

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LOS RECURSOS DE LAS PERSONAS EN PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PSICOTERAPEUTAS

Luis Tapia Villanueva,
Gianella Poulsen,
Iván Armijo,
Ximena Pereira
y Patricia Sotomayor*

Resumen

El estudio pretende delimitar el concepto de recurso, identificar sus tipos y usos en psicoterapia desde la perspectiva de psicoterapeutas expertos.

Se aplicaron tres metodologías: Grupo Tareas: Discusión sistemática de 5 psicoterapeutas expertos. Grupo Delphi: Cuestionarios iterativos a trece psicoterapeutas expertos. Grupo Experiencial: Metodología experiencial en 29 psicoterapeutas.

Resultados: Grupo Tareas: Distinguió recursos del paciente, del terapeuta, del sistema terapéutico y del contexto. Grupo Delphi: Sistematiza su definición, identificación y operacionalización. Grupo Experiencial: Identifica diferentes dimensiones de la experiencia.

Se concluye que los terapeutas conceptualizan los recursos como procesos emergentes, definidos como una co-construcción relacional. El recurso y la carencia son considerados como dimensiones complementarias, donde el recurso no es un estado dado sino orientado a la búsqueda del bienestar en el contexto psicoterapéutico.

Palabras clave: *psicoterapia, recursos, proceso, vínculo.*

Key words: *psychotherapy, resources, process, bond.*

Introducción

Cuando las personas se comprometen en un proceso psicoterapéutico, entran en juego sus “dificultades, dolores y carencias” al mismo tiempo que los “recursos” que permiten el trabajo terapéutico y el logro de mejores niveles de bienestar. De esta afirmación surgen las siguientes preguntas: ¿Qué son los recursos? ¿Cuáles se pueden distinguir? ¿De qué forma y en qué medida los recursos se utilizan en el proceso psicoterapéutico? En esta investigación se pretende conocer la opinión de experimentados psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóri-

cas acerca de la presencia, tipo y utilización de los recursos en el proceso psicoterapéutico.

Durante el siglo veinte la psiquiatría y la psicología clínica realizaron grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. En la actualidad contamos con mucha información sobre la multiplicidad de trastornos existentes, la forma en que estos se gestan y desarrollan. Sin embargo, surge aquí una paradoja no resuelta aún; parece ser que la búsqueda de alivio de estos estados dolorosos ha relegado a un segundo plano la preocupación por las intervenciones que apunten no sólo a procurar el alivio esperado sino al desarrollo y logro de estados de bienestar.

Ha habido un importante crecimiento de investigaciones que han puesto sobre la mesa la importancia de las cualidades y recursos personales tanto del paciente como del terapeuta y del modo como éstas favorecerían el éxito terapéutico (Krauss, 2005). En

*Luis Tapia Villanueva, Gianella Poulsen, Iván Armijo, Ximena Pereira y Patricia Sotomayor

Unidad de Terapia de Pareja, Facultad de Psicología, Universidad de Desarrollo, Chile

E-Mail: maskmag@terra.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 197-209

© 2010 Fundación AIGLÉ.

esta línea es posible pensar y explorar los factores que favorecen la relación entre paciente y terapeuta. Se ha descrito la flexibilidad del terapeuta, su interés por el paciente y su calidez como atributos que favorecen la relación terapéutica (Horvarth, 2005). La evidencia empírica ha identificado 11 factores relacionales que contribuirían potencialmente a la eficacia terapéutica y son: alianza, cohesión, empatía, consenso en metas y colaboración a lograrlas, respeto, congruencia, retroalimentación, reparación de las rupturas de la alianza, apertura al sí mismo, manejo de la contratransferencia e interpretación de la relación (Norcross, 2002). Además se sabe que el uso del humor por parte del terapeuta y del paciente podría aportar al desarrollo de la alianza terapéutica y facilitar la expresión de emociones en sesión (Carbello y Jáuregui, 2006).

El uso prioritario de términos negativos en la publicación psicológica ha sido documentado por Myers (1996), quien revisando los artículos indexados en el Psychological Abstract entre 1967 y 1994 observó una proporción muy significativa de alusiones a términos como Depresión, que aparece 46.380 veces; Ansiedad, 36.851 y Rabia, 5099 versus Felicidad, que aparece sólo 2389; Satisfacción con la vida 2340 y Dicha, 405 veces. Por otra parte, las evidencias neurofisiológicas muestran que malestar y bienestar psicológico son dimensiones distintas y que es erróneo suponer que la ausencia de procesos negativos connota funcionamiento adaptativo (Ryff, et al, 2006).

De acuerdo con los antecedentes descritos el objetivo de esta investigación es explorar las conceptualizaciones de psicoterapeutas expertos, sobre los recursos de las personas en psicoterapia. Específicamente se pretende delimitar el concepto de recurso, identificar sus distintos tipos y operacionalizar por medio de ejemplificaciones aquellos que efectivamente se utilizan en psicoterapia.

Metodología

Esta investigación implementa un diseño multimétodo que implica la realización de dos o más métodos de investigación en forma independiente, para triangular los resultados en un todo final (Estéves y Pastor, 2004). El estudio utilizó 3 metodologías diferentes para la exploración y descripción de los recursos de las personas en psicoterapia: a) Grupo de tareas: centrado en el análisis de la dimensión clínica del problema; b) Grupo Delphi: centrado en el análisis de la dimensión conceptual/cognitiva y c) Grupo Experiencial: centrado en la dimensión emocional.

