un clínico es que su paciente este bien, y viva mejor y se sienta bien, independientemente de lo que sea, obviamente uno se puede acomodar a ciertas cosas pero también hay cosas que uno no... o sea, si a mí ponen a hablar con una... estoy siendo políticamente incorrecto pero terrible, con una niña de 15 años que este bien hormonal yo creo que a mí eso ni me nace ni me fluye, si? Y yo hasta ese punto no puedo cambiar, uno se puede acomodar hasta cierto punto

EAD84: O sea también es reconocer ese tipo de cosas, no? “Hay cosas a las que me acomodo y hay otras a las que no”

PD84: Pues que simplemente no se puede, me estaban consultando por un psicólogo para tratar al papa de un amigo que tiene como 76 años y no me están pidiendo ayuda a mí pero es un señor súper serio, regio, medio cascarrabias, si? Que se va a sentar con un tipo, conmigo, que puede que no sea joven pero pues no tengo el pelo blanco, entonces, va a ser ridículo porque eso no le va convenir a nadie y el primero que tiene que darse de cuenta de eso soy, ¿sí? Entonces uno ya sabe que terapeuta recibe este señor, si?, una persona con experiencia, una persona con un buen juicio o criterio, que sea una persona mayor con la que se pueda identificar y con la que tenga credibilidad.

EAD85: Esto ha sido la primera parte de nuestro ejercicio investigativo, vamos a hablar con mi compañero para hacer el cierre de la entrevista.

Momento 2

EBD86: ¿cómo te has sentido con la conversación con PD?

EAD86: Eh cómodo, en cierto punto me logra proyectar tranquilidad, a pesar de decir que es políticamente incorrecto toma el riesgo de hacerlo, y a pesar de que dice que es su opinión personal tomó el riesgo de hacerlo, entonces pues sí, me he sentido cómodo en ese sentido

EBD87: ¿Cómo crees que la conversación ha fluido a partir de la química que hay entre ustedes dos?

EAD87: Creo que es buena, pero en cierto punto pues al principio estaba nervioso porque no lo conocía pero ya después en ese sentido pude sentir en él ciertas características que me hicieron sentir como más empatía y más comodidad para hacer la entrevista.

EBD88: ¿Qué crees que sucedió para que el guion no se viera tan estructurado?

EAD89: Lo que pasa es que yo sentía que con una pregunta él respondió muchísimas entonces eso me desestabilizo al principio, entonces claro, le preguntamos cómo entendía la depresión y nos nombró referentes metodológicos, epistemológicos, teóricos y tal y como había llevado su vida en esto, y pues en ese sentido, joder, pues si esos son los referentes que esta persona maneja entonces cómo vamos a indagar porque está botando muchas respuestas, tuve la oportunidad de echar una ojeada al guion y ya me empecé a sentar más en él, no?, que me está diciendo él y yo que estoy buscando como investigador y como la información que me está botando me da ciertas respuestas pero también me da ciertos vacíos, entonces soltarme del guion me ayudó.

EBD89: ¿Crees que todas las preguntas se abordaron en la conversación?

EAD89: De acuerdo, yo creo que las preguntas si las logro responder, ¿consideras algo para profundizar?

EBD90: No, tuve la oportunidad de ser más interactivo en esta entrevista entonces abordaba preguntas que tenía, pero ah bueno, acá, él dice que hay veces que parte de la comprensión de depresión es hacer una observación en los procesos a nivel cognitivo y fisiológico, y mencionó que al parecer hay situaciones que se relacionan con estos procesos relacionados con la depresión, por ejemplo: separaciones, dilemas existenciales, entonces es como intentar mirar si se relacionan con tareas del ciclo vital...

EAD90: O sea como ¿que tipo de situaciones desencadenan los procesos que conforman la depresión?

EBD91: Eso, y mirar si tiene que ver con la historia particular de la persona o momentos normativos y no normativos de la persona, intentar indagar un poco eso porque eso nos está dando cuenta de que el mira estos procesos en contexto. Hm... no sé, el hablo de una técnica del movimiento corporal que el utiliza y pues me pregunto si eso viene de lo conductual o lo cognitivo, porque uno puede llegar a pensar que esas técnicas provienen de teorías posestructuralistas y con eso podemos intentar mirarlo más allá de los cognitivo conductual, entonces si es así, ¿qué conocimientos ha traído también de perspectivas más posmodernas? ¿Conductismo de tercera generación? ¿Teorías sistémicas?

EAD91: Claro, lo que pasa es que yo siento es que eso está hablando de una corriente de la psicología moderna, donde el debate de las epistemologías ya quedó atrás entonces ¿qué están haciendo los psicólogos?, se centran en procesos básicos y a partir de ellos lo leen en contexto y siento que el estilo de él le apunta a eso, a indagar acerca de procesos básicos, fortalecer su conocimiento en términos de procesos básicos y empezar a acordar con el consultante como es que se dan los procesos básicos, él tiene un conocimiento entonces lo que

va hacer a partir de ese conocimiento es predecir posibilidades, probabilidades, en los patrones del comportamiento de cada uno...

EBD92: Entonces es como terapia individual no? Todo el tiempo. Viendo entonces la retroalimentación que le vamos a generar, es como parte de sus saberes sus saberes epistemológicos pues han incidido mucho en la forma como él organiza la intervención, es decir, seguramente estas teorías que van mucho más a los procesos que vive la persona de forma personal le han servido para hacer una terapia individual y no de pareja, supongo que no, entonces eso ha tenido toda una coherencia y pues mantener una.... ¿como vista la parte autorreferencial de él dentro de consulta?

EAD92: El reconoce sus limitaciones, sus posibilidades, él se considera un experto en medio de todo, una persona que busca y consulta mucho, se anda actualizando, pero pues en cierto punto parte de reconocerse como persona y es como cuando nos hablaba de esos valores, y él dice para mí cosas muy valiosas: mis experiencias, entonces como mis experiencias me invitan a indagar acerca de cosas, de evitar preguntas, focos y así.

EBD93: Es que yo lo vi como muy estratégico, en el sentido de que él propone de otras soluciones que no sean intentadas al problema y eso lo hace a él ponerse en una postura de distancia, donde parte de sus experiencias personales y emociones que suscitan no tienen relevancia para la intervención, más sin embargo sí tienen relevancia para él pero fuera del contexto de consulta y esas son manejadas con otras personas, que después viene a ser parte de herramientas por las cuales él puede controlarse y mantener su rol como terapeuta y facilitar el proceso de intervención, eso puede ser interesante para él.

EAD93: Si, yo creo que me parece genial como el hecho de él reconocer su papel, si?, “mi papel es conocer acerca de la persona, intentar hacer predicciones, mis predicciones tienen que estar actualizándose con la investigación, y a partir de ello empezar a elaborar conclusiones y sugerir algunas tareas” porque pues en cierto punto él identifica su rol como un psicólogo, como la persona que sabe muchas cosas que el paciente no necesariamente sabe, entonces en ese sentido, al decir que todo es acordado, coge todo lo que sabe y lo pone al servicio de la persona, al ser acordado la persona tiene la posibilidad de decir si me sirve, no me sirve, sigo o no sigo

EBD94: Sí eso es interesante, que no es un mapa que se queda en la aplicación sino que se reinventa todo el tiempo en los encuentros que tiene con el consultante, que eso le permite acercarse y afinar mucho más su forma de hacer la intervención. Tenía una pregunta y se me olvidó, bueno vamos.

Momento 3

EAD95: Ya para retomar pues en un primer momento nos gustaría hacerte unas pequeñas preguntas que nos parecieron muy interesantes y posteriormente pues vamos a dar unas conclusiones de lo que hemos encontrado. En primer lugar: nos has hablado de los patrones de la depresión explicando algunos aspectos y que te centras en los procesos como tal ¿has logrado identificar que hay con los patrones específicos que desencadenan los procesos a través de los cuales se emerge la depresión?

PD95: ¿Que cuando alguien le paso algo? Como que alguien termino una relación afectiva, O una persona que por ejemplo tiene problemas en las relaciones, sí que tiene problemas en las relaciones laborales o en el colegio, la universidad. Así en este momento que se me viene a la cabeza porque se me están escapando cosas, por lo menos en la relaciones mucho.

EAD96: De acuerdo okay. Bueno en términos de las técnicas corporales o de lenguaje no verbal que utilizas ¿de donde crees que provienen esos aprendizajes que te invitan a moverte así en un contexto de trabajo?

PD96: De lo que he aprendido yo con mi experiencia personal pero también de lo que observado de otros profesionales.

EBD97: a okay y ¿esos profesionales de alguna corriente específica?

PD97: Mm pues casi todos sienten afinidad con lo cognitivo conductual

EAD98: Nos comentabas al principio que también desarrollas actividades de investigación ¿como crees que el dedicarte a esta labor contribuya a la construcción de tu estilo terapéutico?

PD98: ¿Como me interesa tanto la investigación básica? cuando yo estoy haciendo la formulación de los casos estoy pensando en la investigación que yo he hecho o en investigaciones que yo leo si y siento que eso me ha servido mucho, me meto a leer bastante.

EAD99: Okay entonces la investigación pues hace parte de un aspecto a tener en cuenta incluso dentro de tu manera de (). Porque pues precisamente eso era lo que nosotros nos referíamos o sea pues al interesarte tanto la investigación en ninguna parte franca, a mí me llama la atención que cada caso te invita a hacer como un estudio. De pronto EB me invitaba a pensarte como un estratega a mí me parece más que eres como un investigador.

