

CAPÍTULO III



EMOCIONES DEL TERAPEUTA

Introducción

*Angélica García Zapata
Mireya Ospina Botero*

Las emociones del psicólogo o la psicóloga en el contexto clínico representan un componente fundamental que puede influir significativamente en el proceso terapéutico. Aunque la labor profesional de quienes se dedican a la psicología se caracteriza por la aplicación de principios éticos, conocimientos teóricos y habilidades técnicas, la dimensión emocional del profesional también es determinante para el éxito de la intervención. El impacto que las emociones tienen en el trabajo del terapeuta no debe ser subestimado. Al contrario, requiere un análisis profundo y una gestión consciente, puesto que estas emociones emergen y evolucionan en la interacción con los pacientes, lo que moldea la relación terapéutica (Hernández y López, 2020).

La regulación emocional del(a) psicólogo(a) en la práctica clínica se vuelve, por tanto, una competencia clave que debe ser cultivada y mantenida. En este contexto, el autocuidado emocional y el desarrollo de estrategias para manejar el estrés, la contratransferencia y las posibles reacciones emocionales en las sesiones son esenciales para asegurar una práctica profesional efectiva. Estas habilidades no solo protegen al terapeuta de posibles efectos adversos relacionados con la carga emocional de su trabajo, sino que también optimizan su capacidad para ser un facilitador del cambio y el bienestar del paciente (Gómez y Silva, 2019).

La contratransferencia, entendida como la reacción emocional del terapeuta frente al material que el paciente trae a las sesiones, es uno de los aspectos más estudiados en relación con las emociones del profesional. Este fenómeno, que puede ser tanto un recurso terapéutico como un desafío ético y práctico, demanda un proceso constante de autorreflexión y supervisión. La capacidad del terapeuta para reconocer y manejar sus emociones en situaciones de alta carga emocional resulta clave para

establecer límites adecuados, prevenir el desgaste profesional y fomentar una relación terapéutica ética y segura (Méndez *et al.*, 2021).

En este sentido, las emociones del psicólogo o la psicóloga no deben considerarse un obstáculo o algo a ser reprimido, sino una parte integral de su identidad profesional. Al manejar conscientemente sus emociones, el terapeuta logra ser más empático, auténtico y presente en la relación terapéutica, lo que contribuye a generar un espacio de confianza y colaboración. Este capítulo explora cómo las emociones influyen en el quehacer del terapeuta, desde los desafíos que imponen hasta las oportunidades que ofrecen para enriquecer la práctica clínica y promover el crecimiento profesional.

Este conjunto de textos explora la relevancia de las emociones y la relación terapéutica en la psicología clínica, lo que destaca la alianza entre terapeuta y paciente para generar un cambio profundo. Desde el siglo XIX, se ha demostrado que cualidades como la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del terapeuta son cruciales para el éxito terapéutico. Además, varios relatos personales abordan cómo experiencias de vida, valores familiares y desafíos individuales motivaron a los autores a estudiar psicología.

Los documentos reflexionan sobre el impacto del contexto personal en el desarrollo profesional, mostrando cómo la introspección y el autoconocimiento fortalecen la práctica clínica. Se reconoce el desgaste emocional y el riesgo de la contratransferencia, y se resalta la importancia de la ética y la necesidad de gestionar los propios afectos para ejercer la psicología de forma responsable. Inspirados en la filosofía y la experiencia práctica, los practicantes subrayan que el autoconocimiento no solo es clave para el terapeuta, sino también un proceso de crecimiento personal que permite una mejor comprensión del sufrimiento humano. La formación continua y el cuidado de la salud mental son vistos como esenciales para mantener la motivación y la disposición para apoyar a otros de manera genuina y efectiva en el entorno clínico.

Referencias

- Gómez, A., y Silva, M. (2019). Regulación emocional en la práctica clínica: Estrategias y desafíos del psicoterapeuta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 215-226.
- Hernández, C., y López, D. (2020). *La dimensión emocional del psicólogo clínico: Implicaciones y abordaje en la terapia*. Editorial Psicología Integral.
- Méndez, R., García, P., y Soto, L. (2021). Contratransferencia y regulación emocional en psicoterapia. *Psicología Hoy*, 56(4), 125-143.

La relación terapéutica: terreno de abono para la práctica clínica

Rodrigo Mazo Zea

En el ámbito de los servicios sanitarios en general, y de la psicología clínica en particular, la relación terapéutica constituye el dispositivo de base para el favorecimiento de los procesos de intervención. Es un elemento de base que se construye a partir del contacto interpersonal entre paciente y terapeuta, y que permite el establecimiento de una alianza terapéutica necesaria para favorecer el desarrollo de las actividades propias del proceso y la participación activa de las personas implicadas en este.

Con el paso del tiempo se ha ido esclareciendo que, para ser psicólogo y concretamente para ser psicoterapeuta, se requieren unas ciertas características personales que no siempre se pueden aprender en los libros o las universidades. Es decir, son asuntos que tienen que ver con las actitudes con que se asuma el rol profesional, que se basan en el vínculo interpersonal que se crea entre el terapeuta y su paciente. Como propone Monserrat (2023), esta relación se fundamenta en la comprensión, aceptación y confianza, lo cual hace que sea mucho más fácil para el paciente exponer lo que siente en su interior sin sentirse juzgado o señalado por el profesional.

El estudio de la relación terapéutica ha hecho parte del desarrollo teórico e investigativo en el campo de la psicología clínica desde el siglo XIX. Los estudios acerca de la relación terapéutica sugieren que su comprensión se sustenta desde las bases epistemológicas y conceptuales de cada paradigma, por lo que, desde los distintos modelos de la psicología clínica, se hacen propuestas diferentes al respecto (Arango y Moreno, 2009).

Para Vara-González (2022), “la relación terapéutica debe entenderse como un trabajo de equipo en el que tanto el psicólogo como el paciente se involucren y apunten al mismo fin: cambiar juntos”. (p.39) Desde esta perspectiva, la colaboración mutua aumenta las probabilidades de éxito terapéutico, al punto de afirmarse que, sin una sólida alianza terapéutica, no es posible fomentar una adecuada adherencia al tratamiento.

Sentirse comprendido, valorado y aceptado por el terapeuta es la base para el éxito terapéutico. La focalización de la atención del terapeuta en el paciente, con una actitud abierta, cálida y cercana, favorece de manera positiva el proceso de intervención (Castillero, 2018). El paciente necesita confiar en el profesional, para poner en escena aquellos asuntos de su vida personal que, en otros contextos, prefiere ocultar o camuflar, al no sentirse plenamente escuchado ni entendido.

Lazarus (2000) plantea que cuando un paciente llega a consulta, usualmente se encuentra en un momento de malestar que le impide ver soluciones a sus conflictos, lo que le dificulta reconocer aspectos buenos o sanos con los que podría contar para la superación de tal malestar. La terapia debe buscar que el paciente tome conciencia de sus distorsiones y de sus estilos de afrontamiento, a fin de que pueda generar nuevas respuestas a las situaciones desagradables con las que debe enfrentarse en su vida cotidiana, y de este modo, extender dichas respuestas a las circunstancias que le están generando su motivo de consulta. Esto se logra con el establecimiento de nuevas atribuciones de significado y nuevos puntos de vista sobre sí mismos y las situaciones en las que se están viendo inmersos

La relación o alianza terapéutica es un elemento básico para cualquier tipo de intervención. Riso (2006) plantea que dentro del espíritu del *empirismo colaborativo* la participación del paciente en el tratamiento es imprescindible para alcanzar las metas terapéuticas, lograr una adecuada conceptualización del caso clínico y facilitar la adherencia del paciente al tratamiento.

La psicoterapia, según Jerome Frank (citado en Kleinke, 1995), es una interacción entre dos personas: “un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre” (terapeuta y paciente). Entre ellos se establece una relación cargada de emoción y de confianza, y con ella se busca aliviar el malestar y el sufrimiento de aquel que consulta. Es decir, a partir de la relación terapéutica, se debe generar la condición que le permita al paciente empezar a generar cambios en su vida. Se hace evidente que la relación terapéutica tiene una vital importancia en el desarrollo del proceso clínico, pues en ella se fundarán las interacciones entre terapeuta y paciente. La alianza terapéutica es un tipo de relación especial, en tanto diferente, pues se rige por ciertos principios que no estarían presentes en ninguna otra relación; por ejemplo, de amistad.

En la relación entre terapeuta y consultante se exploran las necesidades, problemas y dificultades del paciente. Se trata de un contrato, un servicio que presta el terapeuta al paciente, quien le confía su realidad con el deseo de explorar sus propias dificultades, sin el interés de conocer la vida personal del terapeuta. Sin embargo, este encuentro interpersonal sí genera reacciones en el terapeuta; se activan en él pensamientos, emociones, creencias y hasta distorsiones cognitivas, pero debe cuidarse de que no se conviertan en variables que afecten el desarrollo de la intervención, no las debe poner de manifiesto en el encuentro con su paciente sino que las evalúa, las confronta y la interviene para sí.

No obstante, en ocasiones, puede recurrir a la autorrevelación de sus pensamientos y vivencias de su vida personal, como medio para el favorecimiento de la identificación con el paciente (Ellis, 1999). Se puede decir entonces que la relación terapéutica es una relación *bipersonal* con unilateralidad de intereses, cuyo foco es el paciente, en la que el terapeuta tiene la posibilidad de utilizar sus experiencias personales en bien del proceso, poniendo en escena asuntos de su propia realidad (Mazo, 2011).

La relación terapéutica se delimita en el tiempo y en el espacio, pues alcanzados los logros que se fijan terapeuta y paciente, la relación se disuelve.

Siempre los encuentros de psicoterapia estarán ligados a un espacio físico y a un momento, cosa que no ocurre en las relaciones de amistad, lo que permite el mantenimiento de límites en la interacción; es decir, permite que la atención de ambos sujetos permanezca en la búsqueda de la resolución de los conflictos del paciente. Al conseguir esto se terminan los encuentros y solo se reanudarán en el momento en que se requiera realizar seguimiento o se desee iniciar un nuevo proceso terapéutico.

A menudo, el paciente tiene unas expectativas sobre la terapia que se alejan de la realidad (o de lo que puede hacer el terapeuta), como, por ejemplo, la concepción de que las cosas cambiarán únicamente por el hecho de asistir a las sesiones terapéuticas (Guerri, 2023). Las actividades realizadas en el proceso deben ser acordes con las necesidades y problemáticas del paciente, quien debe entender cuál es su compromiso en la terapia; al fin y al cabo, él es su propio agente de cambio.

Según Safran y Segal (1994), como parte fundamental para el proceso de cambio en el paciente, la relación terapéutica, en el marco de un proceso clínico, debe propender por unos aspectos básicos, a saber:

- Que el terapeuta se ocupe de su posición frente al paciente, que cuide la relación, favoreciendo el cumplimiento de los ejercicios y las tareas propuestas al paciente en su tratamiento.
- Una formulación del problema específico y su tratamiento que le permita al paciente entender cómo se dará su proceso terapéutico y generar sanas expectativas respecto de este.
- Que el terapeuta se convierta en un congruente modelo de rol para el paciente, mostrándose como un ser humano que también comete errores, a la vez que está dispuesto a afrontarlos y a asumir las consecuencias de sus acciones.
- Participación activa del paciente, dentro del empirismo colaborativo que debe caracterizar la relación terapéutica.

- Que la interacción entre paciente y terapeuta sirva como manifestación del problema con el fin de hacer la evaluación de las conductas problemáticas y así llegar al cambio dentro y fuera de la sesión.

Encuentro de dos sujetos interactivos en psicoterapia

Hasta ahora, la relación terapéutica se ha definido como un encuentro entre dos sujetos activos y proactivos frente a la realidad. Entender las características, roles y asunciones de cada uno de ellos permite comprender mejor la relación terapéutica como un proceso de interacción humana en el contexto de la intervención.

El terapeuta: Rivière (1987) plantea que

El terapeuta es un sujeto activo frente al conocimiento. Sin algún mecanismo de comparación, y por tanto de conservación de información, el organismo no podría establecer ni las invariancias perceptivas más elementales y estaría sometido a la esclavitud de lo particular. (p.45)

En esta medida, el terapeuta es un sujeto activo que debe estar constantemente organizando, desde su realidad, los datos suministrados por el paciente, con el fin de ayudarlo a reacomodar sus percepciones y así mejorar su estado de salud mental o las dificultades que se le están presentando en un momento determinado.

Además de prestar atención a lo que le pasa al paciente, el psicoterapeuta debe estar muy atento a sus propias emociones, sus propias sensaciones y a sus pensamientos. Todo esto también va a ser una herramienta muy poderosa que puede utilizar el terapeuta en beneficio del proceso de intervención (Reyes, 2021).

Siguiendo la línea de que el terapeuta debe estar atento a los datos que proporciona el paciente con el fin de lograr la conceptualización clínica del problema (Beck, 1976, 1995), es preciso hablar de las actitudes que

debe poseer para el adecuado desarrollo de la relación. Las siguientes como las tres características básicas en el terapeuta que favorecen la relación terapéutica (Rogers, 1972, Safran y Segal, 1994):

Autenticidad: Mantener el lugar como terapeuta, sin sesgos prejuiciados ni influencia del propio estado de ánimo, sentimientos o necesidades. Esto se conoce como comportamiento de rol y debe estar acompañado de palabras y comportamientos no verbales congruentes con los sentimientos compartidos con el paciente. Además, la autenticidad también abarca espontaneidad al momento de expresarse y la permanencia en un estado de apertura a la experiencia que el paciente pueda presentar en cualquier momento del proceso. De este modo, el paciente sentirá la confianza básica para vincularse en el proceso y se asegura el empirismo colaborativo que requiere la terapia.

Empatía: La empatía hace referencia a la capacidad del terapeuta para compartir la experiencia subjetiva del paciente, para comprender sus estados emocionales y explorar los efectos de su modo de procesar la información sobre la vida del paciente. La empatía puede ser afectiva, si se experimentan los estados de ánimo del paciente, o cognitiva, cuando se trata de entender la manera en que el paciente piensa y responde ante los acontecimientos de su vida. Es decir, la empatía tiene que ver con la capacidad que tiene el terapeuta para comprender la percepción del mundo que tiene su paciente, manteniendo su rol y sin confabular con su paciente, pues esto arruinaría el proceso. No debe confundirse la empatía con la simpatía, pues esto conduce a la pérdida de rol y afectaría negativamente el proceso, ya que se estarían vinculando prejuicios y emociones personales del terapeuta que no tiene lugar en una adecuada relación de terapia. A este respecto, Mazo (2003) propone que el terapeuta se implica en el caso sin involucrarse en la toma de decisiones del paciente, es decir, comprende lo que le ocurre al paciente, pero no asume los problemas de este como suyos.

Aceptación positiva incondicional: Reconocer siempre y ante todo la dignidad del paciente, valorándolo como un ser que tiene capacidades (y

no sólo las dificultades que lo llevan a consultar), un sujeto con el cual se está dispuesto a trabajar para conseguir las metas fijadas al inicio de la terapia. Corresponde al terapeuta afirmar a la persona de su paciente (no solo verbalmente, sino con comportamientos y actitudes) sin compadecerse ni recriminarle por su irracionalidad o trastorno. Siempre el paciente será aceptado, aun cuando sea necesario recurrir a fuertes confrontaciones para ayudarlo a modificar sus pensamientos, emociones o comportamientos. No debe perderse de vista que la labor del terapeuta no es la de juzgar o decidir qué es lo que está bien o mal para el paciente, su labor es la de permitirle reconocerse en sus distorsiones y respuestas maladaptativas para que, a través del *insight*, sea el paciente mismo el que elija lo que hará con su vida. Actuar como el validador autorizado de la experiencia del paciente no otorga potestad de juicio alguno que vaya en detrimento de la dignidad y el bienestar de quien busca la ayuda.

Para lograr una aceptable congruencia entre estos elementos, el terapeuta debe canalizar sus propias emociones durante el encuentro terapéutico, asumiéndose la idea de que la relación terapéutica, al poner precisamente en relación a dos sujetos, debe generar respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales en ambos. Pero corresponde al terapeuta autoevaluar dichas reacciones de manera que no intervengan desfavorablemente en el proceso de su paciente. Se dice que el terapeuta debe ejercer control sobre sus emociones, ya que en el proceso terapéutico deben considerarse las emociones del paciente. El terapeuta debe presentarse sin prejuicios y de la manera más auténtica posible para responder de una manera adecuada a las demandas del paciente, en su búsqueda de bienestar.

Lega *et al.* (1997) proponen que puede ser común que, al terapeuta, en su condición de ser humano, le agraden o desagraden sus pacientes en mayor o menor medida. Proponen que cuando esto ocurre, el terapeuta debe investigar cuáles son los mensajes subyacentes que se da a sí mismo para generar cada tipo de relación, y luego identificar y debatir las ideas irracionales que se descubra al respecto. Esto lleva al terapeuta a ser un sujeto

crítico y proactivo frente a sí mismo, capaz de reconocerse en racionalidad e irracionalidad en las relaciones que establece con sus pacientes.

El terapeuta entonces debe asumir un rol *activo-directivo* en el proceso de intervención, persistiendo activamente en su intento de ayudar a los pacientes al enseñarles a aliviar sus trastornos y animarlos a autorrealizarse de la manera más rápida posible (Ellis, 1999).

Para ello, el terapeuta debe apoyarse en tres puntos de referencia básicos que le permitan llevar al paciente a confrontarse con su propia realidad. Estos puntos de referencia se refieren a confrontaciones desde la evidencia empírica, la contrastación lógica y el análisis de la utilidad de dicha realidad (Mazo, 2003).

La *evidencia empírica* se refiere a las *pruebas reales* en las que el paciente sustenta su discurso. Se verifica que su posición o sus creencias tienen asidero empírico en la realidad, o si sus conclusiones se basan en distorsiones de la realidad, en invenciones o en exageraciones de los hechos.

La *contrastación lógica* está relacionada con las operaciones mentales que lleva a cabo el paciente para llegar a las conclusiones planteadas en su discurso. El terapeuta procura identificar con el paciente las distorsiones cognitivas empleadas por este en la construcción de su discurso, para luego proponer alternativas lógicas más funcionales.

El *análisis de la utilidad* tiene que ver con los beneficios o ganancias percibidas por el paciente en el mantenimiento de sus creencias, estrategias o actitudes disfuncionales. Se refiere a los factores de mantenimiento del problema que, aunque generalmente representan alto costo para el paciente, suelen generar ganancias secundarias para éste.

El paciente: El paciente es un sujeto dotado de las mismas características como persona que el terapeuta, sólo que con formas diferentes de procesar la información, y ante algunas circunstancias, menos adaptativas. Se puede

describir al paciente como un procesador de información que ha venido presentando fallas en su funcionamiento normal, por lo que debe iniciar un proceso terapéutico. Las fallas que presenta el paciente están referidas a las atribuciones de significado que les da a las diferentes situaciones de su vida cotidiana, por lo que se genera un malestar o disfuncionalidad. El procesamiento de la información que realiza un paciente generalmente está afectado en alguna medida, lo que le lleva a evaluar aspectos de sí mismo, del mundo y del futuro de manera desagradable o amenazante, debido a que existen unos esquemas profundamente arraigados (maladaptativos o disfuncionales) que son los encargados de filtrar la información y de sesgarla, antes de interpretarla. En medio de este panorama, el paciente acude a un terapeuta con el ánimo de que este le ayude a contrastar sus experiencias y a generar unas alternativas de pensamiento, de emoción y de comportamiento que le resulten más racionales y adaptativas.