Participantes: El Grupo de Tareas, estuvo compuesto por 5 terapeutas, psicólogos o psiquiatras, acreditados como especialistas en psicoterapia, con al menos 15 años de experiencia de trabajo clínico en terapia individual, de pareja, familia o grupal, y con un rango de edad entre 42 y 55 años, (1 psicoanalítico, 2 sistémicos, 1 conductual cognitivo y 1 transpersonal). El Grupo Delphi, estuvo compuesto por 13 terapeutas, psicólogos o psiquiatras, acreditados como especialistas en psicoterapia, con al menos 10 años de experiencia de trabajo clínico en terapia individual, de pareja, familia o grupal, y con un rango de edad entre 38 y 68 años, (4 psicoanalíticos, 4 sistémicos, 2 conductual cognitivos y 3 transpersonales). La selección de los participantes tanto del grupo de Tareas como del grupo Delphi, fue realizada de forma no aleatoria intencional. En el Grupo Experiencial participaron 29 personas entre psicólogos y psiquiatras con distintos niveles de experiencia en psicoterapia. Dado que la participación en el grupo fue voluntaria, la selección muestral en este último grupo fue de tipo accidental.

Instrumentos y Procedimiento:

Grupo de Tareas: Grupo de discusión iterativo de 6 sesiones, de 2 horas de duración cada una. Los participantes debían cubrir una estructura temática prediseñada con tareas específicas a realizar con una continuidad longitudinal en las distintas sesiones del grupo. El grupo desarrolló 3 etapas, compuesta cada una por una diada de sesiones. *Etapa 1:* responde la pregunta “¿Qué entiende por recursos de las personas en el contexto psicoterapéutico?”. *Etapa 2:* “¿Cuáles son los recursos de las personas en psicoterapia?” El objetivo fue generar un listado de los recursos detectados por los terapeutas. *Etapa 3:* “¿Cuáles son los recursos que efectivamente son utilizados por usted en el proceso psicoterapéutico y cómo?” Esta pregunta está orientada a operacionalizar los recursos utilizados en psicoterapia.

Grupo Delphi: Implementa la metodología Delphi que se enmarca dentro de los métodos generales de prospectiva basado en consulta a expertos (Linstone y Murray, 2002). Este método aprovecha la sinergia del debate en grupo, eliminando las interacciones sociales para así obtener un consenso de mayor fiabilidad. Cuenta con tres características fundamentales: a) anonimato, los expertos no saben quiénes son los otros expertos, b) iteración y retroalimentación controlada, en base a presentar varias veces el mismo cuestionario junto con los resultados obtenidos en las iteraciones anteriores, lo que permite a los expertos conocer los distintos puntos de vista y modificar los suyos en caso que lo consideren pertinente y, c) respuestas informa-

das estadísticamente, para cada opinión se indica el grado de acuerdo que ha obtenido en el conjunto de expertos. En el presente estudio esta metodología se implementó de la siguiente manera: En la *primera fase* se pidió al grupo que respondieran de manera abierta a tres preguntas guía: ¿Cómo definiría usted el concepto de recurso de las personas involucradas en un proceso psicoterapéutico?, ¿Cuáles serían los recursos de las personas involucradas en un proceso psicoterapéutico, que usted puede identificar? Y, en su experiencia psicoterapéutica, ¿cómo ha utilizado los recursos? En la *segunda fase*, se delimitaron las respuestas separándolas en frases aisladas, cada una de las cuales era evaluada en una escala de 7 puntos, donde 1 correspondía a una evaluación de desacuerdo por parte del juez con la frase que se le mostraba como posible respuesta a la pregunta, mientras que 7 correspondía al máximo acuerdo del juez con la frase entregada como respuesta posible a cada una de las preguntas. En la *tercera fase*, se pidió a los jueces que reevaluaran las frases mostradas en la fase 2, considerando esta vez dos datos adicionales entregados para cada frase: la evaluación general, correspondiente a la nota media obtenida por cada frase, y el nivel de desacuerdo observado en cada frase, evaluado a través de la desviación estándar de las respuestas; de este modo, niveles de desacuerdo cero ocurrían cuando todos los jueces ponían la misma nota, mientras que puntajes que se alejan de cero indicaban mayores niveles de desacuerdo. Se optó por el uso de la media y desviación estándar como indicadores estadísticos en reemplazo de la mediana y el rango semiintercuartil, que son utilizados usualmente en el método Delphi, en virtud del mayor entendimiento que los expertos mostraban por dichos indicadores. Con las notas obtenidas en la fase tres, se estableció la evaluación final de las respuestas obtenidas de los jueces, en base a los siguientes criterios: se consideraba una evaluación alta a las opiniones que obtenían un promedio igual o superior a 6. Este criterio se basó en que en general todas las opiniones eran bien evaluadas (promedio general: 5,5, desviación estándar: 0,5 puntos), de modo que el corte sobre 6 asegura que las opiniones seleccionadas son las que mejor representan una respuesta a la pregunta para el conjunto de jueces. En cuanto al desacuerdo, se utilizó la siguiente clasificación: desacuerdo bajo: puntajes entre 0 y 0,5 puntos; desacuerdo Medio: puntajes sobre 0,5 a 1 punto y desacuerdo alto: sobre 1 punto. En base a estos criterios, se organizó la presentación de resultados de acuerdo al siguiente esquema: evaluación alta y desacuerdo bajo; evaluación alta y desacuerdo medio; opiniones con mayor desacuerdo.

