

EMERGENCIA DEL ESTILO TERAPÉUTICO EN INTERVENCIÓN CLÍNICA SOBRE
DEPRESIÓN, UN ANÁLISIS DESDE LA INTERSUBJETIVIDAD

Presentado por

Daniel Alejandro Socha Castelblanco

Jhoan Sebastián Castillo Sánchez

Director

Carlos Alberto Cuevas Ramírez

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Bogotá, 2017

Tabla de Contenido

1. Resumen.....	5
2. Problematicación.....	8
3. Justificación.....	12
4. Objetivos.....	14
4.1. Objetivo General	14
4.2. Objetivos Específicos.....	14
5. Marco Paradigmático y Epistemológico	15
5.1. Pensamiento Complejo.....	15
5.2. Perspectiva Sistémica.....	18
5.3. Epistemología Constructivista y Cibernética.....	20
6. Marco Disciplinar	23
6.1. Estilo terapéutico.....	23
6.2. Intersubjetividad.....	26
6.2.1. Nivel Referencial.	28
6.2.2. Nivel Interreferencial.....	30
6.2.3. Nivel Autorreferencial.....	32
7. Marco Interdisciplinar.....	34
7.1. Identidad Profesional.....	34
7.2. Intersubjetividad	35
8. Marco Legal.....	38
8.1. Ley 1616	38
8.2. Ley 1096 de 2006 República de Colombia.....	39
9. Antecedentes Investigativos.....	40
10. Método.....	51
10.1. Metodología de Investigación Cualitativa de Segundo Orden.....	51
10.2. Estudio de Caso.....	52
10.3. Actores de Investigación.....	53
10.4. Estrategias y Técnicas Investigativas.....	55
10.4.1. Escenarios Conversacionales Reflexivos	55
10.4.2. Observación Participante.....	56
10.4.3. Análisis categorial.....	57
10.5. Instrumentos.....	59

10.6. Procedimiento.....	60
11. Consideraciones Éticas.....	71
12. Resultados.....	73
12.1. Resultados del proceso de obtenidos de los participantes.....	73
12.2. Resultados de segundo orden obtenidos de los investigadores.....	84
13. Discusión	87
14. Conclusiones.....	99
15. Aportes, Limitaciones y Sugerencias.....	102
16. Referencias.....	105
18. Anexos.....	114

Índice de Figuras

Figura 1. Primer Escenario Conversacional focal.....	65
Figura 2. Segundo Escenario Conversacional	65
Figura 3. Tercer Escenario Conversacional.....	65
Figura 4. Convenciones de los diagramas.....	67
Figura 5. Escenario Conversacional A	68
Figura 6. Escenario Conversacional B	68
Figura 7. Escenario Conversacional C	69
Figura 8. Escenario Conversacional D.	69
Figura 9. Diagrama de análisis de la información.....	87
Figura 10. Comprensiones emergentes de la discusión desde las dimensiones de la intersubjetividad.....	98
Figura 11. Comprensiones emergentes de la discusión acerca del estilo terapéutico.....	99

Índice de Tablas

<i>Tabla 1.</i> Tabla de Antecedentes Investigativos.....	40
<i>Tabla 2.</i> Matriz de análisis categorial para dimensión referencial.....	58
<i>Tabla 3.</i> Matriz de análisis categorial para dimensión interreferencial.....	59
<i>Tabla 4.</i> Matriz de análisis categorial para dimensión autorreferencial.....	59
<i>Tabla 5.</i> Escenario conversacional 1: Dimensión Referencial y Estilo Terapéutico.....	61
<i>Tabla 6.</i> Escenario conversacional 2: Dimensión Interreferencial y Estilo Terapéutico.....	62
<i>Tabla 7.</i> Escenario conversacional 3: Dimensión Autorreferencial y Estilo Terapéutico.....	64
<i>Tabla 8.</i> Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión referencial.....	73
<i>Tabla 9.</i> Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión interreferencial.....	76
<i>Tabla 10.</i> Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión Autorreferencial.....	79
<i>Tabla 11.</i> Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión referencial.....	84
<i>Tabla 12.</i> Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión interreferencial.....	84
<i>Tabla 13.</i> Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión autorreferencial.....	85

Índice de Anexos

Anexo 1. Formato de Ficha Bibliográfica.....	114
Anexo 2. Fichas Bibliográficas.....	115
Anexo 3. Formato Consentimiento Informado.....	158
Anexo 4. Perfil del Terapeuta	159
Anexo 5. Transcripción Participante A (PA)	165
Anexo 6. Transcripción Participante B (PB)	197
Anexo 7. Transcripción Participante C (PC).....	236
Anexo 8. Transcripción Participante D (PD).....	276

1. Resumen

El presente estudio surgió del interés de los investigadores por comprender la relación entre los escenarios clínicos, los procesos identitarios de los profesionales y el encuentro de las subjetividades en este tipo de entornos, donde es más prevalente la presencia de alteraciones psicológicas como la depresión (Ministerio de Salud, 2015). Por tal razón, se contó con la participación de cuatro psicoterapeutas con diferentes referentes teóricos y epistemológicos, con el fin de comprender cómo emerge la construcción del estilo terapéutico en psicoterapeutas en contextos de intervención en depresión, en las dimensiones de la intersubjetividad.

Para lograr este objetivo, se procedió con la construcción y exploración de los referentes teóricos del estudio, los cuales se enmarcaron en una perspectiva compleja, constructivista y sistémica, bajo el diseño de una metodología de investigación cualitativa de segundo orden que incluyó herramientas de recolección (Escenarios Conversacionales) y análisis de la información (Análisis Categorical). Luego de realizar los 4 escenarios conversacionales con los profesionales, se recogió y organizó la información en matrices categoriales que dieron cuenta de los contenidos que construyen el contexto interventivo y las formas de hacer terapia de los terapeutas, así como sus formas de relación y posturas personales frente a la intervención de escenarios clínicos con depresión. Luego se construyeron comprensiones acerca del estilo terapéutico en las dimensiones de la intersubjetividad desde sus perspectivas autorreferenciales como psicólogos en formación en el área clínica, bajo el mismo formato de la matriz categorial empleada para los actores.

Los resultados y conclusiones se vieron orientados a comprender el estilo terapéutico como una construcción identitaria que no se conforma únicamente a partir de experiencias de intervención en depresión, sino que este incluye la integración de los diferentes contextos en

los que el terapeuta se relaciona. Por otro lado, desde una comprensión intersubjetiva se logró visibilizar que el acercamiento a este tipo de alteraciones ha representado la oportunidad para que los profesionales reconozcan los aspectos emocionales de los dilemas humanos, así como la importancia del lenguaje común, el uso de la autenticidad y la definición de posturas autorreferenciales frente a este tipo de contextos.

Palabras claves: Intersubjetividad, Estilo Terapéutico, Relación Terapéutica, Autorreferencia y Noción de Información.

Abstract:

This study arose from the researcher's interest in the relationship between clinical setting, the identity processes of the therapist, and the subjectivities meeting in the therapeutic environment, where the depression has highest levels of prevalence (Ministerio de Salud, 2015). To explore these issues, the researchers interviewed four psychotherapists with differing theoretical and epistemological approaches, with the aim of understanding, in the context of the treatment of depression, how does the therapeutic style emerges from the dimensions of intersubjectivity.

To realize this objective within the appropriate complex, constructivist, and systemic framework, the study was realized under a second-order qualitative methodology, which includes a collection tools (semi-structured interviews) and information analysis (category analysis). After conducting four interviews of professional psychologists, the information was organized in category matrices that shed light on the contents of a professional therapist's intervention, such as the nature of the therapeutic relationship and the therapists' personal views on interventions for depression. The researchers subsequently developed an understanding of the therapeutic style of each professional from the dimensions of intersubjectivity, based on the researcher's self-referential processes as psychologists in

formation, along the same lines as the category matrix used to organize the interviews.

The results indicate that the therapeutic style as an identity construction does not include only the professional's treatment of depression, but also integrates other therapeutic contexts. Furthermore, the perspective of intersubjectivity allows us to see that the coming together of these perspectives represents an opportunity so that professionals might recognize the emotional aspects of human problems, and so the importance of a common language, the use of authenticity in the therapeutic environment, and self-referencing postures in the context of a therapeutic intervention for depression.

Keywords: Intersubjectivity, Therapeutic Style, Therapeutic Relationship, Self-Reference and Notion of Information.

2. Problematicación

Entre las prácticas psicoterapéuticas, llevadas a cabo por los investigadores y otros profesionales de la salud mental, se ha identificado que los procesos autorreferenciales han sido empleados como parte de los recursos que permiten medir el impacto de las acciones del terapeuta sobre el contexto en el que actúa. Las diferentes formas de hacer intervención clínica han traído consigo el desarrollo de tratamientos, estrategias e hipótesis respecto a los diversos motivos de consulta. La intervención clínica también invita a reconocer a la persona del terapeuta y la manera en la que se pone a sí mismo en juego al momento de intervenir, aquello que lo caracteriza, es decir, su estilo terapéutico.

La construcción del estilo terapéutico proviene de un proceso complejo de abstracciones particulares que no necesariamente están relacionadas con una funcionalidad cognitiva y se manifiestan en las formas en las que el profesional organiza las acciones que dirigen su forma de intervenir; estas abstracciones se definen “en gran medida por datos suprapersonales asociados a normas culturales, religiosas, ideológicas, éticas, y filosóficas” (Garzón, 2008 p. 162).

De igual modo, las abstracciones del estilo terapéutico provienen de aspectos identitarios, lo que hace que se construya de manera única e irrepetible según la complejidad de los elementos que lo conforman. Algunos estudios han logrado vislumbrar la amplitud de elementos desde los cuales se puede abordar la construcción del estilo terapéutico, entre ellos se encuentra que algunos autores han identificado la influencia de factores como la historia familiar (Giraldo, Ponce, Raigosa y Rodríguez, 2012), aquellos que se relacionan con experiencias formativas (Niño & Rodríguez, 2006; Vilorio, 2012; Martic & Muñoz, 2010) y otros de acuerdo a la variedad de experiencias que hacen parte de la vida del terapeuta (Szmulewicz, 2013).

Ahora bien, el rastreo investigativo y bibliográfico sobre el proceso de construcción del estilo terapéutico permitió obtener una amplia perspectiva acerca de la relación entre elementos como la formación académica y elección del modelo del modelo teórico, historias de vida familiar y aproximaciones a la subjetividad del terapeuta (Martic & Muñoz, 2010; Casari, Albanés & Pia, 2013; Lee, Neimeyer y Rice, 2013; Corbella, Fernández, Saúl, García, Botella & García, 2008; Moya, 2015; Giraldo, Ponce, Raigosa y Rodríguez, 2012; Vilorio, 2012; Moreno, Galván & Alvarez, 2015; Szmulewicz, 2003; Salinas, J & Rodríguez, M, 2011), generando un cuestionamiento acerca de la manera en la que emerge el estilo terapéutico dentro del contexto de intervención, pues entre los documentos consultados no se encontró una relación directa entre las experiencias de intervención clínica sobre un tipo de alteración psicológica en general y la construcción del estilo terapéutico.

En ese sentido, se consideró pertinente investigar acerca de la forma en la que emerge el estilo terapéutico en un tipo de intervención particular, el estudio se centró en la depresión, teniendo en cuenta que se trata de una alteración psicológica de gran relevancia en la actualidad. Para autores como Ezquiaga Terrazas, García López, Díaz de Neira & García Barquero (2011), la depresión mantiene los mayores niveles de prevalencia, esta información también parece coincidir con las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud (2016), que indica que hoy día, aproximadamente 350 millones de personas presentan este tipo de alteraciones alrededor del mundo; no sobra mencionar, que aunque la OMS entiende el fenómeno desde una lógica medica cuestionable, resulta interesante el dato que traen acerca del panorama de la salud mental en el mundo, ya que permiten dimensionar cómo la depresión es un fenómeno de grandes dimensiones en términos de salud mental.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) identifica los trastornos depresivos, los de ansiedad y los de consumo de sustancias como el alcohol, como los más prevalentes, teniendo en cuenta que 4 de cada 10 colombianos afirman

haber sufrido uno de los tres trastornos mencionados anteriormente a lo largo de su vida.

Teniendo en cuenta el impacto de la depresión en la salud mental de las personas, se realizaron aproximaciones acerca de los procesos de meta-observación de un grupo de terapeutas que ejercen el ejercicio clínico frente a este tipo de alteraciones. En un intento por encontrar respuestas acerca del estilo que caracteriza al terapeuta que interviene en depresión, se han encontrado investigaciones (Moya, 2015, Wright & Davis, 1994), que identifican algunas de las cualidades que los consultantes en depresión prefieren de sus terapeutas durante el desarrollo de su intervención clínica. Pese a que el estudio podría ofrecer algunas luces acerca del estilo terapéutico en depresión, no responde de manera clara a los intereses de la presente investigación, pues se ha centrado en la perspectiva de los pacientes acerca de sus terapeutas, no en lo que dicen los terapeutas de sí mismos. Esta es una diferencia fundamental, pues se considera un vacío de conocimiento por resolver.

Otros estudios como los de Casarl, Albanesi, Marinstany & Ison (2016) y Rial, Castañeiras, García, Gómez & Fernández (2006), logran centrarse en el terapeuta, sin embargo, lo hacen en contextos de atención a situaciones asociadas a pautas severas en general (adicciones, demencias, esquizofrenias, psicosis, depresión y demás enfermedades psiquiátricas agudas). Del mismo modo, se identifica un vacío de conocimiento en términos de que las respuestas que arroja el estudio consultado, sobre el estilo terapéutico, no se enmarcan en intervenciones clínicas sobre depresión.

Esta investigación tuvo el interés de desarrollar una comprensión relacional de la emergencia del estilo terapéutico en contextos de intervención asociados a la depresión desde las dimensiones de la intersubjetividad, que permiten centrarse en conocer los procesos de significación de la experiencia (Hernández y Galindo, 2007), con los que el terapeuta construye sus modos de entender el mundo, relacionarse con él e identificarse a sí mismo. El

estilo terapéutico, como parte de la construcción identitaria, no está exento de pasar por este proceso de significación, de modo que surgen dudas sobre la manera en la que el profesional organiza los significados de su experiencia profesional en un contexto de intervención asociado a la depresión en el que se encuentran las subjetividades que conforman el sistema terapéutico.

A partir de lo anterior, surgió la pregunta problema: ¿Cómo emerge el proceso de construcción del estilo terapéutico en psicoterapeutas en contextos de intervención clínica asociados a la depresión, en las dimensiones de la intersubjetividad? Así mismo, surgieron otras preguntas frente al planteamiento de esta cuestión: ¿Qué caracteriza la comunicación entre un terapeuta y su consultante en contextos de intervención en depresión? ¿Cuáles son los referentes teóricos y no teóricos que participan en la intervención en depresión? ¿Qué tipo de ejercicios autorreferenciales desarrolla un terapeuta cuando se encuentra dentro de un contexto de intervención en depresión?

Es preciso mencionar, que este trabajo está adscrito a la línea medular Fray Bartolomé de las Casas de la Unidad de Investigación de la Universidad Santo Tomás, dado que comparte el interés por abordar temáticas relacionadas con identidades culturales y justicia social, partiendo de que el abordaje de la construcción del estilo terapéutico hace parte de los aspectos identitarios de los profesionales en cuestión, en este caso, psicólogos clínicos. El presente estudio se encuentra asociado a la línea de investigación *Psicología, Contextos Cotidianos y Transformaciones Sociales*, teniendo en cuenta que se propone el desarrollo de comprensiones complejas en la cotidianidad en la que se encuentran las subjetividades en interacción, como los de intervención clínica en depresión. Ahora bien, también se considera que el desarrollo de comprensiones como las que plantea el estudio, permiten asumir de una manera crítica el desempeño de los terapeutas en contexto de intervención clínica con miras a transformaciones en el desenvolvimiento del ejercicio profesional de la psicología.

3. Justificación

Conocer lo que pasa dentro de los contextos de intervención en depresión puede llegar a ser un asunto de gran importancia en la medida en la que esta alteración es una de las que más aquejan a gran cantidad de personas alrededor del mundo. Incluso en Colombia es la segunda con mayor prevalencia según las estadísticas presentadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Mentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Lo anterior justifica la necesidad de generar conocimientos en torno a las intervenciones de la depresión, pero más allá, es también una invitación a construir referentes comprensivos acerca de las maneras en las que los psicoterapeutas clínicos se hacen partícipes de estos contextos de atención.

Ahora bien, el estudio representa una posibilidad para que los terapeutas puedan observar la manera en la que se involucran dentro del escenario clínico en depresión, a través de ejercicios de autorreflexión.

Es importante tener presente que las acciones del terapeuta hacen parte de un contexto ecológico complejo, en el que las interacciones de los actores involucrados representan las maneras en las que se configuran los sistemas (Morin, 2006 p. 47), ahora bien, una de las maneras de hacer conciencia de las acciones del profesional sobre el contexto, es el desarrollo de los ejercicios autorreferenciales (Garzón, 2008). Por esto, el estudio representó una posibilidad para que los terapeutas puedan observar la manera en la que se involucran dentro de los contextos de intervención sobre depresión, a través de un ejercicio de autorreflexión sobre la manera en la que desarrollan su práctica profesional.

Para los investigadores, el desarrollo de este estudio representó una posibilidad de complementar sus procesos de formación como futuros profesionales de las ciencias de la salud, co-construyendo referentes para la intervención de la depresión, así como aprendizajes de elementos técnicos y estratégicos para el desempeño en escenarios clínicos, comprensiones

en torno a la depresión, y el desarrollo de ejercicios autorreferenciales acerca de la práctica profesional que realizaron durante el periodo en que se hizo la investigación. De igual manera, el ejercicio permitió la adquisición de herramientas a nivel investigativo, a través del desarrollo práctico de estrategias y herramientas metodológicas guiadas hacia la construcción del conocimiento científico.

En términos de los aportes a la disciplina, este estudio permitió ampliar aquellas comprensiones psicológicas en torno a un aspecto de la identidad de los terapeutas, como lo es el estilo terapéutico, articulando de manera compleja la multiplicidad de relaciones de este aspecto a través de las dimensiones de la intersubjetividad, dentro de un contexto particular como la depresión. El análisis desde las dimensiones de la intersubjetividad representó la posibilidad de integrar los marcos comprensivos de un profesional, la relación terapéutica que establece, los elementos identitarios, la percepción de un estilo de hacer terapia y los motivos de consulta asociados a la depresión.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General.

Comprender cómo emerge la construcción del estilo terapéutico de psicoterapeutas en contextos de intervención clínica asociados a la depresión, en las dimensiones de la intersubjetividad.

4.2. Objetivos Específicos.

A continuación, se presentan los objetivos específicos del estudio:

- Reconocer los elementos de la dimensión referencial que participan en la construcción del estilo terapéutico.
- Comprender los aspectos de la relación terapéutica en la dimensión interreferencial, que emergen en la construcción del estilo terapéutico.
- Identificar los elementos del ejercicio autorreferencial que hacen parte de la construcción del estilo terapéutico.

Es importante aclarar que los objetivos expuestos se enmarcaron dentro del contexto de las experiencias de intervención clínica asociadas a la depresión, y abordan cada una de las dimensiones de la intersubjetividad.

5. Marco Paradigmático y Epistemológico

5.1. Pensamiento Complejo.

El pensamiento complejo es una propuesta científica del siglo XX y comienzos del XXI, fundamentada como una contrapropuesta para aquellas tradiciones clásicas de la investigación científica del siglo XIX, que se han caracterizado por entender la realidad desde una perspectiva reduccionista y simplista de los fenómenos de la naturaleza (Caro, 2002). Desde las diferentes construcciones teóricas, como la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy (1976), la teoría de las estructuras disipativas (Prigogine, 1997) y la teoría de los sistemas vivientes de Maturana y Varela (1972), entre otros, se han definido algunos principios para entender los fenómenos naturales como algo más que la suma de las partes que lo componen, brindando a los eventos naturales un sentido de totalidad y de autorganización, que varían dependiendo de las condiciones contextuales sobre las cuales estos eventos emergen (Tarride, 1995).

El presente estudio se orientó por los postulados paradigmáticos de la complejidad, a partir de los cuales se construyeron los marcos comprensivos para el desarrollo de esta investigación. Para empezar, fue pertinente tener presente que los fenómenos de la naturaleza están organizados en unidades que se correlacionan de manera incierta y aleatoria, por lo que la acción de conocer el mundo implica también identificar la interacción entre estas partes que conforman el todo de la experiencia. Del mismo modo, los eventos de la naturaleza se ven implicados en un juego de relaciones entre los elementos que los constituyen, por lo que se comprende el mundo como un entretejido relacionado complejo, el cual otorga a cada una de las partes que lo conforman un sentido de individualidad y totalidad (Caro, 2002). En ese sentido, se comprendió que la construcción del estilo terapéutico es una experiencia individual compleja que involucra diferentes elementos personales y culturales, los cuales se

organizan de una manera particular, a través de la conformación de un “espíritu” personal que se retroalimenta constantemente de la interacción de experiencias clínicas y no clínicas dependiendo de los contextos en los que se encuentre inmerso el profesional.

Continuando con las premisas planteadas desde este paradigma, Morín (1997) establece que los eventos de la naturaleza junto con los seres humanos, se encuentran inmersos en dos tendencias del universo: el caos y el orden. El caos, desde la complejidad, no es la falta de un orden, sino una inestabilidad dinámica de las circunstancias del mundo, las cuales trascienden de la capacidad humana de controlarlo, como por ejemplo, el desgaste natural que el tiempo ejerce sobre las cosas y la variabilidad de los cambios en el ambiente. Por otro lado, el orden es concebido como una organización temporal que promueve un estado y posibilita la generación de uno nuevo.

Ahora bien, entre el caos y el orden, emergen procesos autoorganizados en los que se observa la capacidad que tiene una entidad para distribuir los diferentes elementos que lo conforman, esto fue definido por Morín como bucle tetralógico. “Para que haya organización es preciso que haya interacciones: para que haya interacciones es preciso que haya encuentros, para que haya encuentros, es preciso que haya desorden” (Morin, 1997, p. 69).

Con base en lo anterior, el autor indica que cuando las personas son conscientes de esta naturaleza desde los ejercicios auto-referenciales, se empiezan a reconocer como sujetos auto-organizados de maneras particulares y aleatorias. En ese sentido, el reconocimiento del estilo terapéutico, se puede entender como una de las formas en las que el profesional visibiliza y conecta diferentes elementos que organizan sus experiencias de intervención, y la manera en la que se han estructurado en el tránsito por sus intervenciones clínicas en contextos asociados a la depresión.

La complejidad también permite reconocer que los seres humanos son entidades eco-

dependientes, asumiendo que las personas mantienen relaciones con el entorno energética, material, organizacional y existencialmente. Así mismo, la noción de esta eco-dependencia es posible desde el desarrollo complejo del ser humano, ya que la reflexión sobre la ecología de la existencia emerge en el estudio de la adquisición de las habilidades cognitivas, pues estas crecen a través de la interacción con otras personas y/o experiencias, reconociendo de tal modo la tendencia de la hipercomplejidad, planteada por Morín (1997). En ese orden de ideas se asume que el estilo terapéutico incrementa sus niveles de complejidad en la medida en la que los profesionales adquieren mayor información acerca de las relaciones eco-dependientes con sus contextos de intervención.

Con base en el principio hologramático de la complejidad, que indica que “el todo está inscrito en las partes, como una especie de reflejo” (Paiva, 2004, p. 11), es importante considerar que el estilo terapéutico es un todo que emerge en variedad de contextos de intervención clínica, sin importar si son o no de depresión. En ese sentido, el abordaje de una *parte* de ese *todo*, es decir de las experiencias de intervención sobre depresión, permite comprender algunos elementos del estilo terapéutico a nivel general, así como la información obtenida acerca del estilo terapéutico en general, también permite comprender cómo emerge la construcción de este aspecto identitario en intervenciones sobre depresión.

En términos de la emergencia del estilo terapéutico, se visibiliza la aplicación otro de los principios de la complejidad: el de la recursividad; en el que se entiende que “la causa actúa sobre el efecto, y el efecto sobre la causa” (Morín, 1999 en Paiva, 2004 p.11) incluyendo la naturaleza de las retroacciones presentes en los diferentes fenómenos de la naturaleza. Con base en lo anterior se asume que la emergencia del estilo terapéutico hace parte de la conformación del contexto terapéutico, al mismo tiempo que éste se ve moldeado por lo que sucede durante de la intervención.

5.2. Perspectiva Sistémica.

Una de las propuestas que ha contribuido a la complejización y sistematización de aquellos elementos que componen la naturaleza, ha sido la Teoría General de los Sistemas propuesta por Von Bertalanffy. Esta perspectiva paradigmática visualiza la naturaleza como una unidad integrada y holísticamente compuesta, cuya esencia de las cosas radica en las relaciones y en los conjuntos de interacciones que emergen de estas. Ahora bien, parte de los aportes que ha traído la teoría general de los sistemas a las ciencias, ha sido la conectividad entre diferentes disciplinas para la intervención de una misma realidad, posibilitando de ese modo, la comunicación entre estructuras de conocimiento que antes se veían fragmentadas y aisladas entre ellas (Arnold y Osorio, 1998).