Según Ruiz y Cano (2003), en medio del proceso terapéutico, el paciente, cumpliendo con el empirismo colaborativo, deberá traer al contexto de la relación terapéutica los siguientes elementos:

Sus pensamientos emociones y conductas, que le resultan problemáticas en un momento dado, a fin de conocer la génesis de sus dificultades y a partir de *cómo* se presenta llegar al *qué* hacer. Si existe una sólida relación entre terapeuta y paciente, este proceso se facilita, pues habría una confianza elemental de parte del paciente hacia su terapeuta, lo que facilita la expresión de los asuntos más internos de su ser.

Registrar, cuando sea el caso, los eventos que proporcionen relaciones entre sus pensamientos, sus emociones y sus conductas. Aunque este es uno de los momentos más difíciles de la terapia, dado que muchos pacientes presentan una fuerte tendencia a no realizar este tipo de registros, es importante que el terapeuta se sirva de la relación que ha establecido con su paciente y le explique la importancia de este tipo de actividades. Cuando el paciente accede a realizar sus registros de pensamientos aprende a descubrir por sí mismo dónde se presentan las distorsiones, ante qué situaciones. De este

modo, establece relaciones causales que favorecen el *insight* y le permiten empezar a generar cambios cognitivos, emocionales y comportamentales.

Aplicar tareas para casa de tipo cognitivo-conductuales para contrastar sus pensamientos automáticos, extendiendo de este modo los avances logrados al interior de la terapia hacia otros contextos de su vida cotidiana, favorecerá el proceso y el mantenimiento de los cambios a futuro.

Aplicar experimentos personales. Es decir, el paciente debe involucrarse en algún momento, incluso de manera propositiva; tomar la iniciativa de explorar y aplicar los estilos de pensamiento y comportamiento que ha ido desarrollando a lo largo de su proceso.

Expresar preocupaciones respecto al alta y las recaídas. Es importante que el paciente no intente engañar a su terapeuta acerca de los temores que puede generar el final del tratamiento. Si se ha consolidado una sana relación terapéutica, el paciente no temerá tal expresión emocional y al haberse comprometido con su proceso de terapéutico, sabrá reconocer la necesidad de independizarse de su terapeuta para continuar por sí mismo y mantener el cambio

Conclusiones

En todas las formulaciones terapéuticas de los diferentes enfoques en psicología, se ha hablado de *relación terapéutica*, *alianza terapéutica* o *alianza de trabajo*, *relación transferencial*, *transferencia* y *contratransferencia*. Todos estos conceptos referidos al mismo fenómeno: el encuentro que se establece entre dos personas, una de ellas que llega con una queja (síntoma, trastorno, incongruencia) buscando a otra a quien le supone *salud mental*, con el fin de encontrar respuesta a su malestar.

El proceso relacional en psicoterapia no se presenta en una secuencia cronológica estricta, sino que se va construyendo en la medida de la interacción, lo que requiere una evaluación permanente para revisar la

influencia que esta relación tiene en el tratamiento y realizar los ajustes que se requieran durante el curso de la terapia.

Un encuentro interpersonal implica un descubrimiento. Así, el contacto que se produce entre los sujetos implicados en la relación terapéutica supone el descubrimiento de asuntos de la realidad del paciente, que le permitan asumir un rol decidido en su proceso de cambio. Pero también debe implicar descubrimientos y transformaciones en la vida personal del terapeuta. Es un asunto vivencial de ambas personas, que se basa en la interacción y el contacto profundo que establecen. Es lo que Yalom (2008) define como un proceso que se construye a dos voces.

Para culminar, se afirma que la alianza será adecuada cuando el terapeuta y el paciente compartan los objetivos del tratamiento, definidos a partir de las necesidades en torno a las cuales debe girar el tratamiento y la utilidad de los medios y estrategias utilizados para conseguirlos. El terapeuta no está para satisfacer las expectativas del paciente, sino para responder a sus necesidades.

Referencias

- Arango, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*. 12(2), 135-145.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emocional disorders*. International University Press.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Paidós
- Castillero, O. (2018). ¿Cómo debe ser la relación entre psicólogo y paciente? <https://psicologiymente.com/clinica/relacion-entre-psicologo-y-paciente>.

- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Paidós.
- Guerri, M. (2023). ¿En qué consiste la relación terapéutica y la alianza terapéutica? <https://www.psycoactiva.com/blog/la-relacion-terapeutica/>
- Kleinke, C. (1995) *Principios comunes en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal, Una psicoterapia breve pero completa*. Desclée de Brouwer.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Siglo Veintiuno.
- Mazo, R. (2003) *El Sujeto en la terapia cognitiva*. *Revista Informes Psicológicos*, 5, 77-84
- Mazo, R. (2011) *El nuevo terapeuta, su rol y compromiso*. *Revista digital Poiesis*. 22
- Monserrat, E. (2023). *Alianza terapéutica: ¿qué es y qué importancia tiene?* <https://awenpsicologia.com/alianza-terapeutica-vinculo-terapeuta-paciente/>.
- Reyes, A. (2021). *La importancia de la relación terapéutica*. <https://www.psycoemocionat.com/la-relacion-terapeutica/>
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Paidós
- Rogers, C. (1972). *La terapia centrada en la persona*. Paidós.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Norma.

Rivière, Á. (1987) *El Sujeto de la terapia cognitiva*. Editorial Alianza

Ruiz, J. y Cano, J. (2003) *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm>

Vara-González, L. (2022). *La alianza terapéutica: El vínculo sanador*. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-alianza-terapeutica-vinculo-sanador>

Yalom, I. (2008). *La psicoterapia a dos voces*. Editorial Emecé.

Trayecto de Vida

Laura Toro Osorio

Asesora: Manuela Becerra Sepúlveda Becerra

El servicio hacia el otro ha estado conmigo desde mis primeros años de vida. Al crecer en una familia entregada a las buenas causas hacia los demás, he crecido con un fuerte sentido de justicia que ha permeado de alguna manera mis elecciones. Mi carrera fue una de ellas.

El desarrollo de mi personalidad fue consolidándose por diversos factores. Entre ellos, ser miembro de una institución educativa salesiana para niñas. Crecí siendo extremadamente tímida, no tuve dificultad para relacionarme con mis pares o docentes. Sin embargo, fui demasiado cerrada al momento de establecer relaciones sociales fuertes con personas del sexo opuesto; adicional, al ser una persona expuesta a diversas situaciones conflictivas, aprendí a ser mediadora para evitar el escalamiento de situaciones e hipervigilante hacia las necesidades de los demás. Por esta razón, se me dificultó enormemente confrontar a las personas y establecer límites claros. Adicional a esto, desarrollé una dificultad para tomar decisiones previo a la opinión de otras personas, un conflicto adquirido por una crianza donde en ocasiones no se validaron mis decisiones; por el contrario, fueron cuestionadas.

En mis últimos años de adolescencia, me encontré realizando pruebas de orientación vocacional. No fue sorpresa que los resultados obtenidos se dirigieran todos a profesiones afines a las ciencias humanas y sociales. Sin embargo, no se realizó un correcto acompañamiento, y entre gran cantidad de tan diversos “consejos”, terminé por escoger una carrera técnica: Ingeniería Industrial.

El comienzo de mi vida universitaria fue complejo. Si bien tengo gran adaptabilidad a los nuevos entornos, no me sentí cómoda en ninguna de

las materias que tomé. Era un hecho bastante palpable, y conforme pasaron las semanas, se intensificó. Así transcurrieron dos semestres en los cuales reafirmé lo que mis pruebas vocacionales identificaron con antelación: lo mío son las humanidades.

Mi segunda elección de carrera fue Comunicación Social y Periodismo. Allí se afianzó mi gusto hacia las causas sociales y la empatía hacia el sufrimiento del otro. También despertó un especial cariño por la lectura y la escritura; aun cuando estaba convencida de que esta sería mi profesión, al llegar a cuarto semestre, una decisión arbitraria me llevó a dejar la carrera. En su momento no comprendí la magnitud de las acciones que llevaron a mi salida del pregrado. Unos años después logré ver un panorama un poco más amplio y, por ende, mi perspectiva cambió un poco.

En un comienzo Psicología no fue de mis consideraciones. Me pensé en muchos espacios, pero ser psicoterapeuta nunca fue de mis afectos. Sin embargo, al verme limitada en las opciones, decidí acogerla como mi nuevo camino. Si bien el primer año fue retador académica y emocionalmente, también fue la apertura a un crecimiento personal, en donde estudiar psicología se convirtió en un proceso profundo de autoconocimiento.

Convicción revolucionaria

Si bien reconozco que de mis manos se escapan muchas variables que afectan los acontecimientos futuros, se convirtió en hábito la necesidad de sentir seguridad a partir del control que pueda tener de muchos elementos. Esto ha confrontado significativamente mis métodos para atender a mis obligaciones y, por ende, es actualmente uno de los conflictos encontrados en el desarrollo de mis prácticas clínicas. La baja capacidad de tolerancia a la incertidumbre, acompañada por mi falta de experiencia, ha generado en mí una constante confrontación; un miedo que me ha acompañado desde mi infancia vuelve a manifestarse: la suficiencia. Esto, acompañado del cansancio mental por el vínculo constante a situaciones emocionalmente desgastantes en mi vida personal.

Con estas premisas, y en consideración del presente escrito, decidí enfocar mi atención en las emociones del terapeuta, esto con el objetivo de empezar a construir un relato en relación con un proceso de introspección en donde la responsabilidad toma un papel importante, direccionada a partir de una pregunta que trabajo desde hace varios meses: ¿cómo me responsabilizo de mis afectos?

Como he mencionado en páginas anteriores, alrededor de mi crianza se establecieron puntos importantes que contribuyeron en gran medida a la construcción de mi persona. Sin llegar a muchos detalles, gran parte de mi adolescencia e inicios de mi vida adulta fui la responsable de mediar diversos conflictos emocionales de miembros de mi familia. Como consecuencia de esto, con el pasar de los años, empezó a generarse en mí una especie de resentimiento e incomodidad ante aquello que representara inestabilidad, en especial si venía de otra persona.

Este efecto trascendió a muchas otras áreas de mi vida. Empezó a hacerse demasiado evidente que había algo que no estaba bien cuando el cansancio se transformó gradualmente en lo que podemos llamar apatía; una molestia persistente ante el contacto con otros. A partir de allí se originaron algunas elaboraciones respecto a mi decisión de carrera. Si estaba sintiendo este nivel de aversión al contacto con el sufrimiento, y conociendo que la interacción con el otro es primordial e imperativa en una profesión como la psicología, entonces cómo planeaba continuar el desarrollo de mi carrera sintiéndome de esta manera. ¿Cómo me pienso y me responsabilizo de la falta de en la motivación, la inseguridad y mi baja percepción de autoeficacia?

Mi decisión más oportuna en ese momento fue iniciar un proceso de terapia. Fue allí donde por fin logré dar nombre a ese malestar. Bernabé (citado en Ferrer, 2014) lo define como *desgaste por empatía*, una sobresaturación de emociones, producto de un constante contacto con el dolor del otro que termina por desequilibrar la mente, las emociones y las relaciones interpersonales. En otras palabras, podemos vernos significativamente afectados de manera negativa por la preocupación (Fingley, 1983, citado

en Fingley 1995). Este efecto es mucho más común en profesionales dedicados al área de la salud, de acuerdo con Cerney (citado en en Fingley, 1995); en especial los terapeutas pueden experimentar un cambio en la interacción con su paciente.

Lo anteriormente descrito en relación con mis previas experiencias personales encontró lugar para repensarme en el que sería mi nuevo espacio de trabajo. Un lugar en el cual se tiene un constante contacto con la vulnerabilidad del otro, donde el acto de decidir va directamente ligado a mi responsabilidad como profesional prestadora de un servicio de salud. Entonces, qué es esta responsabilidad frente a mis afectos sino lo que Baruch Spinoza en sus escritos ha llamado ética.

Si bien lo ha expresado Agudelo (2011), para Spinoza la ética no es solo un asunto de gran importancia, en donde el sujeto delibera desde su razón lo que es conveniente o no. Es también “una ciencia que piensa sobre nuestros actos y hace que dotemos de sentido nuestra existencia” (p. 355). Se plantea además que la ética como fenómeno de reflexión puede considerarse terapéutica, en cuanto permite el autoconocimiento.

Este autoconocimiento del cual nos habla Spinoza ¿hace referencia a la consciencia de nuestros deseos, reconociendo que, a partir de nuestro actuar frente a estos, seremos sujetos pasivos o que “padecemos”, o por el contrario, sujetos activos que “obran” haciendo uso de la razón? El uso adecuado de la ética es el medio para alcanzar la condición de “hombre libre” (Agudelo, 2011). En esta misma línea entra el terapeuta, con una responsabilidad incluso más grande que aquellos con quienes no comparte profesión, pues son precisamente los afectos aquello con lo cual ha de trabajar siempre dentro de la consulta clínica, por lo cual ha de ser siempre un sujeto que se ocupa en un primer lugar de sí mismo, reconociendo lo que le afecta, antes de explorar lo que sucede con el otro. Aquí me permito, desde mi experiencia personal, señalar el carácter voluble de este proceso, puesto que no es un trayecto en línea recta.

Como se hace muy evidente en lo que se ha construido hasta el momento, encontré en las elaboraciones de Spinoza una fuerte identificación con el camino que he decidido recorrer y que curiosamente la vida me ha llevado a ello. Ahora mismo me encuentro descubriendo muchos aspectos de mí misma que no han sido muy agradables, pero como todo buen proceso, soy consciente del esfuerzo que requiere. Ha sido una búsqueda de lo que considero se acerca mucho a mi idea de felicidad: llevar una vida tranquila; no en la ausencia de cuestionamientos o dificultades, sino en la convicción de hacer las cosas bien, convencida de que me muevo y tomo mis decisiones responsablemente sin sentirme atada a arrepentimientos o cargas emocionales poco sanas, conociendo lo que realmente quiero. En otras palabras, desde el ejercicio consciente de la ética llegar a lo que Spinoza reconoce como *libertad*.

Ahora bien, esa libertad es un estado al que se llega a partir de la decisión de perseverar en el ser o lo que Spinoza reconoce como “conatus” (Agudelo, 2011, p.358). La comprensión de los afectos es fundamental en el autoconocimiento y en la directiva que damos a estos (Agudelo, 2011). Siguiendo esta lógica, cuanto más desconocemos o permanecemos ignorantes frente a lo que nos moviliza, más “sufrimos”. Por ello, la disposición frente a la acción es determinante en el proceso, y la voluntad no es suficiente en cuanto hablamos de una permanencia en el acto de conocer, conocerse y direccionar. Esto considerando que la decisión consciente de reflexión y movimiento genera gran malestar; por eso encuentro muy apropiado el reconocimiento de la ética como una “convicción revolucionaria” (Savater en Agudelo 2011, p. 364). En cuanto entendemos que una revolución requiere precisamente una modificación de lo existente, que aplicado a la historia, suele ser radical y deviene en el cambio de un sistema. Este cambio, en mi caso particularmente, implica una elección, comprendiendo, como lo indica Savater (citado en Agudelo, 2011), “que no todo vale por igual [...] hay razones para preferir un tipo de actuación a otros” (p.364).

He de puntualizar, en este punto, que mi proceso de introspección no ha comenzado en breve con mis prácticas. Ha sido un camino que inicié

conscientemente varios meses atrás, a partir del cual considero que he logrado reconocer algunas de las causas que han movilizado mis elecciones y mi forma de ser a lo largo de los años. También considero importante advertir que este proceso de reflexión que hoy día continúa se ha fortalecido en diversos espacios. En consecuencia, no ha sido exclusivo de las consultas terapéuticas; sin embargo, estas han brindado gran esclarecimiento.

No siempre la primera impresión es un determinante

El comienzo de mi práctica clínica no fue particularmente emocionante. Puedo describirlo como un acontecimiento no muy esperado, pero necesario. Un pensamiento permeó mucho mi estado de ánimo: este es el último semestre, ya falta poco. Fue un desesperado intento por consolarme ante la idea de enfrentarme en los siguientes meses a futuros consultantes que llegarían en busca de ayuda, de mi ayuda. Evidentemente no me sentía en la disposición que requería el comienzo de mi labor como practicante en clínica, y la demanda se sentía significativamente apremiante. Sin embargo, no existe un determinante frente a cómo un terapeuta ha de sentirse frente a sus primeros acercamientos a la clínica y aún frente a la carencia de una motivación más allá del cumplimiento académico. Las prácticas dieron comienzo la primera semana de agosto.

La espera ante mi primera consulta no alteró mis nervios, como sí era manifiesto con mis compañeros. Me cuestioné constantemente si de alguna manera el nivel de interés estaba afectando mi percepción de la situación o se debía sencillamente al desconocimiento pragmático del campo clínico. Sin reconocer la posible respuesta, estudié nuevamente la agenda de pacientes y llevé conmigo al consultorio n.º 1 tres consentimientos para menores de edad y uno para un joven adulto.

No era de mi agrado la idea de recibir en consulta menores de edad. La interacción con niños y adolescentes en un espacio terapéutico se acompañaba de una responsabilidad, a mi criterio, mucho más grande. El trabajo debía pensarse desde el niño y desde sus acudientes.

Mi primer consultante llegó remitido con el objetivo de ser evaluado en función de conocer la ubicación estadística de su coeficiente intelectual.

Un adolescente de 16 años con mirada desafiante se sentó frente a mí, su lenguaje verbal y corporal demostraban una entera incomodidad y un deseo por marcharse. Adicional a esto, se mostraba incrédulo ante mis palabras. Decidí hacer una pausa para explicarle que, aun siendo un espacio de prácticas académicas, contaba con la formación que requería y estaba dispuesta a acompañar su proceso. Al instante su mirada cambió y unos minutos después se dio por terminada la consulta. Sin embargo, sentí que estas últimas palabras pronunciadas con convicción un momento atrás ahora se convertían en un cuestionamiento propio: ¿de verdad contaba con la formación necesaria para brindar una atención de calidad? ¿Consideraba mi conocimiento como un factor a favor, o por el contrario, me ubicaba en una posición de desventaja? Estas preguntas continuarían confrontándome las siguientes semanas, cuando el conocimiento no fuese suficiente para sentirme segura en la toma de decisiones.

Los primeros encuentros son muy valiosos en cuanto generan el vínculo inicial con cada consultante, y aun cuando no me sentí fuertemente vinculada y con una motivación innata movilizadora, mis pensamientos se encontraron muy ligados a un reconocimiento de mis acciones, no solo como ser individual, sino como profesional. Sin mayor esfuerzo, mi mente evocó la que puede ser considerada como mi primera experiencia en un espacio terapéutico, la cual tuvo lugar unos diez años atrás, cuando aún era una adolescente.

En esos momentos necesitaba de alguien que me escuchara y me apoyara en la transición de un proceso emocionalmente conflictivo, pero encontré una desvinculación total con el profesional que atendió mi remisión ese día. No hubo siquiera un intento de alianza, y mis palabras fueron para esta persona un entramado de quejas que poner en un reporte y una lista de síntomas a clasificar en un trastorno. El sentimiento de incomprensión y desentendimiento fue tan fuerte que no hubo si acaso una mirada de

complicidad que me demostrara que de verdad estaba siendo escuchada, y aunque intenté esforzarme por continuar mi relato, todo se sintió forzado, y acto seguido no regresé. Todo el anterior recuerdo es evocado en este texto para justificar mis consecuentes acciones.