PD99: Pues creo que la palabras son diferente pero yo me identifico más con eso. Pero de todas maneras yo creo que la idea detrás es la misma investigación básica y aunque yo no hago investigación aplicada yo consulto cuales son las terapias que han demostrado funcionar pero por supuesto no usándola como una receta de cocina sino como una guía, como una orientación pero que no la

puede usar cualquiera; es como si a ti te dicen haga una cirugía aquí tiene el libro corte aquí tan, eso no.

EAD100: Y ahí ciertas cosas que la teoría no alcanza ni si quiera abarcar.

PD100: Si hay cosas que no aparecen en los libros ni en los artículos ni en ningún lado.

EAD101: Y en ese sentido hemos logrado entender eso que estás interesado en estar siempre actualizado precisamente porque vemos en eso como un recurso. Que la posibilidad de estar actualizado te permite generar confianza con otras personas, hacer esas predicciones de las cuales nos estabas comentado de lo mucho que el consultante se asombra de lo mucho que tú conoces acerca de su situación como si tuvieras cámaras en su cuarto y entonces en ese sentido pues hemos logrado identificar esa característica de una persona muy estudiosa de lo que está desarrollando; esa es cómo de pronto mi conclusión.

PD101: Si si si

EBD102: Yo creo que lo que también pensaba y creo que ya retomando cosas que ya te había dicho creo que EA, se propone algo muy interesante y es que tienes una postura muy investigativa ya que tiene todo un sentido hasta de la misma conversación que tuvimos ¿porque empezaste por la parte de investigación no? Entonces creo yo, que empezar desde hay ya marca un referente muestra de la forma en que tú te paras para comprender la depresión y también de la forma como tu fórmulas estrategias para hacer la atención a la depresión tiene todo un sentido de coherencia pues bastante útil también y creo que te has podido cómo acomodar y te ha servido durante mucho tiempo y tanto así como a nivel personal, también como que lo has podido seguramente involucrar y no sé, te veo como una persona a lo mejor también muy organizada y capaz de predecir, controlar muchas cosas de las situaciones que pasan las personas.

PD102: Sí, no sé si sea cierto. Si puede ser, me han dicho que hasta qué punto es de aprender de las experiencias, si como tratar de fijarme mucho de: que me dejo esto, que aprendí y cómo puedo usar esto después.

EBD103: Y algo muy importante también es que esa estrategia y esos con conocimientos técnicos todo el tiempo tú los estás reinventando y eso te ha permitido entonces en ser una persona que se permite resaltar las particularidades de las personas que te llegan.

PD103: No tanto como reinventando sino como dándole vueltas. No necesariamente reinventar teorías nada eso uno como darle vueltas cómo revisar si, como tomar como un juicio de diferente información para intentar tomar la mejor decisión.

EAD104: En ese sentido pues primero agradecerte bastante pues por la oportunidad que nos has concedido de hablar de ti de hablar contigo de ti de la manera de la que haces terapia de compartirnos pues algo que en ciertas personas podría ser entendido como algo muy íntimo lo que pasa dentro de mi consultorio es lo que solo yo sé no lo comparto con otras personas

PD104: Con mucho gusto y me gustaría mucho entonces leer después el trabajo como acaban después ustedes de interpretar todo esto que dicen otros clínico me parece muy interesante. Ya han entrevistado más gente?

EAD105: Si hemos entrevistado a cuatro personas más

PD105: Y que súper diferente todos

EAD106: Eh cosas interesantes

PD106: Si ya acabo la entrevista entonces cuéntame porque me dan curiosidad las otras personas que les han dicho

EAD107: Primero agradecerte por eso precisamente como parte de compartirnos tu perspectiva acerca de lo clínico y de nuestro tema de la depresión

EBD107: Pues yo también quiero agradecerte y quiero decir que pues personalmente creo que me llevo un aprendizaje muy interesante y es que la psicología como es una ciencia también tiene que tener una parte investigativa como una parte clínica y eso representa también algo muy vital en la forma como el terapeuta debe también posesionarse como una persona que debe curiosear todo el tiempo con la realidad con la que te llega

PD107: A uno le gustan los modelos conductuales, pero la patente de lo buena gente y la empatía no la tiene nadie jajá

EAD108: Entonces por ese lado muchas gracias porque creo que es algo novedoso es eso tu historia investigativa que traes. Pero bueno, si me gustaría saber ¿que te llevas de este espacio?

PD108: yo tengo muy poca afinidad con la investigación cualitativa y estoy en un punto en el que quiero aprender de eso, hubo un evento importantísimo esta semana pero no pude ir porque se cruzaba con otras cosas esta semana, me parece muy valiosa la investigación cualitativa porque permite capturar un montón de cosas que la investigación cuantitativa, no, me parece muy agradable hablar con ustedes, me parece que se toman muy en serio lo que están haciendo, que lo disfrutan y que les gusta y eso es clave porque estudiar psicología es una cosa muy pesada, y es una cosa que no se acaba nunca de estudiar, si, de estudiar, entonces hay que cogerle amor al estudio y tener curiosidad por esto, y eso me parece interesante como esa actitud de ustedes de conocer, porque seguramente van a ver cosas con las que estarán de

acuerdo, otras que no, y seguro después de hablar con tantos clínicos ustedes se van a quedar pensando, y eso es algo que a ustedes se le va a quedar, y bueno hablar con clínicos también les va ayudar a saber escoger en sus carreras y así.

EAD109: ¿Que te llevas del espacio de investigación?

PD109: No, pues todo esto, porque el que hablo como un maníaco fui yo y no ustedes, entonces, lo que les dije fue lo que me quedo, que parece muy buena. Entonces sí, solo eso.

Momento 4

EBD10: Ejercicio de posesión, salimos de la entrevista con PD, vamos a dar cuenta de cómo esta entrevista empieza a dar luces acerca de cómo se responde la pregunta problema, tomando en cuenta que esta es la última entrevista que realizamos.

EAD10: Yo creo que la pregunta problema la pregunta problema empieza a responderse en la medida en la que hemos encontrado con este participante que su estilo terapéutico si recurre a soportes teóricos, si recurre a lo que son experiencias vitales, y en ese sentido, los encuentros con las personas permiten dar de un anclaje a lo que básicamente determina la intervención y el estilo terapéutico. Si hay características de las posibilidades que ofrece el modelo teórico, pues el modelo teórico le invita a él pues estar en constante revisión y en ese sentido el componente referencial tiene un gran fundamento en él, ¿sí?, de igual manera en el componente interreferencia en la medida en la que centrarse en el conocimiento que genera, pues es un conocimiento que se aplica a un contexto particular llamado persona y es un contexto que se va acordando en el proceso de la terapia.

EBD11: Bueno ahora lo que yo pienso también, es que pues de una u otra forma es que si se sigue dando respuesta en el sentido en que al parecer parte de la estructuración del estilo terapéutico tiene una fuerte base conceptual, epistemológica y disciplinar sobre la cual el terapeuta empieza a desarrollar habilidades, estrategias, técnicas, formas de acercamientos, usos de lenguaje, posturas corporales, posiciones autorreferenciales y a partir de allí, empezamos a dar cuenta de que son las experiencias en intervención donde toma ese tinte personal, toma esa particularidad, toma esa caracterización específica del modelo y eso resulta ser un recurso, y si, la experiencia en estos cinco terapeutas siempre va a ser percibida como un recurso en la cual se aprende cosas novedosas de cómo se entiende, como están ellos en relación y como se ven ellos en terapia; por lo tanto, seguimos pensando o lo que yo pienso es que de una u otra forma, las experiencias de intervención en

depresión representan una oportunidad para que el terapeuta consolide sus conocimientos y los interiorice de forma específica y particular, y así mismo logra manifestarlos.

EAD11: De acuerdo, en ese orden de ideas, teniendo en cuenta esto, podríamos redefinir la pregunta en problema de no solamente las experiencias de intervención sino solamente las experiencias en general. O sea, la depresión no es una condición sin la cual no se pueda construir un estilo terapéutico, si bien es cierto se presentan algunos elementos característicos, como tal el encuentro con el otro es precisamente lo que permite que esta propuesta tenga un sentido.

EBD12: Exactamente, y puede ser un posible tema de investigación y posible tema a abordar con mayor profundidad y amplitud en el tema, porque al parecer entonces si no es la depresión el único elemento experiencial que compone el estilo terapéutico entonces chévere abordar las experiencias en general, con eso ampliamos en general la complejidad del fenómeno y podemos hacer una lectura mucho más real de lo que está sucediendo, porque pues lo que dijo Teresita es cierto y era como que esto es novedoso, en el sentido que hacemos un análisis a partir de cuatro corrientes psicológicas diferentes y puede ser aún más novedosa cuando ampliamos a experiencias de todo tipo de dilemas humanos.

EAD12: Creo que también la investigación se presta para empezar a dar cuenta de la posibilidad de generar canales que generen conexiones nivel epistemológico y paradigmático en términos de las comprensiones que se hacen sobre los dilemas humanos. Me doy cuenta que los psicólogos entrevistados básicamente como que nos permiten darnos cuenta que si hay una distancia entre la psicología y la lógica del DSM, es importante trazar una distinción, porque si para los psicólogos puede ser importante pero no es la que determina como tal el proceso; es como sugerir la necesidad de empezar a generar algo donde...

EBD13: Y es todo un aporte para la investigación, porque de una u otra forma lo que uno piensa que regula el trabajo de un psicólogo es el DSM y lo que hemos encontrado es que así sea una postura cognitivo conductual, investigativa, empírico analítica, el DSM viene a ser también cuestionado de muchas formas y también toman mucha distancia de esto, porque resultan ser descripciones que no ayudan a la intervención y que no aportan al cambio de las personas.