Para Bertalanffy (1968), existen dos tipos de organizaciones que se construyen simultáneamente e interactúan constantemente con los seres humanos, los sistemas reales y los sistemas conceptuales. Los sistemas reales son aquellos eventos de la naturaleza que se organizan de manera armónica y conforman el universo, dichas organizaciones son las cosas del mundo circundante como el cuerpo, las células, la energía y hasta las estrellas; por otro lado, se identifican también unos sistemas conceptuales, los cuales dotan de un significado las experiencias y de manera consecuente organizan el pensamiento humano. Lo anterior da una perspectiva sobre el contexto de intervención como un sistema real organizado y el estilo terapéutico como un sistema conceptual que reúne diferentes tipos de información y se estructuran bajo sistema identitario más amplio.

La teoría general de los sistemas indica que las estructuras que organizan el universo, se concentran en una relación entre el todo con sus partes. Es también, un sistema totalizante que llega a ser definido por el punto de vista del observador. Y finalmente, son estructuras que están en constante relación con el ambiente por medio de entradas y salidas de

información, las cuales promueven el mantenimiento del sistema. Frente a lo anteriormente propuesto, Maturana (1987) explica esto diciendo que “el vivir de un sistema viviente es un proceso de interacciones recursivas entre el sistema viviente y el medio que cursa como un fluir de cambios estructurales congruentes y recíprocos” (p 324).

A partir de esto se reconoce que el componente del sí mismo puede estar conformado por la incorporación de diferentes vivencias del terapeuta, como lo son los escenarios de intervención, los cuales posibilitan los procesos de autoorganización de aquellos elementos que hacen parte del estilo terapéutico. En segundo lugar, se comprende al terapeuta como un observador que posee la facultad para organizar y relacionar diferentes tipos de información provenientes de los contextos clínicos. Y por último, se resaltan los intercambios de información como aquellos procesos que permiten la construcción del sistema terapéutico, así como del sistema individual del profesional.

Por último, esta propuesta comprende la realidad y el conocimiento de ella desde la interacción entre el observador y lo observado, por lo que el contacto con la realidad implica una relación con unas condiciones biológicas, culturales y lingüísticas. Con lo anterior no se deja de lado la experiencia física, sino que se construye una perspectiva sistémica de la realidad y en los modos con los cuales se llega a conocerla (Arnold y Osorio, 1998). Es por lo anterior, que el estudio acerca de la emergencia del estilo terapéutico implicó tener en cuenta las experiencias de formación e intervención de los profesionales, aspectos sociodemográficos y claridades sobre aquellos conceptos psicológicos que se emplean para el desarrollo de la práctica clínica; de igual modo, para los investigadores, dichas premisas permitieron incluir las perspectivas personales acerca del cómo se está indagando y/o construyendo el conocimiento sobre el estilo terapéutico.

5.3. Epistemología Constructivista y Cibernética.

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta los postulados de la cibernética de segundo orden y el constructivismo. En ese sentido, las comprensiones que arrojó este estudio no pretenden dar una explicación “objetiva” acerca de la construcción del estilo terapéutico. Lo que se buscó fue generar un conocimiento a partir de una experiencia subjetiva. En ese sentido, epistemológicamente, este estudio podría situarse sobre los paradigmas emergentes tras la revolución científica de Thomas Kuhn.

Entendiendo que el conocimiento se genera a partir de las experiencias del sujeto (von Glasersfeld, 1996 p. 25), se puede afirmar que las concepciones acerca del estilo terapéutico que hacen los terapeutas, recogen los sentidos y las particularidades construidas en las experiencias en el contexto. Para construir los modelos acerca de la realidad, los seres humanos se valen de las distinciones y puntuaciones sobre la información que les ofrece el medio en el que se encuentran, a partir de ello, organizan sus experiencias; “pueden engendrarse infinitos universos posibles” (Keeney, 1994 p. 33), lo que da lugar a una diversidad infinita de posibilidades desde las que los terapeutas asumen la construcción de su estilo terapéutico, dependiendo de los órdenes de recursión con los que se organice la información adquirida.

Estas distinciones y puntuaciones, se dan en el marco de una realidad que se entiende en dos órdenes distintos según Watzlawick (2003), quien propone estas dos maneras de entender la realidad. Por un lado, la realidad de primer orden, es decir, aquella que está conformada por los objetos que componen el mundo y pueden ser percibidos por los sentidos. Y por otro, la realidad de segundo orden, que emerge de los significados que se le atribuyen a esta realidad de orden primero y configuran la visión del mundo del sujeto observante. Maturana (1996) afirma que “la existencia es constituida por lo que el observador hace, y el

observador trae a la mano los objetos que distingue con sus operaciones de distinción en tanto distinciones de distinciones en el lenguaje” (p.59).

En ese sentido, se considera que la manera de conocer las formas en las que emerge el estilo terapéutico en contextos clínicos de intervención asociados con la depresión, centra su atención en el lenguaje de los participantes como un medio para dar respuesta a la pregunta de investigación, pues “No tenemos fuera de él manera alguna de referirnos a nosotros mismos, o a cualquier otra cosa” (Maturana, 1996 p. 78). Siendo las cosas de este modo, es el lenguaje el mejor camino para conocer la identidad del terapeuta y el contexto de las relaciones en las que se ve inmerso.

Otro de los aportes que organizaron la postura epistemológica de este estudio, provienen de la cibernética. En términos de la cibernética de primer orden, la noción de retroalimentación, permitió entender que los sistemas se retroalimentan a sí mismos en el ambiente para mantener procesos homeostáticos (Keeney, 1994 p. 80), algo que también se mantiene en el caso de las interacciones humanas, posibilitando la emergencia de comprensiones desde una perspectiva circular. Por otro lado, la cibernética de segundo orden, que fija su atención en los sistemas observantes (von Forster, 2009), permitió comprender que las puntuaciones y distinciones realizadas por los observadores en su contexto, remiten a un proceso autorreferencial.

En relación con este estudio, las cibernéticas (simple y de segundo orden) posibilitaron comprender la emergencia del estilo terapéutico como un proceso recursivo que se hace dinámico en la medida en la que se ajusta al entorno en el que se encuentra, a través de intercambios retroactivos de información positiva y negativa que generan cambios a lo largo del tiempo. Es posible que estos procesos de ajuste emerjan de las retroalimentaciones obtenidas en cada una de las experiencias de los terapeutas a lo largo de su vida en relación

con la construcción e implementación de modelos de psicoterapia, en este caso, para alteraciones psicológicas como la depresión. De igual modo, la noción de segundo orden permitió dar cuenta de una experiencia subjetiva, en la que los procesos autorreferenciales aportan a la construcción de su estilo terapéutico, como actores en constante relación con otros y con ellos mismos.

6. Marco Disciplinar

6.1. Estilo terapéutico.

Dentro del contexto de la terapia, es evidente reconocer la figura del terapeuta como una persona que tiene conocimientos teóricos sobre los dilemas humanos desde la disciplina de la psicología, y como un sujeto que de manera espontánea recibe una demanda de ayuda y la acoge con fines de intervención desde sus propios recursos. De acuerdo a Marcelo Ceberio y Juan Luis Linares (2006), la manifestación del terapeuta en su contexto de intervención se le denomina Estilo terapéutico, el cual se define como un proceso de instrumentación que hace un profesional de su modelo de psicoterapia, asumiendo que “Nunca un modelo será aplicado de la misma manera y siempre sufrirá las variaciones (...) que le impone quién lo aplica. Esto es lo que le confiere al modelo una identidad particular, otorgada por el terapeuta con su sesgo individual” (p. 53).

Para lograr la conformación del estilo de hacer terapia, es necesario reconocer cómo el profesional conoce lo que conoce, es decir, de su epistemología, entendida como un modelo de conocimiento a través del cual esta persona se acerca, piensa y llega a decisiones que determinan su conducta (Bateson 1972 en Ceberio & Linares 2006, p. 50), considerando la epistemología como un supranivel del modelo de la terapia que pauta algunos principios con los cuales el terapeuta definirá la realidad. De igual modo, estos autores también plantean que “Una persona puede no tener registro de su modelo de conocimiento, es decir, no ser consciente de cómo conoce o de cómo construye el mundo, pero de ninguna manera no poseer una epistemología” (p. 50). Por lo anterior, en el caso de un terapeuta, éste puede no tener clara la manera en la que construye su identidad y cómo ésta permea el contexto terapéutico, pero no puede dejar de tener una manera de conocer el mundo y construir su identidad.

Como parte de la definición de la categoría de estilo terapéutico, se entendió que este se conforma en primer lugar por los modelos de psicoterapia, los cuales son construcciones teóricas que conciben los dilemas humanos desde una perspectiva particular y, de igual forma, se dan bajo procesos dialógicos internos y externos que organizan el mundo del profesional, partiendo de las interfaces de comunicación que mantiene como individuo dentro de su medio (Ceberio y Linares, 2010 p. 50).

Ahora bien, un modelo de psicoterapia requiere de conceptos, estrategias, tácticas y técnicas. Los conceptos, son aquellos soportes teóricos acerca del diseño desde el cual se entiende lo psicoterapéutico (Ceberio & Linares, 2006 p. 53), estos soportes incluyen construcciones comprensivas acerca del problema a intervenir, ofreciendo un respaldo para la elaboración de hipótesis que sustentan la praxis del profesional; surgen en el marco de una metodología que les otorgan un carácter de validez científica. Sin embargo, aportes como los de Estupiñán (2005), parecen indicar que el saber científico es sólo una parte del conocimiento que ordena el modelo de psicoterapia, siendo el saber sapiencial parte de la información de la cual se vale el terapeuta al momento de desarrollar comprensiones acerca de lo terapéutico.

Las estrategias se refieren a ese conjunto de pautas que permitirán desarrollar las acciones necesarias para dar lugar al trabajo psicoterapéutico, como una serie de lineamientos para la intervención. Por su parte, las tácticas y técnicas, son maniobras que permiten que la estrategia se haga efectiva. Se diferencian en la medida en la que las tácticas son más espontáneas que las técnicas, pues estas últimas se implementan de una manera que requiere de una estructura previamente definida (Ceberio & Linares, 2006 p. 53).

Como un segundo elemento que conforma la construcción del estilo de hacer terapia y entendiendo que el estilo terapéutico es la instrumentación de un modelo de intervención

clínica, se considera que los profesionales perciben y significan los conocimientos teóricos de manera individual desde sus propios elementos cognitivos, emocionales y pragmáticos, siendo de esta forma relevante las experiencias de desarrollar intervenciones en depresión, ya que son las experiencias las que le otorgan un sentido de realidad y de singularidad al estilo terapéutico y permiten la consolidación y configuración de los elementos que componen el modelo de intervención del terapeuta.

Lo anterior permite entender que cada modelo de psicoterapia se verá atravesado por la identidad de quien lo implementa; en ese sentido, se podría afirmar que el estilo terapéutico también podría referirse a una manifestación de la identidad del profesional, en este caso en contextos de intervención clínica. Cabe mencionar que bajo esta perspectiva se comprende la identidad como “el producto de la decantación de la experiencia donde el ser permanece constante” (Linares, 1996 p. 26), por lo que, en ese sentido, la identidad del terapeuta adquiere un carácter dinámico acorde a la riqueza de las experiencias que tiene dentro y fuera del consultorio y, por otro lado, tiene la capacidad de ajuste acorde al contexto donde el terapeuta se desenvuelve.

Este proceso de construcción identitaria, implica una experiencia subjetiva de la visión personal del mundo que posee el terapeuta, “visión definida en gran medida por datos supra personales asociados a normas culturales, religiosas, ideológicas, éticas y filosóficas” (Garzón, 2008 p. 162). Sin embargo, a pesar de que se trata de una experiencia entendida como subjetiva, el componente de la intersubjetividad aparece en la medida en que, para posibilitar la emergencia de estos datos supra personales, es necesaria una experiencia relacional del sujeto con su medio.

La elección de un modelo de psicoterapia, no sólo depende de los referentes académicos que se empleen durante la intervención, “sino también de la interacción con la

experiencia ‘única e irrepetible’ que implica el contacto con ese paciente, no produciéndose el mismo fenómeno con otro, a pesar de la similitud del caso” (Ceberio, Moreno y Des Champs, 2016 p. 60) lo que indica que la construcción del estilo terapéutico es un proceso relacional que también involucra a la persona del paciente, cliente o consultante.

Finalmente, para la visibilización del estilo terapéutico de los profesionales participantes, fue necesario desarrollar ejercicios auto reflexivos sobre su práctica clínica ya que

El campo de la autorreferencia remite a las confluencias entre el terapeuta y los consultantes, a los procesos dialógico-reflexivos como manera de construir sus realidades y a las intersecciones que los constituyen desde la configuración del mundo personal, tales elementos ligados a la individualidad (Garzón, 2008 p. 163)

6.2. Intersubjetividad.

El término de la intersubjetividad ha sido concebido y desarrollado por las ciencias sociales como un elemento clave para el estudio de la acción social desde la disciplina de la sociología y el paradigma hermenéutico, como una alternativa a las corrientes científicas positivistas de las ciencias humanas del siglo XIX (Rizo, 2007). Es así como la intersubjetividad desde esta perspectiva, se entiende como un mecanismo que construye la realidad por medio de la significación, el cual, toma propiedad en la vida de los seres humanos desde la interacción entre los fenómenos de la naturaleza y las interpretaciones que realizan las personas de estas experiencias.

A partir de lo anterior, el autor define la intersubjetividad desde lo propuesto por Berger y Luckman (1993, citado en Rizo 2007) en el marco de la sociología fenomenológica, como un encuentro entre conciencias de diferentes personas, las cuales posibilitan la construcción del mundo desde su propia perspectiva; por lo que desde la fenomenología sociológica, estas interacciones van estableciendo relaciones dialécticas entre el yo, nosotros

y ellos, en distintos tiempos y en diferentes lugares, reconociendo de manera consecuente un yo distinto al otro y la relación entre experiencias pasadas que se relacionan con las del momento presente. En ese orden de ideas, para la investigación, la intersubjetividad se entiende como un mecanismo de comunicación que explica la construcción del mundo de las personas en relación con otros que se encuentran bajo un contexto social, comprendiendo de ese modo la emergencia y estructuración de elementos identitarios a través de los procesos de relación entre subjetividades dentro de contextos clínicos y no clínicos.

El término de la intersubjetividad ha sido adoptado por la psicología en algunas propuestas teóricas sobre la mente desde un enfoque del desarrollo, como explicación psicológica a la capacidad de las personas para entender y compartir elementos internos de la psique humana (Stern 1985, citado por Beebe, Sorter, Rustin y Knoblauch 2003). A partir de lo anterior, Trevarthen (1998, en Beebe et. al. 2003), uno de los primeros investigadores de este concepto, definió la intersubjetividad como la capacidad que tienen los seres humanos para “reconocer los impulsos de otro de forma intuitiva, con elaboraciones cognitivas y/o simbólicas o sin ellas” (p. 17). Siendo, por tanto, un término que entiende la interacción como base fundamental para la creación de la realidad a través de la comunicación.

Ahora bien, para la investigación una comprensión más cercana a la intersubjetividad es la que refiere Gallego (2006), como la forma en la que “las subjetividades de las personas se relacionan y se comprenden recíprocamente para conformar el mundo presente, en el cual hablan, se escuchan y llegan a acuerdos o consensos” (p. 94). Esto permite comprender la emergencia del estilo terapéutico como un proceso relacional que se da en el encuentro de las subjetividades del contexto de intervención clínica.

Esto permite entender la dinámica de la intersubjetividad desde hechos concretos como la expresión y comprensión de emociones, deseos, intenciones y representaciones

personales, cuyas formas de relación pre-existen a un sistema de signos y/o lenguaje verbal estructurado. No obstante, Trevarthen (1998, en Beebe et. al 2003) le da un papel significativo al lenguaje, indicando que la intersubjetividad implica la asociación de medios de la comunicación como los signos, los símbolos y las representaciones, pues según Vizer (2003), este es el medio a través del cual las personas experimentan e interpretan los diferentes fenómenos del mundo.

La posibilidad de estudiar la emergencia del estilo terapéutico desde la perspectiva de la intersubjetividad permitió desarrollar comprensiones acerca de la manera en la que el terapeuta significa uno de sus aspectos identitarios, a partir de las relaciones que construye con otros y los procesos comunicacionales en los que se encuentran las subjetividades de los participantes del contexto de intervención clínica.

En ese sentido, se adopta la propuesta de Eduardo Vizer (2003), un sociólogo que aborda la comunicación como un fenómeno que construye las realidades cotidianas y, por ende, el sentido individual del sujeto en la sociedad. Este autor, plantea un modelo comunicacional para comprender la realidad a través de tres dimensiones en las que se estructura la intersubjetividad humana: referencial, interreferencial y autorreferencial. Estas dimensiones permiten el establecimiento de las relaciones de las personas con el mundo, con otros y consigo mismas. Es por eso, que estas dimensiones de la intersubjetividad resultan ser útiles para el estudio de la construcción del estilo terapéutico, ya que permiten realizar un abordaje complejo de las maneras en las que emerge la construcción del estilo del terapeuta en el contexto clínico.

6.2.1. Nivel Referencial.

Para comprender la manera en la que las subjetividades intercambian sus estados internos, es necesario hacer un foco de observación sobre los operadores que permiten la

construcción de la realidad, es decir, sobre los contenidos de la comunicación que se comparten en la relación a través de sistemas de símbolos. En ese orden de ideas, Vizer (2009) refiere que la dimensión referencial es aquel dispositivo que construye las representaciones objetales de forma discursiva y consciente, el cual generalmente viene a ser expresado por medio del lenguaje.

Las nociones acerca de la dimensión referencial se enriquecen a partir de los aportes de otros autores como Watzlawick, Beavin & Jackson (1993), quienes también han hablado del contenido en los procesos de comunicación humana, donde se entiende que “El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable” (p. 52). Esto coincide con los planteamientos de Vizer (2009), quien indica que “La noción de información es la que se asocia de modo más directo con la dimensión referencial” (p. 15), de lo que se puede concluir que la dimensión referencial se entiende a partir de la información con la que se construye el contexto de las relaciones intersubjetivas.

Las nociones de información se conforman por datos, signos y valores organizados por medio de la lingüística y la técnica (Vizer, 2009), lo que enmarca una relación entre los contenidos que se comunican y el contexto en los que son compartidos, entendiendo los elementos comunicables de los terapeutas como aspectos co-organizados de acuerdo con las particularidades que conforman la realidad de las personas.

Para el estudio, se comprende la dimensión referencial como aquellas nociones de información que participan en las experiencias de intervención asociadas a la depresión y que simultáneamente construyen la subjetividad del profesional en la medida de cómo se va comprendiendo y significando los mensajes compartidos en la terapia, “todos los conocimientos encontrados en el sistema clínico derivan de la comunicación entre el personal

clínico y las personas que buscan ayuda” (Ludewig, 2008. p. 158)

Ludewig (2008) brinda un acercamiento a las nociones de información que participan en la relación terapeuta y consultante, encontrando que estos pueden estar constituidos por: categorías nosológicas, construcciones teóricas y captación de procesos con vistas a la planificación de la terapia. Este aporte visibiliza la dimensión referencial a partir de algunos elementos teóricos como el concepto de la depresión, comprensiones acerca del contexto interventivo y referentes epistemológicos empleados en el abordaje de esta alteración.

Ahora bien, la categoría referencia se amplía en la medida en que se tiene en cuenta la participación de los profesionales en contextos no clínicos, como los académicos, ya que estos también permiten la organización de información a partir de procesos de formación guiados hacia la construcción de comprensiones relacionadas con el quehacer terapéutico. Para Rodríguez y Serna (2015), tener en cuenta los procesos de formación de los terapeutas permite reconocer la creación, el desarrollo y la institucionalización de los modos de hacer terapia, es decir, que hacen parte de la manera en la que se organiza la información circundante del contexto interventivo.

6.2.2. Nivel Interreferencial.

Desde la propuesta de Eduardo Vizer (2009), la construcción de la realidad social desde la dimensión interreferencial, se entiende como “un proceso de construcción del contexto de relaciones y vínculos entre actores sociales que se “referencian” mutuamente entre sí” (p.14); en ese sentido, esto invita a pensar en términos de quienes hablan y la forma en la que se relacionan. Para fines del presente estudio, la dimensión interreferencial de los procesos comunicacionales, a partir de los cuales el profesional construye su estilo terapéutico, puede entenderse en términos de la relación terapéutica.

La relación terapéutica es un todo “donde tanto las conductas del terapeuta, como las del paciente o los miembros de la familia se influyen de manera recíproca” (Ceberio & Linares, 2006, p. 25), en la que a través de los intercambios de información (emociones, prácticas y reflexiones), se “tienen por finalidad perturbar el sistema interlocutor en el intento de transformar sus comportamientos, de modo que cada uno resuelva su problema” (op. cit), es decir, alcanzar los objetivos de la intervención clínica.

Ahora bien, ya que se trata de procesos comunicacionales entre consultante y terapeuta, es posible recurrir al axioma de la comunicación de los niveles de relación y contenido propuestos por Watzlawick (1981). Para ellos, la comunicación “no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas” (p. 52). Si bien es cierto, el contenido de los mensajes tiene aspectos referenciales en términos de las posibilidades que tiene de “referirse a cualquier cosa que sea comunicable” (op. cit), el nivel de relación implica hablar de un aspecto conativo, es decir “a qué tipo de mensaje debe entenderse que es”.

Para la investigación, la dimensión interreferencial se comprende como la forma en la que se orientan los intercambios comunicacionales de acuerdo al tipo de vínculo que delimita el escenario de intervención clínica, es decir, la manera en la que el profesional y su consultante entablan una relación y los procesos comunicacionales que median la misma

Siguiendo lo planteado por Ceberio y Linares (2006, p.24), se reconoce que la relación terapéutica es una danza de intervenciones entre el profesional y su consultante, donde el terapeuta tiene la posibilidad de introducir técnicas y tácticas de acuerdo a la pertinencia del proceso, las capacidades, características y ciclo vital del sistema consultante. Partiendo de lo anterior, se puede comprender que las herramientas terapéuticas empleadas por los participantes son también pautas de la comunicación que emergen en un escenario clínico y juegan un papel importante en el proceso de intervención de los consultantes que acuden por

un motivo de consulta relacionado con depresión.

6.2.3. Nivel Autorreferencial.

Desde la perspectiva de la intersubjetividad, la autorreferencia se entiende como un “proceso eminentemente sociosubjetivo de auto-observación reflexiva y de presentación del sí mismo en sociedad. Y como marcas del ‘yo’ en tanto sujeto y actor social en el lenguaje y en la interacción social” (Vizer, 2009. p. 241). Lo anterior permite entender la dimensión autorreferencial como la identificación del terapeuta sobre aspectos que hacen parte de su identidad en el marco de un contexto y en la manera en cómo este participa.

Ahora bien, autores como Boscolo y Bertrando (2009), han logrado aterrizar la dimensión autorreferencial al plano de la psicología desde los aportes de la cibernética de segundo orden y el constructivismo, trayendo consigo el estudio del individuo desde sus propios prejuicios, premisas y emociones, donde el “interés se ha dirigido no sólo hacia las relaciones del individuo con su mundo externo, sino sobre todo hacia la relación del individuo consigo mismo y con su mundo interno” (p. 95). Por lo que esto ayuda a comprender la dimensión autorreferencial en términos de la percepción de los terapeutas sobre aquellos elementos personales que hacen parte del Yo y la relación que guarda con los contextos relacionales donde interactúa.

Dentro de los ejercicios de auto-reflexivos, Garzón (2008) indica que las creencias, las percepciones, la cultura, los dilemas y las situaciones críticas de los profesionales son elementos que interactúan en los procesos de identificación del sí mismo, agregando que dichos aspectos constituyen la práctica profesional constructiva. De ese modo, la autorreferencia implica un análisis y definición de algunos elementos personales como cosmovisiones, valores, prejuicios, entre otros; y el reconocer las maneras como estos permiten la construcción de los contextos, en este caso los escenarios de intervención clínica.

El campo de la autorreferencia dentro del estudio, sugiere también un acto de conciencia sobre la participación del profesional en otros contextos no clínicos y que integran la vida del terapeuta. Estos espacios pueden representar fuentes de información que posibilitan la construcción en el estilo de hacer terapia, de tal modo que el ejercicio autorreferencial “fluye en los márgenes de una identidad profesional sujeta a continuas modificaciones provenientes de las interacciones entre los horizontes teóricos, las vicisitudes de la clínica y los propios cambios personales y profesionales del terapeuta” (Garzón, 2008 p. 165).