A razón de lo compartido en el párrafo anterior, tomé varias decisiones: 1) tener una actitud muy dispuesta y cálida ante las personas que llegaban a expresar sus afecciones en consulta, 2) procurar una escucha activa, 3) cambiar de consultorio. Esta última decisión fue tomada con base en tener un ambiente más adecuado que proporcionara comodidad, no solo a los consultantes, sino también a mi persona, pues incluso una temperatura no adecuada puede afectar la percepción y, por ende, la disposición. Las dos primeras decisiones fueron genuinamente asumidas, y empecé a ser mucho más consciente de mi postura corporal, tono de voz y miradas. Consideré que aunque no me sintiera completamente motivada, era mi convicción no despertar en quienes llegaban solicitando un apoyo. Adicional, era mi responsabilidad desde mi posición como profesional de la salud atender a este llamado de manera ética.

Si bien constantemente debía leer para atender a las demandas encontradas en consulta, no me sentí inmersa en ninguna lectura y también percibí que el tiempo tampoco permitió una labor minuciosa de esta. Empecé a sentir mucha frustración y no sabía a qué exactamente acreditarla, pero me sorprendí en diversas ocasiones sentada en medio de los estantes de la biblioteca, buscando información que incrementara mi conocimiento, con la esperanza de sentirme un poco más segura en las conversaciones que tenían lugar en las tardes de cada miércoles. Contrario a lo que pensaba, no se sentí tanta confianza, la subjetividad de cada consultante muchas veces desarmaba mi plan estructurado, y la puesta en escena en el espacio terapéutico me retó creativamente tanto en pensamientos como en acciones.

Si existe algo que me ha retado inmensamente ha sido permanecer vinculada en el proceso de mis consultantes. Desde lo personal, ha sido una

labor compleja y una postura ética el perseverar y ser constante con mis funciones como practicante. Esto me ha permitido un cuestionamiento desde mis gustos personales, hasta mi afinidad o no con la psicología clínica. Me he obligado a tomar consciencia de los afectos que se han manifestado con más fuerza a lo largo de estas semanas, pero que hasta hace poco evitaba significar. La frustración, tristeza y enojo, emociones que han convivido conmigo y que actualmente estoy explorando, y el alto nivel de exigencia académico llegaron a nublar mi percepción, hasta el punto de considerar la psicología clínica como un evento aversivo y poco deseable. En consecuencia, las prácticas se convirtieron en una carga y paulatinamente lo vi reflejado en mi lenguaje con expresiones como: “El miércoles *tengo* consultas” o “Para x paciente *tengo* que leer x tema”.

El uso del lenguaje apelando a una obligación me generó tristeza y enojo hacia mi propia persona; esto no era lo que esperaba. Esta aprehensión distorsionada me acompañó durante varias semanas, hasta aproximadamente los últimos días de octubre, cuando entre una de muchas conversaciones me permití conectar con una idea diferente. Allí logré comprender que la psicología clínica no era el objeto causante o de aporte a mi malestar; por el contrario, mi percepción se vio afectada por mis circunstancias previas y presentes. Ser consciente de esto me permitió tomar en consideración explorar en un futuro otra oportunidad de encuentro con la clínica.

Aportes

Las siguientes ideas se escriben pensando en los futuros practicantes. Conforme fueron pasando las consultas, reafirmé una idea que venía valorando semanas atrás. Un pregrado no es suficiente para ejercer la psicología clínica. Aun cuando vi reflejadas habilidades que desde la formación académica fortalecí, me sentí carente de conocimiento y me reconocí falta de habilidades para atender a muchos de mis pacientes. Es clara la necesidad de formación en estudios especializados, en cuanto hablamos de cuidar la salud mental de las personas como profesionales en el área de la psicología, aun cuando por ley se haya convenido en Colombia

como un deber-tener la atención con una formación básica. Considero que una posición ética responsable es continuar un proceso de construcción en conocimiento, reconociendo además que una introspección respecto al propio proceso es siempre necesaria, y que no todo se encuentra en las páginas de un libro o un artículo.

En línea con lo mencionado anteriormente, he de puntualizar que un gran consejo para quien se aventure a explorar la psicología como carrera y decisión de vida, es el siguiente: Aprende a reconocer lo que te moviliza desde la cuidadosa introspección y apoya ese reconocimiento con tu propio proceso de terapia. En muchas ocasiones se puede perder una visión más imparcial frente a aquello que se escucha en el relato del paciente. Esto se debe a un nivel de identificación con la vivencia del otro. Si bien conocerse es un proceso que conlleva tiempo y que genera mucho malestar, lo vale. Además, es necesario y es una responsabilidad que debe tomarse frente a la persona que llega como consultante.

El cuidado tanto de la salud mental como física influirá mucho en la disposición que se tenga al momento de atender en consulta. Ambas tienen gran peso y relación de la una con la otra. Por consiguiente, es de gran importancia respetar en lo posible las horas de sueño, comer de manera sana y responsable, puesto que el esfuerzo cognitivo que requieren las prácticas exigirá un incremento de consumo calórico para el cuerpo, y no todos los alimentos proporcionarán el mismo nivel de energía y bienestar. Los compañeros se convierten en una red de apoyo, especialmente en este último semestre académico. Así, fortalecer las conexiones y complicidades permitirá hacer mucho más llevaderos los momentos en los que se siente una carga pesada sobre los hombros.

Es necesario permitirse la autocompasión, cada quien vive su propio proceso a su ritmo, no hay necesidad de comparaciones. Es más importante centrarse en los aprendizajes y autoconocerse.

Referencias

- Agudelo Palacio, L. J. (2011) El hombre ético en Spinoza. *Escritos*, 19(43), 351-369.
- Fingley, C. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. En Charles R. Fingley. Ph. D. (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp.1-20). Routledge.
- Ferrer, A. (2014). *Síndrome de desgaste por empatía: análisis, escalas de evaluación y medidas de prevención*. Universitat de Les Illes Balears, España.

Mi reflejo terapéutico

Katherine Bueno Gómez

Asesora: María Luisa Guevara

Introducción

En este escrito se habla acerca del reflejo de aquella experiencia, desde su formación hasta su historia de campo de un practicante de psicología en su ejercicio clínico. En primer lugar, se describe la introspección del autor hacia su historia personal, su crianza, su educación, su cultura, sus valores, sus enseñanzas, la familia que conforma, sus aprendizajes y los significados que lo han marcado hasta el momento. En segundo lugar, se menciona el tema que moviliza al autor frente a su experiencia clínica, este se referencia en la pregunta: ¿cómo mi habilidad de ver perspectivas distintas a la propia beneficia el proceso terapéutico? Se intenta dar respuesta desde autores que respaldan conceptos como el sufrimiento, psicoterapia, psicología clínica y habilidades terapéuticas; además, relata su experiencia en el campo de la psicología clínica para contribuir a la respuesta de su pregunta. Finalmente, se mencionan aquellos aprendizajes y transformaciones que ha traído tanto el ejercicio clínico como el autobiográfico.

Reconociendo mis habilidades y recursos

Frente a mí, toda verdad reveladora del ser, me cuestiono y me envuelven las preguntas sobre lo que me constituye como persona. Ahora me pregunto: ¿qué soy? ¿Quién soy? ¿De dónde y cómo se formó el ser que soy? ¿Seré lo que mi pasado marcó en mí? ¿Quizás mi pasado me define? ¡Claro que no! Soy Katherine Bueno Gómez, una persona que siente y actúa como cualquier ser humano, bueno, no como cualquiera.

Soy pasión, perseverancia, emoción, motivación, comprensión, acción y decisión. Me atraviesa mi historia familiar, mi historia de vida me da sentido, pues me formó y talló mis raíces. Sin embargo, mi historia no

define completamente quién soy como persona, ya que realmente han sido aquellos sentidos contruidos a través de cada vivencia los que hoy en día constituyen mi ser y dan una respuesta a por qué he tomado mis decisiones? Como por ejemplo: estudiar Psicología.

Bueno, como decía, no soy una persona cualquiera, aunque posea características similares a los demás. Mi historia me ha hecho singular, única e irrepetible, los sucesos me han tatuado de manera diferente e inusual, por lo que a veces me pregunto: ¿qué pasó? ¿Qué me llevó a tomar la decisión de optar por una profesión en la cual me interesa la salud mental del otro? Así que tuve que hacer un recorrido por mi familia para poder entenderlo.

Mis raíces: Vengo de una crianza junto a un núcleo familiar constituida por una madre, padre, dos hermanas y mi abuela materna. Después de detallar las capacidades de cada uno de ellos, pude comprender que soy un reflejo familiar, mi construcción personal se ha realizado a través de ellos y gracias a ellos. Es un constante aprendizaje de manera indirecta. Pues bueno, soy una esponja que absorbe experiencias de las cuales quedan lecciones que hasta el momento han formado mi carácter. Cómo dije: soy apasionada, lo que heredé de mamá. Soy perseverante ante las circunstancias, ya que tomo decisiones y realizo acciones en pro de actuar por cumplir mis sueños, deseos y anhelos en el mundo; esto lo aprendí por papá. Soy emotiva y empática —gracias a la abuela— y soy comprensiva, gracias a mis hermanas.

Estas cualidades que tengo han forjado en mí habilidades como psicóloga: en especial, habilidades terapéuticas. Es ahí donde se une mi ser personal con mi ser profesional, pues el ser una persona apasionada, comprensiva, empática, emotiva, perseverante, con capacidad de tomar decisiones y realizar acciones me permite poder crear vínculos con el otro, y no de manera personal sino profesional. Es decir, me posibilita poder entender la situación y el sentir del otro sujeto diferente a mí; esto, a través del arte del lenguaje. También me abre las puertas para leer diferentes realidades y entender distintas problemáticas en las que como profesional podría intervenir.

Mi tallo: Ahora retomemos mi cuestionamiento dirigido a mi vida profesional: ¿qué me llevó a tomar la decisión de optar por una profesión en la cual me interesa la salud mental del otro? Para dar respuesta, considero pertinente retomar el hecho de que mi historia familiar es de suma importancia en mi recorrido para construir lo que soy, y responder los porqués de mis elecciones y decisiones. Así entonces, un suceso importante que dejó huella en mí y me inspiró como profesional fue mi madre, pues es una mujer enfermera que trabaja desde hace veinticuatro años con pasión y amor en el sector de la salud, específicamente, en un servicio que se encarga del cuidado del otro. Así como mi madre, mi abuela también me inspiró con su quehacer, pues cuando joven se dedicó a educar y enseñar a través de la pedagogía a los niños. Por esto, se ha caracterizado por ser una persona que guía a quien lo necesite, especialmente para mis hermanas y para mí. Es de todo lo anterior que destaco en mi vida el interés por el otro, por sus sentimientos, pensamientos, emociones y conductas, por sus significados contruidos y por su bienestar.

Además de esto, es pertinente comentar la situación adversa que en mí ha forjado afinidad con el otro, situación que fracturó algo dentro de mí, que ha sido triste y dolorosa, situación que retumba dentro de mi ser, que hace ruido en mi historia personal y en mi sentir. Ha sido generada por mi dinámica familiar y el papel que ha llevado mi papá dentro de esta, pues se han generado afectaciones en mi núcleo familiar. A partir de lo anterior, he aprendido a leer el ser humano en contexto, a permitirme sentir y validar mis propias emociones, así como también entender y comprender el sentir del otro, incluso si ese otro “me lastima” con sus acciones.

Mis frutos: Cuando nace ese interés por el otro y por investigar, saber y comprender lo que es el sujeto externo a mí, comienzo a reconocer esa realidad y percepción social que permea al individuo. Es ahí donde comienzo a cultivar y formar mi propio yo como profesional, pues comprendí la importancia de tener una mirada del sujeto con todas las implicaciones que trae esto, como el hecho de indagar por su “problemática” e historia, cultura, creencias, significados compartidos y propios, cualidades, experiencias e

hitos importantes. Son bastantes las personas que han marcado mi historia. Son muchos los momentos de los que he aprendido, he sufrido, he llorado, he sentido y me han hecho infinitamente feliz.

Sin embargo, la fuente de crecimiento más grande que he podido tener ha sido dentro del contexto de la academia. Es gracias a la formación a nivel teórica y práctica que me ha permitido reunir mi aprendizaje empírico, indirecto y directo para potenciar mis habilidades personales y profesionales. Esto, para tener la capacidad de asumir un rol como psicóloga y asumir la posición que tengo frente al otro dentro del proceso terapéutico.

Mis frutos, mi resultado, lo que soy en la actualidad ha sido gracias a la interacción social. Gracias a mis compañeros de carrera y profesores he logrado compartir significados y empatizar con historias de vida. Todo esto, debido a la capacidad para compartir, debatir, dialogar, poner en palabra los saberes prácticos y teóricos, y de esta manera permitirme comprender el mundo y el comportamiento de las personas que habitan en él. Espero que con todo esto que me atraviesa como persona me permite contribuir al bienestar del otro que busca orientación profesional. Teniendo en cuenta mi historia, mis raíces, mi crecimiento y mi formación hacia lo que soy como profesional, hoy en día me surge la pregunta acerca de mi ejercicio clínico que gira en torno a cómo mi habilidad de ver perspectivas distintas a la propia beneficia el proceso terapéutico.

Intereses y motivaciones

Desde hace 51 meses comencé mi pregrado en Psicología y así inicié mi proceso de transformación. Ahí emprendí un viaje de ida sin regreso alguno, un camino transitorio lleno de experiencias e historias que me han mostrado diferentes perspectivas de vida y me han permitido ampliar la visión que tengo del mundo.

Siempre he pensado que, en nuestro caminar, se presentan innumerables obstáculos y limitaciones que nos impiden llegar a donde queremos

o ser lo que deseamos. Por lo general, se nos presentan situaciones que nos desmotivan, nos llenan de incertidumbre, de miedos y angustias que podrían llevarnos a perder el rumbo de nuestro camino.

Y es ahí, en esa pérdida en la que se puede tener un aprendizaje, no todo es bueno, ni todo es tan malo, hay algo de bueno en lo malo y en lo malo algo de bueno. Lo anterior, si entendemos lo “bueno” como aquello que nos permite sentir y ser felices, y lo “malo” como aquello que nos hace sentir impedidos, lo cual está asociado al no poder sentir ni poder ser.

Esto lo digo, porque a lo largo de mi carrera he podido tener vivenciar “malas” y “buenas”, de las cuales he tenido un aprendizaje, he formado nuevos significados y comprendí que a través de la pérdida, el cambio y los nuevos comienzos ha estado mi transformación.

En el tiempo en que he estudiado mi carrera, he aprendido que sentir hace parte del ser humano, y ese ser conlleva un sufrimiento, entendiendo este como aquel estado de aflicción severa, asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de una persona (Casell, 20014). Este estado que atraviesa al ser humano está presente siempre, lo que genera distintas emociones, como, por ejemplo, sentirnos tristes, felices, enojados, alegres, disgustados, entre otras. Esto siempre va a influir en lo que somos, ya que somos seres cognitivos, comportamentales y emocionales. Nuestro sentir influye en nuestro actuar, pensar y en nuestro ser. Es así como se ve que el sufrimiento involucra las emociones y tiene efectos en las relaciones personales del individuo, y tiene un impacto en el cuerpo (Casell, 20014).

Además de lo anterior, he aprendido que como seres humanos buscamos huir o encontrar “la cura” a ese sentir que causa impacto en nosotros. Es ahí donde nace la necesidad de encontrar a otro que pueda ayudar a aliviar ese sufrimiento. Entonces, aquí puedo comenzar a hablar de la psicología clínica, pues, como dice Witmer en su conferencia ante la American Psychological Association (APA) en el año 1896, la clínica surge gracias a aquellos resultados obtenidos en el examen individualizado de muchos

seres humanos. Por esto se dice que la clínica está al servicio de la sociedad (Belloch, 2008).

De acuerdo con lo anterior, es importante nombrar que, desde la psicología clínica, se busca investigar e intervenir frente a ese sufrimiento humano que se puede denotar como anormal o normal (Arias-Muñoz, 2014). En otras palabras, se dice que desde este campo se busca “eliminar” del repertorio de un individuo aquello que se define como la sintomatología, o los comportamientos que le están causando malestar psicológico (Piña, 2003).

Referente a esto, se observa cómo la psicología busca tratar el sufrimiento, en cuanto a la lucha contra aquello que le aqueja al paciente e imposibilita su salud mental. Por esto, nace un interés del psicólogo por investigar acerca de la historia del paciente, por sus significados, sus pensamientos, emociones y comportamientos, para así entender y comprender su historia de vida.

Frente a esto último, surge mi interés acerca del protagonismo que tiene la habilidad de ver más allá de mi ser, de mi historia personal y así poder empatizar con la historia del otro, intentando comprender lo que ocurre en la mente del otro (Fernández-Pinto, 2008). Considero que es fundamental para nosotros como psicólogos clínicos poder comprender la construcción que tiene el otro acerca de sus significados.

Mi interés surge además por el constante aprendizaje que he tenido gracias a la interacción con el otro, desde conversaciones hasta encuentros casuales, pues estos me han enseñado lo más significativo para mi vida. He aprendido que los demás sienten de manera diferente a como yo lo hago, piensan de manera distinta y por ende sus acciones no serán las mismas que las que yo en algún momento he llegado a pensar que haría. He comprendido las emociones del otro a causa de sucesos, que para mí pueden ser no tan importantes o sin relevancia alguna. He comprendido que las acciones tienen un contexto, que las personas no solo actúan por actuar, sino que realmente hay un trasfondo en ellas, siempre hay un suceso que las antecede y otro que las mantiene.

Más allá de todo esto, he podido aprender a tener una mirada global, pues comprendí que no solo es mirar el sujeto en sí con todo lo que este abarca con sus emociones, pensamientos y conductas, sino también mirar su contexto cultural, socioeconómico, educativo, familiar, social y personal. Lo anterior lo aprendí en mi recorrido personal; sin embargo, no hubiera sido posible transformar mi pensamiento a una mirada contextual si no fuera por mi formación profesional.

Referente a mi duda inicial, considero que mi transformación ha estado marcada por las habilidades que como psicóloga en formación he adquirido, las cuales se clasifican en habilidades básicas en la relación entre terapeuta y paciente (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, etc.), habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis), habilidades de acción verbal (preguntas, confrontación, interpretación, análisis, recolección y devolución de información) (Barraca, 2009).

Dichas habilidades y competencias adquiridas en el ejercicio profesional me han brindado la posibilidad de captar aquellas perspectivas, ideas y formas de vida distintas del paciente con mayor claridad y menor sesgo. Dichas competencias me han permitido actuar bajo los principios que como psicólogos tenemos, lo cual me ha llevado a un despliegue de mi praxis profesional basada en la ética.

Es importante mencionar lo anterior, ya que son aquellos aprendizajes de mi quehacer profesional, las competencias y habilidades adquiridas en este recorrido las que han favorecido la relación entre paciente-terapeuta, pues me han dado paso a interpretar la problemática del paciente desde una mirada profesional enfocada únicamente en los significados propios del paciente investigados en sesión, la historia expresada y las observaciones conductuales.

Descubrimientos del proceso: ¿cómo evidencio en mi quehacer clínico el despliegue práctico de mi pregunta inicial? Desde hace diez semanas comencé una nueva etapa en mi quehacer profesional. Me trasladé a un

nuevo mundo de la psicología, pues comencé a vivir la experiencia de actuar como un psicólogo en el campo de la clínica. Esto ha causado emociones en mi ser, ha creado nuevos pensamientos y me ha dado paso a crear nuevos significados de vivencias enriquecedoras para mi crecimiento personal y profesional. Digo lo personal, ya que no hay construcción misma de un yo profesional sin un yo personal.