EAD13: O sea, precisamente parten de una concepción psiquiátrica y al ser algo psiquiátrico no necesariamente esas comprensiones están relacionadas con lo que es la comprensión de los fenómenos psicológicos, entonces en ese sentido, puede abrirse un debate sobre qué es lo psicológico, de nuevo la pregunta abierta ¿qué es lo psicológico? Y ¿cómo es que los psicólogos empezamos a comprender pues que hay alteraciones psicológicas, o dilemas o

situaciones en las que las personas no logra asumir sus compromisos, o no logra estar bien, no?, muy ligado en la lógica de la salud en donde el psicólogo clínico trabaja para promover la salud mental, si?, ¿qué es la salud mental? ¿qué es lo psicológico?, son preguntas que quedan en el aire a partir de estas distinciones que cada uno de los terapeutas hacen desde otras lógicas que han venido de la psicología o de otras lógicas que han venido incluso desde la ciencia tradicional o como sea.

EBD14: Y bueno, creo que también se sigue dando cuenta que parte también de otras de las cosas que se encuentran es que dentro del estilo terapéutico se logra reconocer también la emocionalidad como un problema, si?, y cuyo nombre social se le da la depresión, entonces ahí se reconoce de una u otra forma también la capacidad de las personas de tener emociones y cómo las personas pues pueden percibirlas de maneras diferentes y están son categorizadas psiquiátricamente como algo que no está bien y socialmente también como algo que no está bien, y cerramos y muchas gracias.

Anexo 9. Transcripción Participante Piloto (PP)

Momento 1

EA1: Pues para comenzar, nos gustaría saber ¿cómo entiendes la depresión?

PP1: Bueno desde lo que estaban mencionando ahorita, estaba pensando que es un poco difícil porque, yo no creo que exista una persona que esté pura y solamente deprimida, entonces, pues, primero que todo no creo que sea una cosa como, como una categoría que excluye a otras, entonces, es difícil decir que alguien está solamente deprimido y no le pasa nada más. Pero en general, creo que se trata de manejo de un nombre que se le pone a un patrón del comportamiento, un sentido amplio, o sea como unos comportamientos observables pero también un patrón privado que solo la persona puede observar a nivel afectivo, cognitivo, etcétera, no creo que sea una causa y nada, sino es simplemente el nombre que se le pone a un conjunto de cosas cuyas circunstancias pues hay que analizar ¿no? o sea de donde salió ese patrón.

EA2: Más o menos a rasgos generales, ¿que patrón del comportamiento logras identificar en una persona con depresión?

PP2: Hacía una salvedad, que es difícil que alguien que esté solo deprimido, en general creo que hay predomina, poco entusiasmo con la vida, tristeza... Mmm como... Poca energía, pocas ganas de hacer cosas, una dificultad grande para disfrutar, mucho pesimismo, dudas... Y yo en general le pondría mucho énfasis en eso de dificultad para disfrutar, aunque eso también se ve en otros patrones, pero es muy típico de la depresión

EA3: Es como algo muy característico...

PP3: Muy característico, y mucho aislamiento, mucha soledad, mucho desespero, desesperanza.

EA4: ¿como ansiedad? ¿tal vez?

PP4: Sí, también ansiedad, es que es difícil, ahí es cuando empiezan las mezclas, pero ansiedad que puede también a su vez ser muy distinta en todas las personas, pero cierta preocupación; pero a diferencia de los que decimos que son principalmente ansiosos. Los principalmente deprimidos están más enfocados en el pasado y cosas que pasaron; los ansiosos están más enfocados en cosas que van a pasar supuestamente, aunque en ambos casos puede haber de ambas cosas.

EA5: ¿ Esta comprensión a la que llegas, parte de algún referente epistemológico o teórico?

PP5: Sí, pues en realidad desde el análisis de comportamiento, que es como mi perspectiva es como una categoría filosófica y teórica global, primero no hacemos diagnósticos, no usamos el DSM para diagnosticar, y sobre todo, esas palabras no las usamos como causas de algo, sino simplemente, es una, filosóficamente es una perspectiva nominalista.

EA6: Donde ven algo y le ponen un nombre.

PP6: Y lo nominamos, exactamente. Es una descripción, pero la explicación no está en la descripción.

EA7: No es tautológica

PP7: Exactamente. La descripción hay que buscarla... la explicación hay que buscarla en lo que está viviendo la persona. El nombre no es la explicación, es la descripción.

EA8: Lo que se ve hay que atarlo con otros puntos que le den un orden.

PP8: De dónde viene históricamente, en este contexto inmediato por qué es tan probable este patrón.

EA9: ¿ De qué manera este referente epistemológico lo pones en práctica cuando haces intervención sobre depresión?

PP9: Eso tiene una implicación importante y es que, a uno le importa mirar... buscar causas adentro, tanto lo que se ve en la persona como lo que ella describe o le sucede internamente; más bien, yo trato de darle sentido como en historia de la persona, en sus circunstancias actuales, entonces, no vamos a decir que esta persona se quiere suicidar porque está deprimida, sino en que su vida,

históricamente hablando y actual, hace que sea altamente probable esa opción que sumado a otras cosas llamamos depresión.

EA10: Y ¿qué recursos crees que te ofrece esta perspectiva?

PP10: Pues no es una perspectiva mentalista, entonces, digamos que uno puede escaparse de esa falacia explicativa tautológica como tu decías, como que, esta persona hace x cosa es porque está deprimida, y ¿como es que está deprimida?, porque hace x cosa, pero ¿porque hace x cosa?, porque está deprimida, entonces esa circularidad explicativa se puede romper simplemente asumiendo una noción nominalista, y más bien buscando en las circunstancias en las cuales se desarrolló un patrón.

EA11: De acuerdo, vale, ¿ha representado en algún momento para ti una limitante?

PP11: No, al contrario, haberme liberado de esa circularidad explicativa, me dio más posibilidades

EA12: De acuerdo, OK, bueno, ¿tienes alguna experiencia de la vida en cuál consideras que haga parte de esas concepciones que tienes acerca de la depresión?

PP12: ¿una experiencia personal?

EA13: Hm.. podría ser más en términos profesionales, en este momento para mí..

PP13: Hm,... pues si he tenido varios pacientes que han encajado en ese patrón, pero sobre todo, yo no me centro tanto en saber en decir si está deprimida o está ansiosa, sino en general, preveo muchos pacientes con historias muy complicadas, muy muy complicadas, sobre todo de abusos, abusos tempranos, entonces, para mi es más útil, siguiendo la misma lógica, pero es más útil y más abarcadora la categoría de trauma complejo.

EA14: trauma complejo...

PP14: exactamente, y pues de ahí caben personas deprimidas, ansiosas y muchas clases de dificultades, pero para mí esa categoría es más amplia y es un crypt en algunas de esas historias complicadas.

EA15: De acuerdo, ok, sin embargo, hablando también en términos de la formación profesional, ¿que experiencias consideras significativas en torno a las intervenciones que haces en depresión?

PP15: En mi formación de pregrado ninguna, o sea en mi formación de pregrado no tenía nada que ver con esta perspectiva, yo tuve en clínica una formación cognitivo conductual, pero eso fue hace... O sea yo me gradué de mi universidad hace 17 años, y después yo me sentía, o desde que estaba en la universidad, me sentía muy insatisfecha con esa perspectiva, y después de

graduarme unos años, estudie en la maestría y hay ya me cambio filosóficamente mi concepción de las cosas, eso fue hace como unos 12 años, y luego, pues también he tenido experiencia profesional, los primeros años estuve en clínica en esa perspectiva cognitivo conductual, y a partir de la maestría más o menos, empecé a interesarme más por las implicaciones de esa filosofía, y entonces tuve más experiencias profesionales y más formación relacionada con esa perspectiva, y así poco a poco fui llegando hasta cómo trabajar mucho en este tipo de casos que estoy mencionando en el trauma complejo

EA16: Pues, nos has hablado de uno de los criterios que se refieren como a la concepción de entender el trauma complejo como una, lo que te entiendo es como, el trauma complejo es uno de los criterios con los cuales estableces que hay que hacer una intervención.

PP16: Sí, Aunque no siempre, no?, o sea hay personas que pueden no tener ese patrón que llamamos así, y aun así, se requiere intervención, solo que por cosas de la vida yo como que me he centrado en ese tipo de casos

EA17: Vale, sin embargo, con aquellos con los que no presentan ese patrón de trauma complejo, ¿que criterios tienes en cuenta para establecer una ruta de intervención?

PP17: Pues, muchos ni siquiera los atienden, porque son, por ejemplo, si alguien dice tengo un problema de adicción, ¡no!, ¡no! O sea de entrada. Cuando alguien me llega yo pregunto más o menos de que se trata, sabiendo que no puede decir todo de primerazo, pero si dice es un problema de adicción, ¡no! ¡no me gusta! y no tengo formación ni competencia en eso, o si es terapia de pareja tampoco, eh, digo no, lo remito a alguien más. Y si es un adolescente, tampoco, pero adolescente digamos como entre 12 y 16-17 años, no me gustan los adolescentes entonces tampoco. Y cuando llega alguien, que simplemente dice no soy adicto, no tengo problemas de pareja, no soy adolescente, entonces, pues, ahí no estoy pensando tanto en como en, ¿tendrá un trauma complejo?, ¿estará deprimido? ¿estará no sé qué?, sino más bien, eh, como en escuchar atentamente su sufrimiento, y con base en eso van a apareciendo cosas, que a veces se llevan por esa ruta de trauma complejo y a veces no.

EA18: Cuando la llevas por la ruta del trauma complejo y dentro de ese trauma complejo se asocian a patrones relacionados con depresión..

PP18: Si, La depresión puede estar tanto en esa ruta de trauma complejo como en otras cosas, o sea no es exclusiva de trauma complejo, puede estar en otras cosas...