Ahora bien, teniendo en cuenta que toda acción autorreferencial se desarrolla en un contexto relacional particular (Garzón, 2008) y que tales procesos reflexivos definen la presentación y reconocimiento de la persona en una sociedad (Vizer, 2009), para el estudio la dimensión autorreferencial se comprendió como la identificación que realiza el profesional acerca del sí mismo en contextos de intervención clínica asociados a la depresión, retomando los procesos de conciencia del profesional sobre los elementos identitarios que participan en la construcción del estilo terapéutico.

7. Marco Interdisciplinar

7.1. Identidad Profesional.

El estudio del estilo terapéutico ha sido desarrollado por disciplinas como un elemento identitario que se relaciona con la labor profesional de la persona que desempeña una acción particular. Es por lo anterior que la sociología ha planteado un abordaje desde esta disciplina a través de la identidad profesional, comprendida como un elemento clave para evaluar la articulación que hacen los profesionales del conocimiento técnico con el saber empírico y biográfico, llevándolos a las relaciones que pueden emerger dentro de estos contextos.

Asimismo, esta disciplina reconoce la identidad profesional como un componente constituyente de la identidad social de los profesionales, la cual se va conformando constantemente en la socialización de las personas con su contexto. De este modo, la identidad profesional viene a relacionarse con un conjunto de recopilaciones experienciales que conforman la biografía de los individuos y, de forma paralela, van diseñando proyectos de vida que sólo son posibilitados a través de la relación alter y ego (Dubar, 2000, citado por Machuca, 2008).

Del mismo modo, la construcción de la identidad profesional articula elementos institucionales de la sociedad y subjetivos de la persona, los cuales confluyen de manera frecuente entre transacciones objetivas y subjetivas, que se estructuran y se codifican en la subjetividad del profesional, de acuerdo con las relaciones que se van tejiendo en el ámbito familiar, laboral y profesional. En ese sentido, las relaciones familiares promueven un conjunto importante de las ideas y principios, los cuales convergen de manera significativa en la formación del profesional, es decir, en su marco de comprensión de la realidad, en las estrategias de intervención que aplica y en la relación que forma el profesional con su contexto laboral. (Machuca, 2008)

Por otro lado, en el ámbito profesional, se comprende que la construcción de la identidad profesional tiene una fuerte dependencia a las características de las relaciones de poder que se tejen en la organización en donde se desempeña la labor de la persona. Por esto, Machuca (2008), identifica la legitimación del conocimiento y las competencias como una experiencia significativa para la construcción de este aspecto identitario del profesional: "la identidad de un profesional dependerá de la definición de sí mismo y desde la otredad, en cuanto a componentes como las competencias, el estatus, la carrera posible, la construcción de proyectos y las aspiraciones" (Machuca, 2008 p. 53)

De este modo, la sociología ha sido una disciplina que ha ampliado el análisis de la construcción del estilo interventivo del profesional del terapeuta, ya que ha articulado los diferentes sistemas sobre los cuales se ve inmerso el interventor y lo pone como un actor social activo que tiene la capacidad de construir elementos identitarios que conformarán la persona del terapeuta.

Por último, como representante de la pedagogía Navarrete (2008) comprende la construcción de la identidad profesional como una apropiación al estilo personal de un proyecto profesional -institucional y la aplicación a un espacio de formación o medio institucional cualquiera, por lo que se empieza a comprender la construcción del estilo interventivo, como parte de un proceso de formación que se orienta de acuerdo al proyecto de vida y donde se articulan las acciones de los profesionales, en este caso los terapeutas, llegando a depender en gran medida por los elementos constituyentes de la institución en la cual se forma el profesional, la disciplina y la vida laboral.

7.2. Intersubjetividad.

Como se ha mencionado en el marco disciplinar, la intersubjetividad ha sido un concepto que se ha abordado desde la sociología como un referente para el estudio de los

grupos sociales. Algunos recopiladores del trabajo de Alfred Schutz, como Hernández y Galindo (2007), permitieron realizar un acercamiento teórico de la intersubjetividad, ya que fue él quien se encargó de resaltar la importancia que tiene el individuo en la acción social y el problema de estudio de la sociología. Los pensadores que nutrieron en mayor medida sus ideas fueron Max Weber (s.f.) y Edmund Husserl (s.f.). Del primero, logró articular los niveles de la acción social, mientras que del segundo, logró adquirir un carácter fenomenológico en el que llega a considerar que “el significado se encuentra en la relación de los actores con los objetos, y en esta relación el lenguaje resulta esencial, pues gracias a él el mundo externo es ordenado” (Hernández & Galindo, 2007 p. 232).

En la tarea de Schutz por articular la acción social y los procesos de significación, se plantearon los cinco niveles de significado de la acción social. En el primero se sitúa a un sujeto que significa su realidad, en un segundo nivel se encuentra el otro, teniendo en cuenta que se trata de una acción social; para un tercer nivel se requiere una interpretación sobre el accionar del otro, algo que inmediatamente invitaría a pasar al cuarto nivel, caracterizado por la acción que alguien lleva a cabo a partir de la significación de otro; y finalmente, el autor sitúa al observador científico en el quinto nivel, argumentando que es el sociólogo quién se encarga de comprender este tipo de conductas mencionadas anteriormente. Ahora bien, en relación con los actos de significación, Schutz (1932) distingue entre dos tipos: los subjetivos y los objetivos; los que corresponden a la significación personal que hace la persona acerca de algo, mientras que los otros, se refieren a los significados atribuidos por sistemas externos al sujeto (como la cultura).

Para Schutz “la tarea de la sociología consiste en comprender el modo en que los seres humanos construyen la realidad social, de manera específica, en el mundo de la vida cotidiana” (Hernández & Galindo, 2007. p. 233) en ese sentido, estudiar el proceso de construcción del estilo terapéutico desde intersubjetividad permite entender cómo los

terapeutas construyen un aspecto identitario a partir de las relaciones con el mundo y con otros, que tienen lugar en su cotidianidad y desde los actos de significación desarrollados dentro de los contextos de intervención clínica asociados a la depresión. Para la psicología, esto permite ampliar la comprensión del aspecto identitario del estilo terapéutico, en la medida en que dicha construcción hace parte de actos constructivos de sociedad y de cultura, que vienen a ser mediados por los procesos de significación de los actantes en el campo de la intersubjetividad.

8. Marco Legal

En el desarrollo de este estudio se retoman algunas disposiciones legales que orientan el ejercicio de la psicoterapia en Colombia, definidos en la ley 1616 del año 2013 y el código deontológico del psicólogo colombiano establecido en la ley 1090 del 2006, teniendo en cuenta que estos hacen parte de la delimitación del contexto de intervención clínica.

8.1. Ley 1616.

El marco legal de la salud mental en Colombia, dispone que todo sistema de salud o institución afiliada a este debe garantizar el derecho a la salud mental de todo ciudadano colombiano, por lo que de ese modo, todo terapeuta que ejerza en el campo clínico debe obedecer a esta finalidad a través de su prácticas interventivas.

Así mismo la presente ley dispone del recurso del saber psicológico para la atención primaria de cualquier situación de riesgo psicosocial de las personas que así lo requieran, enmarcando de ese modo el contexto de intervención dentro una dinámica de responsabilidad social independiente del área donde se desempeña.

Debido a que los terapeutas también prestan un servicio dentro del sistema de salud, la ley agrega que toda institución o entidad prestadora de un servicio que garantice el derecho a la salud mental, debe incluir dentro de los procesos de organización de los contextos clínicos un protocolo, guía o modelo que dé cuenta de las acciones realizadas por el profesional en su campo de acción, siendo por un ende un lineamiento que entra a participar y regular la construcción de los profesionales en los estilos de hacer terapia.

8.2. Ley 1096 de 2006 República de Colombia.

Por disposición del Congreso de la República de Colombia, desde el año 2006 la ley 1096 cumple con la función de establecer los lineamientos que regulan el ejercicio de la psicología en el país. La ley se sustenta en la necesidad de un ejercicio profesional responsable, garante de condiciones adecuadas para los beneficiarios de cualquier servicio de atención psicológica. Claramente, uno de los lineamientos para el ejercicio de la psicología es el de mantener los más altos estándares de calidad, lo que no sólo implica asumir las consecuencias de sus acciones, sino también en el compromiso para asegurar un correcto uso de los servicios que ofrece.

De igual manera, la ley establece que el profesional debe garantizar el bienestar de los consultantes, estableciendo relaciones basadas en el respeto y la dignidad de las personas. Las estrategias de evaluación e implementación de técnicas interventivas están sujetas a la pertinencia que tengan para abordar el problema o visibilizar algún tipo de cambio en el curso de la intervención (ley 1096, 2006).

Entre los deberes del profesional de la psicología también se establece que los terapeutas deben estar en la capacidad de reconocer sus capacidades y limitaciones profesionales para el ejercicio de cualquier intervención. Estas disposiciones legales se relacionan con la categoría autorreferencial en la medida en la que hacen un llamado al ejercicio reflexivo de la psicología en términos del reconocimiento de las capacidades y limitaciones de técnicas y cualidades profesionales. Otro de los ítems de la ley consiste en prestar atención a la propia conducta, lo que sigue sugiriendo elementos reflexivos que deben participar en la forma como los terapeutas organizan el contexto interventivo.

9. Antecedentes Investigativos

Para la construcción del estado del arte, se consultaron diferentes fuentes académicas y bases de datos (Redalyc, Scielo, Google Académico y EBSCO) acerca del tópico de la construcción del estilo terapéutico y las posibles relaciones que guarda este proceso con la intervención a situaciones asociadas a la depresión. Como criterios de búsqueda se tuvieron en cuenta las tres dimensiones de la intersubjetividad y la manera en la que diferentes estudios podrían dar cuenta de éstas en relación con el estilo terapéutico. Para la sistematización de la información consultada, se empleó un formato de ficha bibliográfica (Anexo 1.) que de manera general, dan cuenta del contenido consultado. Finalmente, se obtuvo como resultado la Tabla 1 que se presenta a continuación, allí se registran los aportes de estos estudios para esta investigación.

Tabla 1.

Tabla de Antecedentes Investigativos

Categoría	Autor- Fecha	Aporte
Autorreferencia	Martha Cecilia Aguirre, Claudia Giraldo, Edna Ponce, Francys Raigosa & Rossy Rodríguez (2012)	El estudio titulado “El estilo terapéutico entre la realidad del ser y el saber”, es una investigación de corte cualitativo la cual convocó a un grupo de terapeutas para el estudio de la incidencia de la historia de vida familiar en la construcción del estilo terapéutico. La investigación resaltó que las diferentes pautas relacionales entre los integrantes de la familia de origen, brindan la base de cómo se relaciona el terapeuta con el mundo y algunas comprensiones acerca de los dilemas humanos. Así mismo, los hechos en la historia de vida marcan un referente importante en la toma de decisiones sobre el ejercicio profesional en el campo clínico. Por último, se logró identificar que el hecho de conocer la historia de vida familiar del terapeuta, le permite darse cuenta sobre las comprensiones autorreferenciales que realiza en el entendimiento de una realidad ajena. Lo anterior reafirma la idea sobre el cómo llevar un proceso de formación sistémico, implica un conjunto de ejercicios autorreferenciales en la práctica clínica, dando cuenta de un

		nivel referencial importante. De igual modo, permite comprender la relación de un marco sociocultural específico en la construcción del estilo terapéutico.
Referencia/Interreferencia	Claudia Castañeiras, Rubén Ledesma, Fernando García & Héctor Fernández (2008)	En la investigación titulada “Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C” se presentó la versión abreviada del cuestionario EPT-C a una muestra de 461 psicoterapeutas argentinos, para luego ratificar la validez del constructo del cuestionario y la capacidad del instrumento para discriminar a las diferentes variables como: la relevancia que tiene para el proceso interventivo y los resultados en psicoterapia. Frente a lo anterior, se visibilizó de forma significativa que la orientación que lleva la terapia varía de acuerdo en la forma como se interviene y se explora información. Este estudio es relevante para la investigación, ya que permitió identificar cómo los profesionales llevan a cabo la construcción de su Estilo Personal de Terapeutas a partir del nivel referencial e inter-referencial, especificando que la parte teórica de cada profesional influye en las diferentes formas de adquirir información y realizar distinciones entre algunos elementos, para luego organizar y ejecutar sus intervenciones.
Referencia	Leandro Casarí, Susana Albanes & María Pia (2013)	En la investigación “Influencia del Enfoque Teórico en el Estilo Personal del Terapeuta” se estudió la influencia teórico-técnica en el desarrollo del estilo personal del terapeuta, por medio de la aplicación del Cuestionario EPT-C a una muestra de 106 psicoterapeutas de Argentina, de diferentes corrientes teóricas. Lo anterior permitió comprender que existen variaciones en cuanto al enfoque teórico de los terapeutas y las funciones que componen el estilo personal del terapeuta; de otro modo, se identificó que los procesos referenciales en el ejercicio de la psicoterapia se correlacionan con la manera en cómo se diseña y ejecuta la intervención. Por otro lado, se demostró que los principios adquiridos en la formación de un profesional permean en las acciones que ejecuta el interventor para comunicarse y las formas de buscar la respectiva información en el consultante. Así pues, con la investigación de la construcción del estilo terapéutico desde los niveles de la intersubjetividad, se amplía la comprensión y estudio de este concepto, retomando los fundamentos del Estilo Personal del Terapeuta.
Referencia/Autorreferencia	Erika Viloria (2012)	En el estudio “Dilemas de los psicólogos/terapeutas sistémicos en la formación y contribución de una intervención sistémica de apoyo en la construcción de su identidad” se propuso identificar cuáles eran los dilemas que

se relacionaban con la construcción estilo terapéutico, por medio de la realización de espacios conversacionales de diferentes psicólogos clínicos.

Dentro de estos ejercicios conversacionales se identificó que la realización de procesos de atención psicológica desde un enfoque sistémico, permite al terapeuta realizarse cuestionamientos sobre las comprensiones que está llevando en la práctica psicoterapéutica, llevándolo a un ejercicio netamente autorreferencial y cambios positivos en el profesional.

Lo anterior fue pertinente para la investigación, dado que data de la relación de la dimensión referencial en el ejercicio de la terapia, como un marco conceptual sobre el cual el terapeuta se acerca al contexto interventivo.

Referencia/ Interreferencia	Sergio Cobella, Noemi Balmania Héctor Fernández, Luis Angel Saul, Luis Botella & Fernando García (2009)	En el estudio documental y experiencial titulado “Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente” se investigaron las diferentes repercusiones que ha traído la teoría de la mente en la construcción de la alianza terapéutica y el estilo personal del terapeuta; consecuentemente se realizó un estudio de caso en 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. A partir de lo anterior se identificó que la adquisición de habilidades bajo los postulados de la teoría de la mente, configura el desarrollo de la identidad propia del terapeuta y las interacciones con otras personas (ya sean consultantes o no). Del mismo modo, se encontró que la teoría de la mente facilita el desarrollo de la habilidad de entender al paciente. Lo anterior permite reconocer la relación entre el nivel referencial con el inter-referencial de la intersubjetividad humana, comprendiéndose en el modo como se analizan y se diseñan las intervenciones clínicas.
Referencia	Julio Abel Niño (2006)	El estudio titulado “Marco comprensivo para el estudio de los procesos de Formación de Terapeutas” buscó ofrecer un panorama acerca del modelo pedagógico de formación, con el cual se entrenan los terapeutas en el enfoque sistémico, ecológico y contextual en la Maestría de Psicología Clínica y de Familia de la Universidad Santo Tomás. La investigación encontró que el programa mantiene una coherencia interna entre el paradigma psicológico sobre el que se enmarca el proyecto pedagógico y los espacios y competencias desarrollados. También dio cuenta que entre más años de formación tenga el profesional, menor será el abandono del proceso por parte del consultante y más amplio se verá el acompañamiento del profesional. Esto representa un aporte para la investigación,

pues se comprende la relación de la dimensión referencial en los procesos de formación de profesionales clínicos y el nivel de acercamiento a la experiencia del consultante, el cual consolida la construcción del estilo terapéutico y de igual forma aporta al establecimiento de una relación interventiva.

Por último, se identificó que los espacios de supervisión junto con el equipo supervisor y el supervisor, resultaron ser momentos claves donde se manifiestan procesos autorreferenciales, reflexivos y de meta observación, los cuales se concretan en unas competencias específicas. Es por lo anterior, que los procesos de formación de un psicólogo en el área clínica son relevantes para el estudio de la construcción del estilo terapéutica, ya que estos dan las pautas para la construcción del nivel referencial de la intervención de alteraciones psicológicas como la depresión.

Referencial/Interr eferencia l	Daniela Martic & Javiera Muñoz (2010)	Estudio cualitativo denominado “Hacia la construcción de Personajes Terapéuticos: Experiencia de un taller piloto en la formación de terapeutas desde una mirada sistémica posmoderna” cuyo propósito fue 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. De acuerdo con lo anterior, se encontró que promover el termino de Personaje terapéutico, posibilita realizar una meta observación sobre el comportamiento de la persona del terapeuta en el momento presente. Siendo de vital importancia para la investigación ya que da una comprensión sobre el estilo terapéutico a través de un espacio y el tiempo. Por otro lado, se visibilizó que los personajes terapéuticos tienen la habilidad para entrenar ciertas competencias y así ejercer efectivamente una práctica profesional; no obstante, también se encontró que existe algo “propio” que se mantiene en el tiempo y no está sujeto a cambios. Por lo anterior, es posible aludir a los niveles referenciales de los profesionales que se pueden ver influenciados y/o expuestos a los niveles interferenciales del terapeuta. También se identificó que la auto-observación resulta ser indispensable para la formación del personaje terapéutico, ya que resulta ser una herramienta de conciencia sobre los aspectos personales que influyen en la terapia. Por lo que este estudio brinda un reconocimiento a los procesos autorreferenciales que participan en la formación de los psicoterapeutas.
Inter-	Tita Szmulewicz	Revisión bibliográfica de investigaciones y escritos que

referencia y Autorreferencia Intersubjetividad	(2013)	recogieron la importancia de observar la figura del terapeuta en procesos interventivos, titulado “La persona del Terapeuta: Eje Fundamental de todo proceso”. Frente a lo anterior se encontró que la interacción entre la subjetividad del paciente y la del terapeuta provoca una conciencia intersubjetiva reflexiva en el paciente. De forma similar, 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 percepción en la relación llega a entenderse como la intersubjetividad que hay entre el sistema relacional, posibilitando de ese modo la construcción de una alianza entre subjetividades. Relacionando lo encontrado en la investigación y el presente estudio, resultó ser un elemento teórico que posibilitó la comprensión de la construcción del estilo terapéutico desde las diferentes categorías de la intersubjetividad, ya que es el único artículo que incluye este término 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 (dimensión interreferencial) y la participación de los ejercicios autorreferenciales en la construcción de espacios terapéuticos.
Referencia	Casarl, Albanesi, Marinstany & Ison (2016)	Trabajo investigativo denominado “Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones”. 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 realizó 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. 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 dieron 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.

Referencia Inter-referencia	Lee, Neimeyer & Rice (2013)	Estudio de corte cuantitativo, el cual tenía como propósito descubrir si la aproximación epistemológica podría predecir el estado de la práctica terapéutica. Esta investigación se tituló “The Relationship Between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use”. Para lo anterior, se seleccionó una muestra de 1151 terapeutas de diferentes organizaciones que se encontraban asociadas a la American Psychological Association. En la población seleccionada se encontraron corrientes como la cognitivo conductual, interpersonal, humanismo, constructivismo, existencialismo, racionalismo emotivo, Gestalt y otras no especificadas. A cada uno de ellos se les contactó vía email y se les envió 5 cuestionarios de evaluación que debían auto diligenciarse (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). A partir de lo anterior se encontraron algunas diferencias y concordancias en cuanto al enfoque teórico y las prácticas psicológicas llevadas a cabo por los profesionales dentro de la intervención, dando cuenta de algunas claridades en cuanto al papel de la dimensión referencial en los modelos de hacer terapia de los terapeutas. De igual modo, se identificaron algunas afinidades y discrepancias por parte de los terapeutas a otros elementos interventivos provenientes de otras corrientes psicológicas; esto sugiere que la dimensión referencial se ve permeada por los intereses del terapeuta para recrear un escenario interventivo. De igual modo, permite dar cuenta sobre cómo la calidad del vínculo con el consultante (nivel inter-referencial) puede llegar a estar caracterizado por premisas epistemológicas particulares, encontrando una correlación entre el nivel referencial e inter-referencial sobre el que se construye el estilo del terapeuta.
Autorreferencia	Corbella, Fernández, Saúl, García, Botella & García del Cid (2008)	Trabajo investigativo denominado “Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses” el cual tiene como objetivo 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. Para ello se aplica el cuestionario EPT-C y un cuestionario sobre intereses terapéuticos (DIQ), con la finalidad de encontrar correlaciones que permitan cumplir con el objetivo. 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. A partir de los resultados se encuentran elementos autorreferenciales que se centran en la persona del terapeuta en términos de los intereses que este pone en juego durante el proceso de intervención.

Interferencia	Lucía Moya Cortés (2015)	En esta investigación se estableció como objetivo estudiar las relaciones entre las funciones del estilo personal del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica, por lo que en ese sentido se nombró como la “Influencia del estilo personal del terapeuta en la calidad de la alianza”. Para ello se aplicó el cuestionario EPT-C y una Prueba WAI-S (Working Alliance Inventory Short version). El trabajo consultado ofrece aportes que podrían ser enmarcados en la categoría de Interferencia, 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.
Interferencia	Carmen Navia y Erika Arias (2012)	Estudio titulado “Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante”. Esta investigación retomó el apego como uno de los componentes importantes en la relación terapéutica. Se realizaron aplicaciones durante la 1°, 3° y 10° sesión con el objetivo de visibilizar las variaciones de la alianza terapéutica a largo del proceso y conocer las relaciones entre el apego de consultante y terapeuta. Esta investigación contribuye en la medida en la que permite visibilizar algunos de los aspectos que varían en diferentes momentos de la terapia de acuerdo a factores como el estado del problema del consultante y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
Referencia	Cariaga & Casari (2014).	Investigación denominada “La incidencia de los rasgos de personalidad en estudiantes avanzados de psicología hacia la elección de una línea teórica” cuyo objetivo fue “identificar rasgos de la personalidad de estudiantes de psicología de últimos semestres que se asocian la línea teórica que eligen en su proceso de formación. Para esto, se realizó una

encuesta Ad Hoc en la que indaga acerca de intereses teóricos en estudiantes de últimos semestres, luego se aplicó un test de personalidad, el Big Five. Finalmente se encuentran correlaciones entre los instrumentos aplicados. Como resultados, el estudio arrojó que existían correlaciones en los que algunos rasgos específicos de la personalidad de la población tenían puntuaciones altas, estas puntuaciones coinciden en estudiantes que preferían una línea teórica específica. En ese sentido se podría pensar que existe una correlación entre la línea teórica del interventor, con sus rasgos de personalidad.

Ahora bien, como aporte de este estudio a la presente investigación se destaca la relación que mantiene la elección de una línea teórica con un tipo de personalidad particular. Este tipo de conclusiones podrían pensarse en términos de las características identitarias que guardan una relación con la elección de una línea teórica que dirija sus intervenciones, todo esto, en el marco de la dimensión referencial para la comprensión de la construcción del estilo terapéutico.