Grupo Experiencial: El objetivo de este grupo es recoger la experiencia emocional de los terapeutas. Se elige el método psicodramático como un medio de generar aprendizaje abductivo, que permite recrear la experiencia emocional. Los participantes son guiados por medio de imaginación a evocar escenas de situaciones clínicas difíciles y a buscar recursos para resolver la situación por medio de un personaje que lo represente. Luego se agrupan los participantes según los tipos de personajes dirigidos por un facilitador que coordina las fases del proceso, focaliza las discusiones y promueve una co-construcción en la dinámica grupal centrando la discusión en tres preguntas: ¿Qué es un recurso?, ¿Cuáles son?, ¿Cuál es su uso clínico? Se realiza un registro escrito de las categorías emergentes en términos de personajes, y tipo de recursos utilizados. Posteriormente fueron analizados los registros categorizándolos de acuerdo a las dimensiones de recursos.

Procedimiento de análisis

Los resultados obtenidos en cada grupo fueron separados en tres categorías de información: a) La definición del concepto de *Recurso*; b) la identificación de un *Listado de Recursos* de las personas en psicoterapia, y c) una *Ejemplificación del uso de los recursos*. De esta forma, la convergencia de los datos se analizó cualitativamente en las dimensiones a) y c), y cuantitativamente en la dimensión b).

El análisis cualitativo fue realizado por medio de la búsqueda de las categorías emergentes de la transcripción de las sesiones, de acuerdo a la estrategia de la teoría fundamentada en los datos (Strauss & Corbin, 2002) y apoyado computacionalmente mediante el programa ATLAS/ti (2007). La información resultante fue triangulada con la obtenida en los otros métodos aplicados. El análisis cuantitativo se realizó por medio de un índice de convergencia, que puede tomar valores de 1 a 3, de acuerdo a la cantidad de fuentes que nombran cada recurso. En el caso del Delphi, se trabajó en base a indicadores descriptivos cuantitativos para cada respuesta, y en el caso del taller, se consideró la frecuencia de aparición de personajes agrupados en categorías.

Finalmente, los resultados fueron analizados y reorganizados por medio de mapas conceptuales, que son herramientas para la representación gráfica del conocimiento, usando como apoyo el software CMAP Tools, desarrollado por el Florida Institute for Human and Machine Cognition, y que puede ser usado libremente para fines no comerciales (Novak y Cañas, 2006).

Resultados

Resultado Grupo Tareas

1. *Definición de Recursos:* La pregunta más general respecto a qué se entiende por recurso, lleva a observaciones que distinguen entre el uso o utilidad de la propias cualidades o características, modos de relacionarse, de lo que cada uno es y cómo eso se puede orientar con un fin determinado, en la búsqueda de un estado definido como *bienestar*. Se menciona que algo, para ser recurso, ha de otorgar algún tipo de beneficio, se ha de poder utilizar para funcionar de una manera determinada, que sea susceptible de ser considerado como oportunidad, orientado al desarrollo, que promueve la salud o algún tipo de funcionamiento.

Hubo consenso en que en el ámbito terapéutico el concepto de recurso está influido por variables contextuales tales como número de sesiones, características de los pacientes, así como de los terapeutas y se orientaría a canalizar lo que la persona tiene, aquello que trae a sesión y que le permitiría lograr un cierto bienestar. Un elemento de importancia que se repite al definir el concepto de recurso, es la mención a que éste no sería en sí mismo, sino en relación a cómo las personas lo conceptualizan, al modo en que lo definen como tal y lo integran como posibilidad, entendiendo que incluso las limitaciones, en la medida que son asimiladas y aceptadas como propias, se pueden convertir en recursos.

“...cualquier cosa podría ser un recurso en términos de cómo vas activando, cómo vas produciendo el contexto para que emerja, y en ese sentido, un mal estado de ánimo puede ser un recurso, una pena puede ser un recurso, y tú algunas veces decías, una dificultad puede ser transformada en un recurso, es como que hubiera un nivel muy abstracto donde cada cosa podría ser potencialmente usada o transformada en un recurso...”. (Terapeuta 5, sesión 6, grupo de tareas).

Se concibe al recurso como todo aquello que se oriente a la obtención de lo que se ha planteado como objetivo de la terapia, entendiendo que el objetivo es algo que *promueve la salud* y algún tipo de *funcionamiento específico*, tales como bienestar, estar mejor, crecer como persona y resolver problemas.

“En terapia estarían orientados a promover el desarrollo, la salud, la evolución, el cuidado y el bienestar; y aportarían a la díada terapeuta-paciente”. (Terapeuta 4, sesión 2, grupo de tareas).

Se considera también, la propia experiencia como recurso, tanto en la persona o sistema consultante, como para el caso del terapeuta. Se recalca el

contexto, en la relación con el otro, así como el objetivo o fin desde el que se define algo como recurso, considerando que en el caso de los recursos en psicoterapia, estos se construyen de manera activa más que poseer una existencia a priori.

“...si pensamos en los recursos desde el sistema terapéutico, que tiene que ver más con la co-construcción, ya una pregunta puede hacer que el otro mire con alguna diferencia lo que lo trajo a consultar, y eso sería ya, pensándolo desde el sistema terapéutico, una suerte de recurso. O sea, algo novedoso tendría que haber en la mirada.”. (Terapeuta 3, sesión 6, grupo de tareas).

En la búsqueda de este concepto se hizo relevante hacer la distinción con el concepto de potencial, entendiendo este último como una cualidad que no necesariamente se actualiza, en cambio el recurso tiene una cualidad activa y de proceso. Se considera como prerrequisito para la emergencia de un recurso, la capacidad del terapeuta para identificar lo que el sistema consultante pueda elaborar como recurso. Este elemento se liga tanto a la experiencia como a la adquisición y manejo de cierto entrenamiento y destreza, que pueden promoverse en la situación de terapia en función de la posibilidad de tener o desarrollar una cierta sintonía con el paciente, operacionalizada en la generación de confianza entre consultante y terapeuta. Un mapa conceptual sobre la definición de recursos se observa en la figura 1.