EA19: Ah ok, ¿podrías mencionarnos algunas?

PP19: Por ejemplo.... Lo que pasa es que para esa ruta de trauma complejo no es así como, “Ay, hola fui abusado” no, o sea eso no siempre pasa así, además porque ese patrón es muy característico de situaciones traumáticas de las que ni la persona tiene conciencia, sino que eso puede ir descubriéndose a lo largo del proceso o puede saber algunas cosas pero no del todo, bueno eso como que va apareciendo y ahí aparece como ese patrón de depresión, o sea es un patrón dentro de otro patrón, si?. Pero a veces, sin que no tenga nada que ver con trauma complejo, las personas entran en crisis vitales, me ha pasado mucho en mis casos por ejemplo, tengo muchos estudiantes universitarios cerca de terminar la carrera, entonces como que hay momentos de cambio donde como que la gente pierde el sentido de ciertas cosas, cambia la vida. También tengo muchos pacientes jóvenes digamos como en edades de por ahí 26 a 30 años, que es otro momento de cambio grande, no? “ya me gradué, ya llevo un tiempo trabajando que voy hacer” o como “¿estudio más? ¿tengo hijos? ¿viajo? ¿me muero?” no sé... si! muchos entran como, o sea ya, ya perdió un sentido, mucho, “ya estudie”, “ya estoy trabajando”, eh... algunos están en el dilema del nuevo hoy o me quedo con mi familia, otros como ya hice un montón de cosas y ya se sienten como viejos.. puede pasar también... pérdidas en general.... hay también aparece ese patrón que se llama depresión en general, o como crisis de propósito.

EA20: Esas crisis de propósito, ¿como las entiendes?

PP20: Como que algo que tenía sentido y de un momento a otro ya lo no tiene, un trabajo, una relación, bien sea porque se terminó o paso a otra etapa, es como que ya le pierde el sentido a algo o lo terminamos; hmm... una pérdida en general, de salud, de trabajos, de relaciones, de seres queridos o en general, no sé, de los hijos, una persona se acaba de pensionar o simplemente se agotó lo que yo hacía, ya no me provee satisfacción sea lo que fuera y no sé qué más hacer...

EA21: Creo que dentro de lo que me estás diciendo me haces pensar que, muchos de esos se relacionan con ciclo vital...

PP21: Sí, exactamente, muchos cambios del ciclo vital, ese es ot.. es que es difícil esquematizarlo porque la gente no está como aquí o allá y puede haber revueltos, pero eh, como que hay un gran grupo de personas que tienen historias complicadas y obviamente eso ha implicado como una crisis de propósito crónico. Si, que la persona supiera muy bien porque... a veces... o personas que tuvieron una historia que de pronto no es tan trágica, bueno es que es difícil decirlo así porque para cada uno su historia pues es su historia, pero en general, es más como perdieron sentido en las cosas y no porque me haya pasado algo terrible, sino porque simplemente...

EA22: Significa mucho para ellos

PP22: Exacto, “no sé qué más hacer”, y no es estoy diciendo que uno sea más grave que el otro, simplemente como dos grandes grupos, y ahí es donde se infunde en muchas otras clases de circunstancias.

EA23: ¿Como entiendes a la persona que acude a ti..? pues ya evaluando precisamente a las personas que tienen depresión, entiendo que es un dx bastante complejo, una situación bastante complejo, entonces, ¿ cómo entiendes a alguien que acude a ti por depresión?

PP23: Pues en general, pues lo veo como alguien está sufriendo mucho, y sobre todo, que es un sufrimiento que se siente muy solitario, porque cuando uno está muy muy triste yo creo que uno tiende a pensar que sea algo que solo le pasa a uno, puede que lo piense así o no tan así, pero, se prevé como una gran soledad en vez de sufrimiento, pero yo creo que eso aplica para la depresión y para cualquier otra cosa, o sea no hago una excepción por ser depresión.

EA24: Vale, lo podrías identificar como ...

PP24: como un momento de mucha vulnerabilidad, si donde, eh... pues como que alguien está haciendo también un acto de confianza en poner su sufrimiento en manos de uno, a veces como con desespero o a veces no tanto, pero si como mucha vulnerabilidad.

EA25: De acuerdo vale, como una persona que está en una situación de vulnerabilidad por muchos motivos y dilemas de la vida

PP25: Exactamente, exacto

EA26: En ese sentido, tienes alguno nombre específico? por ejemplo hay gente que los llama consultantes, pacientes, clientes o...

PP26: Yo les digo pacientes

EA27: Pacientes?

PP27: Si, o a veces consultante, pero generalmente paciente.

EB28: ¿Crees que el término paciente tenga algún significado y sea coherente en la forma como entiendes la depresión?

PP28: Pues yo creo que tiene connotaciones peyorativas en la tradición, pero para mí connota que es una relación de ayuda, yo sí creo que es una relación de ayuda, me parece que eso es característico de una relación clínica

EA29: Y la persona que busca ayuda te busca a ti

PP29: Exactamente, lo cual no significa posicionarse en un lugar privilegiado, sino simplemente de acompañante para ayudar

EA30: Vale, como creas la relación con esa persona?

PP30: ¿Como la creo?

EA31: Si, no es una relación que se entable como con cualquier otra persona,

PP31: Si... como hola y ya, estamos aquí relacionados

EA32: Si, ¿como creas la relación con un paciente?

PP32: Bueno tal vez por eso tengo como tantas resistencias con las terapias de pareja y los adolescentes porque me crean mucho.. me cuesta trabajo crear la relación, eh.. pero en general, lo que trato de hacer es crear como un clima de.. un clima sin juicio, y pues se puede hacer diciéndolo, pero más importante es hacerlo y eso implica ser muy atento a la escucha, dar espacio, dar espacio para contar cosas para experimentar cosas, porque generalmente la terapia es un espacio donde se pueden sentir, pensar, decir y hacer cosas que afuera son castigadas.

EA33: Ok, de acuerdo, como una puerta abierta para que la persona...

PP33: Sea lo que sea en ese momento, sin, sin.. bueno, no voy a decir que sin restricciones, porque tampoco es que la persona pueda hacer lo que quiera, no me puede pegar, o sea eso no lo puede hacer, entonces no es que yo finja un clima sin restricciones, pero sí un clima sin juicio donde se puedan experimentar cosas.

EA34: Implica también la posibilidad de que sientan y sean muchas cosas, pero también implica unos acuerdos

PP34: Claro! deben haber acuerdos, pero ahora que lo dices creo que eso es importante aclararlo, que es un clima de no solo escuchar pasivamente, sino que es escuchar fundamentado en la curiosidad por la experiencia de la persona

EA35: Ok

PP35: Porque ese relato tiene que ser distinto del que le hecha sus amigos, del que se dice a sí mismo, del que le dice a otros, o sea, tiene que haber una respaldo para eso pero también tiene que haber curiosidad por ir un poco más allá de lo que aflora así a simple vista

EA36: En caso de las personas con depresión, una curiosidad por encontrar un sentido, ¿sí te entiendo así? o...

PP36: Una curiosidad por ver de dónde salió, yo no digo usted está deprimido, no, no uso esas palabras, ni trauma ni nada de esas cosas, pero sí, como ver esto que pasa de donde salió, o sea como darle sentido en la historia y esto que pasa es

como... bueno, esto que pasa hay algo que está pasando aquí y ¿qué más hay? parte de lo que estamos viendo y hablando, y ¿qué más hay? y ¿qué más hay?? y ¿qué más hay?... porque es como cuando... no sé si sea válida la comparación, pero uno todos los días de baña los dientes y lo hace de manera muy automática, y hay dos maneras de hacer eso, lavarse los dientes como todos los días o lavárselos con atención... entonces, yo puedo echar la historia como me la echo todos los días y se la echo a los demás, o, puedo echarla con atención.

EA37: ¿Como conectando con la experiencia?

PP37: Con la experiencia del momento, eso es muy importante. Claro esto tiene conexiones con lo del pasado, con lo que pasa afuera de este espacio, pero es más importante con la experiencia del momento y es ahí cuando uno actúa como un guía y un acompañante que señala cosas que quizás a la persona le puede pasar inadvertidas.

EA38: Vale, ok, eso me lleva a pensar como si tuvieras a un consultante aquí ¿cómo crees que describiría la relación que hay entre ustedes dos? consultante-paciente, paciente-terapeuta, perdón.

PP38: Haber, pienso en mis consultantes... yo creo que la describieron como “ella me entiende”, porque he tenido personas que han sido muy castigadas por sus reacciones, entonces yo creo que lo verían como, esto es un espacio donde a mí me entienden, donde me entienden y a veces me dicen o me ponen hacer cosas horribles, como... de fondo, para eso está quien, algo así...

EA39: Eso te diría esa persona si estuviera acá, y tú ¿cómo describirías la relación que hay entre ustedes?

PP39: Pues eso si tiene sus particularidades dependiendo de la persona, de la dificultad y del momento de la terapia, porque no es lo mismo como cuando está empezando un proceso, que cuando está avanzado, cuando ha terminado o está a punto de terminar, no es lo mismo un hombre a una mujer, no es lo mismo que tenga este problema o este otro... pero en general, yo si la describiría como una relación de mucho respeto, de mucho respeto por... le pondría incluso otra palabra, es una relación de validación, o sea, tu experiencia es lo más importante acá, yo puedo señalar, puedo opinar, puedo decir hipótesis pero el que sabe eres tú, pues es tu experiencia, y es una validación auténtica o eso trato no?, no siempre es posible, eso depende también de la persona, pero es como en lo que trato.