Interreferencia	López y Yela (2014)	El estudio tiene como objetivo relacionar la instauración de la alianza terapéutica con la gravedad de la sintomatología, llevando como título “Alianza terapéutica, sintomatología y personalidad según la teoría de Cloninger: estudio preliminar”. Para lograr este objetivo se aplicó el WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory), es decir una versión reducida del Inventario de Alianza Terapéutica (WAI-S por sus siglas en inglés). De igual modo, se implementó el SCL-90-R (Inventario de 90 Síntomas-Revisado) y otra prueba como el TCI-R (Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger- Revisado). Como resultado se obtuvo que algunos elementos del perfil temperamental de los pacientes afectan de una manera específica la alianza terapéutica. Sin embargo, también se encontró que la alianza terapéutica no se ve afectada por los síntomas durante los primeros encuentros. 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, teniendo en cuenta que se podrían plantear hipótesis en las que los terapeutas no caractericen elementos particulares en su proceso de construcción de estilo terapéutico presentes durante las primeras sesiones, lo que podría dar lugar a encontrar estos elementos particulares en sesiones posteriores a la definición de la demanda de ayuda.
-----------------	---------------------	---

Estilo Terapéutico	Salinas & Rodríguez, (2011)	Investigación titulada “Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar Estilo Terapéuticos” cuyo propósito consistió en confiabilizar y validar un instrumento desarrollado para evaluar en una fase inicial, algunas características del comportamiento del terapeuta. Para la consecución de esto, se construyó un cuestionario a partir de la percepción de 10 terapeutas acerca de las actividades más comunes en la práctica clínica, dichas estuvieron organizadas y distribuidas desde los modos de regulación del terapeuta en los contextos clínicos propuestos por Ribes (1992). El cuestionario final resultó siendo aplicado a 69 profesionales de diferentes corrientes teóricas y a partir de sus resultados se formularon los índices de confiabilidad y validez del instrumento. Los resultados obtenidos estuvieron orientados a visibilizar el cuestionario de “competencias terapéuticas” como un instrumento válido en términos de contenido, pero que sus interpretaciones deben ser asumidas con cautela debido a la muestra que compone el análisis y construcción del cuestionario. Lo anterior, permite para el presente estudio, tener en cuenta las perspectivas teóricas cognitivos conductuales acerca del estilo terapéutico, las cuales se ven encaminadas a comprender dicho fenómeno como un aspecto que depende del éxito de la terapia o el proceso terapéutico llevado a cabo.
Referencial y Estilo Terapéutico	Castañeiras, García, Gómez & Fernández, (2006).	Trabajo investigativo con nombre “Estilo Personal de Terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo” cuyo objetivo estuvo orientado a 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. El desarrollo de dicho estudio se vio en términos de la aplicación del cuestionario EPT a 60 terapeutas, 30 profesionales que atendían pacientes con cuadros psiquiátricos agudos y 30 clínicos que asistían otro tipo de población clínica. Los resultados obtenidos identificaron que los terapeutas los terapeutas que asisten pautas severas tiende a ser más distantes a nivel emocional, menos involucrados y más pautados en el desarrollo de la terapia. Se comprendió también que dicha postura puede justificarse en la medida que puede ser una herramienta que regula el tipo de alianza terapéutica con este tipo de población. El estudio reconoció la incidencia de los referentes teóricos en las posturas de los profesionales ante pacientes severamente perturbados. Para la investigación, se enmarca una relación entre el nivel

		referencial y el estilo terapéutico que puede llegar a ser discutible o no con el presente estudio. Este artículo ayuda a sustentar la problematización, pues se reconoció que algunos aspectos del estilo terapéutico si se construyen en función de la población clínica, siendo un referente importante en la búsqueda de una relación entre contextos de depresión y el estilo terapéutico.
Interreferencia	Hadžiahmetović, N., Alispahić, S., Tuce, D., & Hasanbegović-Anić, E. (2016).	Estudio denominado “Therapist’s interpersonal style and therapy benefit as the determinants of personality self-reports in clients” cuyo objetivo consistía en “Evaluar la relación entre el estilo interpersonal del terapeuta y los reportes que los clientes hacen sobre sí mismos”. Para el desarrollo de este, 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), el cuestionario Big Five y la Escala de Beneficios en Terapia (TBS). Frente a esto, se encontró que 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. Por otro lado, en los reportes de los clientes se visibilizó que los beneficios terapéuticos se relacionan con aquellos terapeutas que apoyan los procesos autónomos. En relación a los aportes, 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 interreferencial, se puede abrir un foco en el que se pueda indagar acerca de cómo los reportes de sus consultantes, en relación al estilo personal del terapeuta, podrían arrojar algunos elementos a tener en cuenta en la construcción del estilo terapéutico.
Autorreferencia	Watts-Jones, t. D. (2010)	Investigación titulada “Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process” y su objetivo era “presentar un marco comprensivo acerca de lo que implica la localización del self del terapeuta en el marco de la “interseccionalidad”. A partir de una revisión documental se dio cuenta que los procesos de localización del self del terapeuta ayudan a 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 reconoció 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. Esto es aporte al estudio, ya que se 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.

Interreferencia	Moreno, Galván & Álvarez (2015)	Trabajo investigativo con nombre “Relationship between the client’s adaptive verbalizations and the therapist’s verbal behaviour in the clinic context” cuyo objetivo se vio centrado a 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. Para la consecución de esto, mediante un estudio de caso y grabaciones de video, se realizó un análisis de la conducta verbal de un paciente durante 13 sesiones. El estudio identificó que las variaciones en las verbalizaciones del cliente y su terapeuta se ven en función del proceso terapéutico que se lleva a cabo. En cuanto al profesional, se visibilizó que sus verbalizaciones tienden a incrementarse al inicio y fin del proceso, y que durante el desarrollo de la terapia estas tienden a acoplarse al momento que lleva el paciente. Finalmente, para el ejercicio investigativo, el texto permite reconocer las verbalizaciones que participan en el nivel interreferencial, así como, sus posibles variaciones. Siendo lo anterior, un foco que permiten indagar y ampliar más acerca de esta categoría.
-----------------	---------------------------------	--

10. Método

10.1. Metodología de Investigación Cualitativa de Segundo Orden.

La metodología que orienta el presente estudio, se enmarcó dentro de la investigación cualitativa de segundo orden. Para ello, fue importante tener en cuenta que la perspectiva cualitativa permite abordar “el estudio de la construcción social de la realidad elaborada por los individuos” (Noya Miranda 1995 en Delgado y Gutiérrez, 1995 p. 119). Por otro lado, para Ibáñez (1998) la investigación social de segundo orden se desarrolla como un ejercicio en el que observadores observan a otros observadores, en donde el conocimiento se entiende como proceso emergente. Ahora bien, este componente investigativo, permite incluir al observador en lo observado, basado en los aportes de la cibernética de segundo orden a la epistemología de las ciencias.

Por lo anterior, desde esta perspectiva, los investigadores fueron reconocidos como participantes en interacción, que crean el conocimiento en el encuentro con la población objeto de este estudio, posibilitando la generación de nuevas comprensiones acerca de la manera en la que emerge el proceso de construcción del estilo terapéutico en contextos de intervención asociados a la depresión.

Si bien es cierto, la investigación de primer orden podría puntuar sobre comprensiones acerca de los sistemas vivientes y las relaciones que esto podría tener a partir de procesos recursivos de tránsito de información de manera circular, la investigación de segundo orden incluye al observador en lo observado como un sujeto que participa activamente en la construcción del saber. En relación con este ejercicio investigativo, no sólo se buscó comprender la emergencia del proceso de construcción del estilo terapéutico desde una perspectiva de primer orden, sino que se buscó abrir un espacio en el que los investigadores se hicieran partícipes en la construcción de este conocimiento, en la medida en la que sus

procesos autorreferenciales representaron un recurso que permitió enriquecer las comprensiones que buscaba construir el estudio, posibilitando que la investigación adquiriera un carácter de segundo orden.

En ese orden de ideas, lo anterior hace que la construcción del conocimiento sea una práctica colaborativa entre los investigadores y los terapeutas, asumiendo que “los investigadores estudian una realidad social conformada por sujetos activos que, a su vez, observan, signan, describen e interpretan, y, en consecuencia, actúan en la realidad” (Mejía, 2002, p. 205). Bajo esta premisa, las comprensiones sobre la construcción del estilo terapéutico en psicólogos clínicos, que emergieron de esta investigación, se entendieron como acercamientos al fenómeno desde el intercambio de información entre los observadores que realizaban un ejercicio investigativo y los observadores que se desempeñaban profesionalmente en el ámbito de la intervención clínica.

Esto también invita a pensar en el ejercicio de investigación como un proceso dialógico-recursivo, en el que desde un ejercicio autorreferencial se construye nueva información que puede retroalimentar a los sistemas participantes. Respecto a esto, Pakman (1995) indica que “La información no se recoge sino que se genera como una nueva distinción como resultado de una interacción que es, en sí misma” (p. 361). Es por tal razón que se reconoce que el ejercicio en sí mismo representa una interacción humana que abre las posibilidades de que tanto los participantes como los investigadores, generen nuevas comprensiones acerca de las construcciones identitarias desde las que se define el estilo terapéutico.

10.2. Estudio de Caso.

La estrategia metodológica empleada para el presente estudio fue la de estudio de caso, entendida desde Eisenhardt (1989 citado por Martínez, 2006) como “una estrategia de

investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (p. 174); correspondiendo de esta forma al interés investigativo de los autores de comprender la manera en cómo emerge el estilo terapéutico en varios psicoterapeutas en contextos singulares, como lo son los de intervención clínica en depresión.

Dentro de la tipología de estudio de casos de Yin (1989, citado por López & Wilmer, 2006), la presente investigación se enmarcó en la modalidad de estudio de caso con casos múltiples, ya que se buscaba comprender la emergencia del estilo terapéutico a partir de cuatro psicoterapeutas que realizaban intervenciones en depresión, comprendiendo de tal modo, que la replicación de la información en cada uno de los casos hace parte de una unidad de análisis total del fenómeno de estudio.

En ese mismo sentido, el estudio de caso permitió profundizar en la subjetividad desde la que los actores entienden la emergencia de su estilo terapéutico en contextos de intervención clínica asociados a la depresión, pues “la pretensión de los investigadores cualitativos es realizar una investigación subjetiva. No se considera que la subjetividad sea un fallo que hay que eliminar, sino un elemento esencial de comprensión” (Stake, 1995, citado en Álvarez y Fabián 2012 p. 5).

10.3. Actores de Investigación.

Los actores de investigación involucrados en el análisis del estilo terapéutico fueron psicoterapeutas, cuya práctica profesional viene a estar definida por el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC, 2016), el cual refiere que un psicólogo clínico es aquel que desempeña actividades de investigación, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención de los aspectos que afectan al ser humano en términos de su salud mental. Lo anterior se estableció como un criterio de inclusión de los actores involucrados en el estudio, ya que dicha institución es la única entidad autorizada en Colombia para la

regulación de las actividades del gremio de los psicólogos (por ende el de los psicoterapeutas), y sus actividades dentro de los contextos de intervención clínica.

Ahora bien, acorde a lo mencionado por el colegio (COLPSIC, 2016):

Para el desempeño de la psicología en Colombia, la Ley 1090 de septiembre 6 de 2006 no dispone la necesidad de estudios de posgrado. Es decir, cualquier psicólogo puede oficiar como psicólogo en el campo clínico sin tener títulos de Especialización o Maestría en Psicología Clínica. Esto quiere decir que legalmente el psicólogo puede ejercer en el campo clínico, lo cual NO lo convierte en psicólogo clínico.

Este apartado fue vital para la selección de los terapeutas, pues estableció que para ser incluidos en el estudio, los profesionales debían contar con una formación posgradual o especializada en el área de la intervención clínica y, así mismo, una trayectoria en los escenarios de psicoterapia, teniendo en cuenta que “los años en formación en las lides terapéuticas moldean indefectiblemente el estilo y sistematizan formas personales, como también estereotipan ciertos vicios distintivos en el trabajo de la psicoterapia” (Ceberio & Linares, 2005 p 58).

Teniendo en cuenta que los referentes epistemológicos del estudio definen que las personas construyen su identidad a partir de sus experiencias, se establece que los participantes del estudio deben contar con algún tipo de contacto con contextos de intervención clínica. En relación con esto, el contexto interventivo se entiende como:

El proceso mediante el cual un psicólogo profesional, experto en Psicología Clínica, luego de un proceso de evaluación y diagnóstico, asume el proceso, también conocido como tratamiento, cuyo objetivo es el cambio de las manifestaciones conductuales o emocionales, manifestadas a través de pensamientos, sentimientos y conductas (procesos cognitivos, emocionales y motores) (COLPSIC, 2016).

Siendo la Organización Mundial de la Salud el ente que regula y dota de un contexto a las prácticas de salud a nivel mundial, se entiende la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de

cansancio y falta de concentración” (párr. 1), ante una situación que “puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio” (OMS, 2017. párr. 2)

El estudio busca terapeutas que construyan sus modelos desde diferentes referentes teóricos y epistemológicos. Esto se define a partir de algunos antecedentes investigativos (Moya, 2005; Corbella, Fernandez, Saul, García & Botella, 2008; Casari, Albanesi, Marinstany & Ison, 2016; Casari, Albanesi & Pia, 2016) que encuentran diferencias significativas que permiten enriquecer los abordajes desde los que se responde a la pregunta problema, a partir de múltiples posturas acerca del ejercicio de intervención clínica.

10.4. Estrategias y Técnicas Investigativas.

10.4.1. Escenarios Conversacionales Reflexivos.

La narrativa conversacional se entiende como “un *dominio explicativo-comprensivo privilegiado* para conceptuar, explicar y comprender (intervenir y transformar) los fenómenos clínicos y los procesos relacionales de los sistemas humanos considerados de modo complejo en la diversidad de contextos sociales donde emergen dichos contextos” (Estupiñán y González, 2015 p. 24). En ese orden de ideas, la presente investigación retomó el desarrollo de escenarios conversacionales como estrategia investigativa para la recolección de datos; para ello, se construyeron espacios reflexivos en los que, mediante el encuentro de los investigadores y los psicoterapeutas participantes del estudio, se abordaron las categorías que orientan el estudio, es decir el estilo terapéutico desde las dimensiones de la intersubjetividad.

Esta estrategia permitió abordar el fenómeno de estudio desde tres niveles de observación diferentes (Estupiñán y González, 2015). En un primer momento, se encuentran

las observaciones acerca del sistema, en este caso, se realizó una observación acerca de la manera en la que los terapeutas respondían a la pregunta de cómo emerge el estilo terapéutico en contextos asociados a la depresión. Posteriormente, en un segundo nivel, se desarrollaron algunas observaciones acerca del modo en el que los investigadores describían las comprensiones de los participantes. Finalmente, las observaciones de tercer orden, se vieron orientadas hacia aquellas en las que el observador describe el efecto de sus observaciones en los actores de la conversación.

Finalmente, es importante mencionar que los escenarios conversacionales permiten: a) evocar y explorar reflexivamente los aspectos a través de los cuales los terapeutas construyen su estilo terapéutico en contextos de intervención clínica asociados a la depresión; b) comprender y de-construir significados acerca de las formas en la que se construyen los referentes correspondientes a la forma en la que se construye el estilo terapéutico; y, c) co-construir alternativas para narrar la forma en la que se construye el estilo terapéutico de los actores de los escenarios, esto incluye a los psicoterapeutas, como a los mismos investigadores.

10.4.2. Observación Participante.

Entendiendo que la investigación busca generar comprensiones acerca del estilo terapéutico en profesionales que atienden situaciones asociadas a la depresión desde los intercambios de información entre los observadores que realizan el ejercicio investigativo y aquellos que se ejercen la psicoterapia, fue enriquecedor emplear la estrategia de observación participante, pues como lo indican Campoy y Gomes (2009 p. 277) ayuda a incrementar la validez del estudio, como observaciones que pueden ayudar a los investigadores a tener una mejor comprensión del contexto y el estudio de un fenómeno.

A partir de esto, la observación participante se comprende como "algo más que una

mera observación, es decir, implica la intervención directa del observador, de forma que el investigador puede intervenir en la vida del grupo" (p. 277) logrando que los investigadores cuenten con la oportunidad de observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir y visibilizar algunos puntos de sintonías o distorsiones de la información arrojada por los informantes (Marshall & Rossman, 1995 citado en Campoy & Araujo, 2009).

Entre las formas de implementación de esta estrategia, se reconoce que es importante realizar en primer lugar una contextualización al informante sobre el objetivo de la observación, luego es necesario proceder con el uso de los niveles de observación ajustados con anterioridad entre los investigadores, de forma seguida se lleva un registro escrito de los datos obtenidos por el observador y finalmente se comparte la información recogida dentro o fuera del escenario de investigación (Campoy & Araujo, 2009 p 279).

10.4.3. Análisis categorial.

Teniendo en cuenta que las categorías permiten denotar un tema en sí mismo y que las subcategorías contribuyen en la denotación de este tópico en micro-aspectos, para el análisis de los resultados obtenidos en el estudio se empleó una estrategia de análisis categorial. Esta forma de investigar permite definir categorías y subcategorías apriorísticas, que son aquellas que se construyen “antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación” (Cisterna, 2005 p. 64), es decir, durante la construcción de los marcos de referencia que orientaron la investigación, como los son el estilo terapéutico y la intersubjetividad, y subcategorías como referencia, interreferencia y autorreferencia (dimensiones de la intersubjetividad).

El análisis categorial de los resultados se desarrolla a través de un proceso por triangulación hermenéutica, es decir, “la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la

información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación” (Cisterna, 2005 p.68). Este proceso implica que la selección de la información a triangular se realice bajo los criterios de pertinencia y relevancia. El primero se refiere al hecho de tomar aquello que mantiene una relación con el tema de investigación, lo que permite incorporar elementos emergentes, y el segundo criterio establece que la selección de la información se da por su recurrencia o asertividad en relación con la pregunta problema.

En el proceso de triangulación de la información, se desarrollaron tres matrices que corresponden a los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de la intersubjetividad y se presentaron los análisis de los datos obtenidos en relación con la emergencia que tiene el estilo terapéutico. De igual manera, se organizaron los resultados con base en subcategorías construidas a partir de los planteamientos expuestos en los marcos teóricos. A continuación se presentan las tablas con las matrices de análisis (véanse tablas 2, 3, 4). Es importante aclarar que las matrices expuestas a continuación aplican tanto para el desarrollo del análisis de los resultados obtenidos de los participantes, como para el desarrollo del análisis de los resultados del proceso autorreferencial desarrollado por los investigadores.

Tabla 2

Matriz de análisis categorial para dimensión referencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Referencia
<i>Concepto general de la depresión</i> <i>Referentes teóricos y epistemológicos</i> <i>Elementos que caracterizan la intervención en depresión.</i>

Tabla 3

Matriz de análisis categorial para dimensión interreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Interreferencia
<i>Pautas que definen el procedimiento de la intervención.</i> <i>Relación terapéutica</i> <i>Lenguaje verbal y no verbal</i>

Tabla 4

Matriz de análisis categorial para dimensión autorreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Autorreferencia
<i>Rol del terapeuta.</i> <i>El mundo interno del terapeuta - Prejuicios y premisas del terapeuta.</i> <i>El mundo interno del terapeuta – Yo del Terapeuta y Relación consigo mismo.</i> <i>Definición sobre su estilo de hacer terapia.</i>

10.5. Instrumentos.

Para el desarrollo práctico de la metodología, estrategia y técnicas planteadas, se utilizaron algunos recursos con la finalidad de recoger de forma fiel, organizada y legítima los relatos otorgados por los terapeutas en los escenarios conversacionales reflexivos. Tales recursos fueron:

- Grabadora de voz
- Consentimientos Informados
- Guión de escenarios conversacionales

10.6. Procedimiento.

Para el desarrollo del presente estudio, se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

Fase 1: Planteamiento del problema: Esta fase incluyó el desarrollo de la problematización y justificación del estudio. En ella se realizó la búsqueda de los antecedentes investigativos a partir de la construcción de unas fichas bibliográficas (Véase Anexo 2) y luego de una tabla general (Tabla 1) que permitieron definir la pregunta problema que intenta responder el estudio.

Fase 2: Construcción de marcos de referencia: Durante esta fase se elaboraron los marcos: epistemológico, paradigmático, disciplinar, interdisciplinar y legal que definen el estudio. Esta etapa también incluyó la definición teórica de las categorías Estilo Terapéutico e Intersubjetividad.

Fase 3: Diseño metodológico: En esta fase se incluyó la construcción de las metodologías que orientan el estudio, a partir de los postulados de la investigación cualitativa de segundo orden y las consideraciones éticas del ejercicio investigativo en Colombia; de igual forma, en este proceso se concretó la estrategia metodológica de estudio de caso y los criterios de inclusión de aquella muestra de terapeutas que hicieron parte de la investigación.

Fase 4: Definición de las estrategias de recolección de los datos: A partir de las estrategias metodológicas, se elaboraron algunos focos que orientaron el abordaje de las categorías definidas en el desarrollo del estudio, a través de algunas preguntas orientadoras y otras complementarias, que se encuentran organizadas en las tablas 5, 6 y 7.

Tabla 5.*Escenario conversacional 1: Dimensión Referencial y Estilo Terapéutico*

Tema 1 Dimensión Referencial	Pregunta foco	Objetivo de la pregunta	Preguntas complementarias
Introducción	Coméntanos un poco sobre la experiencia de trabajo, ¿a qué te dedicas actualmente?, ¿desde hace cuánto tiempo ejerces la psicoterapia? teniendo en cuenta que has atendido diferentes patologías psicológicas, ¿has intervenido recientemente casos de depresión?	Explorar los acercamientos del profesional a la intervención clínica en situaciones asociadas a la depresión	¿Cómo te fue con este caso de depresión?
Conceptos generales de depresión	¿Cómo entiendes la depresión?	Indagar sobre el concepto general de la depresión e incentivar sobre las comprensiones desde las que emerge el modelo de intervención para casos de depresión.	¿Crees que haya "tipos de depresión"? ¿En qué se parecen? ¿En qué se diferencian? ¿Qué criterios utilizas para diferenciarlos/agruparlos?
Referentes Teóricos y Epistemológicos	¿Qué tipo de referentes teóricos empleas para construir tu comprensión acerca de la depresión?	Visibilizar aquellos paradigmas sobre los cuales los profesionales organizan y encaminan la intervención	¿Dentro de la corriente psicológica sobre la cual participas, qué autores han influido en la construcción de tu modelo teórico? ¿dónde has adquirido estos referentes teóricos? ¿con qué intereses académicos te viste atraído/a en tu formación académica? ¿pertenece a alguna escuela particular de psicoterapia?

	¿Articulas saberes de otras disciplinas para realizar comprensiones acerca de la depresión? ¿Cuáles?	Identificas los saberes interdisciplinarios que complementan las comprensiones sobre la depresión	
Elementos que caracterizan el contexto de intervención	¿Cómo comprendes el contexto de intervención?	Reconocer aquellas comprensiones alrededor de la intervención a situaciones asociadas a la depresión.	¿Qué es lo psicológico para ti?
	¿Qué tienes en cuenta para desarrollar una intervención en depresión?	Explorar sobre aquellos aspectos que definen el contexto de intervención en situaciones asociadas a la depresión	¿Sobre qué temas conversas con tus pacientes/consultantes para desarrollar una intervención en depresión?

Tabla 6.*Escenario conversacional 2: Dimensión Interreferencial y Estilo Terapéutico*

Tema 2 Dimensión Interreferencial	Pregunta foco	Objetivo de la pregunta	Preguntas complementarias
Relación Terapéutica	¿Cómo se crea la relación con tu consultante?	Explorar aquellos elementos que conforman la relación terapéutica	¿Cómo sabes que es buena la relación con tu consultante? ¿Cómo das cuenta de la relación entre terapeuta y consultante? ¿si tu consultante estuviera acá qué diría de la relación que ha establecido contigo?
	¿Cómo consideras que es la relación terapéutica que estableces con personas que pasan por situaciones asociadas a la depresión?	Conocer las percepciones del profesional sobre la relación que establece con personas que experimentan situaciones asociadas a la depresión	¿Es muy cercana? ¿Es distante?

	Si estuvieras acá un paciente/consultante que vivió una situación de depresión ¿qué diría de la relación terapéutica?	Identificar las posibles percepciones del paciente/consultante sobre la relación terapéutica desde el relato del terapeuta	¿Cómo se referiría al proceso de la relación? ¿La evaluaría en términos de qué aspectos?
Pautas que definen el procedimiento	¿Cómo acoges el motivo de consulta que expresa tu consultante?	Indagar aspectos logísticos presentes durante el proceso de intervención	¿Cómo encuadras el contexto de intervención con tu consultante? ¿Cómo se hace el primer contacto? ¿Cómo acuerdan los espacios de intervención? ¿Qué tipo de acuerdos empleas? ¿Cuánto duran las sesiones? ¿Qué tan seguido agendas tus consultas? ¿a quienes convocan?
	¿Cómo construyes los objetivos de la intervención en depresión?	Visibilizar la forma como se plantean los objetivos	¿Los acuerdan? ¿Los sugieres?
	¿Cómo cierras un proceso de intervención en depresión?	Reconocer los procesos de cierres que son llevados a cabo por los profesionales	¿Cómo te das cuenta de que el proceso ha llegado a su fin?
Lenguaje Verbal y No Verbal	¿Qué lenguaje empleas en la relación terapéutica?	Reconocer aquellas pautas comunicacionales que median la relación terapeuta y el consultante/paciente	Qué tipo de palabras se usan con más frecuencia dentro del contexto de intervención en depresión?
	¿Cómo es el lenguaje no verbal que emerge en la relación terapéutica?	Caracterizar el lenguaje no verbal de las relaciones terapéuticas que entablan los profesionales	¿Qué acciones empleas con tu cuerpo para enmarcar distancia o cercanía con el consultante?

Tabla 7.*Escenario conversacional 3: Dimensión Autorreferencial y Estilo Terapéutico*

Tema 3 Dimensión Autorreferencial	Pregunta foco	Objetivo de la pregunta	Preguntas complementarias
Rol del Terapeuta	¿Cómo te ves cuando estás en consulta?	Indagar sobre las auto-observaciones desarrolladas por el terapeuta en consulta	
	¿Cuál es tu papel dentro del contexto de intervención?	Reconocer aquellas tareas o acciones del terapeuta que definen su papel dentro del consultorio	¿Qué sientes? ¿Hay algún tipo de incomodidades? ¿Cómo las manejas?
Mundo Interior (Prejuicios, Premisas y YO del terapeuta)	¿Qué prejuicios o premisas crees que participan en la experiencia de intervención a personas que viven o vivieron situaciones asociadas a la depresión?	Indagar sobre aquellos prejuicios del profesional en su estilo de hacer terapia	¿Estos aspectos que mencionas sobre que se basan?
	¿Qué aspectos personales emergen en ti cuando atiendes un paciente/consultante que vive o vivió situaciones asociadas a la depresión? ¿cómo los manejas?	Explorar sobre algunos elementos personales del terapeuta que pueden emerger en el contexto interventivo, y visibilizar las pautas que implementan cuando esto sucede.	¿Utilizas estrategias de autocuidado? ¿Cuáles?
Estilo Terapéutico	¿Cómo piensas que se caracteriza tu estilo terapéutico?	Identificar la noción del psicólogo sobre su estilo terapéutico.	¿Eres confortativo, provocador, divertido, histriónico, ayudador o contenedor?