Esta nueva experiencia como psicoterapeuta enfocada en lo cognitivo-conductual ha desatado en mí una pasión y motivación hacia mi praxis profesional, lo cual me ha permitido disfrutar, vivir y aprender de una manera más amplia acerca de lo que sucede dentro del consultorio. Sí, el consultorio, un simple lugar de atención para el consultante; o bueno, ni tan simple, ya que dicho lugar significa mucho más que un espacio de atención. En este sitio se da cuenta de las historias, las vivencias, experiencias, significados, pensamientos y percepciones del mundo que se tiene desde el lado del consultante. Se tiene pensado que es un espacio seguro, donde el consultante pueda desplegarse de aquello que atraviesa su ser sin temor al peligro de juicio.

Es aquí donde entra mi aprendizaje, en la responsabilidad de ofrecer un servicio que permita restaurar un equilibrio mental a través de una intervención psicoterapéutica, lo que permite al otro que, por medio de los encuentros en consulta, pueda expresar pensamientos, emociones y conductas con la seguridad de que yo como psicóloga comprenderé su perspectiva de él mismo, de los demás y el mundo. Es decir, de sus significados aprendidos a lo largo de su vida.

Durante esta nueva etapa como psicólogo clínico, he tenido cinco pacientes, que me han permitido ver a cada sujeto como individuo único e irrepetible, como personas diferentes. Por un lado, en cuanto a su historia de vida, familiar, educativa, social y personal; y por otro lado, en cuanto a sus pensamientos, sus creaciones cognitivas y sus emociones. Esto último me ha dado la posibilidad de comprender diferentes perspectivas de vidas a la propia. Así entonces, la práctica en el contexto clínico me ha permitido

desarrollar la habilidad empática y así poder comprender y entender la mirada diferente que tiene el otro acerca del mundo, y cómo esta se debe leer en su singularidad.

En este camino he tenido la oportunidad de realizar un proceso de evaluación psicológica y seis procesos de intervención psicoterapeuta, en los cuales se han presentado sucesos memorables para mi trayectoria como profesional. En mi primera experiencia evaluando al paciente aprendí que una evaluación no es solo una aplicación de pruebas psicométricas, sino ir más allá, para enlazar lo que abarca el sujeto, hilar toda una información recolectada como aspectos de su desarrollo, estilos y pautas de crianza influyentes en el proceso, su contexto socioeconómico e intrafamiliar, su situación actual y su proceso educativo. Una mirada con lupa hacia todos los factores anteriormente mencionados me llevaron a comprender en mayor medida el porqué del problema psicológico del paciente, y de esta manera permitirme elaborar una evaluación con mayor amplitud.

Dicha experiencia de realizar una evaluación psicológica contribuyó a mi desarrollo como profesional frente a la habilidad de ver diferentes perspectivas a la propia, puesto que para recolectar información e hilar todos los factores influyentes dentro de dicha evaluación, debía salirme de mis significados propios. Esto, para no sesgar la nueva información que pudiera conocer del paciente por medio de las sesiones con este o con su acudiente; es decir, reconocer estilos de vida diferentes al propio, como crianza, valores, cultura, desarrollo, expresiones verbales y conductuales. En general, poder estar abierta a percepciones de vida distintas y comprender la importancia de estas dentro del proceso de evaluación psicológica.

También he tenido seis procesos psicoterapéuticos en los cuales se realizaron evaluaciones a través de entrevistas, autorregistros y observaciones conductuales. Estas dieron a la formulación de hipótesis y explicaciones acerca del porqué del problema psicológico. De esta manera, se generaban impresiones diagnósticas, las cuales aportaban al proceso de manera sustancial, lo que permite proponer objetivos terapéuticos, metas y un plan de tratamiento específico y subjetivo según las necesidades del paciente.

En esto último también se resalta la importancia de tener la habilidad para poder ver perspectivas diferentes a la propia. El tener en cuenta al ser humano como persona con características únicas me permite investigar desde lo que es el paciente, desde sus gustos, preferencias, habilidades y singularidades, para que de esta manera surja una intervención psicológica especializada según la perspectiva e historia de vida del paciente.

Aprendizajes y transformaciones

Quiero destacar la importancia de aprender. Aprender, capacidad intelectual fundamental en mi proceso de transformación. Aprender de mis pacientes y de mi proceso en general, aprender de mis aciertos, de mi asertividad, de mis errores, de mis desaciertos, de mis vivencias dentro y fuera del consultorio.

Aprendí que el rol que debemos ejercer como psicólogos clínicos va mucho más allá que ir a un consultorio y encontrarse con cada paciente dentro de él. Aunque todo inicia en este lugar y en el encuentro con el otro, pude aprender que se debe preparar cada caso con total rigurosidad, salir del consultorio y dar importancia a esa nueva historia de vida que está llegando a mí en busca de ayuda profesional.

Aprendí que durante el proceso de evaluación se debe tener alma de investigar siempre. Es importante tener en cuenta la información ya recolectada durante las sesiones y salir a investigar aquello que se podría realizar en la siguiente sesión, pensar en qué sería lo acorde según lo relatado por el paciente, qué pruebas de tamizaje son pertinentes para el proceso, crear actividades de evaluación que permita indagar por esas ideas desadaptativas, las conductas intrusivas, las emociones que genera malestar y la sintomatología generada por su problema psicológico. Además de esto, formular preguntas para realizar entrevistas de evaluación rigurosa.

También aprendí a ser una persona más ordenada, puesto que en los procesos con cada paciente me llevó a desarrollar la habilidad de planear

con antelación cada proceso, planear lo que se va realizar durante la sesión. No solo era pensar en una meta terapéutica, en objetivos claros de intervención y en técnicas para dar cumplimiento a dichos objetivos, sino pensar en el paso a paso a realizar la intervención con cada consultante, crear e implementar actividades que le permitan al consultante tener una participación activa dentro del proceso terapéutico, tener en cuenta los gustos, preferencias y habilidades del paciente para la intervención, de manera que se cumplan los objetivos y el paciente mismo pueda dar cuenta de ello.

Además de lo anterior, aprendí que cada proceso tiene su diferencia marcada, que cada historia de vida es diferente y tallada por sucesos distintos a los propios, que la mirada de mi mundo va más allá de lo que yo podía vivir o imaginar. Gracias a mis paciente pude ampliar mi mirada hacia lo desconocido. Me permití escuchar, investigar y comprender el contexto del otro, las emociones, pensamientos y conductas que lleva a cabo el otro diferente a las propias.

Este aprendizaje talló mi vida profesional. Me permitió un acercamiento hacia lo que hacemos los psicólogos clínicos desde un proceso completo que abarca evaluación e intervención psicoterapéutica. Gracias a estas experiencias, logré desarrollar habilidades y competencias básicas para una buena praxis profesional. Me permitió desarrollar la habilidad empática hacia la situación del otro. Me permitió ver más allá de mi propia perspectiva de vida, para así no sesgar la información recibida; además, me permitió desarrollar habilidades de escucha activa.

De la misma manera, los encuentros con los pacientes me permitieron desarrollar competencias básicas como la aceptación, comprensión, autenticidad y cordialidad; habilidades de escucha como la clarificación, paráfrasis y síntesis, y habilidades de acción verbal, como la formulación de preguntas, confrontación, interpretación, análisis, recolección y devolución de información.

Gracias a esta experiencia, pude lograr una transformación personal y profesional, pues de no saber nada o poco acerca de la interacción y el proceso con los consultantes en psicoterapia, pasé a conocer desde lo más básico a lo más complejo, como deberes y derechos del consultante dentro y fuera del consultorio, la importancia del consentimiento informado, a indagar por factores básicos para empezar a hilar el problema psicológico. Aprendí a realizar un proceso de evaluación, tanto de la aplicación de pruebas psicológicas como la recolección de demás información importante. También, a plantear objetivos claros con las técnicas acorde a necesidades del paciente, y finalmente, aprendí a implementar cada actividad durante el proceso de intervención, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y su motivo de consulta.

Referencias

- Arias-Muñoz M., M. (2014). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Revista electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9.
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117.
- Belloch, A. (2008). *Psicología y Psicología Clínica: Sobre Árboles y Ramas*, 34(150-151), 67-93.
- Cassell EJ. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Revista Anales de Psicología*, 24(2), 284-298.
- Piña, López J. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Revista Suma Psicología*, 10(1), 67-80.

Matrices de las emociones y colores de la vida de una mariposa

Ana María Bedoya Vásquez
Asesora: María Luisa Guevara

En el siguiente escrito, podrás encontrar quizás algunas respuestas o, por el contrario, más preguntas a lo que puedes estar sintiendo en este momento. El encontrarte en este punto de tu vida, como me ocurre a mí, te hará cuestionarte sobre muchas cosas de tu vida cotidiana y de tu vida como estudiante o como profesional, en el mundo tan maravilloso de la salud mental.

Al momento de elegir esta profesión, ya sea por vocación o por gusto, nos encontraremos un universo colorido, lo que nos hará preguntarnos muchas veces si lo estaremos haciendo bien. Empezaremos a sentir distintas emociones que harán de nuestro proceso uno totalmente auténtico. Quiero hablarte, desde mi experiencia personal, de los diferentes aprendizajes que nos deja este recorrido.

Las emociones se convierten en parte fundamental de nuestra vida y de cada uno de nuestros procesos como ser humano y profesional. El identificarlas y saber cómo gestionarlas ayuda en una gran parte a entender nuestra vida cotidiana. A su vez, nos ayuda a entender cómo nuestra vida como profesionales de la salud, independientemente de tus intereses, te servirá para buscar y encontrar una nueva versión de ti.

Claro que sí, a todos los que pertenecemos a este universo, en algún punto, nos empiezan a surgir dudas encaminadas a nuestro ejercicio personal y la relación de nuestra personalidad; y como todo lo que hemos aprendido a lo largo de nuestra vida, nos lleva a tener un estilo terapéutico auténtico. En esta ocasión, te contaré mi historia, y si te sientes identificada(o), es momento de que empieces a escribir la tuya, ya que si bien podrá ser difícil,

te ayudará a conocerte un poco más y a transformarte finalmente en una linda mariposa colorida, gracias a todos los aprendizajes que has tenido, al recorrer cada uno de los caminos que la vida te pone.

Indudablemente, para configurar lo que soy hoy en día como persona y como profesional, debo revisar diferentes construcciones que he ido moldeando, tanto desde mi infancia y de las personas que han pasado por mi vida. Mi familia ha sido el soporte más grande para construir lo que soy, mis valores, mis creencias y todas las cualidades que he venido desarrollando con el paso de mi formación profesional. Crecí en una familia amorosa, donde, desde pequeña, he estado rodeada de felicidad, compasión hacia el otro, buscando tanto el bien común como el propio.

Así mismo, me he visto permeada por diferentes factores familiares para tomar la decisión de elegir esta carrera. He podido contar con el apoyo de mi círculo familiar más cercano, en cuanto a mis sueños y a mi realización personal. Además, existieron circunstancias y situaciones puntuales que marcaron un punto de inflexión decisivo en mi vida para la decisión final de ingresar a la carrera y convertirme en la profesional que soy hoy en día. Desde que era una mariposa muy pequeña, tuve claro que a lo que fuera que me dedicara en un futuro en mi vida, tendría que estar evocado a la búsqueda del bienestar de las demás personas. Si bien en un primer momento no fue mi primera opción, tuve claro que, si esta era la carrera, daría todo de mí para hacerlo de la mejor manera posible. Durante el transcurso de mi adolescencia, tuvieron lugar dos hechos significativos que me ayudaron a enmarcarme en esta profesión.

Me considero una mariposa extrovertida, alegre y amorosa, lo que me ha permitido entablar redes de apoyo de una manera hábil; asimismo, soy una mariposa honesta, clara y sincera, pienso que la comunicación y la comprensión son las bases fundamentales para mantener cualquier tipo de vínculo, ya sea de manera personal o profesional. Toda mi vida me encontré rodeada de profesionales que, en su mayoría, están enmarcados en el cuidado de la salud mental.

Aquello, de una u otra manera, me llevó por este sendero maravilloso. Eso sí, ha tenido muchísimas variaciones, ya que si bien empecé por un interés e inclinación personal, con el paso de los semestres me fui encaminando a otro rumbo totalmente diferente, lo que para mí fue una experiencia absolutamente enriquecedora, donde pude, además de poner en práctica todos los conocimientos que adquirí, construir una nueva versión de mí. Mi interés para este ejercicio investigativo se centra en las emociones del terapeuta y en cómo, por la profesión que tenemos, se ha creado un prejuicio social a nuestro alrededor. Esto sugiere, de manera errónea, que por ser profesionales en la salud mental debemos estar siempre bien, felices y positivos, y que está mal visto el que podamos sentirnos mal, o llorar, ya que debemos mantener nuestra posición neutral y mediadora; es decir, al instaurarnos en esta profesión perdemos el derecho a tener diferentes tipos de emociones.

Mi investigación se centrará entonces en poder trabajar este “pensar” que se ha venido manejando, cómo dejamos de un lado nuestros sentimientos, emociones y pensamientos, solo por mantenernos enmarcados en el rol social que se nos asigna.

Con el rol que asumo, ¿qué emociones, sentimientos y pensamientos dejó de lado por mi profesión?

Soy una mariposa que se ha coloreado desde el sentir; sentir que siempre ha estado presente en mi camino y me ha permitido experimentar todo tipo de sensaciones y emociones que han movilizado mi vivir. La emocionalidad siempre ha estado en mí a flor de piel, y me ha constituido en mis intereses y formación como profesional, mi composición como persona y como ser humano. He estado permeada totalmente por la emocionalidad, me he constituido como una mariposa sensible, lo que me permite sentir en su máxima expresión todo lo que me trae el universo.

Desde que era una pequeña mariposa muchos hechos perfilaron mis emociones y reacciones referente a las diferentes situaciones que se me puedan presentar; en ocasiones escuchaba frases de mariposas más grandes,

como “no está bien que llores por lo que pasa” o “no es correcto sentirse mal, porque lo tienes todo”. Dichas afirmaciones causaron eco en mí, un gran revoloteo, y generaron una repercusión en mi configuración y el pensar frente a cómo a lo largo de mi existencia enfrentaría las diferentes emociones.

Desde ese momento empecé a cuestionarme cómo las diferentes mariposas percibimos todo lo que sucedía en nuestro interior, y de qué manera lo transmitimos a nuestro mundo exterior. Si bien me lo cuestioné durante un gran tiempo en mi transformación, nunca me atreví, hasta que elegí este camino, y la profesión de ser psicóloga. Si bien desde que era una pequeña mariposa tenía una visión cercana a esta, por mi familia y entorno, todo empezó a cambiar cuando estuve a punto de salir de mi capullo, con todas las ganas de colorear mis alas de la manera más increíble, me vi enfrentada al primer obstáculo que me antepuso la vida: salir de mi capullo original. Entonces debí enfrentarme a las demás mariposas de otra zona, con alas más grandes, con más colores y zonas recorridas. Los miedos y diferentes emociones empezaron a fluir en mi interior, y cada vez el qué hacer con ellas y cómo enviarlas al mundo exterior empezó a hacerse a un más frecuente. Debido a esto empecé a indagar con una mariposa con experiencia en las emociones, y con más conocimientos acerca de eso que me hacía revolotear cada vez con más fuerza.

A medida que el camino iba avanzando, empecé a buscar respuesta para la inquietud que me causaban las emociones. Para esto, busqué un significado, para acercarme a lo que realmente me interesa y encontré que, según Álvarez, et. al. (2000), una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Además, él propone que las respuestas emocionales siempre surgen a raíz de un acontecimiento interno o externo, y que en estas se identifican tres componentes: neurofisiología, comportamental y cognitivo.

Es así como gracias a este primer acercamiento entendí que todo lo que sucediera fuera de mí, en mi camino y en mi recorrer, indudablemente

traería diferentes cambios, tanto a nivel interno como externo de mi percepción. Se debe entender, de igual forma, que las emociones nos proporcionan diferentes señales ante los eventos de nuestra vida, así como lo expresa Bisquerra (2009):

Las emociones tienen un papel sumamente importante, el cual se radica en posibilitar al organismo una adaptación al medio. Este rol se divide en dos, porque, por un lado, informan a los propios organismos sobre amenazas y eventos latentes, pero desde otra perspectiva, los sujetos o animales disponen de ellas para compartir intenciones con quienes conviven. Procediendo con la función social, se advierte que dichos estados permiten comunicar a los demás lo que se siente y generar influencia. p.30

Lo anterior entonces me permitió evidenciar que las emociones juegan un papel de suma importancia para mi desarrollo, ya que tienen relevancia en la toma de mis decisiones. Es así como poco a poco empecé a observar todo lo que pasaba a mi alrededor y cómo debía de reaccionar frente a ello. La primera decisión en la que debí enfrentarme fue la de la carrera que debería escoger, de acuerdo con mis intereses y gustos, para desarrollar un buen tiempo en mi vida. Es así como llega la psicología, que si bien desde muy pequeña la tuve cerca, sería esta mi punto de inflexión en mi crecimiento y formación.

Es allí cuando me vi enfrentada a dos de mis intereses a nivel profesional más grande; y es gracias a la emoción que hoy estoy en este punto, a escasos meses de convertirme en una profesional de la salud mental. Asimismo, en este inicio pude conocer otro término que va de la mano con el concepto de emoción, el cual conocemos como *inteligencia emocional*, definido por Mayer y Salovey (1990) como la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar la emoción; para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; para comprender y conocer la emoción; y la habilidad para regular de tal manera que promueva el crecimiento emocional e intelectual.

En este punto todo comienza a cobrar sentido. Al iniciar este camino estaba llena de miedos. Empecé a reconocer las emociones que me invadían con más frecuencia y empecé a investigar sobre ellas. Desde entonces descubrí que no debía catalogarlas como positivas o negativas; solo eran emociones que debía permitirme sentir para redescubrir una nueva versión de mí. Este descubrimiento posibilitó llenar mi vida y mi camino de experiencias que configuraron mi ser, mi camino y mi estilo profesional.

A medida que iba pasando mi recorrido por la carrera, empecé a experimentar las emociones cada vez con más intensidad. Siempre me he permitido vivir desde el sentir todo lo que suceda en mi entorno, pero ya al encontrarme enmarcada en esta profesión, todo cambió. Empecé a escuchar de manera más frecuente frases como: “No puedes sentirte mal, porque eso no te hace ser una buena profesional”, “No puedes llorar, porque eso no hacen los psicólogos”, “Entonces tú no debes estar triste nunca, porque sabes qué hacer para no estarlo”. Desde ese momento empecé a cuestionarme por qué las mariposas de mi alrededor manifestaban esas expresiones, y por qué estas me generaban tanto ruido.

Fui recolectando las expresiones más frecuentes que a mis oídos llegaban, frente a cómo debería o no sentirme desde el estudio de mi profesión, y me di cuenta de algo muy importante: desde que por nuestra propia decisión escogemos esta carrera, nos encontramos enmarcados en el cómo debemos ser, desde una perspectiva externa, de lo que “realmente” del deber ser como profesionales y como personas sin desligarnos de todo lo que nos permea en la vida como tal.

Ahora bien, cabe remarcar que fue en el año 1995 con la publicación *Emotional Intelligence* de Daniel Goleman que este cobró mayor relevancia y empezó su divulgación a través de artículos científicos. A juicio de Goleman (1995), la IE comprende cinco dimensiones.

La primera de ellas, el **conocimiento de las propias emociones**, se refiere a la capacidad de las personas para reconocer y atender continuamente

sus sentimientos en los momentos en que aparecen. En dicha medida empecé a reconocer todo lo que pasaba en mi exterior, y la repercusión que traen consigo en mi interior y en mi manera de tramitar las diferentes experiencias.