EA40: Mencionaste muchas variables en términos de que habían personas que experimentaban, que eran hombres- mujeres y el curso del proceso terapéutico como tal, en relación a la depresión, ¿varía en algo?

PP40: Ehmm.. no por ser depresión en particular, pero yo pienso que hay que tener mucho cuidado cuando una persona está muy pesimista y muy vulnerable, porque digamos que eso se presta para usos del poder, si?, una opinión, una palabra en un momento de mucho sufrimiento, deprimido u otras cosas, puede hacer mucho daño si? e incluso si se hace con buenas intenciones. Digamos que una persona está sufriendo mucho, está muy triste, uno está ahí para decirle cálmate, tranquilo... eso es un abuso, porque uno en realidad uno no está ahí para calmar, entonces, creo que hay que tener cuidado con eso en esa validación; validar no es darle la razón en todo, sino simplemente estar en disposición de estar en el aquí y en el ahora con lo que esté pasando, sin intentar cambiarlo para calmar mi propia ansiedad.

EA41: Como que te genera.... a uno le genera ansiedad...

PP41: Hm si, como terapeuta entonces dices “cálmate porque no soporto que llores más”, bueno que se yo, pues entonces es al servicio de la persona y no de mis propias necesidades afectivas, entonces hay que tener cuidado con eso, deprimido o no deprimido.

EA42: Supongamos en una persona que tiene depresión, ¿tienes algunos, como pautas, aspectos a tener en cuenta o algunas prevenciones cuando te aproximas a una persona que tiene depresión?

PP42: No en particular por estar deprimido, o sea como que aplicaría lo mismo que con cualquier persona, pero digamos que.... No! o sea lo mismo que he mencionado, libre de juicios, o sea la persona.. probablemente ya le han dicho mucho como: ay no más, ay levántese, ay coma, haga, la vida es bella, no sé qué, entonces mi precaución sería no ser una de esas personas, sino como, o sea yo auténticamente quiero saber que pasa y estar fresco para él, como una presencia particular para que podamos explorar eso sin ... en un espacio contenido, no?, porque sí que la persona experimente emociones y demás, pero en el marco de una relación de sostén, eso es muy importante, porque no todas las expresiones emocionales son buenas, a veces pueden haber emociones violentas que llevan a actos destructivos y eso sucede cuando no hay una relación de sostén con un terapeuta o con cualquiera otra persona.

EA43: Una relación de sostén, eso es algo nuevo que no lo conozco, ¿qué tal si nos comentas un poquito acerca de...?

PP43: Pues con eso me refiero básicamente a que la persona pueda experimentar pero dentro de una ventana de tolerancia si?, cuando la expresión se sale de esos límites que son muy personales, y hay que explorar cuáles son, digamos que puede hacer mucho daño, entonces la idea es conocer con la persona sus propios recursos para autorregularse, de manera tal, que los podamos usar

cuando la cosa se está desbordando dentro de ese marco de tolerancia, y eso es muy productivo, eso es un objetivo fundamental, porque si uno mete el dedo en la llaga de la persona se puede desbordar al punto tal en que se pueda hacer daño, es difícil recuperarlo digamos de ese nivel de desbordamiento o se puede terminar la relación terapéutica, porque es una relación de cuidado y no es como “ah todo va ser perfecto”, pero todo tiene que estar dentro de unos límites que son muy acordados, denunciados, conversados y discutidos en todo momento.

EA44: Ah ok, lo hace, esos acuerdos los haces abiertamente o simplemente ¿como que hay cosas que ya surgen implícitamente?

PP44: No, no, eso siempre se habla, o sea eso si se los digo a las personas, no? como que “la idea es aquí experimentar cosas pero pues dentro de unos límites” y vamos explorando y en todo momento estoy preguntando “estas bien Manola, ¿continuamos? ¿quieres parar?” siempre muy importante que la persona pueda elegir, hmmm... cualquier interacción terapéutica debe empoderar, y es difícil que alguien se empodere si solo le doy una opción, entonces si es muy importante estar conversando como “bueno en este momento tenemos varias opciones: profundizar un poco en esto, parar, dejarlo para después, parar y evitarlo, en fin, y como que implica A,B C o D, pues de la manera más fluida posible no?.

EA45: O sea tu pones un marco general de opciones y la persona decide, y sobre eso mismo se empodera,

PP45: Exactamente, pero si solo parece que hubiera una opción, bueno, hay que tener cierto tacto para eso, porque a veces simplemente hay un algún curso y pues es una buena decisión dejar que continúe en lugar de interrumpirlo para ofrecer otra opción, es como una cuestión también de sensibilidad a lo que está pasando, pero la idea en general siempre es que hayan opciones.... conversadas no?

EA46: Acordadas

PP46: Si de acuerdo

EA47: ¿El consultante también tiene la posibilidad de plantear sus opciones?

PP47: Si, si, además es muy frecuente que la gente diga “pues no sé” o yo misma puedo no saber cuál es la alternativa, pero si, así suceden las cosas ¿no? como, “hagámoslo y yo te aviso” o “no quiero hablar de eso ahora” “no estoy preparada para eso” y está bien.

EA48: ¿Como te ajustas tú a las opciones que presenta tu consultante?

PP48: Bueno eso ya depende de la persona y del caso, porque pues mi papel tampoco es ayudarle a reproducir su patrón, entonces si la persona evita sistemáticamente algo, pues creo que también puedo decirle está bien, no sé, depende del caso, pero .. “fíjate que mientras más evitas eso más hemos visto que ha pasado tal y tal cosa”, en fin, eh... hay opciones intermedias, o “estarías dispuesto a...” eso ya está muy pegado a conceptos muy particulares de las formas de terapia que yo practico, pero en general, pues como un ambiente tranquilo de “no voy hacer todo lo que tú digas y tú tampoco tienes que hacer todo lo que yo diga”, como que tú tienes la experiencia y yo tengo supuestamente cierto saber, pues miremos haber entre esas dos cosas a ver qué pasa, pero no se trata de una discusión conceptual, la persona dice y yo digo Yo, yo, yo, no, porque engancharse en ese tipo de discusión nunca va a llegar a nada y creo que si hay una buena relación nunca se llega a eso

EA49: Si, no, no da pie para que...

PP49:... escale como una discusión puramente racional, que pues es aparte de lo que está sucediendo, u otras cosas que están sucediendo en el momento...

EA50: De acuerdo vale, bueno gracias, eh.. en términos del lenguaje, ¿qué palabras prefieres utilizar, hay algún tipo de palabras que prefieras utilizar con un paciente depresivo?

PP50: No, en general, trato como estrategia de usar las mismas palabras que él usa para describir su propia experiencia, entonces si él dice “estoy deprimido” yo digo “deprimido”, si él dice “vuelto mierda” yo digo “vuelto mierda” si? trato de usar... y si no entiendo bien o creo que no estoy como conectándome, pues pregunto.

EA51: Ok, o sea ¿como que ese lenguaje también es consensuado?

PP51: Si, si, a veces, lo que pasa es que hay palabras que uno asume que como se refiere a lo mismo, cómo estoy triste, está llorando, pues como que uno a veces asume, pero la experiencia es como mucho más.. está más llena de arandelas que de eso, entonces sí, trato de usar sus mismas palabras e incentivarlo a que mire más y más de lo que hace.

EA52: De acuerdo, ¿hay algunas palabras que evites decir?

PP52: Ehmm... los diagnósticos, trauma, ansiedad o trastorno tal, o eso... o si la persona me pregunta le explico como que eso, que el diagnóstico no es tan importante pero que si quiere puede ubicarse dentro de una categoría, nunca le doy un diagnóstico específico, y nunca nadie ha llegado al punto de “escribame en esta hoja el código del CIE”, no, pero si de pronto como “yo creería que lo que te pasa estaría como más en ese conjunto de cosas relacionadas con la ansiedad o depresión, o lo que sea” pero... evito, a no ser que la persona me pregunte, “ ¿será que yo tengo no sé qué?”

EA53: Ok, evitas el diagnóstico

PP53: Evito el diagnóstico, y evito utilizar un lenguaje diagnóstico,

EA54: De acuerdo

PP54: Ah estas anhedónico, apático, abúlico, no... nada que ver

EA55: Jajá de acuerdo, hoy amaneciste como un poco....

PP55: O si es la persona la que lo trae, por ejemplo tengo un paciente que es psiquiatra, entonces pues obviamente tiene toda la jerga no? entonces “no, amanecí un poco abúlico” o bueno no sé cualquier cosa, pues entonces más que quedarnos en la palabra yo digo “bueno haber ¿como es esa abulia hoy?” miremos, cierra los ojos, como, bueno no sé.. menos palabra y más sensación

EA56: Más conexión con la experiencia

EB56: Digamos ¿que es esa la intención que usas, cuando usas ese lenguaje en tu paciente, hacer que la persona entre en contacto con la experiencia?

PP56: Eh, no, porque a veces el lenguaje es una barrera para entrar en contacto con la experiencia del momento

EB57: Entonces digamos ¿cual es la intención que tienes en el momento de usar el mismo lenguaje con que las personas describen su experiencia?

PP57: Validar, no poner un término que sea mejor para mí, o que me oriente más a mí, sino como aceptar que así es como lo ve la persona y no intentar cambiarlo, por lo menos no en el lenguaje, y cuando cambia la experiencia también cambiará el lenguaje, o sea como tratar de no enredarse en las palabras

EA58: Que no sea sólo palabra, sino que sea algo.. palabra articulada con experiencia vivida

PP58: Exactamente, y en la medida en que la persona va siendo más sensible en las fluctuaciones en la experiencia también se desapega más de las palabras

EA59: ¿ Y hace unas palabras distintas?