Fase 5: Diseño de escenarios de recolección de datos: En un primer momento, el estudio contempló la posibilidad de desarrollar unos acercamientos grupales por medio de la estrategia de escenarios reflexivos. En las Figuras 1, 2 y 3, se expone la dinámica de

conversación planteada desde un principio para la investigación del estilo terapéutico. Cabe aclarar que, en cada una de ellas se puede encontrar la participación de los psicoterapeutas (S1, S2, S3 y S4) y de los investigadores (P1: Daniel Socha y P2: Sebastián Castillo) en sus diferentes momentos.

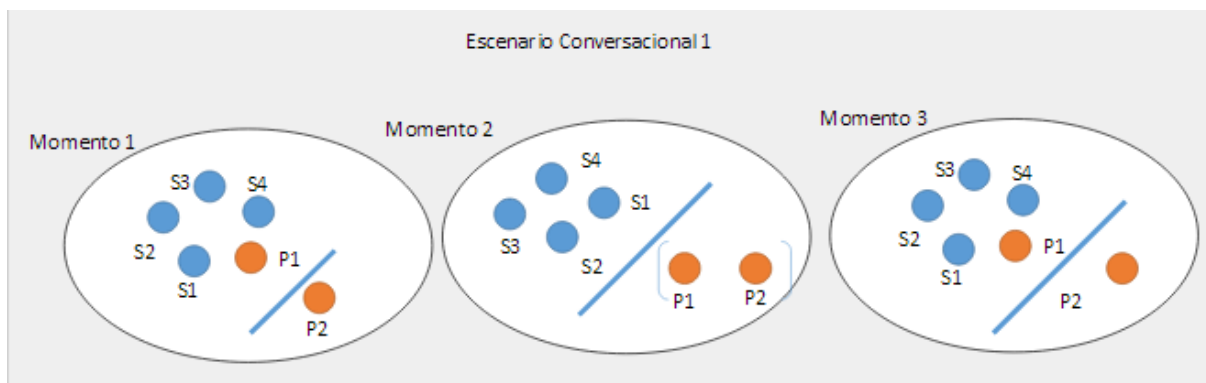


Figura 1. Primer Escenario Conversacional.

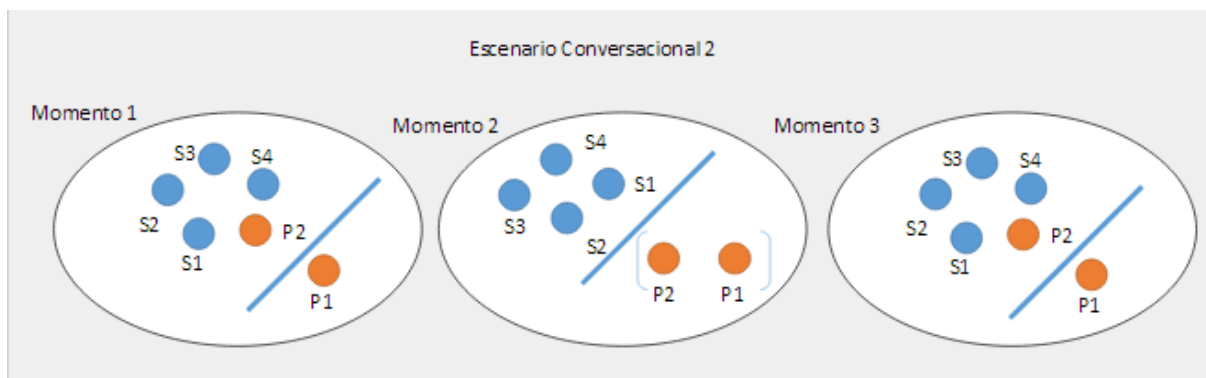


Figura 2: Segundo Escenario Conversacional.

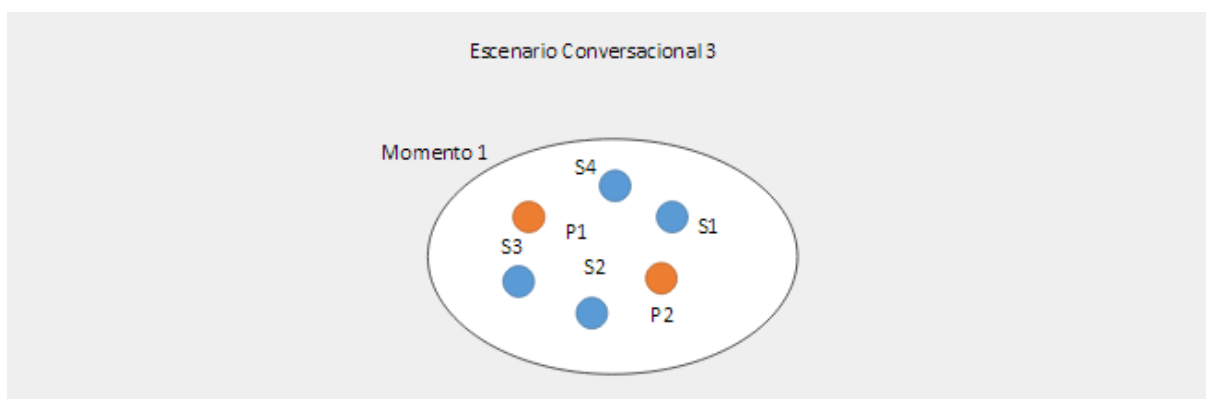


Figura 3: Tercer Escenario Conversacional.

La intención inicial fue la de desarrollar tres escenarios conversacionales grupales en

los que uno de los investigadores (P1) asumía el rol de observador participante y el otro como el orientador de la conversación (P2). En el primero de ellos se abordarían las preguntas acerca de las dimensiones interreferencia y referencia, en el segundo, se indagaría acerca de la categoría autorreferencia. Los primeros momentos de estos grupos tendrían como finalidad abordar el tema correspondiente para la sesión, durante el segundo momento se desarrollaría una inter-sesión, en la que los investigadores (P1 y P2) identificarían focos que han quedado sin resolver durante la conversación. En el tercer momento se desarrollaría un cierre de espacio conversacional indagando acerca de los temas definidos en el momento anterior. Finalmente, el cuarto momento correspondería a una conversación de los investigadores acerca de la manera en la que desde su voz responderían a la pregunta problema.

Finalmente, el tercer escenario consistiría en una conversación entre todos los actores sobre los resultados obtenidos en los dos escenarios anteriores.

Fase 6: Aplicación de prueba piloto: Antes de realizar la aplicación a los terapeutas, se desarrolló un ejercicio de pilotaje a una psicoterapeuta de corte conductual quien de forma voluntaria quiso participar del ejercicio, y por medio del desarrollo de un escenario conversacional reflexivo, basada en los focos previamente definidos para el abordaje de las categorías, se reconoció la viabilidad de los instrumentos de recolección y análisis de datos (Tablas 5,6,7. Temas de conversación y Tabla 2,3,4. Matriz Categorical Referencia, Interreferencia y Autorreferencia).

Fase 7: Elaboración de Neo-diseños: A partir de lo anterior, se elaboraron neo-diseños que contemplaron el cambio de escenarios conversacionales reflexivos grupales a individuales, preservando los ejercicios de observación participante identificados como recurso gracias a la prueba piloto. Estas modificaciones también se realizaron en términos de la disponibilidad de los actores, ya que durante el curso del estudio fue posible encontrar

diferentes horarios de atención de los terapeutas que no facilitaban el desarrollo de un escenario grupal. Los escenarios se desarrollaron de la manera en la que se ilustran en las figuras 5, 6, 7 y 8; a modo de anexo, se presenta la figura 4, la cual corresponde a las convenciones de los símbolos expuestos en los diagramas.

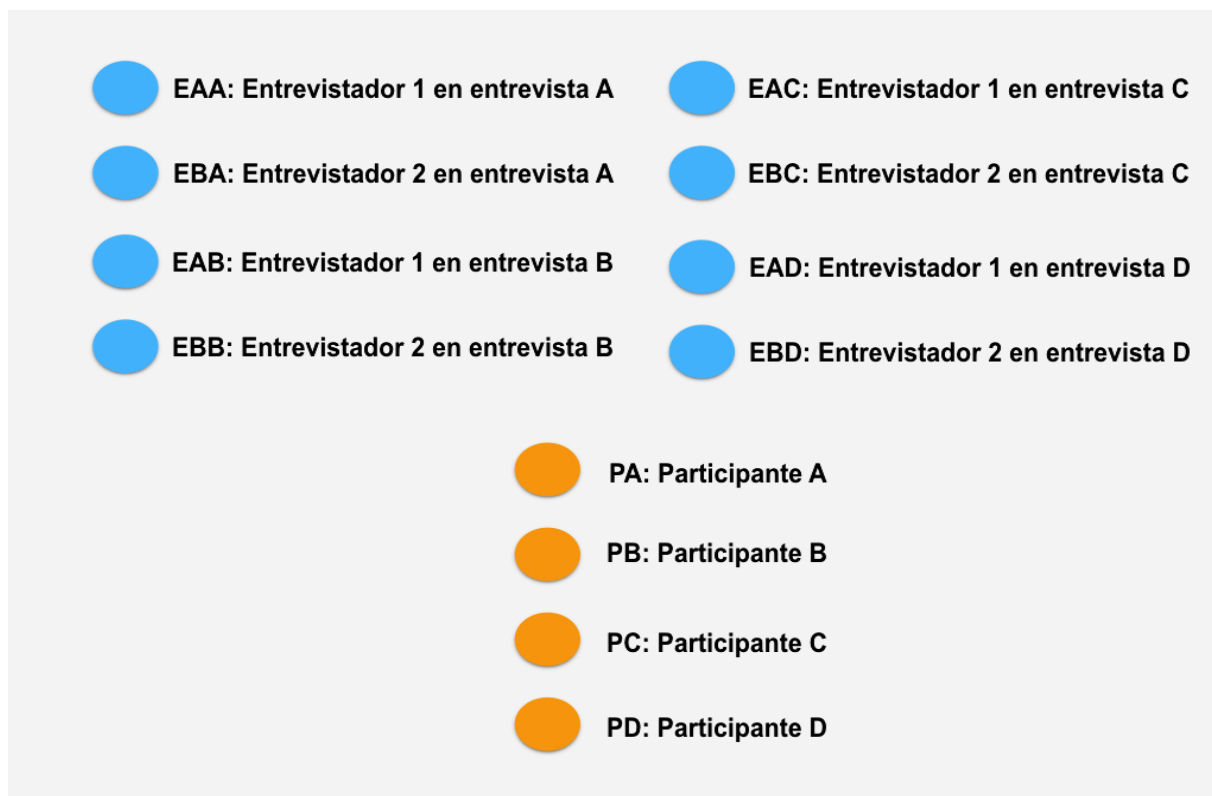


Figura 4. Convenciones de los diagramas

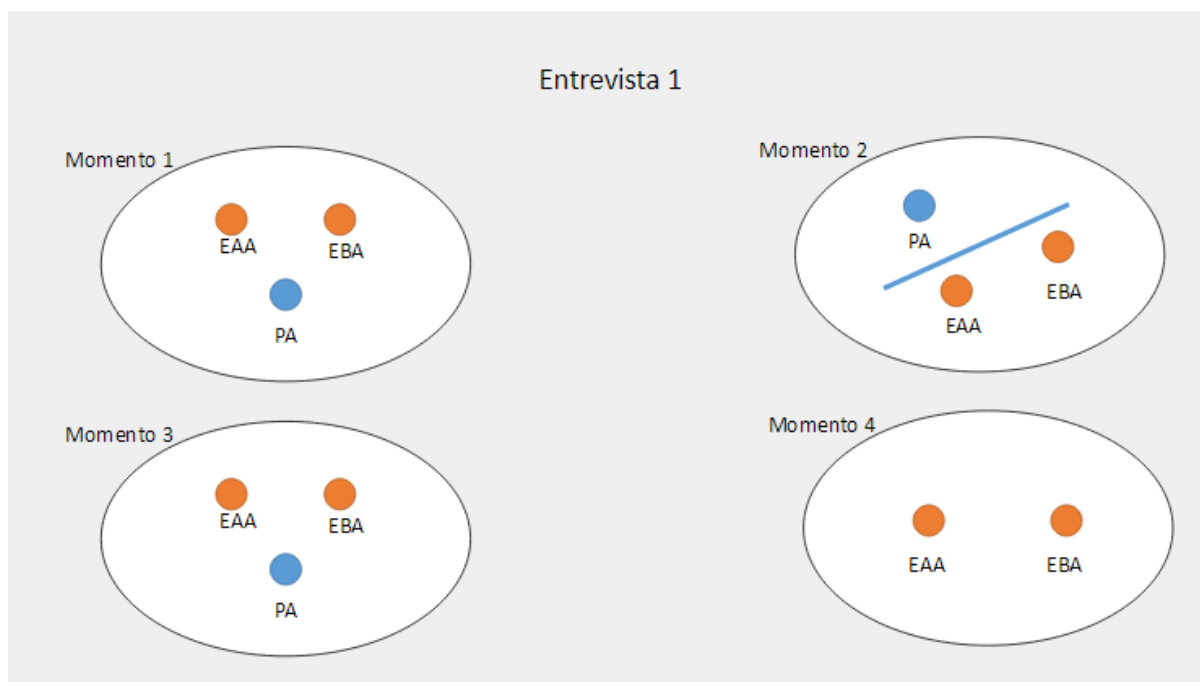


Figura 5. Escenario Conversacional A.

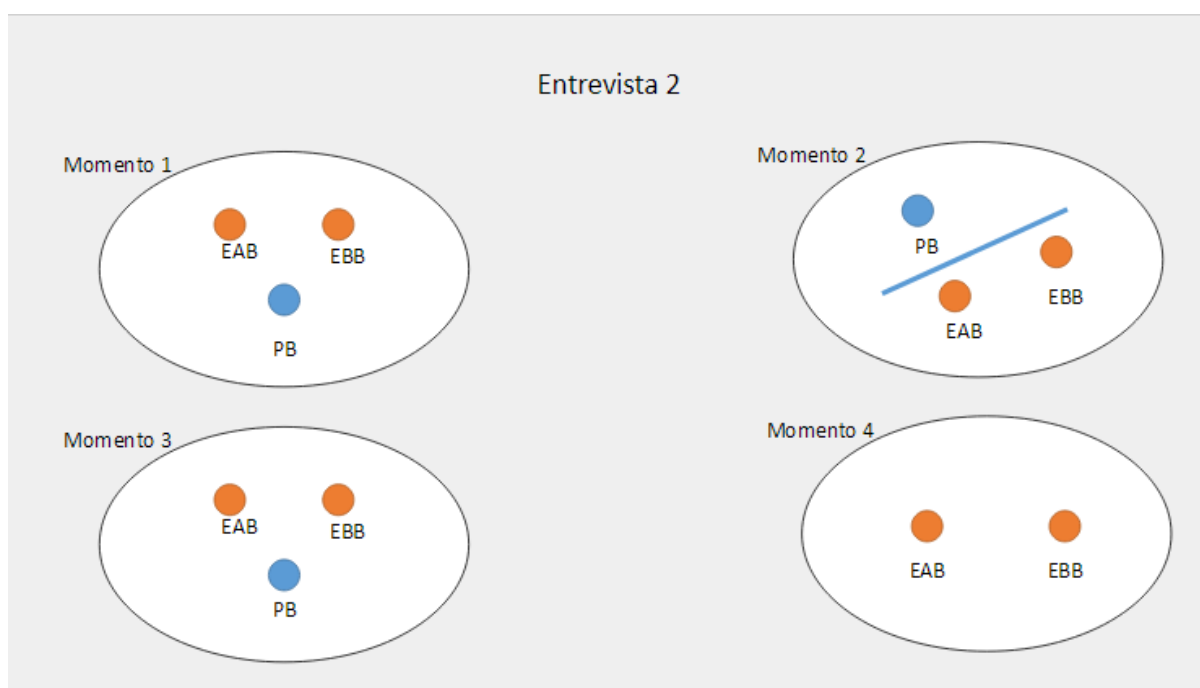


Figura 6. Escenario Conversacional B

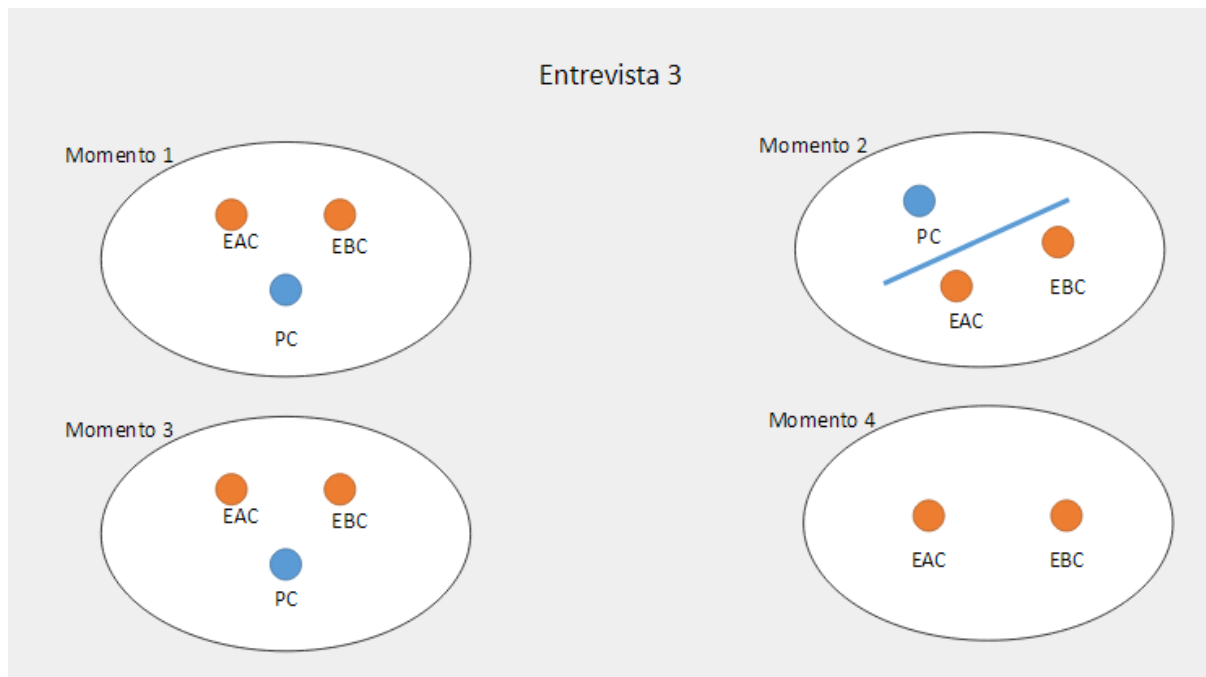


Figura 7. Escenario Conversacional C.

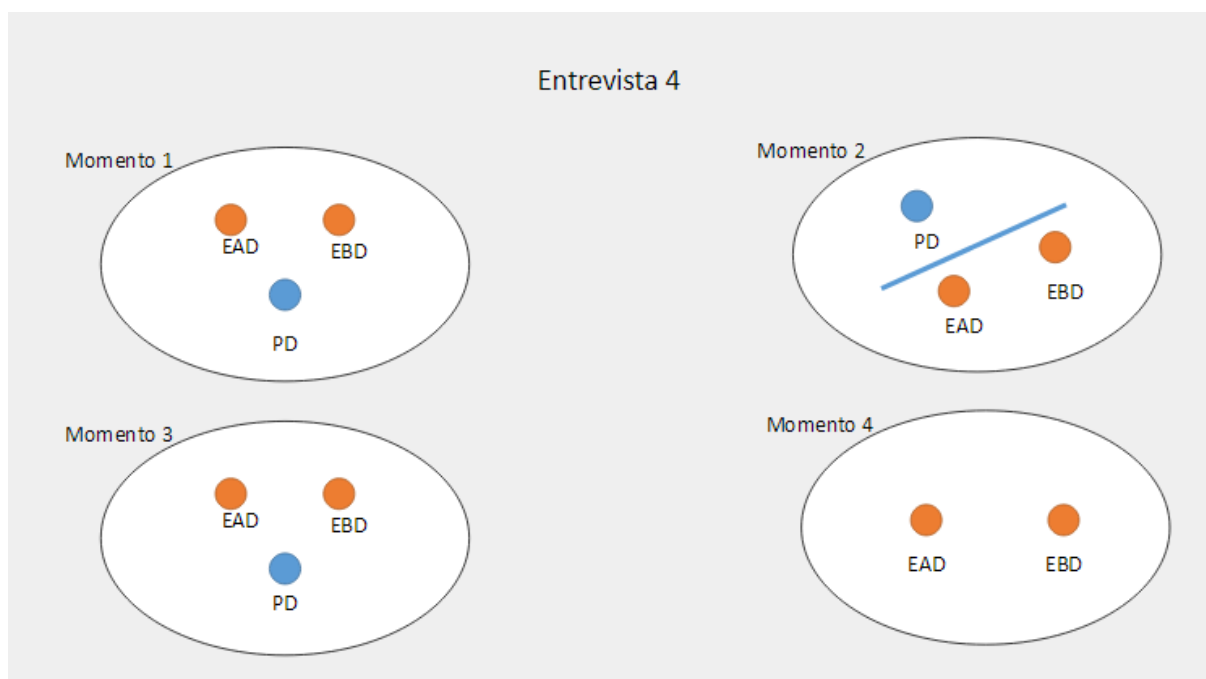


Figura 8. Escenario Conversacional D.

Ahora bien, en términos de los momentos organizados para estos espacios, el Momento 1 de cada escenario correspondía al desarrollo del guión semiestructurado (definido por los focos de conversación), posteriormente, durante el Momento 2 los investigadores conversaban acerca de la información recolectada y aquellos focos que en el momento no

habían quedado claros. En el Momento 3, se realizaba un cierre del escenario conversacional con el terapeuta, indagando acerca de los focos conversados durante el Momento 2 y se definían las conclusiones emergentes de la dinámica de conversacional. Y en El Momento 4, se desarrollaba una conversación entre los investigadores en la que se respondía a la pregunta problema, a partir del ejercicio dialógico desarrollado previamente.

Fase 8: Aplicación a los participantes: Durante esta fase se realizaron los escenarios conversacionales reflexivos a los participantes. Este proceso incluyó el contacto con la población a través de correo electrónico a profesionales vinculados a universidades especializadas en procesos de formación en psicología clínica, así como algunas recomendaciones hechas por algunas personas cercanas a los investigadores. Los actores involucrados en el estudio se contactaron y escogieron a partir de los criterios de selección mencionados anteriormente y para dar cumplimiento de los diferentes parámetros legales para la realización de una investigación psicológica, se procedió con el debido diligenciamiento de los formatos de consentimiento informado, que se encuentran consignados en el apartado de anexos (Anexo 3).

En el Anexo 4 se encuentra adjuntado la tabla de *Perfil del Terapeuta*, en el que se encuentra consignada la información relacionada con los títulos profesionales, la formación académica y la experiencia profesional, cuya finalidad es ofrecer un contexto histórico en el estudio del fenómeno del estilo terapéutico desde algunas variables sociodemográficas, como las enunciadas anteriormente.

En el proceso de contacto se conversó con los profesionales acerca de las pretensiones del estudio, la pregunta problema y los criterios de inclusión. Es importante aclarar, que los terapeutas aceptaron voluntariamente hacer parte del estudio, con este primer asentimiento, se procedió a acordar fechas, horarios y lugares para el desarrollo de los escenarios

conversacionales. En este caso, los escenarios se llevaron a cabo en los consultorios y oficinas de los profesionales, con una duración promedio de una 1h 45m por sesión.

11. Consideraciones Éticas.

Para algunos autores como Edgar Morín (2006) “La ética es compleja porque es de naturaleza dialógica y debe afrontar a menudo la ambigüedad y la contradicción. Es compleja porque está expuesta a la incertidumbre del resultado, y comporta la apuesta y la estrategia” (p. 219). Este tipo de apreciaciones también aplica al desarrollo de un ejercicio investigativo que reconoce la complejidad como parte de sus posturas paradigmáticas; en ese sentido, es pertinente desarrollar un ejercicio de observación constante, donde se “involucren las condiciones de la acción y la acción misma, contextualizando antes y durante la acción” (p. 65).