La segunda dimensión es etiquetada como el ***control de las emociones***, y esta alude a la capacidad de los individuos para regular sus sentimientos y adecuarlos a los momentos. Esta ha sido una de las dimensiones que más me ha costado trabajar, ya que me he enmarcado siempre desde el sentir y el tener que controlar ciertas emociones ha sido complejo; pero asimismo la carrera me ha brindado diferentes herramientas y estrategias que he podido poner en práctica. Estas me han permitido avanzar en mi propio proceso tanto personal como de la configuración de mi estilo terapéutico. La tercera rama, conocida como ***la motivación de sí mismo***, remite a la capacidad para encaminar las emociones y la consecuente motivación hacia la ejecución de actividades creativas y consecución de logros. Al ir trabajando en mis emociones las fui pensando de tal forma que, por “positivas” o “negativas” que fueran, me permitirían tomar de cada una lo mejor, así como moldearlas de tal manera que hicieran de cada una de mis experiencias y de mi camino una evolución propia, tanto a nivel personal como profesional.

Como cuarta dimensión Goleman propone el ***autocontrol emocional*** como capacidad de postergar la gratificación y sofocar la impulsividad, a fin de alcanzar lo propuesto. Esta dimensión, puesta en práctica, me ha permitido aprender a controlar lo que por mucho tiempo pensé imposible, por la falta de estrategias que poseía. Aprendí y entendí que indudablemente las diferentes emociones me constituían como persona, y debía sacarles el mayor provecho a ellas, sin necesidad alguna de verlas como un obstáculo, sino más bien como una ventaja.

Es aquí, antes de la última dimensión propuesta por Goleman, que sale a relucir una de las reflexiones y decisiones más importantes que he tenido que tomar en el curso de mi carrera profesional, y de lo que

será un punto decisivo para mi futuro profesional como psicóloga. Si bien la decisión de encaminarme a la psicología clínica, durante todo mi proceso, tuve miedo de enfrentarme a este momento que vivo hoy en día, precisamente por cómo me he configurado durante toda mi vida, siempre desde la emocionalidad y el sentir desbordado. Es aquí cuando debí poner en práctica todo aquello que aprendí y que he venido reconociendo de mi proceso, el empezar a pensar en cómo no permitir que mis emociones empiecen a jugar en mi contra o siquiera empezar a influenciar los procesos con mis consultantes. Es de allí donde me empecé a cuestionar más a fondo todas las afirmaciones que recibía por todas las personas que se encontraban en mi entorno.

Para finalizar dichas dimensiones encontramos la del reconocimiento ***de las emociones ajenas y el control de las relaciones***, cuyo punto de encuentro es que involucran al otro. Estas últimas dimensiones remiten, por un lado, a la empatía como capacidad para sintonizar con las señales sociales que indican las necesidades o deseos de los demás; y por el otro, a la habilidad para interactuar adecuadamente con las emociones ajenas.

Está última dimensión propuesta por Goleman en 1995 la he venido trabajando con más frecuencia en este último semestre de mi carrera profesional. Como lo venía refiriendo anteriormente, el poder hacer un proceso de entendimiento desde mis propias emociones, sentimientos y pensamientos, ha sido absolutamente provechoso para mi ser interior y para mi ser exterior como profesional.

De este proceso puedo rescatar mi crecimiento, tanto personal como profesional. El inicio de este camino en esta última fase ha sido increíble; formarme como una psicóloga clínica desde la empatía, el entendimiento del ser y el buen hacer, desde el sentir, de la emoción. De una emoción compartida y comprendida desde las dos partes de este proceso. Aprendí y entendí que la aceptación desde un inicio lo es todo. El aceptar mi composición social y personal me permite mejorar con el día a día, poder hacer los cambios pertinentes para que mi ejercicio profesional sea cada vez

mejor, y mis procesos con consultantes sean fructíferos y apropiados; estos en pro siempre de su beneficio.

Para finalizar la primera fase de esta investigación que me encuentro realizando desde mi interior, desde el self de la terapeuta que soy y que he venido construyendo y reconstruyendo con mis aprendizajes diarios, me deja la reflexión de que cada uno de los procesos y emociones que me he permitido vivir desde la armonía me han permitido colorearme desde el blanco, pasando por el arcoíris, hasta el negro o el gris. Este proceso ha creado en mis alas una combinación maravillosa que me ha hecho cada día más fuerte.

Enfocándome entonces en cómo podrían influir mis emociones propias y las emociones de mis consultantes en todo el proceso que llevo como profesional, me empecé a cuestionar si realmente debería hacerle caso a los diferentes comentarios que escuchaba frente a cómo debería actuar. Es decir, si debería mantenerme completamente al margen y no involucrar mis emociones o acciones propias cuando se presentara alguna situación en específico con alguno de mis consultantes.

Es así como en todo este camino que he ido volando y que me ha coloreado, me ha formado con habilidades y herramientas para ponerlas en práctica cuando terminara de volar todos los semestres antes de llegar al último. Debo confesar que durante todo mi camino universitario le tuve miedo a este último nivel, a lo nuevo, a las experiencias desconocidas y a cómo tendría que enfrentarme a los nuevos retos.

Como he relatado durante las anteriores páginas, me he construido como un ser humano sumamente emocional y considero que eso ha permeado tanto mi existir como mi estilo terapéutico. Aunque esto constituyera mi esencia, ciertamente me preocupaba bastante ser así, ya que si bien no sabía a qué me vería enfrentada, tampoco sabía cómo iba a reaccionar frente a dichas experiencias, y dichos miedos empezaron a hacerse más frecuentes.

Cuando la fecha que había sido establecida para iniciar nuestro ejercicio profesional en psicoterapia se iba acercando, empecé experimentar muchas emociones de las que ya sentía, y esto me hizo pensar aún más sobre cómo me sentiría en cuanto ese primer acercamiento con mis consultantes se diera.

Es aquí donde quiero traer un recuerdo de una frase que escuché en cierta ocasión: “No creo que un psicólogo sea confiable si no se encuentra bien y feliz, si por el contrario se encuentra triste, no le serviría de nada dar terapia”. Esto entonces lo recordé un día antes de mi primera consulta. Empecé a sentir un vacío, ya que en mi interior pensaba que no podría lograr un buen primer acercamiento porque empecé a dudar de mis habilidades y capacidades propias, y del conocimiento adquirido en todo este recorrido.

Considero que cuando asumimos el rol de profesionales de la salud y más específicamente de la salud mental, se nos asignan diferentes responsabilidades frente a cómo actuamos y “cómo debemos sentirnos”. Socialmente estamos sujetos a sentirnos bien, plenos y felices para tener procesos que sean considerados como fructíferos o exitosos; asimismo, debemos ser conscientes de que se ha tenido una estigmatización frente a cómo las personas en general deben sentirse o no y la catalogación que se establecen de las emociones.

Es así como llegó el momento al que más le temía en mi recorrido universitario. El primer día me vi enfrentada al primer “reto” que se me presentó en el proceso de práctica clínica, ya que me vi confrontada a que en la primera sesión que atendería a mis consultantes, se me habían asignado tres, y solo asistió uno a la sesión. Entonces esto me causó cierta incertidumbre al principio; pero este hecho me dejó un aprendizaje muy grande, ya que me di cuenta de que no todo lo puedo controlar, y que esto me confronta frente a que pueda existir un posible abandono de los consultantes al proceso psicoterapéutico.

Es a partir de este suceso que empecé a repensarme si realmente si fuese buena en mi práctica profesional, o si mis pacientes con el transcurso de las sesiones tendrían una buena adherencia al proceso y que, en la medida que fuera posible, que el tratamiento pudiera ser exitoso en la medida en que el motivo de consulta por el cual el consultante asistió de una manera inicial al proceso pueda ser resuelto de una manera eficaz. Es decir, que le permita enfrentarse a las situaciones puntuales que le lleguen a generar malestar con estrategias de afrontamiento y diferentes técnicas.

Con la primera sesión con mis consultantes pude identificar que los motivos de consulta por los que asistían a psicoterapia tenían que ver significativamente con no saber expresar, entender o identificar tanto sus propias emociones como las de las personas que los rodeaban, y que como culturalmente se ha enmarcado, hacían referencia a que no sabían por qué sentían tantas emociones “negativas”.

Asimismo, en el transcurso de mi ejercicio de práctica encontré mi paciente espejo, y esto me confrontó aún más, ya que con el paso de las sesiones empecé a identificarme con mayor frecuencia con algunas de las afirmaciones que ella hacía en consulta. Es allí donde mis emociones propias empezaron a salir a flote, y comencé a pensar hasta qué punto sería ético y propicio mis intervenciones frente a lo que a ella le causaba malestar, y cómo mi propia identificación influiría en su proceso.

A raíz de esto, tomé en cuenta tanto mis intereses propios y los de mis consultantes frente al manejo de las emociones quise enmarcar mi ejercicio de práctica profesional frente a cómo ellos identifican, perciben y entienden sus emociones propias y las de las personas que los rodean. A través del proceso puedan entender que no hay emociones buenas o malas, que solo deben de sentirlas y aprender de todo lo que ellas puedan ofrecer.

Este hecho también me inclinó a realizar esta investigación, ya que es un suceso que si bien aqueja a la población en general, no muchas personas tienen la oportunidad ni la iniciativa de asistir a un proceso psicoterapéutico,

para poder adquirir estrategias y habilidades que les permitan hacer un manejo correcto de estas para aliviar los malestares que los aquejan.

Desde mi punto de vista, considero que el papel que juegan mis emociones en el proceso terapéutico es muy importante, ya que durante mucho tiempo consideré que debería manejar una actitud centrada en lo que les ocurriera a mis consultantes, y que lo más sano para mí sería dejar a un lado lo que las experiencias propias de cada uno y lo que me transmitieran, para no caer en lo que siempre escuché.

Pero con el desarrollo de mi práctica entendí que por encontrarnos desempeñando una profesión, no debemos dejar de lado lo que realmente somos, lo que nos hace ser seres humanos. Con ayuda de mis compañeros y de mi docente asistencial he entendido y he reflexionado frente al papel que asumí y la responsabilidad que tendré cuando me gradué de esta carrera, que me ha proporcionado herramientas para gestionar mis emociones, que me enseñó que no está mal sentir tristeza, agobio, malestar o lo que por mucho tiempo consideré como algo malo.

Como una reflexión final frente a mi quehacer como profesional, considero que el hecho de que entendamos cómo gestionar y cómo enfrentarnos, de una manera adecuada, a las diferentes situaciones que se nos puedan presentar en nuestra vida cotidiana también podrá hacernos seres más conscientes y empáticos frente a lo que sentimos, a cómo expresamos nuestras emociones a los demás y, sobre todo, que cada uno de nuestros procesos internos o externos nos colorean, nos hacen únicos y especiales.

A través de este ejercicio tan provechoso, pude conocerme y construirme nuevamente. Si pudiera definir este ejercicio investigativo con una palabra lo definiría como *transformar*. Así como se transforman las bellas mariposas por los cambios que surgen en su entorno, el poder escribir esta investigación fue algo sumamente retador, ya que toda la carrera nos la pasamos escribiendo sobre otro tipo de temas; pero nunca del camino que

hemos contruidos desde nuestras capacidades y desde todo lo que hemos logrado desde nuestra perspectiva.

Al ver concluido mi ejercicio investigativo, puedo decir que me siento muy orgullosa del resultado logrado; además, a través de su lectura pueden conocer mi estilo terapéutico y lo que me ha configurado como psicoterapeuta. A manera de cierre, quiero decir que este ejercicio también me permitirá repensarme, tanto mi configuración personal como profesional, durante todo mi ejercicio de práctica académica, así como mi formación individual y la manera en que mi entorno influenció el resultado total en este proceso. El hecho de que en la universidad me hayan permitido realizar este ejercicio me hizo darme cuenta de muchas cosas importantes que quizá a lo largo de la carrera se olvidan, como nuestra parte personal. La mayoría del tiempo nos encontramos centrados en aspectos netamente académicos, y como lo traté a lo largo de toda mi investigación, además de ser psicólogos, somos seres humanos, y sentimos diferentes emociones de las cuales aprendemos diariamente.

Así mismo, este ejercicio me permitió reconocer mis habilidades para la escritura y redacción, así como también las debilidades y miedos más grandes de mi personalidad que se vieron reflejados durante toda mi carrera y mi ejercicio profesional, y que finalmente pude plasmar durante este escrito.

Espero que de igual manera te hayas podido sentir identificada(o) con todo lo que aquí se encuentra, y que este pueda ser un inicio para que tú misma(o) puedas realizar este ejercicio y que te ayude a avanzar de una manera significativa frente a lo que puedes considerar una debilidad en tu vida. Todo ello será un gran aprendizaje; y que el propósito en tu vida siempre esté guiado por el amor a lo que haces, y porque el bienestar de las personas a quienes puedas marcar con tu ser siempre esté por encima de cualquier otra cosa.

Referencias

- Álvarez, M., Bisquerra, R., Fita, E., Martínez, F. y Pérez, N. (2000). Evaluación de programas de educación emocional. *Revista de investigación educativa*, 18(2), 587-599. <https://revistas.um.es/rie/article/view/121241>
- Bisquerra, R. (2012). De la inteligencia emocional a la educación emocional. *Cómo educar las emociones*, 1, 24-35.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. *The emotionally intelligent workplace*, 13, 26. https://www.eiconsortium.org/reprints/ei_issues_in_paradigm_building.html
- Pérez Escoda, N., Filella Guiu, G. y Bisquerra Alzina, R. (2009). A los 100 años de la orientación: de la orientación profesional a la orientación psicopedagógica. Disponible en: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13897/Q_22_\(2009\)_03.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13897/Q_22_(2009)_03.pdf?sequence=1)
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. Tomado de: https://scholars.unh.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=personality_lab

Cómo soportar la falta de saber en el acto clínico, sino es por la vía del amor

Sofía Álvarez Pachón

Asesor: Milton Guillermo Romero

Probablemente era muy pequeña para comprender el peso de las palabras de aquello que M, mi prima, me confiaba. También fue cuestión de pensar que a mis cortos ocho años podría entender la complejidad de sus vivencias. Desde que tengo memoria, la gente a mi alrededor hacía comentarios acerca de mi corta edad y lo “inteligente” que era, o que “me expresaba como adulto” siendo una niña. Hoy, al mirar al pasado, me pregunto si era el “destino” que ellos, con sus comentarios, habían creado para mí, o una “verdadera” realidad. De manera inevitable, pienso en la estructuración de la falta, de ese objeto de deseo que pasaría a convertirse para mí el saber y ese lugar de “inteligencia”.

Probablemente jamás olvidaré esa madrugada. Una de las cosas que más disfrutaba cuando era niña era poder compartir con mi prima M. Con ella podía hablar de temas que con nadie más podía; dormir con ella y poder hablar hasta altas horas de la madrugada me hacía sentir un pequeño adulto. Sin embargo, las palabras cruzadas ese día solo venían con un montón de interrogantes sobre el dolor, el sufrimiento y por qué existían esos “problemas mentales” que tanto atravesaban a M. Esa madrugada, en una de las largas noches de insomnio que solíamos tener juntas, M me confiesa que ha intentado suicidarse, que por su cabeza solo pasaba la idea de la muerte. Me contó sobre su idea de suicidio, su trastorno de conducta alimentaria, que seguía siendo un dolor tan grande para ella, porque tiempo después se le empezó a caer el pelo, uno de sus “mayores atractivos”.

También me comentó sobre su relación problemática, lo mucho que abusaba emocionalmente su novio del aquel entonces de ella. Sin embargo, no todo fue negativo, también me comentó de una “ayuda” que estaba recibiendo y que hacía todo un poco más llevadero. Así fue como esa madrugada conocí la labor de un psicólogo (o por lo menos eso creí), y por mi mente solo pasaba “quiero ser como esa señora que ayuda a mi prima, quiero poder ayudar a mi familia cuando sufre”. Después de ese suceso solo tengo recuerdos desde muy pequeña de querer estudiar psicología. Mi familia se encargó, como de costumbre, durante los siguientes años, de hacerme creer que era una niña muy inteligente, sumamente capaz y responsable para mi corta edad. Para ellos era un “don de Dios” que a mí me había correspondido, y yo sentía una responsabilidad muy grande por llevar ese nombre en alto, en desear y “lograr” ser una niña inteligente, capaz y responsable.

Cuando estaba en grado décimo tuve un acercamiento a las ciencias naturales. Sentía estar enamorándome de la química y la ingeniería, pues mi tío, tan solo cuatro años mayor, otro “don de Dios” por su gran inteligencia (y a quien crecí viendo como un ejemplo) había recién ingresado a la Universidad, estudiaba una ingeniería y eso lo hacía el gran orgullo de la familia. Notaba que para mí eran más fáciles que para mis compañeras de clase las matemáticas, la química y la física, y pensé: “Lo mío no es la psicología, es la ingeniería”. Además, la gente “inteligente como yo” no debía “desperdiciar” su potencial; sin embargo, esas ideas se fueron rápidamente cuando mi prima I, quien para mí siempre había sido competencia (porque también crecí como una persona sumamente competitiva), en una Navidad, recién ingresó a la Universidad a estudiar psicología, y me dijo: “Sofi, definitivamente la psicología no es para gente como tú”. Eso solo me impulsó a desear ser psicóloga y a desligarme de la idea de estudiar una ingeniería. Además, en tiempos de la firma del Acuerdo de Paz, que paralelamente se estaba gestando, todos decían que el país “necesita psicólogos sociales”; y para mí, que la guerra me atravesó casi desde mi nacimiento, era una afirmación de Dios para ser psicóloga.

Recién me gradué del colegio yo era a quien llamaba “una niña de iglesia”. Era el orgullo de mi familia por ser “una niña de Dios”. Seguramente la psicología me iba a ayudar a encaminar personas por el buen camino, aconsejándoles de buena manera iba a ser posible (o eso creía yo, una adolescente de 16 años que su único motivo en la vida era “ser una ofrenda agradable para Dios”).

Recién ingresé a estudiar psicología mis primeras amigas y compañeras, durante todo primer y segundo semestre, eran cristianas. Yo portaba mi título con mucho honor y hablaba de Dios sin parar; sin embargo, me empezaba a enterar que la psicología tal vez no era lo que creía, pero por fortuna, ¡y qué gran fortuna!, todo lo que estaba aprendiendo me gustaba.

Finalizando mi segundo semestre, y después de estudiar un año de epistemología con uno de los profesores que más admiro, empezaba a cambiar mi visión del mundo, me daba cuenta que la historia dependía fuertemente del “azar”, que ciertos momentos históricos y sucesos eran quienes en cierta medida definían nuestros comportamientos. Aquello que hemos normalizado como sociedad hasta el día de hoy estaba mediado por toda una historia, por la cultura, y todo un proceso de crianza tan singular como cada uno. Encontrarme con esas ideas me transformó muchas formas de pensar, pues esto también era aplicado a mi vida personal. Era una construcción de los sucesos de mi vida y reconocerlo ayudó en este proceso y a definir mis inclinaciones clínicas sin saberlo.