PP59: Si, eh puede usar de otras palabras, pero sobretodo se vuelve más como una sensibilidad a los cambios de la experiencia y ya no importa tanto como se llame

EA60: Ah ok

PP60: O más o menos, igual siempre habrán palabras por el simple hecho de que podemos hablar pero, a veces uno omite cosas que aluden a la palabra tanto

pacientes como terapeutas, pero creo que la primera en ceder ante esa terquedad debo ser yo, porque o sino, entonces yo como que diría “no, esa no es su experiencia, su experiencia es la que indica esta palabra” eso no... es irrealidad, distancia y desconexión

EA61: Crea barreras

PP61: Exactamente

EA62: Sería repetir lo que hacen otras personas fuera del contexto de la terapia

PP62: puede ser

EA63: si lo miramos así...

PP63: sí, puede ser. Aunque puede haber personas también comprensivas y demás, pero... Pero en General es como afianzar un patrón, e incluso también la forma en la que yo describo el patrón, habló sobre el patrón. Y cuando yo hablo, pues, me cierro posibilidades, o uso las palabras para abrir posibilidades

EA64: Ok,

PP64: Pero eso requiere... No es una cuestión sólo de habilidad verbal, sino que tiene que estar conectado con otra dimensión de sensación, que no es sólo intelectual.

EA65: Ok... Un poco más emocional

PP65: Emocional y de sensación, porque la emoción implica cierto nivel de elaboración verbal. Pero también es importante aprender a atender a la experiencia sin palabras, aunque siempre las palabras se van a atravesar, es importante enfocarse en las sensaciones, a veces, usando palabras e ideas para volver a las sensaciones, y así como poder trabajar en eso

EA66: Acabas de mencionar algunos asuntos en términos de como que, si lo logro entender, es como que las palabras no sean tan rígidas para ti, así como para el consultante o el paciente

PP66: Incluso a veces puede ser un obstáculo

EA67: Ok.

PP67: Ehem... Lo que pasa es que hay muchas formas de terapia, son... Digamos que teóricamente yo creo que se podrían... Bueno, hay autores que dicen que se podrían clasificar en terapias top Down, o sea que se basan mucho en el análisis, el pensamiento, la reflexión, el habla, y usar eso para entender cómo funciona la experiencia corporal. Y hay un grupo de terapias que se son un

poco más Bottom up, o sea de las que arrancan con sensaciones y emociones, y poco a poco les van poniendo nombre y les van dando un sentido muy verbal.

Yo creo que lo ideal es una forma de intervenir en una relación terapéutica que implique como un punto intermedio, no que darse sólo en el mundo de las palabras, en el mundo de la reflexión, la contemplación y demás; y no quedarse sólo en un nivel puramente somático, sino que debe haber una integración.

EA68: OK

PP68: Y ahí es donde me funciona como un punto importante, porque en algún momento todo eso que pasa en un nivel más somático, de sensación y de emoción, tiene que ser elaborado a través de la palabra.

EA69: Como en un punto de equilibrio

PP69: Exacto. Pero no puedo quedarme solo en la elaboración con palabras, si haberme conectado con ese nivel, ni me puedo quedar en ese nivel, sin simbolizar. Porque eso es muy importante en el proceso de sanación, digámoslo así.

EA70: OK

EB70: En tu experiencia ¿Crees que las personas que tienen depresión, están más... eh... ¿En cuanto a las personas que tienen depresión, tu trabajo está más enfocado Bottom up o Down?

PP70: No, en cualquier caso, están paradas en la mitad, lo que pasa es que...

EB71: ¿Que es más frecuente?, ¿que estén en la parte sensitiva o en la parte racional?

PP71: Sí más bien como racionalizando, o que ambas cosas vayan por su lado, pero como que no se encuentren, por ejemplo que la persona esté inundada de un montón de pensamientos y esté inundado en un montón de reacciones fisiológicas que no entiende, entonces cómo encontrar, bueno, cuando pasa esto tiene que ver con esto, encontrar eso, porque pueden estar pasando ambas cosas pero la persona no puede conectarlas, y cuando se integran hay recuperación

EA72: Vamos a pasar más al plano personal, si lo permites, ¿como te ves tú en el espacio de intervención?

PP72: ¿Como me veo en qué sentido?

EA73: Como terapeuta

PP73: O sea soy buena , soy mala, ¿ese tipo de cosas?

EA74: Dentro del contexto clínico

PP74: Bueno, es una pregunta difícil, porque si digo soy tan mala terapeuta o que soy buena terapeuta...

EA75: Más allá del calificar o definir si es bueno o malo, pensaría que es como ¿como es tu papel dentro del proceso terapéutico?

PP75: Yo me veo como una compañía especial, o como que trato hacer una presencia especial, una presencia que no juzga, pero sobre todo para mí lo más importante es que se una presencia auténtica, lo que pasa es que, eso no es que este diciendo que yo soy súper auténtica, no, es mi propio esfuerzo cotidiano

EA76: Cómo que de este si....

PP76: Trato de ser auténtica, de ser genuina, como de verdad ser una opción, porque a veces la gente dice “es que fui a tantos psicólogos”, es difícil decirlo, pero es que he tenido muchas historias de fracasos terapéuticos, no digo que sea culpa de los psicólogos, pero es como tener historias de fracasos terapéuticos con problemas crónicos, eh.. fui aquí, fui allá, busque esto, busque aquello, entonces siempre cuando alguien viene yo pregunto si ha ido a otras terapias, si dice que sí, siempre pregunto qué funcionó y que no funcionó, no para descalificar al terapeuta ni le pregunto el nombre ni nada, sino para no repetir lo mismo.

EA77: Como de corregirte y de trazar una ruta y ¡por aquí no!

PP77: Exacto, no voy a hacer eso, si se puede identificar porque no siempre ¿no?, a veces simplemente dicen “pues sí, yo pensé que ya había terminado” y han pasado como 10 años pues obviamente ya es como empezar otra vez, entonces trato de ser como una opción.

EA78: Ok, me decías que tratas de ser auténtica, eso me lleva a pensar que tal vez es un esfuerzo que sale del contexto de la terapia

PP78: Pues claro, es difícil ser auténtico en terapia y no en el resto de las relaciones. Entonces el intento, pero tengo muchas dificultades con eso, pero intento... como que es eso algo que yo valoro mucho en las interacciones en general, y pues obviamente en terapia eso tiene un valor muy especial.. En todas las relaciones realmente eso tiene un valor muy especial

EA79: O sea que también hay cosas de la vida que llevas al contexto de terapia, o sea, aspectos afuera del consultorio

PP79: Claro, digamos que hay cosas, hay formas de ser más que están presentes afuera y adentro, y hay cosas de ser más que están presentes solo adentro,

porque no es que me la pase haciendo terapia afuera, pero si soy yo afuera y adentro

EA80: ¿Que cosas de afuera permites que entren al consultorio contigo?

PP80: Pues es la autenticidad definitivamente, y yo creo que mi propia experiencia con mi propio sufrimiento, no es que la cuente y la comparta ni nada, porque yo creo que cuando uno ha sufrido si está en una mejor posición de entender que hay alguien otra persona que puede sufrir..

EA81: Como un recurso

PP81: Como un recurso exacto, y sé que a todos no les pasa lo mismo que me paso a mí ni nada de eso, pero no sé, es como cuando alguien tiene gripa y uno también ha tenido gripa, y no sabe que tiene una idea... aunque eso no siempre pasa así, ¿sí? no es como “ah, yo sé que le pasa” ¡no!, no es una especie de permiso para suponer cosas, sino que trato de usarlo como una herramienta de sensibilidad

EA82: Que te permite como conectarte...

PP82: Cómo abrirme al sufrimiento de los demás, así sea de otro tema, otra cosa, etc. Entonces, pues creo que trato de que eso no entre ¿no? como que las dificultades en general que uno enfrenta cuando sufre y como la batalla interna y la cosa, pues, las dificultades para aceptar lo que pase y demás, pues intento que eso sea una herramienta así no tenga que hablar del tema, así la persona le pasa lo mismo que a mí, etc., pero es como una especie de empujoncito para abrirse al sufrimiento de otros

EA83: Y eso en cierto punto implica algunos asuntos emocionales, ¿como los manejas cuando aparecen dentro de ...?

PP83: Yo misma voy a terapia, o sea yo también soy paciente de procesos terapéuticos, no siempre, pero digamos que ha habido como temporadas, pero si yo sí creo que para hacer clínica tiene que tener los pies bien puestos sobre la tierra, eso significa ser muy conscientes de uno, no sé si tener las cosas resueltas, hay cosas que uno se tarda un poquito más en la vida o toda la vida, pero sí ser una persona muy consciente de uno mismo y creo que eso da cercanía y da perspectiva también, y... o sea por temas personales y también porque el trabajo clínico es muy agotador, muy!... entonces creo que eso hay ver un espacio, y no creer que uno puede resolverlo uno solo.

EA84: Hablas de unas estrategias de autocuidado, además de ir a consulta ¿empleas otros tipo de estrategias?

PP84: Si, pues practico Yoga e intento ponerle un límite al número de casos que atiando, me gustaría atender más pero le pongo siempre un límite para no

excederme en mis recursos emocionales, de tiempo, de energía, etc., y trato de dividir muy bien los espacios de trabajo de universidad, terapia y míos.

EA85: De acuerdo, ¿Ha habido tal vez alguna experiencia relacionándolo también con el tema de la depresión, con la que hayas identificado algunos aspectos de tu vida?

PP85: ¿Que se haya conectado con algo mío?