El desarrollo de este ejercicio de constante observación “Comporta la necesidad de autoconocimiento por la integración del observador en su observación, la vuelta a sí para objetivarse; comprenderse y corregirse” (Morín, 2006 p.72). Lo anterior, guarda una estrecha relación con la metodología que orienta el estudio, pues además de permitir enriquecer las comprensiones en torno a la emergencia del estilo terapéutico, “conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado” (Keeney, 1994, p. 97).

Los postulados éticos de la complejidad y la autorreferencia se complementan con la normativa consignada en la ley 1090 del 2006, el código deontológico del psicólogo colombiano. Que define que los ejercicios de estos profesionales en el área de investigación, deben procurar preservar el bienestar del participante del estudio, orientados por los principios del respeto de la integridad y dignidad de los terapeutas. En ese sentido, las acciones desarrolladas dentro del estudio incluyeron mantener informados a los profesionales sobre el proceso de investigación.

Ahora bien, para el manejo de la información, se mantuvieron estándares de confidencialidad de sus datos personales como una medida de salvaguardar sus identidades e integridad.

Teniendo en cuenta que la ley estipula que "los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos" (Ley 1090, 2006), se tomó en cuenta que pese a que el ejercicio de investigación explora sobre experiencias de intervención de los terapeutas, no se profundizó en mayor detalle acerca de los casos atendidos por ellos.

12. Resultados.

Los resultados del estudio se presentan de dos formas, en un primer momento se encuentran los resultados obtenidos en los escenarios conversacionales a los profesionales que participaron en el estudio (Tablas, 8,9 y 10), posteriormente se encuentran los resultados correspondientes a proceso autorreferencial de segundo orden desarrollado por los investigadores (Tablas 11, 12 y 13). No sobra mencionar que cada uno los párrafos están constituidos a partir de las interlocuciones de los terapeutas dentro de los escenarios, es por ellos, que se consignan unos códigos los cuales hacen referencia al momento de la verbalización del actante en sus diferentes espacios, por ejemplo: “PA7” hace referencia a la participante A en la séptima intervención durante la secuencia del escenario conversacional.

12.1. Resultados de los escenarios conversacionales obtenidos de los participantes.

Tabla 8.

Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión referencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Referencia
Concepto general de la depresión Cuando se preguntó acerca de la forma en la que los terapeutas definen la depresión, se encontró que para A la depresión es vista como “una patología en la cual la persona está en el pasado”, la cual tiene unas manifestaciones físicas como “cansancio físico constante manifestado, relacionado con la desvitalización (...) enfermedades del colon, enfermedades de la piel, a veces también otro tipo de gastritis y cosas así”. La persona con depresión tiene ideas de desesperanza y desmotivación frente a situaciones que habitualmente captaban su atención “No hay un encuentro de placer en aquellas cosas que normalmente podían resultar ser placenteras, metas vitales o cosas así que motiven tampoco hay”. La participante identifica que hay situaciones en las que aparece la depresión, por ejemplo “ ‘que yo me separé’, ‘tuve un hijo’ (...) ‘a partir de un duelo’, ‘se murió mi mamá’; pero en otros si es simplemente de repente, o llevan muchos años cargando una depresión y entonces claramente no ubican cual fue el detonante”(PA7). Para la terapeuta B la depresión se define en cuatro niveles, en el primero de ellos se encuentra “lo que dice el paciente (...) qué quiere decir para el paciente la depresión, el estar deprimido”, en un segundo nivel se encuentra “cómo en el marco de la salud mental se nos está diciendo que es la depresión” lo que surge en el contexto social en el que se encuentra inmerso el sujeto “de lo que le dice un amigo, lo que le dice la red, lo que dice el internet en general”. El tercer nivel se refiere al concepto del terapeuta sobre lo que dice el psicoanálisis de la depresión “cómo interioriza, cómo

entiende la depresión”. Finalmente, el cuarto nivel se relaciona con la “propia experiencia analítica” del analista desde donde también se desarrollan comprensiones de la depresión (PB18).

La terapeuta C, considera que la depresión “es un estado de ánimo que emerge dentro de situaciones existenciales en donde hay una vivencia de carencia (...) o de pérdida que tiene que ver con carencias y pérdidas reales, o a veces imaginarias”, estas situaciones varían en la medida en la que para la persona, represente una pérdida de una ilusión. También puede entenderse a partir de un ambiente “en el que las posibilidades de reconocimiento por parte de los demás son muy escasas”, lo que genera “una especie de desierto emocional” (PC13).

En cuanto a la definición de la depresión, el terapeuta D incluye algunos avances de investigación que señalan que “la depresión y la ansiedad son problemas de regulación emocional”. En ese sentido, también enuncia algunas comprensiones desde las neurociencias “que muestran que la depresión y la ansiedad, se relacionan con hiperactividad de la amígdala y con hipoactividad 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”. En términos de los procesos psicológicos como la atención se ha encontrado “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” (PD6)

De igual modo, el terapeuta D reconoce que hay una afectación en los procesos motivacionales, de procesamiento de información y mnémicos de las personas, “hay una facilitación de la memoria para recuperar información de valencia negativa, y así mismo, hay una incapacidad para desvincularse de la información negativa”. También reconoce que “una persona puede llegar con inquietudes especiales, existenciales” (PD6).

Referentes teóricos y epistemológicos

La terapeuta A retoma aportes desde la terapia Gestalt, que “retoma mucho del psicoanálisis, retoma mucho también de la fenomenología, retoma mucho incluso de las tradiciones orientales como el Zen y (...) la bioenergética, desde la bioenergética hay una comprensión de los diferentes caracteres de las personas”, asumiendo que el 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” (PA9). De igual modo, A reconoció que en sus comprensiones acerca de la depresión se han articulado otros referentes además de lo psicológico, como: “el teatro de lo oprimido (...) algunas herramientas que son introspectivas como arcoíris del deseo, policías en la casa, (...) También he hecho cuestiones referidas pues al yoga o a danza, entonces todo lo corporal que me es útil también, arteterapia también es útil expresar a través del arte” (PA21).

La terapeuta B, al definirse como psicoanalista, indica que retoma “aportes de la escuela lacaniana” (PB22), que hace un análisis de la depresión desde “dos pilares, uno lo que es estructural, que el afecto de la tristeza es estructural al sujeto, que no hay sujeto sin tristeza (...) 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, (...) lo coyuntural” (PB23).

La perspectiva sistémica hace parte de los referentes teóricos a partir de los cuales la terapeuta C entiende la depresión, sin embargo, ella indica que en el ejercicio de la práctica clínica “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” (PC14).

En cuanto a la articulación de saberes provenientes de otras disciplinas, C refirió que en primer lugar el Yoga es considerado “una concepción de la vida que va más allá de las teorías psicológicas” y que estas le han permitido ampliar sus comprensiones acerca 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” (PC146). Así mismo, indicó que las ciencias humanas y sociales, la

neurociencia, la sociología, la antropología, la historia y la filosofía, han sido también referentes interdisciplinarios que ha incluido dentro de sus ideas para comprender los fenómenos psicológicos. (PC147)

Para D, sus referentes teóricos están basados en el conocimiento científico, donde se conciben las teorías como construcciones que ayudan a “explicar y hacer predicciones” sobre los fenómenos. (PD8). Las teorías que orientan las comprensiones sobre la depresión de D, no se limitan a la disciplina de la psicología, sino que también reconoce los aportes de otras disciplinas, tal como lo indicó “si surgiera de otra disciplina que necesito saber de algo, pues claro también (...) Derecho, algo de jurídico, forense, bueno medicina” (PD78,79).

Elementos que caracterizan la intervención en depresión.

Cuando se le preguntó a los terapeutas sobre aquellos aspectos a partir de los cuales los terapeutas definen el contexto de intervención en depresión, la terapeuta A dijo “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, (...) qué está sucediendo con este ser humano en este momento de su vida”; para el abordaje de este tipo de situaciones, se conversa sobre antecedentes familiares, otras posibles alteraciones psicológicas, enfermedades psiquiátrica y/o físicas de la persona, “porque también no podemos olvidar que la depresión también puede venir de otras enfermedades (...) tema de tiroides también es fundamental”(PA21).

Para B es muy importante centrarse en la manera en la que sus pacientes significan la depresión, pues como lo menciona “nos interesa saber qué es la depresión para él (...) o sea que no nos apoyamos en el diagnóstico (...) cuando uno empieza a trabajar, a desglosar esa palabra, se abren otros campos, se abren otras cosas, otros asuntos y, a veces, las pocas veces, el tema de la depresión queda a un lado” (PB20). De igual manera, la terapeuta plantea un abordaje sobre 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”.

De igual modo, se encuentra que la participante traza una diferencia entre los componentes terapéutico y epistemológico del trabajo psicoanalítico, refiriendo que este primer elemento es “un efecto terapéutico sobre el padecimiento”, es decir, una intervención sobre los síntomas y el segundo un trabajo del saber del sí mismo, entonces “si alguien dice: “quítame la depresión”, yo le digo: “listo, le voy a quitar la depresión”, no, antes de eso, está 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 ¿cómo? ¿Porque a mí? ¿Qué puedo yo decir? ¿Qué puedo yo saber? (...) y ese saber trae un efecto terapéutico, y es que eso modifica el sufrimiento” (PB41).

Terapeutas como C, consideran que los elementos que definen la intervención sobre la depresión, varían de acuerdo a las circunstancias en las que esta emerge (PC31), en ese sentido, indica: “yo nunca parto de un diagnóstico (...) 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” (PC32). Esta forma de conocer la depresión en el contexto la invita a pensar 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” (PC33). En relación con lo anterior, se reconocen como temas de conversación que definen el contexto interventivo “el contexto en el que está la vida de la persona, en su rol fundamental” (PC43).

En el relato del terapeuta D se encontró que él define el contexto de intervención desde la observación sobre “el motivo de consulta que da el paciente”, también se encontró que “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” él dice a su paciente “yo llegué a esta conclusión por estas cosas que usted me dice ¿Si estoy interpretando bien?” Visibilizando la formulación o conceptualización del caso, como una forma de orientar el proceso de intervención (PD19) “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” (PD20).

Tabla 9.

Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión interreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Interreferencia
<i>Pautas que definen el procedimiento de la intervención.</i> La terapeuta A, refiere en términos del proceso interventivo: “Yo normalmente (..) 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 (...) ya después en el proceso, depende, tengo un esquemita lo que les estas cosas básicas también de datos personales, la cédula, el contacto de emergencia” (PA25). Luego, en términos de los objetivos de trabajo la profesional indica “Entonces ya, y con la persona también, entonces ‘bueno, con todo esto que me has dicho ¿qué aspectos crees que son centrales en esto momento para ti trabajar?’ (...) ‘¿con esto que hemos hablado, con las preguntas que te he hecho qué 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’” (PA27). Como parte de la consecución de los objetivos y cierre del proceso, la terapeuta reporta: “la misma persona lo va diciendo, va narrando cómo ya está funcionando más (...) está más vital, está con ánimo, ha mejorado el sueño y la alimentación, las rutinas de ejercicio y empiezan a espaciarse” las consultas y “ya vamos preparando el cierre, y hacemos un balance, ‘tú cuando llegaste me dijiste esto’ les leo, ‘tú me dijiste que estabas no sé qué y que tú esperabas eso ¿cómo te sientes con respecto a?’, entonces a veces lo podemos hacer verbalmente o a veces también a través de ejercicios psicodramáticos, ‘¿cómo llegaste? ¿cómo estaba tu cuerpo? ¿cómo no sé qué? ¿ahorita cómo está?’” (PA29). El procedimiento que lleva a cabo la terapeuta B, incluye el desarrollo de entrevistas preliminares “en que se crean las condiciones para que haya análisis (...) es un periodo de evaluación, para poner a punto el sentido de un trabajo analítico” (PB36). Durante el proceso de análisis, B pregunta a sus pacientes acerca de lo que les está pasando “Porque es que unos se entristecen, más fuertes o menos fuertes, “sí, no, sí 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 (...) el árbol quiere decir que lo que es actual, la depresión actual, tiene una historia, en ése sujeto, que no es la única” (PB30). El procedimiento para realizar un análisis consiste en “Desglosar siempre, eso es un fundamento de la experiencia analítica, desglosar, abrir, eso que el paciente dice (...), contextualizar qué es lo que pasa para entender eso cómo llegó, por qué llegó, por qué tal situación le afectó tanto” (PB32). Por tal razón, en términos del procedimiento de análisis “la hoja de 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”.

En cuanto al cierre del proceso, la terapeuta B indica: “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, (...) el paciente puede decir, “no, yo ya sé esto, ya se esto”, experimenta en el propio pellejo los cambios que ha tenido ¿no?(...) y todos 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 sí, en el acto de irse es el paciente el que lo hace” (PB. 51).

El procedimiento terapéutico para C, inicia con una evaluación del contexto de la demanda, tal como lo indica en el siguiente apartado “si la persona me llama ella misma, pues dependiendo de su rol familiar, la cito sola o de una vez acompañada (...) 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 “(PC42). Luego de esto, se realiza un “andamiaje de la estructura de vida. Y a través de esa descripción y representación casi que visual de cómo es que es el horizonte vital de las personas”, esto le permite diseñar “hipótesis de cómo es que puede llegar a tener ese estado de ánimo” para así enfocarse en ese tópico y desarrollar la intervención (PC44), teniendo en consideración que el tema de trabajo está en función de lo que se haya visto en la conversación (PC46).

En relación con el cierre, la profesional indicó: “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” (PC54).

El procedimiento de D incluye “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?” (PD22)

Los objetivos del proceso se acuerdan con el paciente, el terapeuta comparte con el paciente las formulaciones desarrolladas acerca del caso, y luego le propone: “vamos a cambiar estas cosas para que usted empiece a sentirse mejor” (PD53). El cierre del proceso de intervención sobre depresión se da “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’(...), 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’. Bueno, sé que los objetivos se cumplieron” (PD50).

Relación terapéutica

Para A, la relación terapéutica implica decirle a su paciente frecuentemente “lo importante es cómo tú te estás sintiendo”. En ese sentido, la intención “siempre es (...) tranquilizarlas porque (...) en la toma de decisiones se van sintiendo como (...) que tiene que ser perfecta la decisión para darla”. Por tal razón, también les dice: “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”. Respecto al carácter de la relación, la terapeuta indica que “es como acompañarla” (PA32).

Este carácter de la relación terapéutica se define en términos de la posibilidad de “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” (PA35).

En una relación genuina, la terapeuta A busca que sus pacientes tengan el “permiso de ser tal cual quien son ¿no? Qué si están con rabia poder, expresar la rabia, decir las groserías que dirían a cualquier persona, de ser como son. Entonces creo que es eso, ha sido una relación que les ha permitido ser como ellas les gusta ser, como querrían ser, que eso me parece lo más lindo ¿no? Como el permiso de ser tal cual soy” (PA36).

Cuando se le preguntó a la terapeuta B acerca de la relación terapéutica que construye con sus pacientes, ella dijo “hay gente que ha ido a otras terapéuticas, tiene puntos de comparación”, en estas comparaciones, sus pacientes le han dicho “‘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 distinta ¿qué pueden pensar? Que uno es distinto ‘¿Pero usted por qué no pregunta tanto?’ ‘¿Usted porque no me da como herramientas, pautas, tips?’ ‘Porque es que yo estuve en (...) y la psicóloga me dijo haga esto, esto, esto...’” (PB59), estas comparaciones tienen que ver con las diferencias entre lo que hace un psicoanalista y un psicólogo.

Por su parte C, indica que crea la relación terapéutica “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 en la que de verdad cada persona a medida que vamos conversando tiene que ir decidiendo si le va pareciendo lo que yo le planteo o no” (PC58). Cuando se le preguntó si había alguna característica particular que definiera la relación terapéutica en contextos específicamente asociados a la depresión, ella dijo: “Pues digamos que no (...), así la persona venga furiosa, asumo que necesita cierta compasión en el buen sentido de la palabra ¿no? Pues de comprensión humana” (PC59).

En términos de la relación terapéutica con sus consultantes, C mencionó: “Algunos dirán que soy muy dura, otros dirán que soy muy confrontativa. En el sentido en el que digo las cosas como son (...) Pero también podrían decir que soy comprensiva y puedo ser certera” (PC60).

Respecto a la relación terapéutica que construye el terapeuta D con sus pacientes, él dijo “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”. Por otro lado, mencionó que sus pacientes se referirían a la relación como: “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” (PD44).

Como parte de las características que permiten que la relación terapéutica se mantenga en el tiempo D refiere “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 (...) se trata de eso, y ¿cómo yo me acomodo al paciente?” (PD73). Este proceso de acomodarse tiene 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, 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” (PD74).

Para el terapeuta D es muy importante que sus pacientes tengan presente lo que implica el desarrollo de un trabajo de intervención, pues indica “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” (PD44).

Lenguaje verbal y no verbal

En términos del lenguaje que se maneja en contextos asociados a la depresión, la terapeuta A informó que normalmente se refiere a las personas por el diminutivo como parte de su manera de construir relacionales genuinas, por ejemplo: “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...” ¿no?, cómo una cosa sí más eh... y ella también “no me digas “doctora”. Rosana, o Ro, Roxi, no sé, somos dos seres humanos y ya” (PA37).

Para B, “El sujeto y lo que dice el sujeto es fundamental en psicoanálisis, y eso no vale sólo para la depresión, sino para la manera como nosotros respondemos, ofrecemos algo a quién viene” (PB26). En ocasiones la terapeuta emplea un lenguaje de carácter metafórico, que le permite enmarcar la dinámica de trabajo que ella emplea, tal como ella menciona a continuación, “ahí hay veces que uno usa metáforas, pueden ser hojas de rutas para que uno pueda darle pistas al sujeto de qué se trata en el trabajo”. Estas pistas que ofrece a su paciente acerca del trabajo del psicoanalista, le ayudan clarificar el contexto de intervención a partir de lo que caracteriza el trabajo de un psicoanalista en comparación con el de un psicólogo, pues en ocasiones sus pacientes acuden en busca de ayuda psicológica sin conocer las diferencias que hay con la que ofrece un psicoanalista (PB57).

El lenguaje que emplea C en sus consultas es el mismo que el de sus consultantes, refiriendo que es necesario prestar atención al contexto en el que participa, 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” (PC56). Por otro lado, C hace alusión al lenguaje no verbal, como un aspecto que participa dentro de la relación terapéutica y que tiene unos elementos que pueden ser manejables desde “un principio estratégico”, por ejemplo, “marcar la distancia” (PC75), “hacer una especie de complicidad” (PC76), o como una herramienta que le permite abordar algunos temas (PC77), temas que no aclara en su respuesta.

En D, el lenguaje que utiliza en consulta es el mismo que el de su paciente, ya que esto le permite que en el contexto interventivo, la persona “se sienta bien, se sienta cómodo”, colaborando así mismo, a que la relación tenga un carácter empático. De acuerdo con D, la empatía es también un elemento que se manifiesta a través del lenguaje no verbal, pues como mencionó: “a veces hago silencios, a veces me inclino, o sea, utilizó mi lenguaje no verbal para que la persona se sienta bien”(PD23).

Tabla 10.

Resultados obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión Autorreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Autorreferencia
<i>Rol del terapeuta.</i> La terapeuta A hace una definición de su rol como una compañía ante aquellos “procesos de encontrar a la persona, de que la persona se encuentre consigo misma”. Este papel se ha venido construyendo a partir de algunas experiencias de acompañamiento a familiares y pacientes que vivieron situaciones asociadas a la depresión, y en un momento de la conversación haciendo referencia a su rol de acompañar situaciones de un familiar, enunció: “entonces 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” (PA51).

En la exploración de su rol como profesional, la terapeuta B indicó que se veía “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” (PB65).

La terapeuta C se ve a sí misma como “alguien que facilita la vida de los demás”; indica: “a veces me toca ponerme de puente ¿no? Para que una persona que quiere pasar al otro lado, pues pase” (PC84). En ese sentido diferenciar su rol de el de un guía, pues éste “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” (PC84). Llegando a concluir que en el contexto de intervención el terapeuta es una posibilidad para ‘ampliar el panorama de las personas’ (...) 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” (PC85).

El terapeuta D, define su rol de la siguiente manera: “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” (PD48).

Mundo Interno - Yo del Terapeuta y relación consigo mismo.

En cuanto a las sensaciones que emergen en A frente a personas que refieren vivir situaciones de depresión, indicó: “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, se siente el pecho hacia dentro ¿no?, (...) entonces se siente mucho acá (pose corporal de A mano en el pecho)” (PA43)”. Estas sensaciones que emergen en ella han sido un dispositivo de conexión con sus pacientes pues informó: “cuando ya estoy, y de pronto empezamos a hablar, y (...) 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, ¿cómo está tu hombro derecho?’ ‘¡ay no!, es que estoy sintiendo un dolor’, entonces digo ‘ay, mira es que yo también estoy sintiendo’ ahí también habla la conexión, el tipo de vínculo” (PA46).

En relación con lo anterior, la terapeuta agregó “es importante como trabajar el cuerpo e ir diferenciando ¿Qué es lo mío? y ¿Qué es del otro?” invitándola a preguntarse continuamente “¿Cómo estoy yo?, ¿Cómo está mi cuerpo? ¿qué estoy sintiendo en este momento? ¿qué cosas me están preocupando hoy? ¿cómo estoy para recibir a la gente? ¿cómo estoy en este momento que voy a recibirte a ti?”, pues reconoció que las emociones de ella pueden generar un efecto en su paciente: “yo le puedo cantar a la persona mi tristeza” (PA46).

Aquellos aspectos que pueden emerger de forma personal para B, tienen una implicación dentro de la forma como se trabaja desde el psicoanálisis, mencionando: “si 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”(PB55).

En estos términos, la terapeuta B agregó lo siguiente: “uno sí encuentra dificultades, no específicamente con la depresión, hablo desde mi propia experiencia clínica, hay pacientes que son para uno difíciles (...), donde uno dice: ‘ya no sé qué hacer más’ (...), y para eso tenemos 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 (...), esa es la manera en que se afrontan las dificultades, porque las dificultades existen, no todo es perfecto”. Ahora bien, respecto a aquellas situaciones en las que los controles no son suficientes, “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 (...) 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” (PB56).

Para C, la intromisión de contenidos de la vida personal del terapeuta al contexto de intervención se ve de forma relativa, pues si bien ella planteó: “porque puede haber experiencias que, sí, 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” (PC103) (...) “Es decir, yo no personalizo mi diálogo, muy poco (PC104)”. De igual modo, refirió: “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” (PC105).

En la relación consigo mismo y el cuidado personal, el terapeuta D menciona: “yo trato de ser buena vida, yo soy buena vida ¿a qué 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 (...) 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” (PD64). Complementó diciendo: “a propósito de lo de cuidarse es importante uno tener a quién 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 pasó y eso se puede solucionar así, no sé qué y de tal forma”.

El tipo de manejo que D hace de sus emociones que emergen en el contexto de intervención, lo expresó de la siguiente manera: “aguántese, haga bien su trabajo y después sí busque una persona con mucha experiencia y díglele ‘uy me pasó esto, esto y esto, me siento muy mal y no sé qué hacer ¿cómo manejo esto?’” (PD66). Pues considera que “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” (PD68).

Mundo Interno - Prejuicios – Premisas.

La terapeuta A reconoció que una de las premisas que se relacionan con su forma de hacer terapia, está en términos de los límites que hay en los referentes teóricos que posee, ya que mencionó: “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’ (PA18).

En términos de los prejuicios y premisas de la terapeuta B se encontró lo siguiente: “los lacanianos atendemos a un sujeto, a los sujetos, entonces no tenemos especializaciones”, con lo que se refería a la especialización que asumen algunos profesionales, quienes se centran en un tipo de población específico. En ese sentido, continuó diciendo: “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 mandó, porque la psicóloga lo mandó, el colegio, por los papás no se lo soportan (...), 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 a algo mío que yo todavía no sé, es oscuro, 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’ muy bien que no trabaje con ellos, pero hay un punto oscuro ahí, vaya otra vez al análisis” (PB55).

La participante C, refirió que parte de sus premisas para desarrollar intervención en situaciones asociadas a la depresión, está en relación con “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” (PC98). Por otro lado, cuando se ve expuesta al trabajo con “personas francamente violentas, que vienen porque los envió una instancia judicial” no se ve dispuesta a atenderlos (PC99).

Cuando se le preguntó al terapeuta acerca de sus prejuicios y premisas sobre la población con depresión, él dijo: “me siento cómodo (...), me gustan 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 alguien más (...), que sabe de esto” (PD62).

Respecto a las limitaciones anteriormente citadas, el terapeuta dijo “tengo muy poca experiencia, en casos de pareja. Si acaso alguna vez traté un caso o alguna cosa así, no entiendo bien qué es lo que está pasando, es diferente cuando uno tiene experiencia con un tipo de problema, (...) muchas veces no han pasado diez minutos, y uno dice ‘Ya entendí perfectamente qué es esto’” (PD58).

El tema de la experiencia también se acompaña de otras premisas, respecto a las que indica: “cuando ustedes [refiriéndose a los entrevistadores] empiecen a tratar, no vayan a pegarle a todo (...) 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” (PD60).