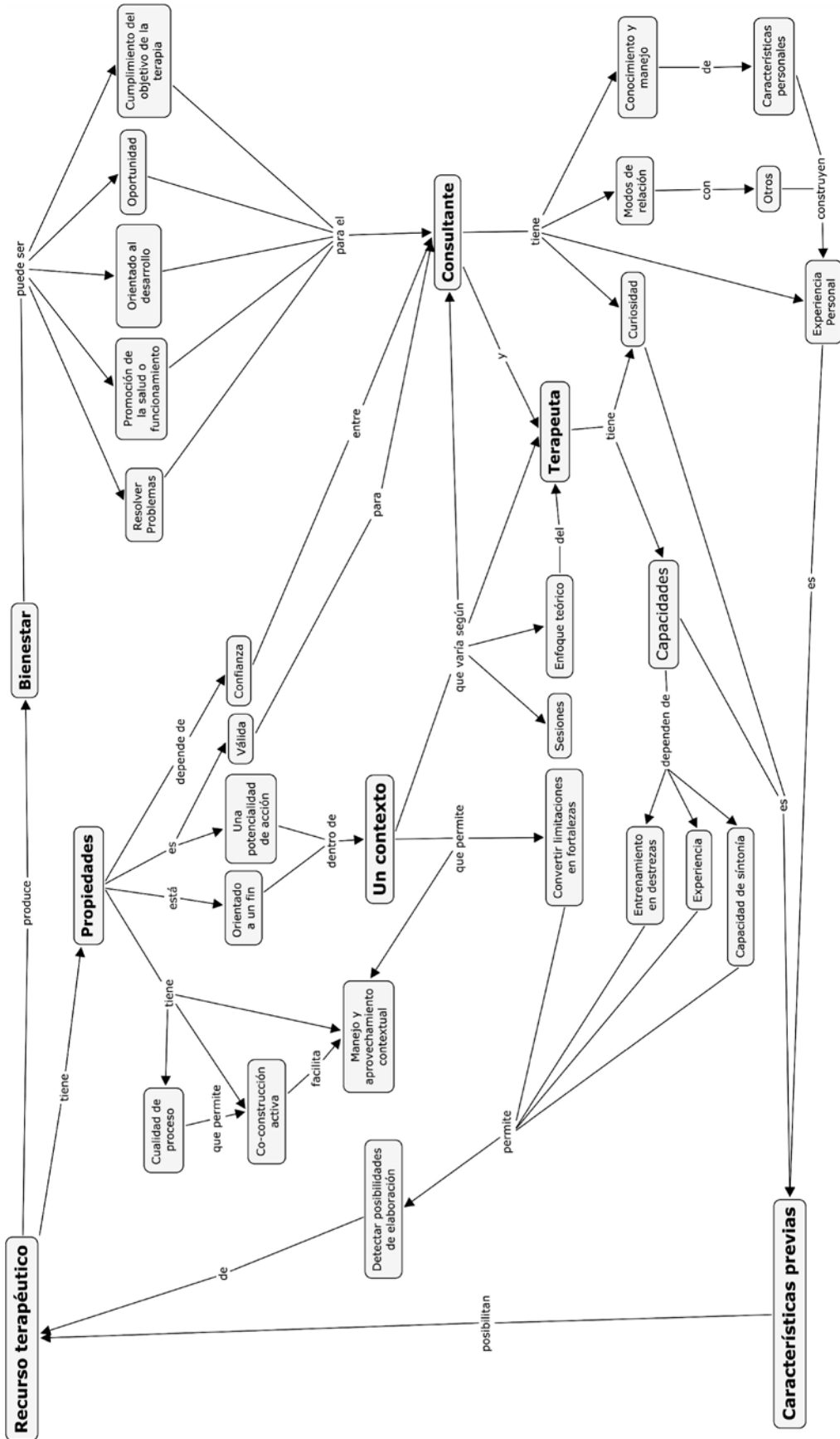
2. *Categorizaciones de recursos:* Las categorizaciones básicas se refieren a recursos del paciente, del terapeuta, de la relación terapéutica y del contexto de la persona o sistema consultante (familia, amigos y otros significativos). También se diferencia en recursos internos (propios de la persona o sistema consultante) y externos (el entorno social, familiar y cultural).

- *Recursos del paciente:* Se mencionan elementos básicos, distinguiéndose entre capacidades afectivas, cognitivas, creativas y espirituales. (Ver Tabla 1)

- *Recursos del terapeuta:* Se considera función del terapeuta desarrollar la capacidad de generar un buen contexto de interacción, en un clima de afecto y confianza. Los elementos considerados recursos y que aluden a la relación terapéutica se ven como responsabilidad prioritaria del terapeuta. Además influye la experiencia de aprendizaje, en tanto manejo de técnicas y alternativas explicativas, así como la experiencia de ejercicio en el área. (Ver Tabla 1).

Un aspecto recurrente en la discusión, es la capacidad del terapeuta de recoger lo que trae el paciente como problema o conflicto y de identificar expe-

Figura 1. Mapa Conceptual. Grupo de Tareas



riencias de la persona que puedan ser resignificadas positivamente, en acuerdo con las posibilidades de integrarlas en el mundo explicativo del paciente. Las vivencias del terapeuta pueden ser utilizadas como recursos, la capacidad de éste para personalizar el proceso de terapia, creando un vínculo único con la persona.