Paralelamente me estaba enamorando del “pelao inteligente” del salón, en tercer semestre, junto con mi mejor amiga, la persona que estaba acompañando mi proceso desde que ingresé a la universidad. Este muchacho que venía a enseñarme una visión de mundo que jamás hubiera imaginado, dejé la Iglesia y me enfoqué en mis clases. Vivir mi proceso universitario con dos seres tan inteligentes me transformó. Las discusiones después de clase, apropiarnos juntos de lo que estábamos aprendiendo, aunque costaba muchas lágrimas, me hacía sentir muy orgullosa. Probablemente sin ellos dos a mi lado (y no solo ellos dos, sino también las construcciones

que podía realizar con mis otros compañeros de clase; gente que también admiraba por su inteligencia y que hacía mucho más interesante la carrera), mi proceso no hubiera sido el mismo.

Desde tercer semestre, mucho más marcado en cuarto, me enamoré de la investigación, de la idea de ser profesora, continuar investigando y poder enseñar todo lo que había aprendido. Esto, sumado a la idea que desde pequeña había reforzado en mí, la idea de ser esa mujer inteligente y aplicada, y que convirtiéndome en profesora creía que iba lograr a alcanzar.

Al inicio estaba muy dividida. Uno de los profesores que ha acompañado mi proceso y a quien admiraba por todo su trabajo investigativo me estaba mostrando lo interesante de la investigación cuantitativa. Me hacía enamorar de este tipo de conocimiento; sin embargo, no sentía que ese era mi enfoque. Por un lado, creía entender el peso de las ciencias duras, pero me enamoraba la ciencia social, me enamoraba el psicoanálisis, porque me reconocía dentro de su discurso, dentro de la subjetividad y de respetar eso en el otro.

Lo que realmente cambió todo mi proceso fue cuando en quinto semestre tuve que preparar una relatoría de un texto que hoy en día me gusta mucho, “La cultura de la civilización hipermoderna y síntomas contemporáneos”, de Jacques-Alain Miller. Esto, sumado a mis aprendizajes anteriores y a textos de Freud, que “comenzaba” a comprender, cambió totalmente mi visión de mundo. Me hizo querer entender las dinámicas bajo las que vivía, entender dinámicas capitalistas, geopolíticas y el sufrimiento humano por no encajar en la norma que el capitalismo había instaurado en nuestro mundo occidental, en nuestra cultura. Mirar atrás me hace sentir afortunada, pues a pesar de ingresar por las “razones equivocadas”, el proceso formativo fue lo que me hizo encontrar aquello que me apasionaba y donde me reconocía a mí misma.

Cuando tuve mi encuentro con la clínica cognitiva conductual no la disfruté tanto. De hecho, el modelo personalmente me molestaba, pues, para mí,

era seguir apostándole al estigma de las denominadas emociones negativas y positivas. Era seguir poniéndole un tiempo justificado al sufrimiento humano para que no se tratara de una patología. Era hacer una rama médica de quien acude a consulta por un dolor o una queja, y quien da una respuesta adaptativa pero que se queda corta dentro de la subjetividad.

Ese semestre me encontré de frente con la labor del psicólogo y decidí que no quería serlo. Mientras tanto, el psicoanálisis me seguía gustando por su discurso subjetivo; sin embargo, también me hacía la pregunta de si era posible, con dinámicas tan marcadas bajo las que vivimos, que alguien se cuestionara o acudiera a una consulta psicológica, sin el fin de encontrar una respuesta de un otro que tiene el saber, como lo es el psicólogo conocido socialmente. Hablo de la idea de “ir al psicólogo para que me ayude” o “ir al psicólogo para que me de herramientas”. Sin embargo, hasta ese momento siempre me alejé de la clínica como una idea para mi profesión. Yo realmente quería ser profesora de psicología social, nunca iba que tener que pensar en la clínica más allá de mis prácticas.

Cuando inicié mis prácticas en el eje intersubjetivo; es decir, en psicología social, tuve la fortuna de hacerlas en un lugar que también marcó esa visión de sujeto que de ahora en adelante iba a tener. Incluso para la clínica, entender lo simbólico como herramienta personal para contar historias o llevar procesos, seguir entendiendo y trabajando bajo el respeto de lo subjetivo y paralelamente llevarlo al ámbito personal me fue transformando. Como inicialmente mencioné, la historia es producto de los sucesos; asimismo con esta historia, probablemente si hubiera saltado un texto, omitido una idea, elegido otro enfoque, apasionado por algo más dentro de mi carrera, nada de esto hubiera sido posible.

Encontrarme con la clínica fue un proceso complicado, sobre todo porque, tal y como lo he mencionado, siempre he sido, desde muy pequeña y marcado por mi familia, esa niña “inteligente”. Y quién sabe, de hecho, ha sido una constante repetición en mi vida, destacar por mi “inteligencia”. En este proceso de la clínica psicoanalítica la posición del no saber me

ha confrontado y atravesado subjetivamente, el aceptar el no saber para el acto analítico y que solo así sea posible lograr una neutralidad con los consultantes y los relatos que los constituyen como sujetos.

Sin embargo, es a su vez gracias a ese mismo amor e interés que he podido desarrollar por la clínica psicoanalítica, por el respeto de la subjetividad y la escucha que este mismo sirve de soporte para falta de saber, pues es en esta medida en que el saber propio puede ponerse en suspenso, dejarse a un lado para que emerja el saber del otro y pueda darse el acto clínico.

Esta misma labor, durante mis prácticas profesionales, pude entender también que se hacía más complicada a medida que la demanda de los consultantes tenía más y más peso después de cada cita. ¿Cómo aprender a mostrarle al otro que acude a consulta, que su queja, su malestar y sus síntomas no son el eje central y que no marcan importancia sino a raíz de su funcionalidad, cuando su entorno está permeado de una cultura donde se rechaza el síntoma y es este mismo lo que define qué es lo que el sujeto “padece”? A partir de allí el sinfín de preguntas alrededor del “qué tengo” o “qué piensa usted de mi situación” que deben ser dejadas en suspenso para la construcción del acto clínico, para que pueda emerger el inconsciente a partir de la palabra, que es la más importante en el espacio.

Miller (2006) nos expone tres sujetos supuestos al saber dentro del acto analítico. El primero, el analizante que viene a nuestra consulta y le damos la palabra, actuamos de “tabula rasa”, pues el análisis es un ejercicio de olvido dentro de cada sesión, pues la ignorancia es la que hace posible la instauración de la sesión analítica.

El segundo sujeto supuesto al saber está en el lugar del analista, pues el consultante lo pone en el lugar del que tiene un saber, que puede responder a las formaciones del inconsciente. Cuando el analizante se topa con algo que no le funciona, tiene la suposición de que hay alguien que sí lo sabe, por eso llega a la consulta. Sin embargo, al mismo tiempo el analista no sabe del inconsciente del paciente, pero también le supone un saber.

El tercer sujeto supuesto al saber es el inconsciente, que únicamente es posible que emerja gracias a la transferencia, una transferencia de saber de que el analista sabe y tiene la posibilidad de interpretar la ruptura entre el S1 y el S2.

Lacan, en su conferencia de “La equivocación del Sujeto Supuesto al Saber”, nos expone la importancia de tener un saber sobre el inconsciente, nos devuelve la pregunta sobre qué es el inconsciente. Nos recuerda que está en el discurso del otro; de ahí la importancia de reconocer este discurso en las formaciones del inconsciente, pues hace parte de lo dicho, algo que puede decirse sin que ningún sujeto lo sepa. Por esta misma razón está la importancia de posicionarse en el lugar de la ignorancia, como anteriormente mencionaba, para “aprender” lo que el inconsciente dice, y el sujeto no se da cuenta que ha dicho.

Le corresponde entonces al analista identificar ese “eco de verdad” que suscita el S1. Sólo es posible, para que haya psicoanálisis, la posibilidad de ir en contra de ese significante y hacerle perder su rango de amo, para que lo dicho pueda ser visto (Miller *et al.*, 2006). Personalmente me surge la pregunta de cómo sería posible el psicoanálisis si el analista se posiciona en tal lugar de amo dentro de las sesiones, de aquel que realmente sabe, no de quien se le supone un saber, sino de quien lo posee.

Finalmente, no creo que sea posible el psicoanálisis desde tal posición. Pero ¿cómo no estar en el lugar de amo? ¿Cómo no pensar que se sabe qué es lo más conveniente para el sujeto? ¿Cómo esperar que el sujeto comprenda algo de lo que le pasa sin desesperanzarse? El mayor reto de posicionarse desde el no saber, además si de por medio hay una suposición por parte del analizante, de ser quien tiene el saber y todo un entorno lleno de posiciones de poder y saber, un entorno lleno de posiciones de amo. Solo queda ser cuidadosa con lo propio, para que no intervenga en el seguimiento del saber del inconsciente del otro, despojarse de cualquier saber para que lo a mí como persona me atraviesa y he aprendido no interfiera en el proceso terapéutico y clínico.

A veces despojarse de lo propio o demarcar límites donde se reconozca dónde están los pensamientos del otro y dónde empiezan los propios en el ejercicio práctica es difícil. Usualmente olvidamos ignorar aquello por lo que estamos constituidos, ignoramos que esa otra persona que está frente a nosotros es ajena, ajena a nuestros deseos, nuestros significantes y recorridos.

Las situaciones vividas durante las sesiones de las prácticas, las historias, las subjetividades, las razones del otro que de manera inevitable resultan confrontativas, algunas más fáciles de identificar que otras, pero finalmente un sinfín de lo humano, de reconocerse a una misma en la vivencia del otro y no permitir que eso interfiera de ninguna manera el proceso terapéutico... todo esto me hace recordar las palabras de Freud en sus consejos a los jóvenes médicos. El consejo de desplazar cada pensamiento propio en la escucha del otro y recordarse que se trata de un otro. La escucha que determina el espacio, la interrogación al otro y no a mí mismo, dejar a un lado todo aquello que supongo saber y abrirme a la realidad que no sé nada que del otro venga.

Sin duda el proceso de la práctica clínica también ha sido un eje de transformación tanto para mi vida personal como profesional. El adquirir herramientas de escucha, junto con el reconocimiento de la necesidad de conocerse a uno mismo para tener la posibilidad de reconocer qué de aquello que el otro trae a consulta puede llegar a la vía de la identificación, para rápidamente despojarse de esto y reconocer que se trata de un otro, no de mí misma, ha sido el aprendizaje más grande. Es aquí donde emerge este respeto por la subjetividad del que me he apasionado, de la singularidad de cada proceso y mis limitaciones propias para realizar un ejercicio clínico ético.

Procurar dejar la posición de amo para cada sesión terapéutica puede resultar un trabajo costoso, pues aprender a dejar en suspenso lo propio podría parecer una tarea complicada. Pero también en esa misma medida del encuentro con uno mismo, en el reconocimiento de que también estoy

atravesada por toda una historia, siento dolor, me conmuevo, me identifico y llevo un proceso independiente de aquel a quien escucho, lo que me puede permitir que esta tarea complicada en ocasiones se vuelva sencilla. Es necesario cuestionar el “para qué” estoy allí, frente a un otro, prestando un espacio de escucha atenta y qué es lo que pretendo escuchando. ¿Seguir dándole instrucciones de cómo debe vivir su vida quien consulta? ¿Prestando un espacio de escucha para que el otro pueda encontrarse a sí mismo dentro de aquello que está diciendo, y que esto le haga consciente de aquello que usualmente piensa pero que no se permite decir, pero que al decirlo lo transforma?

Bibliografía

Lacan, J. (1967). *La equivocación del sujeto supuesto saber. Otros Escritos*. Paidós

Miller, J (2006). *Nuestro Sujeto Supuesto Saber. Intervención de Jacques Alain Miller en las jornadas de ECF* (trad. Marín, M.).Boletín Radar.

¿Es posible salvarse de los afectos?

María Angélica Rojas Villa

Asesor: Milton Guillermo Romero Toro

La psicología clínica nunca me ha llamado la atención en el sentido de querer practicarla. Me parece muy interesante, y que es gran parte del imaginario popular de lo que hace un psicólogo. El enfrentarse a otra persona en una relación uno a uno es fascinante y aterradora a la vez. Siempre me hice preguntas sobre qué pensaba el terapeuta y cómo este respondía frente a las demandas del consultante, que muchas veces consideran que la terapia es una solución definitiva y rápida frente al problema que quieren tratar. Esto me llama la atención, considerando, a su vez, el rol que el propio psicólogo asume en esta relación y cuáles son las formas en las que interpreta aquello que sucede en el espacio clínico.

Mis mayores inquietudes surgen del discurso reiterado que he evidenciado en algunos compañeros sobre “ayudar a la gente” y “velar por el bienestar y la salud mental”, lo que, aunque en principio suena altruista, me parece que muestra algo del ego del terapeuta reluciendo desde una posición de salvador. Aunque no esté de acuerdo con esa posición, encuentro que muchas veces mis propias preocupaciones se dirigen al no poder hacer las cosas bien, no hacer aquello que debería, no poder ser en últimas una salvadora más. Por esta razón, me resulta llamativo cómo desde una posición de terapeuta se pueden manejar las propias emociones y expectativas durante el proceso clínico.

Por esta razón, en los últimos días de mis prácticas clínicas me he preguntado a quién intento salvar, de qué le intento salvar. Después de mucho esfuerzo, me he dado cuenta de que a lo largo de mi vida ese significante (salvar) ha transversalizado diferentes aspectos de mi historia personal. Desde muy

pequeña me encontré con el imposible que es la muerte, imposible de comprender, imposible de evitar y para mí el imposible de dejar de sufrir ante la pérdida. Es así que durante años he luchado con mis propios afectos y la búsqueda por alejarme de ese malestar, y el dolor me llevó en un primer momento a estudiar psicología. En un principio, pensé que el malestar que me había producido la sola idea de estar en las prácticas clínicas se relacionaba con mis miedos a un no saber. Pero ahora que estoy a punto de concluir esta etapa, he encontrado que hay una más allá, un más allá que no estoy segura de querer compartir o de poder hacerlo.

Primeros acercamientos a las prácticas clínicas y a la investigación

Al buscar sobre los miedos del terapeuta en la terapia psicoanalítica no hubo resultados, porque los miedos se ponían del lugar del analizante. Al buscar sobre los afectos aún permanecía la tendencia de enfocar los afectos en el consultante, lo que me hizo cuestionar si no era posible pensar que el analista se enfrenta a algunas emociones. Encontré finalmente que existen dos posiciones marcadas sobre el tema. La primera, en la que Lacan cuestiona la idea de una contratransferencia donde el analista es un ser curado, que cumple de modelo e ideal y que a través de esa posición genera las interpretaciones (San Miguel *et al.*, 2018), debatiendo la creencia que un analista si está bien analizado es insensible al surgimiento de los afectos (Lacan, 1961). Mientras que hay otra vertiente que ve la contratrasferencia como una pieza fundamental en la técnica del psicoanálisis (Costantini, 2016).

Desde la primera perspectiva todo aquello relacionado con las emociones, sensaciones y afectos se consideraría un obstáculo para la cura si el analista los antepone y los utiliza como una herramienta de interpretación en el espacio de análisis, considerando que los afectos que se producen en él como analista son sobre algo que dice el paciente y no sobre su propio proceso (Costantini, 2016). Desde esta perspectiva, los afectos deben ser tratados desde el propio análisis, teniendo en cuenta que estos afectos surgen en relación con aquellos significantes que son traídos por el analizante y que

le remiten al analista a sus propios significantes. Ahora bien, considerando lo anterior, surgen algunas dudas para mí. Aunque claramente desde una posición ética estos afectos deben ser tratados desde el propio análisis, estos sentimientos aparecen en el momento del análisis; en ocasiones las intervenciones e interpretaciones son algo que debe realizarse en los momentos oportunos.

Por otro lado, estaría entonces una postura que lee la contratransferencia como la implicación necesaria del analista en la situación de transferencia. Se ve más como parte de la técnica. Ejemplo de esto se ve en el seminario de Margaret Little, donde, a través de un ejemplo donde un analizante debe presentar una conferencia después de la muerte de su madre y aunque no se siente bien para presentarlo lo hace, porque es un tema que le interesa a su analista, llegando a la próxima consulta angustiada. Así que el analista interpreta que ese malestar se debe al miedo de la analizante a que el analista le tuviese envidia por el éxito de su conferencia. Esto muestra cómo las interpretaciones del analista parten de los afectos propios, lo que da una interpretación inexacta para el momento, ya que ese no era el verdadero motivo del sufrimiento, pero que después logra resolverse al aparecer otros elementos. A través de las identificaciones con el analista y con el padre, se podía explicar que la analizante hubiese aceptado en ese momento esta interpretación del analista. El comportamiento del analista aparece entonces bajo el concepto de contratransferencia (Peusner, 2008).

El darse cuenta de los afectos lo considero fundamental, porque en el contexto de una práctica clínica se viven estas primeras experiencias de acercamiento, en las cuales se empiezan a generar los vínculos para comprender cómo la teoría vista durante años aparece en lo correspondiente a un verdadero espacio clínico. El intentar a toda costa dejar de sentir puede llegar a ser contraproducente, tal como lo señala Heimann (1950). En ese intento de evitar una respuesta emocional y el obligarse a ser “insensibles” se termina cayendo en una culpabilización al no lograrlo, porque definitivamente no es sencillo ese intento de alcanzar un ideal terminaría generando el efecto contrario, que el ser del analista irrumpa en el proceso. No obstante, esto

no significa que el analista deba mezclar sus afectos con los del analizante, sino poder reconocer los afectos que se movilizan y trabajarlos sin pensar que ha fallado por el hecho de sentir.

Sobre mis afectos y afectaciones

En el proceso de prácticas me he enfrentado a mis propios afectos, al cuestionarme mi propio conocimiento no solo de la teoría sino de mí misma, y este último saber resulta más enigmático y confrontante. Parte de esto lo he visto en mis resistencias a elaborar este trabajo. No me es fácil hablar sobre mis afectos, más aún reconocerlos; y las manifestaciones de lo anterior han variado a lo largo de las semanas. Los primeros días estaban las dudas sobre cómo proceder frente a lo que el paciente trae al espacio. En las primeras sesiones aparecía el miedo de no hacer las intervenciones correctas, el temor a interrumpir, de ser muy directiva, lo cual apuntaba a mis saberes teóricos y técnicos, por lo que con el transcurrir de las sesiones esos temores fueron cediendo. Finalmente, no eran realmente problemáticos para mí, porque apuntaban a ese primer saber que era el teórico.

En este primer momento aprendí que era necesario el no ceder frente las demandas del paciente, más aún cuando estas apelan a los afectos del analista. Por esa razón, es necesario estar advertidos de aquello que nos moviliza. Si una de esas preocupaciones que causan malestar son, por ejemplo, pensar que sería posible que experimente angustia cuando no comprenda el síntoma de un paciente, tal como lo señala Obstfeld (1988), es necesario tolerar la frustración que esta incompreensión genera, permitiendo que esto sea comprensible en el momento que es necesario.

Ahora bien, se encuentran ejemplos de situaciones en donde los afectos del analista se ven involucrados. Un ejemplo de esto sería cómo el analista se ubica frente al analizante, asumiendo un rol de sobreprotección o dando las respuestas que le solicita; es decir, cediendo a la demanda, lo cual termina afectando las actuaciones del analista, el proceso de interpretación y análisis (Obstfeld, 1988). Este tipo de situaciones me resultan interesantes,

ya que estos afectos surgen en lo inconsciente del analista, pero tienen una afectación en la realidad; y aunque se logran detectar algunas de estas movilizaciones, no siempre pasa o no siempre en el momento, y esto puede terminar siendo problemático para el proceso sin quererlo así.