EA86: Aja

PP86: Hm... yo creo que en personas que han tenido problemas crónicos e historias de infancia complicadas, como que me siento un poco más conectada, porque por ejemplo cuando veo un joven que enfrenta cosas que yo no enfrente o que tiene dilemas que yo no he tenido, tengo que hacer un esfuerzo mucho más por entender cómo entender su vida, porque no se conecta tanto con la mía; en otros casos como que no tengo que hacer tantos esfuerzos por conectarme sino al contrario por diferenciar, diferenciarme... son como esfuerzos diferentes.

EB87: Digamos que cuando tienes conexión con personas que han tenido dificultades en su infancia, esas situaciones donde sientes el clic, ¿suscitan emociones en ti?

PP87: Sí claro, yo misma puedo ponerme triste, lo que pasa es que de pronto no pasa en el momento no? Sino que como que habrán cosas que pueden estar dando vueltas y es importante tener alguien con quien elaborar esas cosas para poder diferenciarse, pero creo que en el momento es muy fácil sentir como un deseo de protección muy grande que no necesariamente hay que actuar, porque muchos humanos no están ahí para que los protejan, y de pronto fui yo la que necesito protección, sí, entonces creo que hay que estar muy conscientes de eso, eh, y eso si puede relacionarse con sentimientos de miedo, tristeza, que es importante saber si son míos o si son de la persona, o están como revueltos, porque si estoy acá es al servicio de ellos y no del mío.

EB88: Sin embargo, ¿has tomado la opción de manifestar tu emoción dentro del contexto de intervención? O ¿prefieres mejor tenerla ahí y luego después conversarla con otra persona que te ayude diferenciar sobre lo que es tuyo y lo que es de esa persona?

PP88: Pues depende, o sea digamos que si es una ...pues no me ha pasado hasta el momento que en mi invada una emoción desorganizadora para mí en el momento, como que si necesito un espacio para hablar etc., pero pues creo que no ha pasado algo malo, sesiones malas tenemos todos pero no creo que haya pasado algo malo en términos de por eso, hmm.. pero a veces si puedo compartir, pero sin contar nada de esto, simplemente, no sé.. si la persona cuenta algo que me produce miedo o me hubiera producido miedo o es un miedo que yo creo que yo conozco, pues le puedo decir como no sé “lo que tú

me estás diciendo a mí me produce como miedo”, entonces eso se puede usar para conversar, ¿no? Como que la persona puede decir “pues no, sí, terrible, no sé qué.. no es exactamente es miedo, es esto” pero digamos que hay una rup... o sea eso se puede usar para abrir una puerta pero hay que seguir el camino que ella en ese momento escoja.

EA89: Como si te permitieras llevar parte de ti al espacio de intervención, ¿algo así?

PP89: Sí, aunque eso hay que hacerlo con mucho cuidado, y sobretodo porque pues puede ser un miedo muy mío, puede ser un miedo que cualquier persona sentiría en esa situación, una tristeza muy mía o una tristeza que cualquiera sentiría en esa situación, entonces lo importante es siempre que el centro de la interacción sea la persona y no yo, aunque esos pueden ser recursos para hablar. El curso que toma el asunto debe estar dados por los contenidos y experiencias de la persona y no por mías, y como que llega un momento donde ya no es necesario apartarse, o a veces eso es algo que se hace muy estratégicamente, pero no con temas tan álgidos, por ejemplo tengo una paciente que es vegetariana y yo también soy vegetariana, entonces algún día le dije como “hay a mí me pasaba cuando era vegana al principio” y ella “tu también eres vegetariana” ...no sé, como que se lo dije a propósito para poder hablar de algo, y ella lo tomó bien, y era como un pretexto para hablar de ciertas cosas

EA90: ¿O sea que también es uno de los aspectos que tienes en cuenta para enmarcar una relación terapéutica?

PP90: No para enmarcarla, pero si es un recurso eventual, pero lo veo como un recurso eventual que no puede ser la primera opción, porque o sino incurre en invalidar al otro, estamos hablando de usted no de mí, es más bien una eventualidad más no es la primera opción.

EA91: Bueno hemos explorado varios focos acerca del estilo terapéutico, ¿como lo definirías tú?

PP91: Pues no sé si corresponde tal cual, pero me gusta verlo como un estilo compasivo, compasivo no entendido como lastima, un estilo en el que predomina una invención sincera por estar en contacto con el sufrimiento del otro, incluso si es desagradable.

EA92: ¿Hacia dónde se dirige esa sensación de compasión?

PP92: A no crear más sufrimiento, o sea no... bueno hay que decirlo con cuidado, no se trata de cambiar la experiencia de la persona, porque realmente cuando uno está en una relación compasiva, uno ya no tiene que esforzarse por no ser uno, y eso es un gran alivio, entonces no es que yo sea compasivo para que tú seas diferente sino como que te acompaño sinceramente en tu sufrimiento, y esa compañía sincera es transformadora... Pero no es una intención utilitaria de

“voy a ser compasivo para que cambies”, no, sino que el cambio es como un efecto colateral de haber participado de una relación auténticamente compasiva.

EA93: Como una forma de vida

PP93: Si exacto, desaparece esa batalla de no ser lo que uno es, por querer ser otra cosa por querer que la historia sea diferente o por querer que mis reacciones sean diferentes, y esos cambios ocurren, pero no porque yo me haya puesto a que tengo que ser diferente, sino porque son como naturales en ese marco compasivo

EA94: Lo que entiendo es que buscas generar interacciones auténticas que desde la compasión te permitan acompañar a un otro, y creo que fruto de ese acompañamiento si logra entender bien, en una mejoría entrelazando algo, un cambio.

PP94: Exactamente, pero esos cambios son naturales en esas condiciones, y sobre todo que en cualquier caso son cambios también en la dirección que la persona quiere, o sea no es ese cambio que yo lo conseguí sino como lo hablamos desde el principio, y son cambios a su vez auténticos, no son cambios de vacío como de “si cambio esto, es simplemente es para evitar este sufrimiento”, no son cambios evitativos ni evasivos, sino que son auténticos también para la persona.

EA95: Hemos hablado también de la autenticidad, sin embargo ¿ si me gustaría conocer qué es para ti la autenticidad?

PP95: Bueno esa esta difícil, yo misma estoy tratando de definir qué significa, pero no sé, hasta ahora es más como una idea porque yo misma estoy en esa exploración, pero yo creo que es como dejar de ser como uno cree que es, porque le han dicho, porque no se ha dicho, por su historia o lo que sea, y más bien, ser conforme lo que está pasando en el momento

EA96: Cómo conectarte con el presente...

PP96: Con el presente si, ser con lo que está pasando ahora, y eso implica estar muy atento a lo que está pasando, elegir y no tanto reaccionar e ideas que uno tiene sobre uno, historias sobre uno, sino, dejar de estar tan apegado a eso para poder estar más aquí, y cuando uno está más aquí, lo que sucede es más natural. Bueno es un poco difícil, pero más o menos por ahí va la cosa

EA97: A ok, una concepción muy bonita, es como poner el pasado donde va y el futura donde va, y el presente...

PP97: Y sobre todo que el pasado no me define, y el futuro tampoco y el presente tampoco, si? el presente tampoco me define, no me define un rol, no me

define mi edad, no me define mi aspecto físico, no me defines tú, no soy una definición de más simplemente soy un ser vivo que va actuando momento a momento, en este segundo puedo ser esta cosa y en este segundo puedo ser otra, porque es natural a lo que está sucediendo y no porque haya una idea de por medio o algo así, pero es difícil, ni yo mismo puedo plasmarlo en cosas concretas pero es como mi propia búsqueda.

EA98: ¿ Crees que eso también se relaciona con lo que me mencionabas de esa postura filosófica nominalista?

PP98: De alguna manera sí, yo creo que esa postura da apertura a que una cosa si pueda suceder, pero si esta otra postura quizá puede volverse una limitación a algo que estoy intentando explicar y que no he podido, creo que va por ahí...

EA99: Para terminar creo que la pregunta es ¿en qué consideras que intervenir sobre personas que presentan situaciones en depresión, contribuyan a la construcción de tu estilo terapéutico? A ese poder ser más auténtica... a esa compañía...

PP99: Pues yo creo que en general lo que podríamos llamar a una persona que tiene muestras de patrón de depresión, pues creo que sería.. es que es difícil, en realidad no somos deprimidos todos, pero en general cuando hay una tristeza grande por cosas que han sucedido, así este revuelto con cosas del futuro, me simpatizo mucho con esa batalla con el pasado, entonces creo que eso ayuda a esa intención de ser compasivo, aunque eso no pasa solo con los deprimidos, pasa con todos pero simpatizo mucho con esa batalla con el pasado.

EA100: De acuerdo, o sea algo característico que sin ser único de esa condición pues esta como más presente

PP100: Exacto, como que predomina un poco comparado con otras condiciones

EA101: Muchísimas gracias, lo que haremos ahora es que pasaremos al otro lado y haremos unas anotaciones y te las compartimos al rato.

Momento 2

EB102: No se pues primero de veras me gustaría agradecerte muchísimo, pues porque pudiste colaborar en este espacio. Escuchándote muy atentamente, pues si no estoy mal estabas bajo una postura epistemológica que iba muy en contra de lo nominalista.

PP102: No

EA103: Que es nominalista

EB103: Ah ok, quisiéramos saber con base a la psicología ¿haces parte a alguno modelo de psicoterapia específicamente?

PP103: Si, terapias conductuales de tercera generación.

EB104: Hay hace parte la terapia de aceptación y compromiso, que es la que yo logre aprender de ti, ¿empleas otro tipo de terapia?

PP104: Hm si, la verdad yo utilizo como un paquete, digámoslo así, de terapias conductuales de tercera generación y de terapias somáticas, que no hacen parte de la tradición conductual, pero tampoco son incompatibles con ellas, y también de terapia enfocada en la compasión, no de una terapia conductual, si es una terapia que viene de mucha investigación empírica sobre neurociencia afectiva y sobre la tradición budista de la compasión, entonces ese es como mi paquete.