• *Recursos de la relación o vínculo terapéutico:* A lo largo de las sesiones los elementos que conforman el vínculo o relación terapéutica se mencionan como de mayor importancia, ya que se les considera una necesidad previa a la presencia del resto de recursos (Ver Tabla 1)

Estos elementos serían facilitadores tanto si son presentados por el sistema consultante como si corresponde a una característica del terapeuta, pudiendo favorecer un estilo de relación más fluido. Se mencionan en esta categoría elementos como la presencia de sentido del humor, el uso de los silencios, el respeto por los tiempos de cada uno, la capacidad de regular los afectos, reconocerlos y manejar los que son más disruptivos (la ansiedad, especialmente) y la capacidad reflexiva, es decir, de estar atento a los propios procesos, así como los del

otro y entenderlos dándoles lecturas que amplíen la perspectiva inicial sobre los mismos.

• *Recursos del entorno o contexto de la persona o sistema consultante ajeno al contexto de terapia:* Se refiere a la presencia de condiciones contextuales en la vida cotidiana de la persona consultante y que puedan considerarse apoyo en el proceso terapéutico, tales como, personas significativas para el paciente, redes sociales y nivel socioeconómico. Se resalta la importancia de utilizar como recurso la alianza con personas significativas para la persona que consulta.

• *Otros elementos abordados:* Se menciona la experiencia del terapeuta, así como las experiencias previas de la persona consultante, como elementos que deberían ser considerados.

Resultados Grupo Delphi

Todas las opiniones del grupo Delphi fueron categorizadas en base a las dimensiones de evaluación y acuerdo entre los jueces. Se reportará aquella información en la cual hubo una mejor evaluación con un mínimo desacuerdo y aquella en la que se

Tabla 1. Recursos según Grupo de tareas

DEL PACIENTE			
Capacidades afectivas	Capacidades cognitivas	Capacidades creativas	Capacidades espirituales
– Motivación	– Creer en el cambio	– Creatividad	– Esperanza
– Vitalidad	– Atencional	– Curiosidad	– Fe y espiritualidad
– Autoconfianza	– Lenguaje	– Asombro	– Sentido de la existencia
– Contacto	– Inteligencia	– Flexibilidad	
– Capacidad de goce	– Introspección	– Integrar	
– Historia vincular		– Relacionar	
DEL TERAPEUTA			
Capacidades previas		Capacidades en el proceso terapéutico	
– Aprendizaje de técnicas y modelos explicativos		– Generar clima de afecto y confianza.	
– Experiencia personal y terapéutica		– Co-construir un motivo de consulta	
		– Identificar experiencias y resignificarlas (+) en el modelo de mundo del paciente	
		– Uso de las vivencias del terapeuta	
		– Uso del modo de ser del terapeuta	
		– Personalizar el proceso de terapia	
DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA			
Capacidades vinculares		Capacidades técnicas	
– Empatía		– Uso del silencio	
– Calidez		– Respeto de tiempos	
– Apertura			
– Confianza			
– Sentido del humor			
– Sintonía (utilización del lenguaje de la persona)			
– Capacidad de regular afectos			
– Capacidad reflexiva			

detectaron mayores desacuerdos. En el texto se utilizarán las siguientes abreviaturas: *E: media de evaluación de jueces*, *D: nivel de desacuerdo medido por la desviación estándar de las evaluaciones*.

1. *Definición de Recurso*: Es necesario señalar que si bien en el grupo Delphi se mantuvo el concepto de recurso como categoría global de discusión, sí se hizo una distinción particular del concepto fortaleza como un elemento del recurso. Las opiniones que reportaron una alta evaluación y un bajo desacuerdo fueron las siguientes:

“Fortaleza es alguna característica que el paciente tiene desarrollada y en la que se puede apoyar para comprender lo que le ocurre y cambiar sus perspectivas y/o conductas maladaptativas. También pueden ser usadas como herramientas para mantener su estabilidad emocional o psíquica”. (E: 6,2; D: 0,4).

“Por fortalezas, entiendo aquellas características de las personas que le ayudan a tener una mejor calidad de vida y que se relacionan de manera estable como su forma de sentir, interpretar y de relacionarse. Por ejemplo, capacidad de vincularse, capacidad de mentalizar y reflexionar, sentido del humor, etc. Las experiencias vitales también las clasifico como fortalezas en la medida que están al servicio de un aprendizaje positivo o enriquecedor para el desarrollo futuro”. (E:6,6; D: 0,5)

2. Categorizaciones de Recursos:

• *Recursos del paciente*: Se pueden identificar recursos de dos tipos: capacidad para conectar procesos psíquicos y capacidades personales (Ver Tabla 2).

Los mayores desacuerdos en esta categoría, estuvieron relacionados con el atractivo personal (E: 5,3; D: 1,599), poseer diferentes aptitudes, talento (E: 5; D: 1,414) y el nivel educacional (E: 4,3; D: 1,106).

• *Recursos del Terapeuta*: Se pueden identificar recursos de tres tipos: capacidades para el vínculo terapéutico, capacidades personales y capacidades técnicas (Ver Tabla 3).

En las capacidades para el vínculo destacan la escucha, aceptación y el compromiso hacia el paciente. En las capacidades personales por otro lado, son relevantes la flexibilidad y la empatía en la relación con los pacientes y finalmente, en las capacidades técnicas destacan elementos como la capacidad de contención, formación, discusión y supervisión permanente.

Los mayores niveles de desacuerdo se refieren al atractivo personal (E: 4,5; D: 1,607), capacidad de desconectarse (E: 5,3; D: 1,106) y que la mayoría de los ingresos provengan del trabajo con los pacientes (E: 5,8; D: 1,067).