La cuestión del cuerpo

Otro punto importante en relación con los afectos es su actuación en el cuerpo. Es así que el cuerpo termina siendo también parte del proceso de análisis en relación con los afectos. Nuevamente se encuentra cómo los afectos se presentan en el cuerpo del analizante, pero no se habla tanto de cómo estos actúan en el cuerpo del analista. Cabe señalar que, en este espacio de práctica, se hablaría de dicha afectación en el cuerpo, no de un analista o de un aspirante a analista, sino de una estudiante de psicología que se ve enfrentada en algunas ocasiones a su propia formación y a los discursos que ha escuchado durante toda su carrera, pero también a los ideales que me he impuesto y que pasan por la idea de ser inteligente, independiente y fuerte. Esta última característica de fortaleza la he estructurado por años en una relación de oposición a los afectos. Ser fuerte sería no sentir, sentir poquito y ante la imposibilidad de dejar de sentir aparentar que no se siente.

Freud en 1890 hablaba de los afectos y de cómo estos se manifestaban a su vez en el cuerpo, donde las afectaciones no son del orden de lo biológico únicamente, sino que estos participaban en la vida anímica, de modo que las palabras movilizan los afectos y también pueden “curar”. El cuerpo experimenta los afectos y logra en ocasiones exteriorizar algo de la naturaleza de lo que siente. Así como algunos afectos son mensurables desde lo médico, como el pulso, la distribución sanguínea, pero también existen otras consecuencias que no son medibles por manifestaciones exteriores que al volverse estados afectivos persistentes producen diferentes efectos (Freud, 1966).

Las palabras son de suma relevancia en el psicoanálisis. Como se mencionaba anteriormente, estas movilizan los afectos y esa afectación que

producen podría pensarse en una doble vía. Las palabras pronunciadas por el consultante movilizan los afectos en sí mismo, pero también de aquel que le escucha, porque al estar atentos escuchando a ese otro que viene con una demanda, hay algo de las palabras, de los cortes y de las preguntas que se realizan que también se devuelven a quien las emite; también cuestiona a quien escucha, también su cuerpo está en juego, mi cuerpo ha estado en juego. Por mucho que he intentado actuar como si no fuera de esta manera, he llegado a un punto en el que puedo reconocer que muchos de mis dolores, malestares que aparecían de “la nada” y se iban de “la nada”, tenían una razón de ser: manifestaban eso que yo intentaba negar por todas las vías posibles.

La experiencia preprácticas

Antes de empezar la atención a consultantes, tenía una idea de cómo iba a mostrarme frente a ellos. Me inundaban diferentes temores que venían en algunos momentos de prejuicios hacia diferentes poblaciones y grupos etarios, lo cual alimentaba ese miedo que caracterizó mis primeras semanas de prácticas; sin embargo, desde el primer día tuve que hacer frente a muchos de esos temores. Una semana antes de empezar con las consultas estuve con varios de mis amigos, hablábamos sobre la carrera, nuestras preferencias y otras situaciones. En un momento aparecieron algunos compañeros que se unieron a la conversación y alguien que en ese momento hizo un comentario que se relacionaba con tópicos que eran de mi interés. La opinión de esta persona era contraria a varias de mis creencias, por lo que entre risas utilicé una palabra para denominarlo, la cual para algunas personas podría rayar con lo ofensivo; sin embargo, en ese momento y en el contexto, no tuvo mayores repercusiones, todos seguimos riendo y hablando.

No obstante, pasó algo que parecía sacado un poco de la ficción, y es que aquella persona que “insulté” una semana después resultó ser mi primer paciente. Al verlo solo quería que la tierra se abriera y me tragara. Hasta un punto logré convencerme de que no era la misma persona de esa noche,

lo que me ayudó un poco a sobrellevar veinte minutos de consulta que para mí fueron una eternidad. Sinceramente deseaba que no volviera a una segunda sesión, me sentía avergonzada de mi comportamiento y lo peor es que realmente no recordaba mucho de lo que había sucedido esa noche. A la siguiente semana, las personas que se dieron cuenta de este incidente estaban casi tan seguras como yo de que mi paciente no iba a volver. Vaya sorpresa nos llevamos cuando lo hizo, y lo siguió haciendo todas las semanas.

Cuando investigaba sobre los afectos del analista, apareció otro término que se relacionaba y era el de *neutralidad*, ya que de nuevo existen opiniones divididas sobre la implicación del analista. La neutralidad suele ser entendida como la exigencia al analista de abstenerse de inculcar a los pacientes sus valores políticos, religiosos o morales, con la aclaración de que tal exigencia no alude a la persona que encarna al analista sino a su función (Zelcer *et al.*, 2008), lo que me hacía pensar si esa división era posible. Se busca que la transferencia sea sostenida desde la función del analista y no de sus características personales, por lo que se intenta que toda información personal este fuera del alcance del paciente (Zelcer *et al.*, 2008).

No obstante, con el tiempo pude resolver esa inquietud. El ser analista, terapeuta o psicóloga practicante no implica que deba dejar de ser yo, que al entrar al consultorio una parte de lo que soy desaparezca, pero sí es necesario el reconocimiento de la función que estoy desempeñando. No se trata de si yo estoy de acuerdo con aquello que consultante trae a consulta, sino de que estoy en un espacio de escucha y que quien viene a consulta puede o no tener una impresión de quién soy, pero esto hace parte del proceso y de la transferencia.

El ser neutral del analista también se relaciona con evitar comunicar sus preferencias entre las soluciones posibles a los conflictos que el paciente parece afrontar (Zelcer *et al.*, 2008). No es el papel del analista dar soluciones al paciente sobre aquello que enfrenta, se debe ser cuidadosos en

el sentido de que puede que una de sus intervenciones, aunque no tuviesen el propósito de ser respuesta, sea interpretada como tal por el paciente. La neutralidad es a su vez poder resistirse a ceder ante las preguntas constantes del consultante que pide una opinión sobre su caso, que le pide al analista que diga cómo abordaría la situación, recordando que aquel quien debe tomar las decisiones es el paciente (Ruiz, 1996). En mi caso significa recordar que no soy estoy en posición de salvadora, de guía moral que sabe qué es lo que le conviene a un paciente, aunque en ocasiones parece una opción tentadora.

¿Qué ha pasado con mis afectos? Durante el proceso de prácticas me he enfrentado a distintos retos en relación con los afectos que se movilizan en los espacios de consulta clínica, durante uno de los casos llegó un punto en donde lo que traía el consultante llegó a relacionarse con mi propia historia de vida y las pérdidas que he tenido, por lo que me sentía identificada sobre los dilemas que este enfrentaba. Para poder reconocer qué era específicamente lo que me afectaba, fue necesario volver a revisar el caso e identificar los significantes imperantes de su caso y los míos propios. De esa manera, pude reconocer que aunque había puntos similares, habían diferencias, pensando además que desde el psicoanálisis se aborda la singularidad, el caso por caso.

Lo anterior permitió, a su vez, que me percatara de la importancia de reconocer los afectos que se movilizan durante la consulta y la forma en que son expresados, porque eso que surgió en mí generó un malestar que en principio se mostraba como incomprensible y que al poder hablarlo se fue transformando y dando un sentido al porqué aquello que el consultante decía llegaba a afectarme. Por otro lado, después de pasar por ese proceso de reconocimiento, pude rastrear a mayor profundidad el caso y centrarme en aquello singular del paciente, lo que permitió una articulación con otros significantes que habían surgido y los cuales no articulaba en el momento, pero que eran fundamentales para entender la posición que el sujeto asumía.

Prosiguiendo, uno de los mayores temores antes de empezar la clínica era enfrentarme al no saber, sentir que había perdido el tiempo en la carrera, y durante las prácticas he tenido que confrontar esto muchas veces. En las primeras sesiones me asustaba interrumpir a los pacientes, hacer puntualizaciones o en los momentos que era necesario ser directiva. Pero con el tiempo perdí algo de ese miedo entendiendo que quien dirige la cura es el analista, por lo que esas puntualizaciones eran pertinentes, lo que permite que los pacientes puedan cuestionarse sobre aquello que dicen.

Por otro lado, me he enfrentado al silencio en diversas ocasiones, que era otro de mis temores antes de empezar la clínica, que en estos espacios mis afectos aparecieran y yo no supiera gestionarlos, ya que por mi historia personal el silencio se asocia con situaciones negativas. Pero gracias a las prácticas el significado del silencio se fue transformando para mí y con el tiempo he entendido que esos silencios en ocasiones son necesarios para los consultantes, para que piensen sobre algo que han dicho o en las ocasiones que no saben qué decir. Allí han aparecido nuevos afectos en relación con el silencio, y sentir que cuando el consultante no sabe qué decir, el caso se estanca, cuando siento que hay progresos en su discurso y aparecen nuevos significantes, por lo general a la siguiente consulta vienen más callados y eso me ha frustrado. También me ha permitido recordarme que el espacio es para que ellos tengan la oportunidad de hablar o de no hacerlo, que el silencio no tiene que ver conmigo o con lo que espero que suceda, porque no soy un guía de los pacientes, sino de la cura.

Finalmente, se reconoce que los afectos son un tema controvertido en el psicoanálisis. Se encuentran opiniones divididas sobre la incidencia de estos en la clínica, de la misma manera que se cuestiona el papel de la neutralidad en la clínica. Desde lo que me es posible analizar en este momento, los afectos son importantes y deben ser reconocidos por quien está cumpliendo la función del analista, para que estos no sean una dificultad en el proceso analítico, considerando que este reconocimiento lleva a acciones concretas, como es el propio análisis. Además, si se remite a Freud o a Lacan, no es

posible afirmar que ellos no reconocieran la importancia de los afectos, ya que los dos en sus respectivas obras los han abordado.

Qué les recomiendo

¡Ir a terapia! Y con mayor razón si se van por el enfoque psicoanalítico, aunque lo digo un poco en broma, sabrán que todo chiste encubre una verdad. Pasar por un análisis antes de atender pacientes es bastante importante, porque permite empezar a conocer un poco sobre esas cosas que a veces preferiríamos mantener ocultas. El ir a análisis no es solo una cuestión personal, sino ética, porque desde mi perspectiva no es posible escuchar a otros sin haberse dado la oportunidad de escucharse a uno mismo. Cuando los afectos se movilizan es porque algo de nosotros mismos lo ha hecho, y eso no es malo. Tampoco significa que ir a análisis les asegurará que en el proceso clínico dejen de sentir, conmoverse y afectarse por lo que sus pacientes traen; pero podrán tener ustedes un espacio propio para hablarlo, para sentir.

Referencias

- Constantini, L. (2016). Algunas reflexiones sobre la función del registro afectivo del analista en el tratamiento psicoanalítico. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
- Heimann, P. (1950). Sobre la contratransferencia. *An International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Freud, S. (1966) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* Strachey (Ed.) Etcheverry (Trad.), *Obras Completas. Tomo 1.* Amorrotu. (Trabajo original publicado en 1890).
- Lacan, J. (1961) *La crítica de la contratransferencia. Seminario 8.* Paidós.

- Obstfeld, E; (1988). Significado y uso de los afectos del analista frente al paciente “somático”. *Revista de Psicoanálisis*. 45(05), 1037-1046
- San Miguel, T., Caamaño, V. C. y Algaze, D. (2018). La contratransferencia: concepto maldito. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Peusner, P. (2008, octubre). *Margaret Little*. «Contratransferencia y respuesta del paciente» (referencia del Sem.10, clase 10). El psicoanalista lector. <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2008/10/margaret-little-contratransferencia-y.html>
- Ruiz, A. (1996). Los riesgos de la neutralidad. *The Psychoanalytic Quarterly*. 65(3), 495-517. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000188>
- Zelcer, M., Caeiro, A. y Fenoglio, H. (2008). *Abstinencia y Neutralidad*. Topia. <https://www.topia.com.ar/articulos/abstinencia-y-neutralidad>

La locura de una niña de ser psicóloga

Katherin Leis Castellanos

Asesora: Diana Marcela Echeverri Gómez

Introducción

En nuestra bellísima vida sabemos y somos conscientes del trabajo tan difícil que en muchas ocasiones se vuelve el estudio sobre uno mismo, adentrarnos en todo el impredecible mar de lo que somos es difícil, ¿cierto? No nos digamos que no. Al menos un poco, y al ponernos a hacer un trabajo de nosotros, y saber que la nota no se basa en un “lo hiciste muy bien” o “lo hiciste muy mal”, sino en un “gracias por compartir tu valiosa subjetividad acerca de lo misterioso de tu ser”, es ¡increíble! El entender que somos importantes, que más que una nota, una profesión, una carrera, somos persona, somos espíritu, somos ser, y eso vale en esta existencia.

Muchos pueden llegar a preguntarse en qué tan útil pueda ser, y me gustaría decir su importancia empezando por citar a Aristóteles, quien dice “el conocimiento de uno mismo es el primer paso para toda sabiduría”. Esto es algo que tiene mucho peso, el camino del conocer es tan brutalmente necesario. Si lo ponemos en una metáfora, lo pongo así; tú en un salón oscuro eres al mismo tiempo ese salón oscuro; es decir, estás dentro de ti, pero solo conociendo el camino del salón, podrás llegar al interruptor del cuarto y prender la luz. En caso de no saber cómo llegar a él, debes intentar caminar despacio en el cuarto y poco a poco acercarte al interruptor. Así, cuando se vuelva a apagar la luz, sabrás cuál es el camino, y entenderás que aquel cuarto solo tú lo conoces. Solo por medio del autoconocimiento o introspección llegamos a prender esa luz, que nos permite ver cosas de nosotros, y sin eso no vamos a entender las razones del estar aquí. Espero que haya sido claro, y si no, pídele explicación al de al lado y si tampoco, nos jodimos con el escrito.

Antes de entrar en materia, quiero decirles que el siguiente escrito se centra en un método llamado autobiográfico, basado en la historia de la persona. Se recuerdan sucesos, personas, cosas o imágenes que son tan puntuales e importantes para la persona, en este caso para mí. Sin más preámbulo, disfrute estudiarse, no dude, no rechace, acepte y goce de lo que entre murmullos su interior necesita sacar, recordando que somos historia, somos conducta, somos emociones, somos pensamientos. Por eso es necesario leernos muy a profundidad y arriesgarnos a qué podemos encontrar en aquel cuarto oscuro, ¡disfrutémoslo!

Para disfrutar ese cuarto del que hablo anteriormente, es necesario conocernos, entrar al ser. En este caso al ser de Katherin Leis. A propósito, pongo mi segundo nombre porque me gusta mucho. Entonces, adentrándonos en mi ser, comienzo diciéndoles que yo disfrutaba montar en el columpio, ¿saben? Nunca quería bajarme del columpio hasta que cumplí mis 17 años. Pero necesitaba sentirme grande, era momento de bajarme del famoso columpio, ¡algo debía estudiar! El tiempo que duré de niña montando mi adornado columpio lleno de ilusiones, fantasías, juegos, y nada de preocupaciones, observaba a mis padres ejercer su vocación de consejeros, en lo cual me emocionaba pensar que todas nuestras decisiones tienen un sentido, que haya poco a poco el porqué de lo que acontece. Las personas los llamaban y aún lo hacen y permitían abrirse a ellos de una manera palpable, a lo cual yo me preguntaba qué profesión podría intervenir con dichos intereses. De niña, pasé al colegio en donde me llamaban mis amigas “la psicóloga”, y cuando algo ocurría pensaban en mí; y quería creer que yo les ayudaría a solucionarlo.

La psicóloga, qué bello suena. Ahora, la psicología, una muy bella profesión, pero sucedía que el billete estaba ausente, pequeño dilema. La verdad debo confesar que sentía frustración, mi corazón estaba en aquella profesión, pero como dicen las frases de amor, nos separaba la distancia, la distancia entre el dinero y la profesión. En muchas ocasiones hablaba con Dios, pues él para mí es la fuente de esta decisión, siempre he sido demasiado sincera con él, le expresaba mi preocupación que cada vez que se acercara

la graduación se convertiría en desesperación, qué camino tomar y además con qué pagar. Efectivamente llegó el día de mi graduación, feliz y contenta, pasaron unas horas y una de las personas más cercanas a mi familia me ofreció la oferta de estudiar una carrera.

En el momento de averiguar la psicología en la UTP no se encontraba, así que Química fue la decisión que tomé. Abiertamente puedo decir que para nada estaba entusiasmada, pero trataba de verle el lado positivo en lo que estaba. Me inscribí a Química pero me emociona decir que al pasar pocos días la amiga que hizo la oferta me comentó que ella no sabía cómo, pero que junto con la ayuda de Dios pagaría la carrera que yo desearía. Le dije que psicología, y allí comenzó mi vida profesional. Gracias a Dios. Dios fue, es y será el motor que mis padres me enseñaron a encender. Crecí en una familia cristiana que cree firmemente en el poder del amor, el perdón y la restauración. En mi familia se busca siempre que el diálogo y la escucha sean factores fundamentales, y la psicología cuenta con dicha cualidad. Realmente es amplia la vista que puedo yo hallar frente a todos los aspectos que encierra la carrera como tal, pero puedo decir que, de todo, algo para mí muy especial: los esquemas de inseguridad personal. La carrera me ha permitido identificar aquellos factores que debo potencializar y poco a poco generar espacios de reflexión individual, que personalmente me gusta sacar.

Brevemente puedo comentar de dónde vengo, y al mismo tiempo en dónde estoy. Estoy en mi carrera profesional, que es parte de lo que soy. Mi personalidad se ve en ella reflejada, y más allá de eso mi historia familiar se ve involucrada, en todos los aspectos mencionados, entre los cuales siempre muchas preguntas hoy en día se responden gracias a la decisión que Dios puso en el corazón de aquella mujer. Soy fiel creyente de que todo, por muy breve, contiene sentido y lo encontramos en todo lo que fuimos, somos y hemos de ser. Además, los que nos rodean impregnan parte de lo que pesa en nuestra historia, lo que vemos, escuchamos o a donde vamos contribuye al camino por el cual hoy transitamos.

Este camino nunca alguien nos dijo que fuera fácil, pero sí recuerdo que alguien me dijo que lo difícil y complicado también era de grato agrado. ¿Quién dijo que todo iba a ser perfecto? Nadie, pero sí estoy convencida de que todo puede resultar de la mejor manera. Quizás nadie dijo que iban a existir cambios de ánimo que debía saber llevar, debía saber regular, que el consultorio es como la famosa cajita de bailarina, encerrada y algo agachada por su posición; pero al abrirse, levanta su cuerpo y se hace sonar de la manera más bonita. Tal cual, en el momento de abrirnos con el paciente, debemos ser la mejor melodía que su mente pueda recibir, sin importar lo que haya pasado durante el día. Es difícil ¿eh? Debo conocer qué límites tengo para que cuando la cajita se abra, en el consultante puedan emerger aquellas posibilidades que llevan a una motivación, a un cambio.

¿Alguien dijo cambio? Sí, pero reformulando la pregunta sería cambios de ánimo o montaña rusa, diría entonces, ¿alguien dijo montaña rusa?, interesante, ¿no? Entender el estado de ánimo como una montaña rusa, y sé que no soy la única en verlo de esta forma, pero es fantástico entender que el vacío en el estómago es brutal y todo porque se avecina una bajada que sabemos puede llegar, pero no sabemos de qué forma puede llegar. El estado de ánimo es impredecible. Pero ¿qué nos hace subirnos a esa montaña rusa? Muchas cosas, como el miedo, el terror, la alegría, el enojo, y a eso les llamamos emociones. Es genial, ellas encierran la asombrosa experiencia de la montaña rusa; del estado de ánimo, entonces, ¿qué son las emociones?