EB105: Y digamos que dentro de ese paquete que tienes, ¿crees que hay veces utilizas más herramientas de cierto tipo de terapia para intervenir depresión o crees que hay veces haces una... como algo más complejo que utilizas de muchas cosas?

PP105: Pues a cada uno le armo como su paquete dentro de ese gran paquete, pero más porque este deprimido o no, depende como del momento de la terapia si hay más o menos énfasis en ciertas estrategias o en otras.

EA106: Has utilizado asuntos interdisciplinarios, o sea no solamente psicología, pero qué aspectos interdisciplinarios o de otras disciplinas empleas

PP106: Pues como mucho conocimiento de lo biológico, del funcionamiento del sistema nervioso y de la emoción y la sensación, y en general, de cómo se vive todo esto en el cuerpo y también estas terapias tienen en común, todas, una gran influencia de tradiciones espirituales, específicamente el budismo... más del budismo zen en la terapia de aceptación de compromiso y si, más del budismo tibetano en la terapia enfocada en la compasión y también del budismo zen, pero hay también se ve mucho budismo tibetano.

EA107: ¿Eso también se puede relacionar con unas de las prácticas de autocuidado que empleas, como el yoga?

PP107: Totalmente, si, lo que aplica para ellos aplica para mi

EA108: Otra pregunta, habías mencionado que habías estado en una escuela muy cognitiva conductual y luego estuviste en análisis del comportamiento y conductismo de tercera generación, ¿crees que hubo algo en tu vida, experiencia de vida personales o académicas que hayan marcado esa transición o el momento en el cual tú haces el quiebre y dices como “no, ese no es mi camino”?

PP108: Pues yo creo que como de todo un poco, porque primero que todo empecé a conocer a otros profesores y otro profesionales, porque cuando uno está en pregrado uno es como “hay si mi clase, mi profesor y lo que digan” o bueno a mí me pasaba que uno no es que se la pasara conociendo de todo ni era que hubiera de todo en la nacional en ese momento, estamos hablando de hace 20 años, allá solo habían análisis del comportamiento experimental, los que quiera trabajar con ratas, algunos tomamos eso, pero nos fuimos por el lado clínico, entonces cognitivos conductuales o psicoanálisis o psicología evolutiva, entonces como que solo conocía eso y luego conocí más; y además que una cosa es aprender solo cuando uno está estudiando y otra cosa cuando uno empieza a trabajar, y yo empecé a trabajar en un programa de violencia intrafamiliar, y todo eso era como tan insuficiente que no sabía exactamente dónde estaba el problema, pero a la medida como que iba estudiando o iba teniendo más interacciones y demás, como que... a mí nunca me había dejado totalmente satisfecha, entonces... y pues no me gustaba el psicoanálisis, así que toco.. y después yo misma como que empecé a estudiarme más a mí misma, mis problemas y mis cosas, y me di cuenta que no, que por ahí no va ni conmigo ni con nadie

EA109: ¿Has llevado a cabo estas prácticas de Yoga desde que saliste de la carrera o a aparecieron en otro momento de tu vida?

PP109: No aparecieron hace como unos 6 años más o menos, si...

EA110: Vale, y a partir de allí, ¿las llevas a consulta o a partir de otro momento en especial?

PP110: Pues a la consulta no llevo yoga como tal, pero sí algunas cosas de posturas restaurativas, como estrategias de regulación emocional, hay ciertas posturas que son naturalmente activadoras del sistema parasimpático por ejemplo, entonces hay una buena forma de abordar un tema difícil pero en un estado de regulación fisiológica, y son posturas muy sencillas, pero no es que hagamos yoga como tal sino que es como una herramienta de trabajo emocional importante.

EB111: ¿Digamos que esas estrategias has usado también en depresión?

PP111: Sí

EA112: ¿Cómo cuáles?

PP112: Eh, pues depende, por esquematizar un poco, si la cuestión es mucho de hipo-activación “no quiero levantarme, no quiero comer, no quiero nada” entonces hay es técnicas de respiración por ejemplo que son como un tirón del sistema nervioso simpático, entonces activan un poco, pero si la cosa es de demasiado descontrol o de hiperactivación, pues hay técnicas de respiración y posturales que activan el sistema nervioso parasimpático o sea regulan y centran un

poco. Y eso es importante porque eso no se puede lograr con palabras, ni la activación ni la desactivación, entonces es como un recurso de mi propio cuerpo sin hablar tanta carreta, porque es fácil hablar mucho pero a veces eso no tiene el efecto que se necesita en el momento.

EB113: Bueno ya para terminar, estaba pensando junto con EA un poco sobre tu forma de hacer intervención, se me hace para mí que es muy coherente o sea todo un esquema que tiene un sentido y no es algo que se diferencie de PP terapeuta, PP profesora y PP en su vida personal, entonces creo que todo al parecer tiene una coherencia en el sentido que probablemente en ese análisis de tu querer buscar las gafas para ver el mundo has pasado por experiencias que piden que tú seas auténtica y que vivan el momento presente, y creo yo que eso también te ha servido muchísimo para ser una ayuda para otra persona viviendo el presente para ti como también ver a la persona desde el momento presente y no como un conjunto a veces de categorías, problemas, cosas así que hacen que uno se desconecte y uno no pueda ser la ayuda, la compañía, y más que todo, que uno pueda también a empezar a validar no? y empezar a darse a cuenta de quién es esa persona desde lo real, y creo que eso también ha ayudado mucho tus experiencias de vida a comprender lo psicológico también desde ahí, desde lo auténtico, desde lo que estamos viviendo aquí y en el ahora, entonces ves como lo psicológico desde lo contextual desde el momento, y eso creo que para mí es súper chévere que todo que digamos que cuadra de una manera muy articulada y te la logrado funcionar tanto también para ti personalmente, porque creo que eso también ha funcionado para que tú seas también una muy buena terapeuta y también puedas ser una muy buena persona en tu vida. Bueno es mi opinión y mi imagen

PP113: Gracias

EA114: Primero quiero agradecerte por haber venido a este espacio que creo que también entra para ti una posibilidad poner cosas tuyas y compartirlas con los estudiantes, que van más allá del ámbito académico, y digamos que he podido aprender en este espacio que la clínica a veces implica ese encuentro con lo humano desde la autenticidad, que aún no está definido, pero como que implica conectarse con las personas con su presente constantemente pero no como “vaya y conéctese” con su presente? pues eso es absurdo, conectémonos aquí de una vez con el presente y miremos a ver qué nos puede conectar de aquí en adelante y que también surja un espacio para construirse en persona, y en ese sentido, creo que eso es lo que de pronto he percibido en tu estilo terapéutico de no diferenciar tal vez en hay depresión o hay tanta paz, sino hay situaciones hay dilemas humanos, son situaciones que de pronto nos desconectan del aquí y del ahora, el tema de la depresión está muy centrada en el pasado la mayoría, y la ansiedad en términos del futuro, y creo también que es una manera bonita de despatologizar, porque hay mucha gente que centra

mucho en el dx “se nos presenta algo, vamos a ver qué es” y en ese sentido, esa práctica me deja pensando muchas cosas también. Te agradezco mucho.

EB115: Bueno, ¿crees que tengas algún tipo de retroalimentación para nosotros?, ¿cómo te sentiste?

PP115: Bien, chévere, también me puse a pensar varias cosas que no había hablado así tan directamente, porque una cosa es hablar con pacientes, otra cosa con estudiantes y otra cosa es hablar de una, así como organizando ideas, no, lo que si me costó un poco de trabajo es como tratar de relacionar las cosas con depresión, justamente pues no es que.... pues si hay gente triste pero no es una categoría que organiza mi trabajo entonces no siempre podía conectarlo y no sé si a otros terapeutas les pase igual, pero también pensaba como bueno, si no se hablara esto en relación con algo también sería como estilo terapéutico con respecto a que o ¿sí?, entonces, pero, no, creo que eso fue más una dificultad mía pero creo que ustedes lo pudieron manejar bien en el sentido de abrir el espacio a las generalidades y luego tratar de recoger en torno a sus categorías, y tampoco le vi un problema a eso.

EB116: ¿Te diste cuenta de algo nuevo, dentro de las reflexiones que hacíamos?

PP116: Sí, cuando ustedes se fueron me quede pensando como que en realidad yo simpatizo más con pasados difíciles que con futuros difíciles, pues yo ya lo sabía de alguna forma pero como que nunca lo había visto tan claramente, aunque claramente un futuro difícil generalmente está relacionado con un pasado difícil pero en general simpatizo con pasados difíciles y tormentosos.

EA117: Vale, como te sientes en el espacio

PP117: Bien, bien, muy tranquilo muy organizado, muy abierto

EA118: Vale de acuerdo, gracias. ¿Que te llevas de este espacio?

PP118: Hm que en verdad hay más diversidad de formas de hacer terapia que enfoques, porque no se tal vez si esta entrevista se hubiera sido desde hace 17 años hubiera sido muy distinta ¿no?, no estaba como muy enterada en el enfoque y no me considero una persona ecléctica, pero, tampoco quiero que me defina el enfoque, solamente tengo una preferencia por ciertas literaturas, estudios. etc., pero, no creo que me vaya a volver psicoanalista pero yo prefiero verlo más en términos de las categorías que use acá, en enfoque es una herramienta para organizar estas categorías, pero tampoco quiero que eso me defina porque entonces si pasa algo que no encuadra en enfoque se puede perder la riqueza de eso que pasa y no tiene sentido.