Tabla 2. Recursos del paciente según Grupo Delphi

CAPACIDAD PARA CONECTAR PROCESOS PSÍQUICOS	CAPACIDADES PERSONALES
– Posibilidad de conectar sentimientos con vivencias y recuerdos. (E: 6,7; D: 0,4)	– La motivación al cambio. (E:6,8; D:0,4)
– Posibilidad de comprender y pensar lo que se siente. (E:6,7; D:0,5)	– Apertura. (E:6,7; D:0,5)
– Capacidad para escuchar o pensar sobre situaciones personales dolorosas (tolerar el dolor de pensar novedosamente sobre sí mismo y su historia). (E:6,5; D:0,5)	– Abrirse a la posibilidad futura de cambio. (E:6,5; D:0,5)
– Su sensibilidad, que puede manifestarse en mirarse a sí mismo y al problema que trae. (E:6,3; D:0,5)	– La capacidad empática como un recurso, sin embargo, puede ser perfectamente una meta terapéutica. (E:6,5; D: 0,5)
– Dar sentido a las vivencias positivas. (E: 6,2; D:0,4)	– Confianza en ser ayudado. (E:6,3; D: 0,5)
– Capacidad para buscar soluciones adaptativas a los conflictos. (E:6,2; D:0,7)	– Motivación para comprender lo que le sucede. (E:6,3; D: 0,5)
– Motivación para implementar estrategias nuevas a la luz de nuevas significaciones. (E: 6, D: 0)	– Que tolere ciertas dosis de “verdad” o de ver lo no visto. (E:6,3; D: 0,5)
	– Capacidad para acoger distintas perspectivas. (E:6,2; D: 0,4)
	– Disposición a dar cuenta de lo que le pasa de manera abierta. (E:6,2; D: 0,4)

E: media de evaluación de jueces, D: nivel de desacuerdo medido por la desviación estándar de las evaluaciones.

Tabla 3. Recursos según Grupo de tareas

Capacidades para el vínculo terapéutico (E ≥ 6,5; D ≤ 0,5)
<ul style="list-style-type: none"> – Escucha y consideración de los contenidos relevantes para el paciente. (E:7, D: 0) – Capacidad de ofrecer comprensión y aceptación al cliente. (E:7, D: 0) – Capacidad para comprometerse en la relación terapeuta-paciente. (E:7, D: 0) – Tener una actitud cálida que promueva un adecuado clima emocional. (E:6,8; D: 0,4) – Capacidad de transmitir una actitud de esperanza realista. (E:6,5; D: 0,5)
Capacidades personales (E ≥ 6,5; D ≤ 0,5)
<ul style="list-style-type: none"> – Flexibilidad para cambiar de perspectivas. (E:7, D: 0) – Empatía. (E:7, D: 0) – Sensibilidad. (E:6,8; D: 0,4) – Capacidad de hacer el salto entre empatía – distanciamiento parcial. (E:6,8; D: 0,4) – Pasión por lo que se hace. (E:6,5; D: 0,5) – Humor. (E:6,5; D: 0,5) – Experiencias psicoterapéuticas propias. (E:6,5; D: 0,5) – Tener salud emocional. (E:6,5, D: 0,5) – Poder aceptar que alguien lo pueda hacer mejor que con tal o cual paciente. (E:6,5, D: 0,5)
Capacidades técnicas (E ≥ 6,5; D ≤ 0,5)
<ul style="list-style-type: none"> – Capacidad de contener sin dejarse arrastrar completamente por el dolor del paciente. (E: 7, D: 0) – En el caso del terapeuta la honestidad consigo mismo. Reconocer qué siente, qué le produce determinado paciente y qué va a hacer con eso que siente. (E: 7, D: 0) – La capacidad de tener una mirada flexible y creativa, que le permita ver los recursos y fortalezas en los pacientes. (E: 6,8; D: 0,4) – Instancias de formación, discusión y supervisión permanente. (E: 6,8; D: 0,4) – Capacidad para poner en palabras e imágenes novedosas, simples pero atingentes y comprensibles para el paciente lo que ha expresado en otras modalidades de comunicación. (E: 6,7; D: 0,5) – Pertenecer a grupos de pares, equipos de trabajo o supervisión. (E: 6,7; D: 0,5) – Capacidad de reconocer las cualidades y los progresos del cliente. (E: 6,5; D: 0,5) – El “timing” para usar las técnicas. (E: 6,5; D: 0,5) – La capacidad de ponerse en los zapatos del paciente para luego “meta-mirar” debiera ser inherente al rol profesional del terapeuta (diferente a convertirse en un amigo pagado). (E: 6,5; D: 0,5) – Comprensión de las propias vivencias, elaboración de éstas y discriminación en la situación terapéutica (inducción, resonancia, contratransferencia). (E: 6,5; D: 0,5) – Criterio y sentido común para priorizar la información y contextualizarla y utilizarla en función de lo que es significativo para el paciente. (E: 6,5; D: 0,5)

E: media de evaluación de jueces, D: nivel de desacuerdo medido por la desviación estándar de las evaluaciones.

• *Recursos de la relación terapéutica:* Destacan aquí el compromiso emocional en la relación, las habilidades interpersonales y la construcción de una buena alianza terapéutica (Ver Tabla 4)

3. *Uso de Recursos:* Se categorizó el uso de recursos en la experiencia terapéutica en recursos de alta y baja especificidad, destacando que aquellos

de baja especificidad tenían alta evaluación y bajo desacuerdo, en cambio los recursos de alta especificidad tuvieron un alto desacuerdo.

Definimos recursos de alta especificidad a aquellos centrados en aspectos más propiamente técnicos y los de baja especificidad los relacionados con aspectos de la relación terapéutica. (Ver Tabla 5).