Las emociones son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona (Contreras y Esguerra, 2006, citado en Estrada y Martínez, 2014). Se puede decir entonces que son pasajeras y que además su manera de presentarse repetitivamente hace que se convierta en un estado de ánimo, es increíble. Davidson (1994) y Fernandez *et al.* (2002) dicen que el experimentar emociones muy intensas y repetitivas pueden generar estados de ánimo (citados en Vergara, 2006). El presentarse tan seguidas hace que nos montemos en la imperfecta montaña rusa, donde experimentamos

diferentes estados de ánimo, teniendo en cuenta que el estado de ánimo (EA) se ve relacionado con la emoción, pero con cierto grado de diferencia. Isen (1989) planteó que el estado de ánimo consiste en una respuesta de mayor duración, una respuesta más global (citado en Vergara, 2006).

Ahora bien, voy a confesar algo: me veo fotografiada en el consultorio con mi paciente y emanando colores, los cuales portan un significado que se relaciona con mi estado de ánimo. Dependiendo de esto podré ver qué tanto se colorea también gran parte de todo lo que llevo conmigo, como mi manera de ver lo que sucede y mis pensamientos. Muy bien lo plantea Gendolla (2000): el estado de ánimo desencadena respuestas en los procesos cognitivos; por otro lado, Forgas y Vargas (2000) dicen que en los juicios sociales, como lo dicen Morris (1989) y Parrott y Spackman (2000), un estado de ánimo negativo tiende a sesgar los juicios de satisfacción de la vida o la probabilidad de estimación de eventos negativos (citados en Vergara, 2006). Por ello puedo generar juicios de valor que no se deben atribuir, y al mismo tiempo pensamientos y todo por mi estado de ánimo negativo, o algo decaído. Loewenstein y Lerner (2000) dicen que el estado de ánimo se desencadena también en la toma de decisiones (citados Vergara, 2006); tan fundamental a la hora de llevarse a cabo una sesión, partiendo de su importancia desde que inicia el proceso hasta su desarrollo. Esto viene a ser tan fundamental: cómo a partir de mi estado de ánimo tomo las decisiones en el espacio de la sesión, y de allí se rige el curso del proceso.

Ahora, va a sonar muy chistoso, pero se me viene a la mente la propuesta de matrimonio, que a tantos da miedo, que a tantos da alegría. Depende de mí, si soy esa “atenta pareja para el otro”, y pueda el otro darme un sí y acepto, o un no y de pronto se pierde todo lo que se invirtió en esa persona. De esta forma es que cierta expresión, cierto trato, cierto pensamiento compartido puede o no hacer que en mi paciente se genere un compromiso; compromiso que está dispuesto a correr, pues ya está en mi consultorio, donde falta ese sí, que acepta quedarse en el proceso de terapia. Esto depende de las decisiones que yo tome dentro del espacio terapéutico.

Luego de hablar de matrimonio, algo que generará probablemente gracia, creo que también es bueno hablar de cómo esas decisiones, repercusiones cognitivas, juicios y demás están ligadas con los cuatro tipos de factores influyentes entre sí para darse cierto estado de ánimo. Los proponen Clark y Watson (1994), y son: 1) los rasgos afectivos y temperamentos; 2) los factores exógenos; 3) los ritmos endógenos y socioculturales; 4) las diferencias individuales en la variación de las características afectivas (citados en Vergara, 2006).

A partir de esto, considero puntualmente que dos de estos factores son esenciales en el momento de presenciar un estado de ánimo que, con una alta probabilidad, pueda generar algo en mi paciente. Dichos factores son los rasgos afectivos y temperamentos, a lo que estos mismos autores establecen como línea base de las características de la persona. En este caso mis rasgos muestran cómo algunas de las personas tienen una marcada tendencia a experimentar ciertos estados de ánimo de preocupación y ansiedad durante el curso de su vida, entre las cuales existen importantes diferencias individuales en la experiencia afectiva negativa y positiva, que persiste sobre el tiempo, y se generaliza a través de diferentes situaciones. Es decir, muchas situaciones posiblemente generaron cierta inclinación a presentar cierto estado de ánimo, dadas las circunstancias que lo han ameritado.

Por otro lado, en lo que se destaca el rasgo afectivo, se entiende como la tendencia a experimentar cierto estado de ánimo, desde lo hereditario o venir de nacimiento, algo que de algún modo no puede ser modificado. Son sus genes quienes se ven involucrados allí; lo digo respaldada en los autores Buss y Plomin (1984). De la misma manera, se encuentra en segundo lugar los factores exógenos, hablando de cómo cierto estado de ánimo puede presentarse, dadas ciertas condiciones socioambientales que se presenten. Al referirme a condiciones socioambientales, hablo de aquellas situaciones que pueden estar ocurriendo en el momento y pueden ser una causante o la causante del estado de ánimo. Asimismo, el ambiente, el lugar en el que estamos, puede influir de manera directa o indirecta en mi

estado de ánimo como terapeuta. Esto, Schawartz y Clore (1993) lo dicen también cuando hablan de la posibilidad de que la temperatura pueda afectar el ánimo, y me permito citar tal cual lo dicen: “un día nublado y lluvioso puede producir un ánimo depresivo, mientras un día brillante y cálido podría generar un ánimo positivo” (citados en Vergara, 2006, p. 34). La pregunta es: ¿una situación? ¿Mi genética? ¿El clima? ¿Todo esto influye en mi estado de ánimo? Más allá de la teoría, es posible que muchos lo piensen algo incoherente, pero soy testigo del esfuerzo que he realizado con mis paciente en terapia, cuando mi estado de ánimo ha estado decaído, o al contrario me ha sucedido también que mi estado de ánimo ha estado algo elevado. Estar demasiado alegre, y en un principio se convertía algo normal, pero me di cuenta de que, sin creerlo, lo que me pasara en el día debía dejarlo fuera del consultorio. Y no solo es la situación, el clima colabora con esto aunque a veces no lo tomamos como un factor importante, pero sí lo es. En esos momentos donde se debe buscar la manera de gestionar esa emoción tan intensa que se va convirtiendo en mi estado de ánimo. Desde lo personal, veo como todo me lleva a preguntarme la mayor parte del tiempo: ¿puede la motivación de mi paciente estar influenciada positiva o negativamente por algo que yo diga o haga?

Lo interesante de las preguntas es la necesidad de buscar la respuesta, y para ello, es útil para mí plantear lo que se dice acerca de la motivación por medio del autor Trenchera (2005), el cual expresa que es todo lo que se relaciona con aquello que moviliza a la persona a llevar a cabo o ejecutar una actividad, en este caso el proceso terapéutico (Pereira, 2009). Lo importante aquí es también aclarar motivación/satisfacción. La motivación se refiere al impulso y esfuerzo por lograr esa meta, mientras que la satisfacción es el gusto que la persona experimenta una vez alcanzada la meta. La motivación implica un impulso hacia un resultado, mientras la satisfacción es la experiencia del resultado (Pereira, 2009). Esto viene a ser muy valioso, debido a que la motivación es algo que comúnmente nos persigue en todo el quehacer clínico; pues si no hay motivación en el paciente, difícilmente podremos llevar un proceso en términos clínicos beneficioso para el consultante.

De acuerdo con lo que estoy hablando sobre la motivación, recuerdo que cierto profesor que tuve nos decía la importancia de esta. Intentaré citar su verbalización: “si no hay motivación están llevados”, haciendo referencia al estar en la clase. Comparto su idea, pues logro ver de una manera amplia el término de motivación, y veo que es algo que está por todas partes. Si no te motivas frente a tu relación de amistad, no lograrás ver las variedades de personalidad, seres, actitudes, pensamientos, porque realmente no quieres ni tienes la intención de conocerlos. Igualmente con tu relación de pareja, la motivación es la que te lleva a desnudar esas ganas de seguir ahí, sin importar algunos declives frente a esta. Y bueno, sin alejarnos un poco, una de las motivaciones más comunes y de las que más se habla es la motivación al estudio, algo que varios estudiantes comparten. Es algo que al no estar, impide que ellos sigan este proceso de formación, ¿por qué? Porque si la motivación no está no existirá un impulso que genere en ellos la responsabilidad de seguir, y vaya diferencia que hay en un estudiante con motivación a un estudiante desmotivado por aquello que será el día de mañana su título universitario.

En este orden de ideas, entonces, ¿es importante poner la mejor parte de nuestra esencia construida en el día por nuestro estado de ánimo? Pensaría que se trata de mostrarlo de la mejor manera en el consultorio para lograr la motivación de mi paciente, con el fin de lograr un bien ante su salud mental, algo primordial. Al leerme, podrían surgir las preguntas como, bueno, y ¿si mi estado de ánimo no tiene mucho que ver y es más mi personalidad? Pues bien, quiero comentar que lo relacionado con la personalidad tiene que ver con el temperamento. Rothbart *et al.* (1995) dicen que el temperamento se puede entender no solo desde las respuestas a los cambios del entorno, la autorregulación, sino también desde el ánimo positivo o negativo (Martínez, 2002); por lo que puedo decir que estado de ánimo deriva temperamento y temperamento deriva personalidad.

Me permito preguntar lo siguiente. Dirán que pregunto mucho, y la verdad es que sí. La pregunta refiere cuando me he sentido motivada, ¿es algo en todas las ocasiones natural? O de lo contrario, ¿alguien tuvo que influir de

manera negativa o positiva en esa motivación? Esto lo pregunto porque un estado de ánimo no es solo de un día, puede durar inclusive semanas, por lo que puede mi consultante ver en varias sesiones cómo yo estoy. En últimas, esto puede influir en su motivación, la cual se verá reflejada en la necesidad de ser activada o no.

Lo anterior lo respaldo en que somos espejos, cada persona es un espejo en el cual yo, como terapeuta, puedo proyectar cierto brillo, el cual viene dado en la misma interacción. Esa interacción que, según Campbell *et al.* (2018), Gallese *et al.* (2001), Rizzolatti y Fogassi (2014), y Umiltà *et al.* (2001), es dada por nuestras experiencias diarias y se relaciona con las neuronas espejo,, tan importantes en el proceso de percepción-acción (citados en Ceberio y Rodríguez, 2019). Todo esto lo vínculo con el quehacer clínico, pues en últimas soy yo quien lidera el espacio y moviliza la interacción; acción que encierra mi estado de ánimo. El mismo que puede pasar por un proceso de percepción por parte del paciente, entendiendo esta como la impresión que se genera en el paciente, la motivación.

Lo que me hace pensar que el quehacer clínico es un ejercicio complementario, algo así como tú das y yo doy. Doy como terapeuta un buen clima anímico que debe ser estable para generar claridad en el consultante, lo que posibilita una lectura sobre un profesional que no muestre un estado de ánimo variante; es decir, que venga un día a consulta y me encuentre con un estado de ánimo estable, y al otro encuentro halle todo lo contrario y esto sea algo repetitivo, lo que crea confusión en el consultante.

En mi quehacer profesional, muchas cosas han sucedido, las cuales me ayudan a evidenciar la importancia del estado de ánimo, pues ya lo he vivido. Si mientras alguien lee pudiera ver al mismo tiempo el video de cómo pasan las cosas, sería estupendo, pero no es así, imagínense un globo rosado, alegre. Un globo con rostro, brillante, tal cual el día x de consulta me sentí así, pero durante el día un pincho lo estalló, y faltaban dos horas para entrar a consulta. ¿Qué creen que pasó? La bomba rosada dejó de ser

“la bonita bomba rosada” que iba a recibir una consultante y alegremente la iba a atender.

Esa situación de dos horas antes de consulta generó en mí una conversación interna; un autodiálogo, y en eso comenzaba a entender que ese globo se había estallado fuera de consulta no dentro de la consulta, por lo que hallé pertinente regular eso. Y así fue, respiré no por mucho tiempo, pero lo hice, y luego de ello busqué hacerme entender que al salir volvería a tocar el tema que estalló mi bomba. Utilicé la técnica de postergación del pensamiento, por lo que me dije: “Es importante, Katherin, lo que te está pasando; pero tienes ahora una consultante que atender, al terminar las consultas, saldremos y hablaremos de ello; pero ahora no es el momento, sigue siendo importante, pero al salir de consulta lo discutiremos, ¿vale?”

De esta forma, aunque parezca algo poco técnico y algo vago, en cierto modo es útil. Por ejemplo, James (1890, 2007) y Hermans (1996) dicen que podemos entender al self como una multiplicidad de yoes, que cuentan diversas historias que se relacionan entre sí a través del diálogo, pudiendo estar en acuerdo o desacuerdo, lo que permite estudiar el mundo ‘interno’. Además, Hermans y Salgado (2005) toman la metáfora bajtiniana de voz para su concepción del self dialógico, como centro de organización de la experiencia aquí-ahora en referencia a otro (posición) (Aristegui *et al.*, 2009). Por eso manera reflexiva me llevó a que la consulta se llevara a cabo, y que mi estado de ánimo no posibilitara desmotivación en la consultante frente a la sesión, o incluso frente al mismo proceso.

En muchas ocasiones creemos que la psicóloga o el psicólogo son inmunes a todo el mar de posibilidades que se presentan en la sesión. Creemos que como el pueblo de Israel, no sé si se han leído la historia de Moisés quien libertó a un pueblo llamado Israel, y en medio de esa libertad debían cruzar el mar, y para eso Moisés tomó su vara y el mar se divide en dos y ninguno de ellos se mojó. En ocasiones pensamos eso en los psicólogos, como si tuviéramos esa vara, la vara de Moisés en donde se divide ese mar y logramos atravesar los momentos emocionales, anímicos, mentales de

manera fugaz, y que te digo, ¿que sí?, ¿que es fácil?, ¿que solo es decirme “regúlate, Katherin”? ¿Solo es respirar y ya?, ¡no! Es complicado, claro que sí. En ocasiones sientes que lo mejor sería salir del consultorio y decirle al paciente: “Lo siento, podrías volver después, me siento algo afectada y no quiero atenderte, espero me entiendas”; pero no, eso no es posible.

Esto por dos cosas. Primero, soy consciente de la palabra *psicólogo* y del peso y responsabilidad que trae consigo; por otro lado, la persona sentada frente a mí ¿acaso no merece también ser escuchada? ¿Acaso es más importante lo mío que lo de ella? Bueno, esas preguntas me las llegué a hacer estando en consulta. Ese día medio gris que les comento que se estalló la bomba fue estando en el salón de clase, si mal no recuerdo en el receso de veinte minutos. Fue allí donde se dio una conversación por chat con una de las personas más cercanas e importantes para mí, en donde comenzaban a sobresalir aspectos de inseguridad y temor frente al yo como persona y al yo con el otro; algo que me hizo pensar en cómo en muchas ocasiones es difícil creer en las palabras, palpar lo que nos dicen y al mismo tiempo ser ciegos de sensaciones, que se van alejando gracias a la incertidumbre de lo que el otro siente o piensa de mí, y como yo tornaba la conversación hacia el pesimismo.

Resulta que a las dos horas estaba sentada frente a frente con mi paciente, y mientras ella me contaba lo que le sucedía emocionalmente con sus inseguridades personales y con los demás, en el momento que ella decía “no me siento segura de lo que me demuestran”, refiriéndose a lo que yo planteo anteriormente, comencé a recordar la situación y me decía: “es que... es difícil, es difícil saber si lo que las demás personas te demuestran es real. ¿Cómo saber si es real o solo obligación?”. En ese momento, aunque suene fantasioso, sentí que una persona de 1 metro 53, algo más bajito que yo, de color azul intenso, intentaba tocarme suave. Era la tristeza, no sé si la película de *Intensamente* me sesgó con verlo así, de color azul, y en ese instante entendí que como lo mencioné anteriormente, hice espejo. Es decir, me vi reflejada en aquella situación, esto por las hermosas neuronitas espejo, pero logré cerrar mis ojos rápidamente y realizar como un despertar

al mundo, ¡no debía irme! refiriéndome a mi mente. Fue entonces donde generé la técnica de detención del pensamiento e hice un *stop*, Katherin, y ¡sí! Me estaba comenzando a sentir triste, esto lo sientes cuando tu cuerpo, tu manera de ver, de pensar, de hablar e incluso tu rostro cambian.

Ahora, ¿cómo regular lo que me pasa en consulta? Alguien que me dé una libreta mágica para no embarrarla y hacer todo al pie de la letra. No, no la hay, claro que hay maneras, pero cuando estás tocando el alma del otro, y terminan tocando la tuya, dices ¡*wow*, pero cómo! Estoy intentando buscar que mi paciente aprenda a regular situaciones, cosas, emociones; y su terapeuta no sabía que también ella iba a pasar por eso. En serio, es algo genial, y dirán: “Esta vieja está loca”. Lo digo porque es cuando aprendí a retarme, a entenderme más, a buscarme y a partir de esa búsqueda, encontré de qué manera poder regular aquello, en mi caso como he venido contando, soy muy reflexiva, y constantemente hablo conmigo misma en el espejo, bus, casa, cuarto, universidad. Entendí que ese cuarto oscuro solo yo lo conocía. Ah, pero algo más, esta persona que les relata sabe que en su cuarto se halla la roca que le permite llegar al conocimiento, por lo que en mi regulación inquieta frente a todo, le imploro su ayuda y acompañamiento: Dios.

Específicamente esta fue una de las situaciones en las que, por medio de la detención del pensamiento, al mismo tiempo distraer el pensamiento y el autodiálogo, pude generar aquella regulación. Lo logré gracias también a la reflexión/conclusión que hacía después de consulta; técnica de la postergación del pensamiento. Plantearía otra situación, pero el papel y el tiempo no nos da.

Bueno, hasta aquí llegamos, no creí que fuera a terminar el trabajo, por lo que me siento felizmente realizada, sin malinterpretar lo dicho. Es aquí donde cada uno saca su punto de vista, pero el mío queda en que sí puede mi estado de ánimo generar en el consultante una motivación frente al proceso, y así frente al cambio. Sin más, queda decir que he vivido lo que digo, todo consiste en el saber regular aquellos estados de ánimo. Claro

que hay días tristes, días alegres, días melancólicos, pero el consultante no necesita enterarse. Me despido y me deseo suerte.

Recomendaciones

Este apartado, créanme que lo escribí, lo borré, lo volví a escribir, y así. Es porque no es algo tan fácil. Si estás estudiando psicología podría decirte algo así como: “Es difícil estar frente a tu paciente, pero tú puedes”. Pero lo que en realidad quiero decirte es que como no hay un libro mágico que te hable de lo que hablé en este escrito, lo que te puedo decir es que trata de tener un cuaderno solo para ti. Cada vez que salgas de consulta escribe que paso por ti, que pensaste, que descubriste en ti, y si no eres de escribir, búscate una carpeta en tu celular y graba audios de lo que te pasó. Grábalos como si estuvieras contándole a alguien. Al hacer eso, tú mismo sacarás ese librito mágico del qué debo hacer, de qué puedo hacer la próxima, y hasta reírte de ti. Y si no estudias psicología, no sabes de lo que te pierdes, por lo que mi recomendación será “ve al psicólogo”. Adiós, gente, y disfrútense.

Referencias

- Aristegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J. I., Krause, M., Vilches, O., ... y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(2), 277-289.
- Ceberio, M. R., y Rodríguez, S. E. (2019). Las neuronas espejo: una génesis biológica de la complementariedad relacional. *Papeles del Psicólogo*, 40(3), 226-232.
- Estrada, A. R. B., y Martínez, C. I. M. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 19(1), 103-118.

- Martínez, A. I. (2002). Temperamento, carácter; personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista complutense de educación*, 13(2), 617.
- Pereira, M. L. N. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista educación*, 33(2), 153-170
- Vergara, R. G. (2006). Naturaleza del estado de ánimo. *Revista chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29-40.