Definición sobre su estilo de hacer terapia.

A continuación, se encuentran las definiciones que hizo cada profesional participante del estudio de su estilo terapéutico. La terapeuta A indicó “Mi estilo se llama (...) “Rosanesco”, ese es mi estilo (...), no les puedo decir que es gestáltico (...), 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 (...), confiar también mucho en la persona, en la persona que estoy acompañando”. Indica además que se trata de un proceso de formación que ha construido a

lo largo de su experiencia de formación profesional, por otro lado, menciona: “afortunadamente (...) 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” (PA54). En ese sentido, también añade “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” (PA56).

De igual manera, resalta que es muy importante confiar en sí misma y añade “cada vez como que voy entendiendo que esa parte, que vas más allá de lo teórico que es muy intuitivo, que es muy perceptivo, eso es súper, esa es la clave” (PA56).

Cuando se le preguntó a la terapeuta B acerca de su estilo terapéutico, ella dijo lo siguiente “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” (PB69), “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” (PB70).

Ahora bien, respecto al análisis, la terapeuta dijo “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 qué 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” (PB72).

Para definir su estilo terapéutico, la terapeuta C utiliza una metáfora en la que se ubica en el plano de una mesa de billar e indica “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” (PC135), “Y sé que eso exige mucho tacto y mucha táctica para que se produzca algo que es un movimiento elegante ¿no?” (PC136). En esta metáfora también se incluye al consultante cuando dice: “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 ayudó a atacar, pues para organizar” (PC139).

El terapeuta D respondió de la siguiente manera cuando se le preguntó acerca de su estilo terapéutico: “para mí 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 ¿sí? Nada de andar ahí agarrándose con el paciente, es mejor ser prudente en eso y evitar el contacto físico ¿sí? (...) 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” (PD80).

12.2. Resultados de segundo orden obtenidos de los investigadores.

Tabla 11

Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión referencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Referencia
Concepto general de la depresión. Las construcciones conceptuales realizadas por los terapeutas sobre la depresión han invitado a los investigadores a pensar que también han construido el concepto de la depresión desde la manifestación de elementos observables en los comportamientos de sus consultantes, identificando una baja motivación y la falta de energía para continuar con las funciones que desempeñan dentro de sus contextos, comprendiendo de igual modo que estas manifestaciones sintomáticas se ven relacionadas con las dinámicas interaccionales de la familia, sus pautas comunicacionales y formas de organización. Es por lo anterior que, para los investigadores, la depresión es una situación individual de una persona que pasa por una experiencia emocional relacionada con la tristeza y la decepción, y que se enmarca bajo un contexto particular en el que la validación y aprobación es casi nula. A modo de anexo, se reconoce también que la depresión es comprendida de manera subjetiva y que tiene diferentes interpretaciones a partir de las disciplinas y enfoques teóricos que la manejan. Referentes teóricos y epistemológicos. Como se muestra a lo largo del estudio, la postura de los investigadores para comprender los dilemas humanos se ha enmarcado en las ideas propuestas por los paradigmas emergentes, tales como el constructivismo, la cibernética de segundo orden, el pensamiento complejo, el enfoque sistémico y el construccionismo social, ya que estos se han articulado de alguna u otra forma a las cosmovisiones de los investigadores a partir de los espacios de formación en los cuales participaron (formación universitaria, foros, fuentes bibliográficas, entre otras) y desde los procesos personales de elección de modelos teóricos para la creación de contextos interventivos. Elementos que caracterizan la intervención en depresión. Dentro de las diferentes comprensiones de los investigadores acerca del contexto de intervención, se encuentra que las múltiples formas de organización de un sistema deben ser la prioridad misma para organizar una intervención. Así mismo, se identifica que el trabajo clínico en contextos de depresión debe considerar que toda práctica, pensamiento y emoción tiene un sentido para la vida de las personas y para el contexto relacional de los individuos, por lo que se empieza a generar una aproximación a la experiencia real de los consultantes y a construir una idea del problema de manera compartida.

Tabla 12.

Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión interreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Interreferencia
--

Pautas que definen el procedimiento de la intervención.

Respecto a la manera en cómo los investigadores proceden con los ejercicios clínicos de acompañamiento psicológico, se vislumbró una diferencia entre procesos que llevan a cabo los terapeutas y los que desarrollan los investigadores, en términos de la experticia y claridad en las rutas de intervención que se llevan a cabo para atender diferentes motivos de consulta, sin embargo, el ejercicio conversacional permitió también ver algunas similitudes para los investigadores a partir del reconocimiento de los protocolos de atención psicológica que se tienen que llevar a cabo en las instituciones en las que ellos realizaban sus prácticas, donde también se implementaban pautas como la recepción de un caso, formulación psicológica del motivo de consulta, diseño de hipótesis, planeación del proceso interventivo, desarrollo de seguimientos y evaluación del cambio.

Relación terapéutica

Dentro de las maneras como los investigadores construyen una relación terapéutica en casos asociados a la depresión, ellos percibieron que su vinculación con este tipo de situaciones se caracteriza por ser genuina, en donde se rompe con la pauta comunicativa de una relación que vulnera para luego construir una que favorece la autonomía y autenticidad de las personas, por lo que en términos prácticos los mensajes que son compartidos acogen aquellas emociones, pensamientos y palabras que afuera son invalidadas. Por otro lado, los investigadores también visibilizaron una relación que surge y se consolida a partir de lo que los consultantes desean hacer con sus proyectos de vida, y en la medida en que las personas presentan sus intereses, el psicólogo expone sus recursos y limitaciones, y de ese modo se organiza su intervención en la que se pueda acompañar la búsqueda de aquello que la persona signifique como bienestar.

Lenguaje verbal y no verbal

En términos del lenguaje que se emplea con consultantes que presentan depresión, los entrevistadores indicaron referirse a ellos bajo los mismos términos que se proponían en la conversación, de tal forma que se pueda crear un ambiente de confianza y cercanía. De igual modo, se hizo alusión a un lenguaje consensuado como un mecanismo que permite comprender los significados de las personas sobre su experiencia de depresión y al mismo tiempo, movilizarlos hacia el bienestar del paciente. Por otro lado, el lenguaje no verbal se connotó como un elemento fundamental que participa en la construcción de la relación terapéutica, ya que tanto el profesional como el consultante usan su cuerpo para transmitir diferentes tipos de mensajes en los distintos tiempos de conversación que surgen en el contexto interventivo.

Tabla 13.

Resultados de segundo orden obtenidos en el análisis de los datos correspondientes a la dimensión autorreferencial.

Estilo terapéutico e Intersubjetividad - Autorreferencia
<i>Rol del terapeuta</i> En relación con las comprensiones que realizaron los investigadores sobre su rol como psicólogos que han intervenido en situaciones clínicas asociadas a la depresión, se encontró que estos la definen como una compañía que está presente en los procesos de adaptación y ajuste de la vida de personas que experimentan situaciones normativas y no normativas de la vida cotidiana. De igual modo, se reconocieron como agentes de regulación social que posibilitan la recuperación de la

autonomía de aquellas personas que cumplen con roles y responsabilidades, pero que en su situación actual no se ven dispuestos, cómodos o interesados en desempeñarse de ese modo.

El mundo interno del terapeuta - Prejuicios/Premisas del terapeuta

Las comprensiones de los investigadores acerca de sus prejuicios y premisas personales asociadas a experiencias de intervención de depresión, se vieron orientadas a considerarlas como posibles recursos o barreras en el contexto clínico, ya que según los entrevistadores estos entorpecen el proceso terapéutico cuando se intentan aplicar a la vida personal del paciente o por otro lado, pueden favorecer la construcción de la relación terapéutica en términos de una visibilización de individualidades donde cada uno percibe sus límites, valores o creencias personales.

El mundo interno del terapeuta - Emociones del terapeuta

Para los investigadores, se reconoció que en primer lugar el trabajo clínico es un contexto que demanda el manejo y reconocimiento de emociones en los profesionales del área de salud mental para que se puedan desempeñar con efectividad las tareas terapéuticas respectivas. En segundo lugar, se encontró que para estos psicólogos en formación las emociones son recursos en la persona para movilizar significados, por lo que acoger y expresar un sentimiento en consulta tiene un impacto interventivo para el sistema consultante.

Definición sobre su estilo de hacer terapia

En cuanto a la descripción que hacen los autores de la investigación sobre sus propios estilos interventivos, se recogió que este se ha ido construyendo en función del descubrimiento y la búsqueda del cambio frente a los dilemas humanos, en este caso ante la depresión. De igual modo, se reconoció que el método que emplean los psicólogos en formación para construir escenarios interventivos se ha construido a partir de sus concepciones personales sobre la emocionalidad humana y los espacios de formación académicos y personales a los cuales se han hecho partícipes. Finalmente, una de las percepciones que quedan en los investigadores tras el desarrollo del ejercicio investigativo es que cada uno construye y moldea su estilo de hacer terapia de acuerdo con el contexto donde interactúa y/o aplica sus conocimientos técnicos, por lo que de ese modo se refleja una diferencia en términos de enfoque y asertividad en el estilo de hacer terapia de los actores de investigación y el de los entrevistadores.

13. Discusión.

A continuación, se presentan aquellos elementos del estilo terapéutico mencionados por los terapeutas como emergentes en los contextos de intervención en depresión, los cuales se han visto organizados desde las mismas dimensiones de la intersubjetividad propuestas por Vizer (2003), articulando en forma de una discusión, las perspectivas de los referentes teóricos y las comprensiones realizadas en otras investigaciones. El análisis de la información se visualizó tal como lo muestra la figura 9.

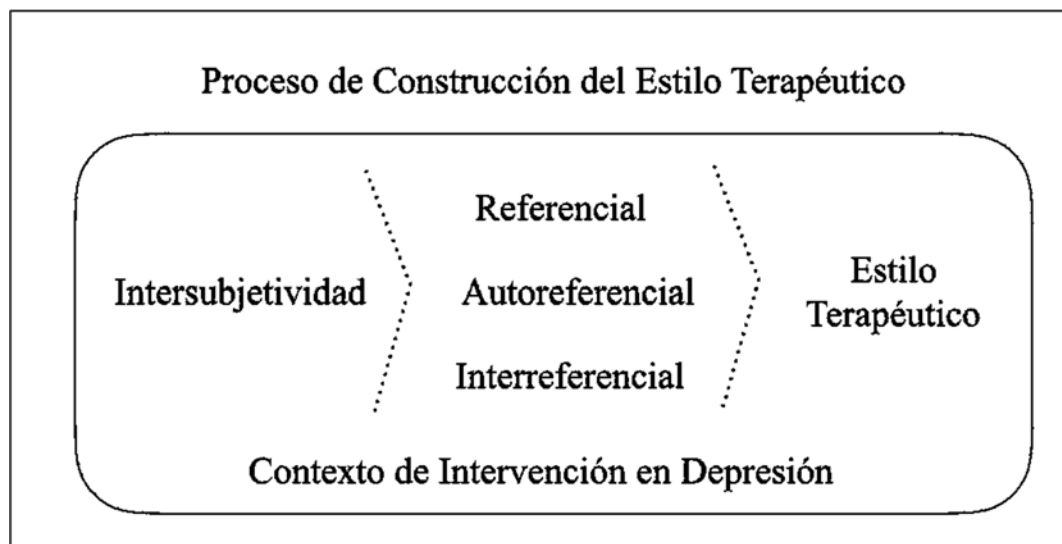


Figura 9. Diagrama de análisis de información

Con base en los planeamientos de Marcelo Ceberio y Juan Luis Linares (2006), este estudio ha logrado desarrollar comprensiones desde una perspectiva sistémica acerca del estilo terapéutico de profesionales de diferentes corrientes teóricas y epistemológicas de lo psicológico. En ese orden de ideas, fue significativo para el estudio del estilo terapéutico encontrar convergencias y diferencias entre las formas de hacer terapia de los profesionales.

Los estudios consultados acerca del estilo terapéutico han dado una perspectiva del fenómeno desde aspectos descriptivos (Martic & Muñoz, 2010; Casari, Albanés & Pia, 2013; Lee, Neimeyer y Rice, 2013; Corbella, Fernández, Saúl, García, Botella & García, 2008;

Moya, 2015; Aguirre, Giraldo, Ponce, Raigosa y Rodríguez, 2012; Moreno, Galván & Alvarez, 2015) y en algún punto desde miradas relacionales (Szmulewicz, 2003, Vilorio, 2012, Garzón, 2008, Aguirre, Giraldo, Ponce, Raigosa & Rodríguez, 2012), sin embargo, no se encontraron suficientes antecedentes que permitiesen comprender cómo las subjetividades en el contexto interventivo se construyen desde elementos identitarios de los profesionales, como el estilo terapéutico. Por tal razón, esta investigación aporta un elemento novedoso en la medida en la que se ha enfocado en el desarrollo de comprensiones desde la intersubjetividad, lo que ha permitido ampliar y reconocer algunos elementos de acuerdo con las categorías referencial, interreferencial y autorreferencial.

De igual manera, entre los antecedentes consultados, no se encuentra una relación específica entre el contexto de intervención y el proceso de construcción del estilo terapéutico, por tal razón, al situar el estudio en el contexto de una alteración psicológica como la depresión, se encuentran elementos novedosos que también hablan de la forma en la que los terapeutas hacen terapia incluso fuera de este tipo de contextos, así como de elementos específicos propios de la intervención en depresión, tal como se indica a continuación.

Dentro de los contenidos de la dimensión referencial, se logró identificar que desde la perspectiva de la intersubjetividad de Gallego (2006), los contenidos de la intervención clínica en depresión son contruidos a partir de lo que el paciente y su terapeuta comprenden sobre el problema y su solución. En ese orden de ideas, el contexto está delimitado por el contenido con el cual se construye, por lo que los conocimientos que se encuentran en el sistema terapéutico no sólo se derivan de la comunicación que hay entre ellos (Ludewig, 2008), sino que también de las percepciones elaboradas a lo largo de sus experiencias, las cuales incluyen contextos académicos (Rodríguez & Serna, 2015) como también los no académicos, tales como la familia . “...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?...” (PA48).

Como un elemento relevante para la investigación, las distinciones que hicieron los terapeutas sobre la depresión se vieron orientadas a percibirla como una reacción psicológica de una persona con un tono de tristeza tras una situación de pérdida, sin embargo, dichas comprensiones compartidas, se han hecho más complejas en la medida en que sus referentes teóricos ofrecen algunos focos explicativos acerca de la situación que vive el paciente. En relación con los estudios desarrollados acerca del Estilo Terapéutico y sus diferencias en función del enfoque teórico (Cobella, Fernández, Saúl, Botella y García, 2008), se hace visible dentro de la investigación que por medio de la categoría referencial los contenidos teóricos que construyen las formas de hacer terapia no sólo tienen puntos de diferencia, sino que también presentan convergencias en la medida en que en sus comprensiones acerca de la experiencia en depresión son usados términos sinónimos que hacen referencia a un mismo fenómeno en particular (*“es una desvitalización” PA7, “es un estado de ánimo”, PC13 “Problema de regulación emocional” PD6*).

Teniendo en cuenta que las nociones de información de los terapeutas incluyen datos, signos y valores acerca de los dilemas humanos y el contexto interventivo, y que de igual modo, estos elementos se articulan en el profesional por medio del lenguaje y la técnica (Vizer, 2009), también se identificó que los contenidos reúnen información proveniente de algunos referentes teóricos y no teóricos, los cuales son relacionados por el profesional de manera individual, concluyendo de ese modo que aunque los profesionales presenten similitudes en las descripciones sobre la depresión o que compartan posturas paradigmáticas, sus comprensiones sobre la depresión serán únicas y coherentes con su punto de vista.

En términos de las nociones de información que participan en la construcción del Estilo Terapéutico, se reconoció que estas no sólo se relacionan con aspectos nosológicos o teóricos (Ludewig, 2008) sino que también parten de la perspectiva del paciente, en la medida en que se emplea para construir escenarios terapéuticos, ya que para ellos es importante saber cómo sus pacientes perciben la depresión “*nos interesa saber qué es la depresión para él*” (PB 20). En ese orden de ideas, el problema a intervenir dentro del contexto clínico se redefine por las comprensiones que realizan los pacientes sobre lo que padecen, encontrando de forma específica que a lo largo de sus experiencias este se ha relacionado a situaciones como: crisis vitales, pérdida de un familiar, la toma de decisiones y la carencia de un reconocimiento en el entorno.

Desde la voz de los participantes, se identificó que el papel de lo sintomático pasa a un segundo plano cuando se empieza a conversar sobre el contexto en el que dicha afectación se manifiesta. En este sentido, desde las comprensiones desarrolladas a partir de los marcos paradigmáticos, específicamente desde la complejidad, se logra identificar que aquello que expresan los terapeutas, alude a un principio de eco-dependencia (Morín, 1997), entre el consultante y su entorno, lo que explica cómo lo problemático es parte de una construcción subjetiva creada a partir de las puntuaciones y distinciones sobre la experiencia vivida (Von Glasersfeld, 1996).

La anterior idea se articula, de igual modo, con la fuerte crítica que se realiza en la actualidad hacia los referentes psiquiátricos (DMS V, 2014) para entender la depresión, ya que se identificó que los terapeutas evitan el uso de explicaciones tautológicas acerca del problema a intervenir, así como el uso de lenguajes que en ocasiones patologizan a los consultantes, evitando centrarse en los síntomas y las maneras en las que estos hacen de la vida de los consultantes algo más complicado. Esta postura no busca menoscabar la importancia de los síntomas respecto a la intervención, sino que permite puntuar sobre

aspectos del contexto del consultante que para los terapeutas resultan de mayor importancia.

La terapeuta C lo clarificó de la siguiente manera:

“yo nunca parto de un diagnóstico (...) 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” (PC32)

Los referentes teóricos y conceptuales, así como los recursos interventivos (como técnicas y estrategias), empleados por los terapeutas, se han ido construyendo desde la participación de otros espacios que incluyen otro tipo de saberes además del disciplinar, por lo que en ese sentido, además de identificar contextos de formación académicos como fuentes que construyen los contenidos (Serna & Rodríguez, 2015), también los profesionales reconocieron el uso de información proveniente de otros contextos, como centros de práctica de Yoga, la familia y encuentros de conversación con colegas, los cuales representan fuentes de información que permean de igual modo las comprensiones sobre el contexto interventivo. *“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” (PA21).*

En términos de la relación que construyen los terapeutas con sus pacientes y los aspectos comunicativos que emergen alrededor de esta, es posible reconocer que para la consolidación de la relación terapéutica el profesional se acomoda al lenguaje que le propone su consultante bajo una dinámica de validación y cercanía, teniendo en cuenta que es necesario construir un contenido común que permita coordinar los intercambios comunicativos entre el profesional y su consultante, de este modo, el lenguaje expreso en contenidos define el modo de construir la relación terapéutica. A partir de lo anterior, los axiomas de la comunicación de Watzlawick y colaboradores (1981), son de gran importancia para entender cómo el contenido expreso en un mensaje, indica también el modo en el que se espera que este sea entendido.

Se comprendió que el lenguaje no verbal juega un papel significativo en los procesos comunicativos, en la medida en que aquellos aspectos controlables por los terapeutas, también son empleados estratégicamente por los profesionales como un medio para enmarcar la relación. En ese orden de ideas, se reconoce el lenguaje no verbal como parte de los elementos que hacen parte de la relación terapéutica, aspecto que no se había encontrado en otros estudios en el abordaje del estilo terapéutico o su relación con el establecimiento de un vínculo o “alianza terapéutica” (Mayo, 2015; Naya & Arias, 2012; López & Deus, 2004). Por lo anterior, el uso de gestos corporales y el manejo del espacio del consultorio, resultan ser herramientas de los profesionales que en ocasiones se emplean para trazar límites o expresar sentimientos empáticos dentro de la relación terapeuta-consultante, siendo elementos conativos de los procesos comunicacionales que imponen conductas específicas (Watzlawick, 1981). *“a veces hago silencios, a veces me inclino, o sea, utilizó mi lenguaje no verbal para que la persona se sienta bien”* (PD23).

Durante el desarrollo del estudio, se encontró la *autenticidad* como una categoría emergente de la construcción de la relación terapéutica. En ese sentido, se entiende la autenticidad como cualidad de los procesos comunicacionales en los que los contenidos emocionales y cognitivos expresados aparecen de una manera natural y genuina; siendo de igual forma, una particularidad del estilo terapéutico que ya se ha venido construyendo desde investigaciones que implementan el cuestionario EPT-C a pacientes neuróticos (Moya, 2015), encontrando que existe una relación significativa entre la comunicación emocional (función expresiva) y la “alianza terapéutica”. Se comprende en esa medida la autenticidad como una cualidad de la relación terapéutica que en experiencias de intervención en depresión se ha manifestado como prevalente en los estilos de hacer terapia de los profesionales.

“Entonces creo que es eso, ha sido una relación que les ha permitido ser como ellas les gusta ser, como querrían ser, que eso me parece lo más lindo ¿no? Como el permiso de ser tal cual soy” (PA36).”

Ahora bien, si se entiende que los elementos identitarios son sistemas conceptuales cuyos elementos se relacionan con el todo (Maturana, 1987), la comprensión del estilo terapéutico desde las dimensiones de la intersubjetividad, da cuenta de una correlación entre lo referencial e interreferencial, identificando que las pautas que definen el procedimiento de la intervención dependen de los focos de conversación que le son sugeridos a los profesionales por sus referentes teóricos; de esa misma forma, los contenidos teóricos de los terapeutas vienen a estar definidos en torno a lo que el profesional experimenta en la relación con el consultante. La postura autorreferencial de los investigadores permitió resaltar esta estrecha relación entre los contenidos y la relación terapéutica, ya que fue significativo cómo las pautas comunicacionales empleadas para un procedimiento psicológico venían a estar definidas por aquellos referentes teóricos aprendidos a lo largo de su proceso de formación y, de igual modo, se identificó cómo la información teórica terminaba siendo comprendida cuando se exponía dentro del contexto interventivo.

En cuanto a la definición de relación terapéutica de Ceberio & Linares (2006, p. 25), se logra comprender que en este juego de pautas en el que se influyen mutuamente tanto el terapeuta como su consultante, el proceso de diferenciación del profesional le permite tener claro que sus acciones dentro del contexto interventivo deben estar en función del bienestar del consultante, pues la definición de sí mismos dentro del contexto interventivo es la de acompañar aquellas experiencias de vida que le relatan sus consultantes.

Dentro de la dimensión autorreferencial se encontraron diferentes perspectivas y términos acerca del rol que desempeñan los terapeutas dentro del contexto de intervención, lo que permitió comprender cómo cada definición se articula como un elemento identitario que ha sido decantado (Linares, 1996) a través de las experiencias de intervención. En ese sentido, reconocerse como “una compañía”, “un facilitador”, “un científico” y/o una “disposición” ante contextos de intervención en depresión, resultan ser percepciones de los actores que han

permeado sus comprensiones identitarias por medio de la práctica clínica.

Las definiciones de los profesionales acerca de su rol, se ampliaron en la medida en que realizaron comprensiones de este a partir de la vivencia de experiencias en contextos clínicos y no clínicos, en los que se recogieron referentes teóricos, habilidades personales, técnicas, herramientas, entre otros elementos que se han ido articulando de manera concisa por medio de sus acercamientos al campo terapéutico. Esto, ayudó a dar cuenta sobre cómo esta articulación de experiencias clínicas y no clínicas representan un ejercicio auto-reflexivo, donde “fluyen márgenes provenientes de una identidad profesional, sujeta a continuas modificaciones provenientes de las interacciones entre los horizontes teóricos, las vicisitudes de la clínica y los propios cambios personales y profesionales del terapeuta (Garzón, 2008, p 165).

De igual modo, el estudio pudo dar cuenta de que los ejercicios de los procesos auto-reflexivos de los terapeutas en el contexto de intervención incluyen una constante revisión de elementos personales del profesional en el contexto interventivo. En ese sentido, respecto a las investigaciones de Vilorio (2012) y Garzón (2008) se identificó que otras corrientes psicoterapéuticas diferentes a la perspectiva sistémica, promueven estos procesos, claramente desde sus propios términos teóricos, como es el caso del psicoanálisis y la terapia Gestalt, que exigen a sus terapeutas el desarrollo de un acompañamiento personal como un ejercicio que permite establecer una dinámica de cuidado tanto para el profesional como para el contexto clínico. *“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”* (PB56).

Como un elemento consecuente de los ejercicios auto-reflexivos, los terapeutas identificaron el uso de estrategias de autocuidado como una forma de gestionar aquellos

elementos personales que pueden provocar intervenciones poco generativas ante los procesos de cambio de los pacientes. Frente a esto, los actores identificaron como herramientas de autocuidado, la vivencia de experiencias gratificantes, acudir a terapia, realizar análisis, auto cuestionarse sobre su propio estado y no personalizar el diálogo, vislumbrando de ese modo, la eco dependencia de los profesionales en los contextos donde realizan su práctica clínica, y la capacidad de autorganización (Morín, 1997) en su sistema individual para acomodar, analizar y manejar la información personal que pueden emerger de los ejercicios autorreferenciales.