Tabla 4. Recursos de la relación terapéutica según el Grupo Delphi

RELACIÓN TERAPÉUTICA (E=7, D=0)
– Compromiso, capacidad de involucrarse con el otro, de dejarse afectar emocionalmente por el otro, de que el otro le importe. (E:7, D: 0)
– Habilidades interpersonales tales como: capacidad de establecer vínculos, de comprometerse en una relación, capacidad de escuchar al otro y de empatía. (E:7, D: 0)
– La construcción de una buena alianza terapéutica. (E:7, D: 0)
– Awareness o Conciencia, el darse cuenta del que hablan los experienciales y los gestálticos. El darse cuenta de sí mismo, de su cuerpo, de sus emociones, de sus pensamientos, de sus supuestos, y de la relación de los demás con el mismo, de cómo se es visto, de las emociones que despierta en los demás. (E: 6,7; D: 0,5)
– La capacidad de construir un encuadre de trabajo terapéutico que contenga el proceso de cambio y de respetarlo (por ejemplo teniendo claridad respecto a las orientaciones éticas que lo guían). (E: 6,7; D: 0,5)
– Capacidad de identificar y leer emociones tanto propias como de los otros. (E: 6,7; D: 0,5)
– La relación terapéutica es un recurso en sí misma. (E: 6,7; D: 0,5)
– La capacidad para aprender de la experiencia. (E: 6,7; D: 0,5)
– Expresividad, capacidad de tomar contacto con las propias emociones, sentimientos y expresarlos. (E: 6,7; D: 0,5)
– Suficientemente honestos. (E: 6,7; D: 0,5)

E: media de evaluación de jueces, D: nivel de desacuerdo medido por la desviación estándar de las evaluaciones.

Tabla 5. Uso de recursos en la experiencia terapéutica según Grupo Delphi

BAJA ESPECIFICIDAD, ALTA EVALUACIÓN Y BAJO DESACUERDO (E ≥ 6,0; D ≤ 0,5)
– Disponer de la mejor manera un espacio terapéutico para ese paciente en particular. Mientras más grave sea el paciente más concreta será mi presencia como terapeuta. Es decir, el espacio para pensar estará más determinado por la relación estable y sistemática en el tiempo. (E: 6,0; D: 0,5)
– Resiliencia: Re-tomar y re-utilizar fortalezas y recursos personales ya demostrados, a través de la propia existencia, en sortear situaciones y experiencias traumáticas o difíciles. Ayudar a confiar en sí mismo y en el orden implicado. (D. Bohm)* (E: 6,0; D: 0,5)
– Para esto intento hacer prevalecer una escucha muy empática, intentando siempre buscar una comprensión de lo que le sucede al paciente en los contenidos que ponga y también en relación conmigo, pensando que eso es lo mejor que ha podido hacer. Esto lo hago de modo muy activo cuando me cuesta comprender al paciente, o es muy difícil o muy agresivo o descalificador. (E: 6,0; D: 0,5)
ALTA ESPECIFICIDAD, BAJA EVALUACIÓN Y ALTO DESACUERDO (E ≤ 5,6; D ≥ 1,6)
– Finalmente, otra cosa que uso, especialmente cuando no estoy entendiendo, es la fe ... cuando me siento muy confundida, pido ayuda, rezo, espero, hasta entender. (E: 4, D: 1,9)
– Mi historia vital la considero una fortaleza ya que me ha ayudado a ponerme en el lugar de otro de una manera muy singular. Ejemplos de ello son usar la auto-revelación verbigracia con pacientes que han vivido en el extranjero en circunstancias difíciles, o la experiencia dolorosa de los abortos espontáneos. (E: 4,1; D: 1,6)
– Adecuar las intervenciones al tipo de paciente. Hay pacientes con lo que sólo converso y otros a quienes toco como parte de una técnica y con quien actuamos, hay espacios más lúdicos (psicodrama). Son recursos técnicos muy potentes. Incluso a algunos pacientes les enseño a meditar o buscamos algunas expresiones religiosas que están dentro de las creencias del paciente. (E: 5,6; D: 1,6)

E: media de evaluación de jueces, D: nivel de desacuerdo medido por la desviación estándar de las evaluaciones.

* Citado textualmente por el experto encuestado.

Resultados Grupo Experiencial

La información recogida durante este taller fue sistematizada por el equipo investigador dando origen a cuatro categorías. Esta división se realizó considerando tanto el personaje evocado, como el recurso asociado a dicho personaje. En la tabla 6 se muestran las cuatro categorías, los recursos asociados a cada una de éstas y la frecuencia de mención de cada recurso. (Ver Tabla 6).

Se observa que cada terapeuta puede reconocer más de un recurso observado en su quehacer. Respecto de las categorías planteadas en la tabla, se observa que la primera de ellas es la "Infancia", donde los recursos están relacionados con la utilización del humor y la alegría como elementos de la relación y cambio psicoterapéutico. Los recursos que dieron pie a esta categoría son: humor, alegría, hacer reír, juego, ingenuidad y optimismo. Destaca

Tabla 6. Recursos en psicoterapia detectados en el grupo expresivo

PERSONAJES (F)	CATEGORÍA	RECURSOS (F)
Mafalda Homero Simpson Niño Ignacio Patch Adams Campanita 7° enanito Niño Diego Amelie n = 8	INFANCIA	Humor (3) Optimismo (2) Alegría (2) Juego (1) Ingenuidad (1) Hacer reír (1) Explorar (1) Amor (1) Motivación (1)
Demeter Madre (2) Abuela Virgen María (2) María madre de Jesus M. Antonieta Inés (Madre de Enrique) Florence Nightingale Mamá n = 11	MATERNAJE	Acoger, sujetar (9) Contener (3) Amor maternal (1) Bondad (1) Acompañar (1) Confianza (1) Integración (1) Compromiso (1) Seguridad (1) Firmeza (1)
Mahatma Ghandi Ermitaño Machi Monje Tibetano Una Sabia n = 5	SABIDURÍA Y ESPIRITUALIDAD	Fe (4) Compasión (3) Esperanza (2) Sabiduría (2) Sanación (2) Enseñar la calma (1) Auto-conocimiento (1) Ayudar a los demás (1)
Exploradora Frida Kahlo Cristobal Colón Chantal (una exploradora) Mestizo n = 5	EXPLORACIÓN Y LUCHA	Fuerza (3) Esfuerzo (2) Abrir caminos (2) Más allá de las fronteras (2) Mirar (2) Explorar (2) Emprendimiento (1) Salir adelante pese a la adversidad (1) Poder (1) Encuentro (1) Descubrir (1)

f: Frecuencia de mención del personaje o recurso

en este grupo la conceptualización del proceso terapéutico como un *juego*.