Respecto a lo planteado por Garzón (2008) acerca de la participación de los elementos autorreferenciales en la práctica clínica, es posible afirmar que en la relación consigo mismo, los terapeutas buscan que aquellos elementos que hacen parte de su individualidad (prejuicios, emociones y valores) representen un recurso para el contexto de intervención. Por lo que en ese orden de ideas y desde una mirada recursiva compleja (Morín, 1997), los aspectos autorreferenciales emergentes de los contextos de intervención pueden ser elementos generativos a los procesos terapéuticos en la medida en que el profesional está en disposición de reconocerlos de tal forma. Un ejemplo de esto, fueron las experiencias de los investigadores en el desarrollo de sus prácticas en el área clínica, donde se reconocieron los prejuicios y límites como caminos para hacer visible la individualidad de las personas.

Ahora bien, en cuanto al estilo terapéutico se ha encontrado que desde los distintos niveles de análisis ha sido posible comprender cómo se construye el estilo terapéutico a partir de esos marcos de referencia individuales, que cada uno de los profesionales aplica a su modelo de su psicoterapia (Ceberio y Linares, 2006), por lo que de ese modo el estudio cumplió con el objetivo de descomponer dicho sesgo en relaciones complejas entre los contenidos del contexto interventivo, la forma de la relación entre paciente-terapeuta y las definiciones acerca del rol que cumplen los terapeutas en la práctica clínica.

Dentro del estudio de la relación entre estos tres elementos, se reconoció que la naturaleza del estilo terapéutico cumple con las tendencias de la hipercomplejidad (Morín, 1997), pues los profesionales narraron experiencias de su historia personal que iban configurando una estructura cada vez más compleja de aprendizajes, ya sean desde órdenes teóricos como también desde los prácticos *“A través como de diferentes circunstancias de la vida me fui encontrando con las que en su momento eran, como terapias alternativas (...) y empecé a profundizar en eso y por eso me encontré con lo sistémico”* (PC5). En ese sentido, se identificó que el estilo terapéutico incrementa sus niveles de complejidad cuando los profesionales se acercan e interactúan en las múltiples situaciones que les pueden ofrecer los escenarios clínicos y no clínicos.

Una de las hipótesis de los investigadores consistía en encontrar un estilo terapéutico específico para la intervención de situaciones asociadas a la depresión, sin embargo, esta concepción se descartó cuando los profesionales reconocieron las experiencias de intervención en depresión como situaciones que hacen parte de la formación clínica y que permiten la construcción de elementos que abarcan otros contextos clínicos, no sólo los de 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”* (PC50). Bajo esos términos se comprende que aquella manifestación del terapeuta en el contexto interventivo (en este caso el de la depresión) denominado Estilo Terapéutico (Ceberio y Linares, 2006) no trabaja en función de una alteración psicológica específica, sino que el contexto interventivo de depresión representa la oportunidad para que el profesional amplíe y construya sus contenidos acerca de lo psicológico y sus implicaciones interventivas.

La construcción del estilo terapéutico en experiencias de intervención en depresión, ha invitado tanto a los profesionales como a los investigadores, a reconocer el aspecto emocional y sus posibles variaciones, como un elemento que hace parte de las comprensiones de lo

psicológico y el proceso clínico, por lo que de esa forma los interventores clínicos partiendo de estas claridades organizan y ejecutan sus acciones que logran acoger los relatos emotivos de sus pacientes cuando se consulta por un problema, como el de la depresión. Frente a esto, los investigadores lo aludieron de manera autorreferencial *“la depresión han invitado a los investigadores a pensar que también han construido el concepto de la depresión desde la manifestación de elementos observables en los comportamientos de sus consultantes” (EB)*

En relación con el reconocimiento emocional en el campo terapéutico, algunos estudios (Wright y Davis, 1994; Moya, 2015) denotan que las personas que tienen depresión prefieren terapeutas que sostengan una conversación emocional y que inyecten motivación y esperanza a la situación, no obstante, el estudio da cuenta de una diferencia entre la perspectiva de los pacientes acerca de sus terapeutas y la perspectiva desde el estilo terapéutico del contexto interventivo, ya que este reúne aquellas las comprensiones y prácticas que les permite a los profesionales manifestarse de tal modo.

A continuación, se presentan de forma breve las comprensiones construidas de la discusión entre los resultados del estudio y los marcos referenciales sobre los cuales se ha operado la investigación del Estilo Terapéutico en las tres dimensiones de la intersubjetividad.

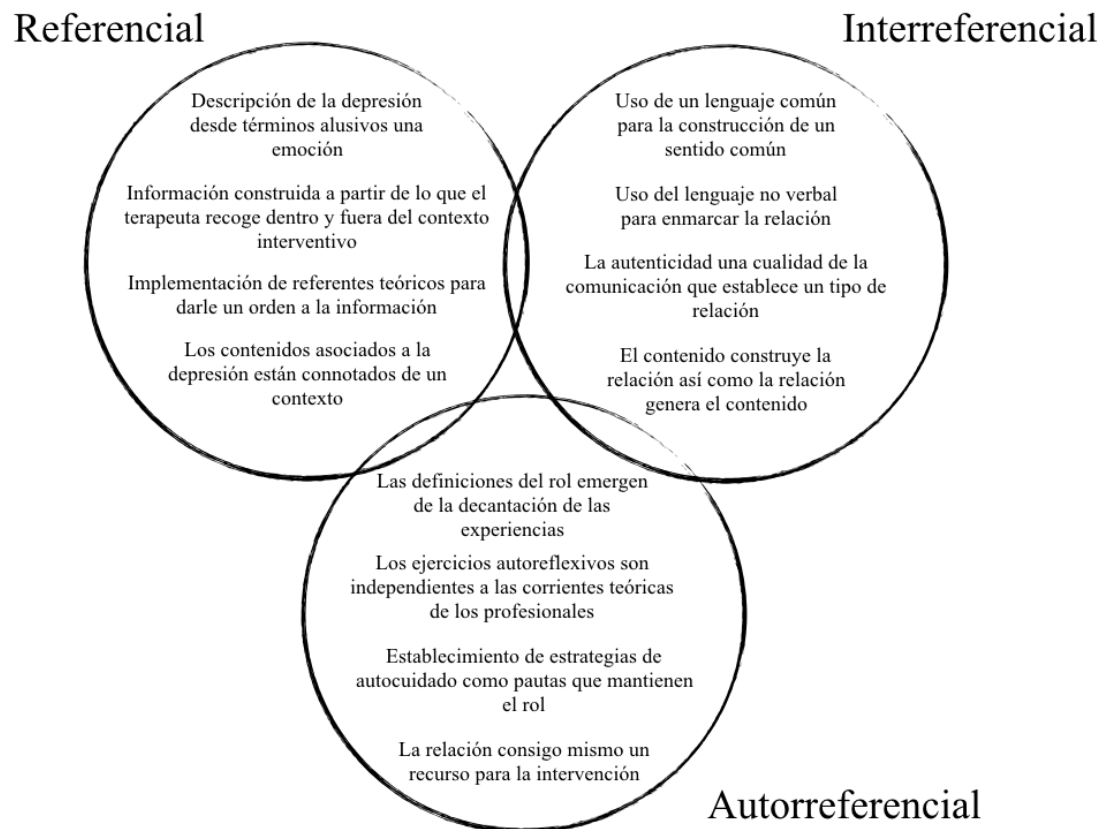


Figura 10. Comprensiones emergentes de la discusión desde las dimensiones de la intersubjetividad

De igual modo, se presentan las conclusiones generales obtenidas de las convergencias y divergencias entre los autores que orientaron la investigación y el Estilo Terapéutico, desde una mirada intersubjetiva bajo un contexto de intervención en depresión.

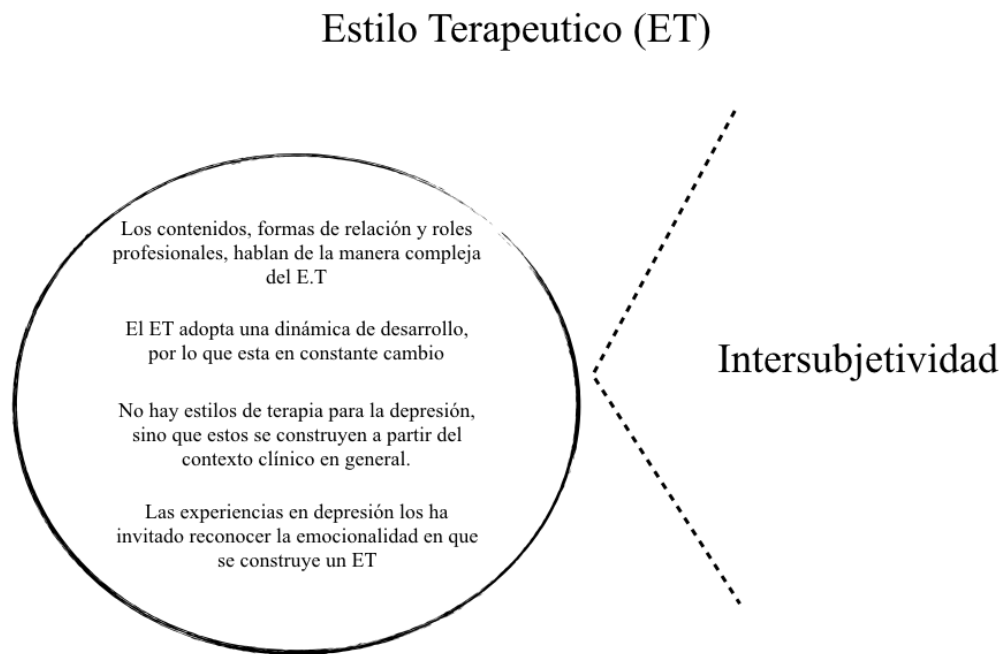


Figura 11. Comprensiones emergentes de la discusión acerca del estilo terapéutico

14. Conclusiones

A partir de lo anteriormente presentado, a continuación se enuncian las conclusiones del estudio:

1. Aquellos contenidos que conforman el contexto interventivo, la forma en la que se relaciona el profesional con su sistema consultante y sus percepciones acerca del sí mismo, son las representaciones identitarias del profesional que en conjunto integran la construcción de su estilo terapéutico.
2. El estilo terapéutico es un aspecto de la identidad del profesional que está sujeto a las dinámicas de la complejidad, en el sentido de que cada vez se van incluyendo más elementos en la medida en que su experiencia lo invita a relacionarse con los demás, otorgándoles un sentido a estos para su práctica y aplicándolos en función de aquello que él define como pertinente para proceso clínico.
3. La construcción de un estilo de hacer terapia no está en función de las alteraciones

psicológicas o problemáticas que el profesional atiende, sino que ésta se estructura a partir de las comprensiones que el terapeuta desarrolla sobre lo psicológico (conductas, emociones, procesos cognitivos y formas de relación) y lo terapéutico (comprensión del cambio) más allá de un contexto de intervención en depresión.

“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 (...) qué está sucediendo con este ser humano en este momento de su vida” (PA19).

4. Las experiencias de intervención en depresión son posibilidades para que el estilo terapéutico visibilice el aspecto emocional de los seres humanos, reconociendo a través de la práctica clínica, la manifestación de diferentes estados del ánimo que en algunas circunstancias requiere una intervención terapéutica.
5. Los contenidos de los terapeutas acerca de lo que comprenden por depresión, están orientados a unas descripciones que hablan de la manifestación del componente emocional de las personas en sus experiencias de intervención. De ese modo, las intervenciones en depresión representan posibilidades para que el estilo terapéutico visibilice el aspecto emocional de los seres humanos, reconociendo a través de la práctica clínica, la manifestación de diferentes estados del ánimo que en algunas circunstancias requiere una intervención terapéutica.
6. Los contenidos que definen el estilo de hacer terapia incluyen dos aspectos fundamentales: los relatos del consultante y las visiones del profesional respecto a lo terapéutico. Esta información se organiza en un constante proceso dialógico que define la pertinencia y relevancia de la información en la que se enmarca el contexto interventivo.
7. Los referentes teóricos de los profesionales son focos explicativos que permiten organizar la información que emerge en la interacción terapeuta-paciente, participando de igual modo como rutas o caminos que facilitan el trabajo clínico.

Lo anterior permitió identificar la correlación que se halla en el estilo terapéutico entre los contenidos y la relación terapéutica, asumiendo que sin contenido no hay relación y sin relación no podrá haber contenido.

8. Una de las características del estilo de hacer terapia en depresión, es la capacidad de los profesionales para adaptarse al lenguaje de sus consultantes, para lograrlo se requiere de una postura de validación frente al relato del consultante, concibiendo sus narraciones como legítimas para la relación terapéutica. Ahora bien, para llegar a dichas emociones o percepciones legítimas, se reconoce la autenticidad como la cualidad de los procesos comunicacionales que se emplea para enmarcar una relación en la que se acoge y valida aquello que es expresado en consulta.
9. Las definiciones que hacen los terapeutas acerca de su estilo terapéutico implican una “decantación” de las experiencias en las que se han visto expuestos a lo largo del tiempo dentro de contextos clínicos como no clínicos. Por lo que, en ese sentido, se reconoce que los profesionales realizan ejercicios auto-reflexivos que son independientes a sus corrientes teóricas y son aquellos los que le permiten realizar dicho proceso de decantación.
10. En las relaciones consigo mismo, los profesionales identifican aquellos recursos personales que les son pertinentes para sus intervenciones clínicas. Por otro lado, esos otros elementos que no favorecen el ejercicio terapéutico y que son reconocidos de igual forma por el profesional como partes de su identidad, pueden ser manejados por estrategias de autocuidado que cumplen con la función de darle permanencia al rol de terapeuta en el contexto interventivo.

15. Aportes, Limitaciones y Sugerencias

Se considera como uno de los principales aportes del estudio la realización de un abordaje cualitativo acerca del estilo terapéutico que enriquece las comprensiones acerca del tema, teniendo en cuenta que gran parte de los antecedentes consultados ofrecen comprensiones sobre resultados cuantitativos (Lopez & Deus, 2014; Moya, 2015; Corbella, Fernandez, Saúl, García, Botella & García, 2008; Lee, Neimeyer & Rice, 2013; Casarl, Albanesi, Marinstany & Ison, 2016; Casarí, Albanes & Pia, 2013; Castañeiras, Ledesma, García & Fernandez, 2008). En ese sentido, los resultados de esta investigación abren la posibilidad de conocer particularidades que caracterizan la forma en la que emerge el estilo terapéutico. De igual manera, se han identificado cualidades que no sólo aplican para contextos clínicos interventivos específicamente asociados a la depresión, dada la complejidad del fenómeno, sin embargo, se logran concluir características específicas de este proceso de emergencia.

El hecho de realizar un estudio de carácter cualitativo acerca del estilo terapéutico en contextos de depresión representó de igual modo una limitación, ya que las comprensiones elaboradas desde la intersubjetividad acerca de este fenómeno pudieron haberse ampliado si se hubieran recogido experiencias de los profesionales en diferentes contextos clínicos, además de la depresión. Por lo que, dicho de ese modo, las investigaciones futuras pueden orientarse a comprender cómo emerge el estilo terapéutico de psicoterapeutas que desarrollan intervención en diferentes escenarios clínicos.

Para los terapeutas e investigadores, el proceso investigativo representó la posibilidad de crear un espacio de reflexión acerca de su práctica profesional, así como de enriquecimiento a partir del conocimiento de las formas de intervenir que desarrollan otros profesionales en un contexto clínico asociado a la depresión.

“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” (PC150).

Ahondando en los aportes del estudio para los investigadores, no sobra mencionar que la metodología de segundo orden facilitó que los psicólogos en formación construyeran nuevas comprensiones acerca de su propio estilo de hacer intervención y por medio de las comparaciones que los investigadores desarrollaban con los profesionales clínicos, se lograron vislumbrar algunas singularidades en la manera como cada uno empieza a construir las maneras de organizar su propio escenario interventivo, como por ejemplo, en el hecho de reconocerse como sujetos que acompañan situaciones de la vida de las personas y agentes de regulación social.

En esa medida, la metodología también pudo verse como una limitación, ya que el desarrollo del ejercicio, en un principio, planteaba escenarios grupales que permitieran la emergencia de comprensiones, discusiones y conclusiones grupales, que no sólo se enfocaran en el punto personal de cada uno sino también en las generalidades a las cuales se puede llegar para hablar del estilo terapéutico en depresión. Es de ese modo, que no se descarta la opción de convocar de nuevo a los profesionales y desarrollar grupos focales en los que se puedan precisar los puntos de convergencia y distancia manifestadas por los terapeutas en las formas de hacer terapia.

Así mismo, la investigación se presta para empezar a dar cuenta de la posibilidad de generar canales que generen conexiones a nivel epistemológico y paradigmático en términos de las comprensiones que se hacen sobre los dilemas humanos. De igual forma, los terapeutas realizan un aporte al ejercicio de la psicología como un contexto interventivo que toma distancia de las categorías nosológicas del DSM V o CIE 10, pues reconocen que hay una diferencia interventiva cuando sólo se describe una problemática a cuando se trazan

explicaciones causales o circulares que favorecen procesos de cambio en la vida del consultante.

En relación con las posturas de los profesionales ante lo psicopatológico, los investigadores se cuestionaron acerca de cómo se daría la construcción del estilo de hacer intervenciones en profesionales de la salud que comparten las nociones nosológicas de los dilemas humanos, tales como psiquiatras o neuropsicólogos; preguntándose ¿cómo es el estilo de hacer intervención de otros profesionales de la salud, además de los psicoterapeutas? ¿Existe otro tipo de relación entre los estilos de intervenir y los contextos de depresión, ansiedad, psicosis, entre otros?

Se identificó que otra de las limitaciones de la investigación se vio en términos de que los participantes con quienes se desarrolló el estudio presentan algunas características homogéneas, como la implementación de ejercicios clínicos desde una manera independiente, la participación como docentes en contextos universitarios y la realización de actividades de investigación. Por lo que, pese a que estas características enriquecen la discusión, también se reconoce que la homogeneidad de la muestra puede dejar a un lado la posibilidad de incluir elementos comprensivos de otros profesionales que no pertenecen a este tipo de contextos y/o realizan sus prácticas clínicas desde otras modalidades laborales.

15. Referencias

- Alvarez, C. & Fabián, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28(1), 2-5. Recuperado de:
http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.pdf
[Consultado el 26 Jun. 2017].
- Arnold, M & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta moebio*, (3), 40-49.
- Beebe, B., Sorter, D., Rustin, J. & Knoblauch, S. (2003). Una comparación entre Meltzoff, Trevarthen y Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(6), pp.777-804. Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000291>.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. New York, Estados Unidos: George Braziller.
- Campoy, T. & Gomes, E. (2009). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. En: A. Pantoja. (ed.), *Manual Básico para la realización de Tesinas, Tesis y Trabajos de Investigación*, (pp.275-280). Madrid, España: Editorial EOS
- 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.
- Caro, A. (2002). El paradigma de la complejidad como salida de la crisis de la posmodernidad. *Revista Discurso*, 16(17), 1-14.
- Carroll, F; (2009). The Pitchfork Princess. Transforming the Torment of Shame. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2) 260-267. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891007>.

- 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.
- Casarl, L., Albanés, S. & Pia, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Revista Psicogente*, 16, 133-142. Recuperado de:
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/download/307/304>.
- 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*, 26(1), 5-13. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526101>.
- Ceberio, M. & Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61 - 71.
- 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), 125-133.
- Corbella, S., Fernández, H., Saúl, L., & Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 281 - 289.
- Congreso de Colombia. (6 de septiembre de 2006). *Artículo 1, 2. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. (ley 1090 de 2006). Recuperado de:

http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006_actualizada_junio_2015.pdf

Díaz-Bravo, L; Torruco-García, U; Martínez-Hernández, M; Varela-Ruiz, M; (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7) 162-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>

Estupiñán, J; (2005). Psicoterapia sistémica, psicología y responsabilidad social: la hipótesis de la convergencia entre sabiduría y conocimiento técnico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2) 227-237. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910211>

Estupiñán, J. y González, O. (2015). *Narrativa conversacional, relatos de vida y tramas humanos*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.

Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Díaz de Neira, M., & García, M. (2011). "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 31(111), 457 - 475.

Gallego, S. (2006). *Comunicación Familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.

Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 4(1), 159-171.

Giraldo, C., Aguirre, M., Ponce, E., Raigas, F. & Rodríguez, R. (2012). *El estilo terapéutico. Entre la realidad del ser y el saber* (tesis). Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1391/131_Aguirre_Martha_Cecilia_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 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.
- Hernández, Y. & Galindo, R. (2007). El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. *Revista Espacios Públicos*, 10(20), 228-240. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67602012.pdf>
- Ibáñez, J. (1998). *Nuevos avances en la investigación social*. Barcelona, España: Proyecto A Ediciones.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- 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), 323-345.
- López, W. (2013). El estudio de caso: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 13(56), 139-144. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
- López, M. & Deus, J. (2014). Alianza terapéutica, sintomatología y personalidad según la teoría de Cloninger. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, (111), 24 - 33.
- Machuca, A. (2008). *La identidad profesional los sociólogos*. (Tesis de maestría). Facultad latinoamericana de ciencias sociales, México D.F, México. Recuperado de: http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/machuca_ae.pdf
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de investigación científica. *Pensamiento y gestión*, (20), 165-193. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>.

Matriz, D. & Muñoz, J. (2010). *Hacia la construcción de personajes terapéuticos* (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Maturana, H. (1996). “Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga”. En M. Pakman (Ed). *Construcciones de la experiencia humana*. (51 – 138). Barcelona, España: Gedisa

Mardones, M. (s.f.). Intersubjetividad. Psicomisabel. Recuperado de:

<http://www.psicomisabel.cl/index.php/81-articulos/91-intersubjetividad> [Consultado el 24 Oct. 2016].

Mejía, J. (2002). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Cinta Moebio*, 14, 200-225. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/14/mejia.html

Moya, L. (2015). *Influencia del estilo personal del terapeuta en la calidad de la alianza* (tesis). Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, Madrid, España. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1040/1/TFM000113.pdf>.

Morín, E. (1997). *El método. Las ideas*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.

Morín, E. (1997). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.

Morin, E. (2006). *El método. La ética*. Madrid, España; Ediciones Cátedra.

Navarrete, Z. (2008). Construcción de una identidad profesional. *Revista mexicana de investigación educativa*, 13(36), 143-171.

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.

- Niño, J. & Rodríguez, D. (2006). Marco comprensivo para el estudio de los procesos de formación de terapeutas. *Revista Diversitas*, 2(1), 42-54. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000100004.
- Noya, F. (1995). “Metodología, contexto y reflexividad. Una Perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social”. En J. Delgado & J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp 119). Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pakman, M. (1995). “Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista”. En J. Delgado & J. Gutiérrez (Ed.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp 361). Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.
- Paiva, A. (2004). Edgar Morín y el Pensamiento de la Complejidad. *Revista de Ciencias de la Educación*, 1 (23), 239-253.
- Rizo, M. (2007). Intersubjetividad, Comunicación e Interacción. Los aportes de Alfred Schütz a la Comunicología. *Razón y Palabra* (57). Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n57/mrizo.html>
- Rodríguez, D. & Serna, A. (2015). *Modelos de Aprendizaje y Cambio*. Bogotá, Colombia: Ediciones USTA.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso. *ChilNeuroPsiquiat Revista*, 51(1), 61-69. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n1/art08.pdf>

- Tarride, M. (1995). Complejidad y sistemas complejos. *Manguinhos*, 2(1), 49-54. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v2n1/a04v2n1.pdf>
- Vizer, E. (2003). *La trama (in)visible de la vida social*. Buenos Aires: La crujía, pp.191-192.
- Vizer, E. (2009). Un modelo tridimensional de la comunicación. Mediatización y la doble faz de la(s) realidad(es) social(es). *Meditaciones Sociales*, (5). Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/mediars/MediacioneS5/Indice/Vizer2009/vizer2009.html>
- 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*. (tesis de magister). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Von Glasersfeld, E. (1996). “Aspectos del constructivismo radical”. En: M. Pakman, (Ed.), *Construcciones de la experiencia humana* (pp 25). Barcelona, España: Gedisa.
- 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. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01330.
- Watzlawick, P., Jackson, D. & Beavin, J. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Watzlawick, P. (2003). *¿Es real la realidad?* Barcelona, España: Gedisa.
- Web, a. (2016). COLPSIC - Colegio Colombiano de Psicólogos. Colpsic.org.co. Recuperado de: <http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/preguntas-frecuentes/24>
- Wright, J. & Davis, D. (1994). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy: Patient Perceptions and Therapist Responses. *Cognitive and Behavioral Practice*

Journal, 1, pp.25-45. Recuperado de:

<http://web.comhem.se/u68426711/22/WrightDavis1994TherapeuticRelationshipCognitiveBehavioralTherapyPatientPerceptionsTherapistResponses.pdf> [Consultado el 6 Oct. 2016].