Respecto de la categoría “*Maternaje*”, los recursos están relacionados con la idea de un cambio a través de experiencias de seguridad, acogida y sostén. Los recursos que emergieron en este grupo fueron los siguientes: seguridad, firmeza, confianza, compromiso, contención, sujetar, acoger (sujetar y contener), amor, bondad. Aquí el proceso terapéutico está conceptualizado en términos del *cuidado*.

La tercera categoría es “*Sabiduría y Espiritualidad*” los recursos están relacionados con la idea de un cambio a través de la fe. Están presentes aquí: la compasión, sanación, esperanza, enseñar la calma y fe ante la adversidad. En este grupo el proceso psicoterapéutico es conceptualizado como un *aprendizaje en la fe*.

Finalmente está la categoría de “*Exploración y Lucha*” donde los recursos están relacionados con la idea del cambio como un espacio relacional que permita la exploración y la apertura. Los recursos de esta categoría son: exploración, abrir caminos, más allá de las fronteras, poder, encuentro, mirar. En este grupo el proceso psicoterapéutico es conceptualizado como un espacio de *exploración y desafíos*.

Discusión

La definición de recurso fue la primera pregunta de esta investigación y cuyas conclusiones más relevantes fueron abordadas por el Grupo de Tareas. Los conceptos que emergieron del grupo apuntan a considerar que los recursos en particular y la psicoterapia en general tienen una naturaleza procesal, contextual, y son co-construidos en una relación terapéutica, que se considera como el eje de cualquier proceso en el uso de los recursos en psicoterapia. Los terapeutas expertos tenían una larga experiencia clínica, estaban dedicados fundamentalmente al ejercicio de la psicoterapia. Destaca el que estén ampliamente influenciados por las corrientes psicoterapéuticas en boga, es decir relacionales, constructivistas e intersubjetivas, en donde los recursos son considerados como procesos emergentes. A pesar de la influencia de la tradición de la psicología del déficit y de la reciente psicología positiva, estos terapeutas expertos integraron ambos constructos en un nivel lógico superior, donde los recursos o déficit no son características dadas sino que emergen en los procesos relacionales.

Respecto de la segunda pregunta sobre la categorización de los recursos, un consenso general para los terapeutas fue destacar la importancia de la relación terapéutica en la construcción de los re-

ursos, aspecto que está de acuerdo con numerosas investigaciones sobre alianza terapéutica, quiebres y reparación de la alianza (Horvath, 2005; Safran y Muran, 2000). Tanto en el Grupo de Tareas como en el Delphi se considera recursos a diferentes procesos relacionales que recuerdan a diversos aspectos de la neuropsicobiología del desarrollo, en el sentido de una co-construcción relacional de la mente, a través de los constructos de apego, mentalización y regulación de las emociones (Allen y Fonagy, 2002; Schore, 2003; Waldinger, Schulz, Hauser, Allen y Crowell, 2004). En ambos grupos se consideraron recursos la capacidad de conectar sentimientos con recuerdos, comprender y pensar sobre lo que se siente, integrar y relacionar, identificar experiencias y resignificarlas positivamente y capacidad de regular afectos. En todos los grupos se enfatizó la importancia del cuidado, empatía y consideración por el otro, como recursos centrales del proceso terapéutico. La consideración de los recursos como aptitudes o talentos dados previamente tuvo en general baja evaluación y alto desacuerdo.

Respecto al modo de usar los recursos los acuerdos tuvieron que ver con la especificidad de los recursos. Así mientras el uso de los recursos se restringía al uso de técnicas específicas, el desacuerdo era alto. Si el uso se centraba en aspectos menos específicos y más centrados en los procesos relacionales los desacuerdos eran bajos.

En el grupo experiencial los recursos que emergieron se referían a los procesos de juego, cuidado, aprendizaje y exploración. Destaca aquí como claramente los personajes emergentes sugieren procesos que se relacionan notoriamente con el aprendizaje y desarrollo humano.

Respecto de la metodología queremos destacar que el uso del multimétodo permite realizar triangulaciones de los datos, lo que a través de procesos abductivos logra integrar conclusiones que se originan en diversos niveles lógicos, estrategia que resulta de especial utilidad al trabajar con constructos teóricos inespecíficos y difusos. Así esta metodología permitió comparar datos de experiencias más solitarias y conceptuales como el Grupo Delphi, experiencias de discusión de pares tanto en lo que se refiere a los conceptos como a la experiencia clínica, experiencia emocionales y simbólicas como fue el grupo experiencial. En otro nivel se integraron metodologías cuantitativas, cualitativas y experienciales. Pensamos que la integración en los diferentes niveles mencionados, permitirá acortar las distancias entre la investigación y el ejercicio clínico psicoterapéutico. También es posible que tienda puentes entre los investigadores y los clínicos ya que la incorporación de la experiencia emocional y clínica puede contribuir a disminuir esta brecha.

En cuanto a las falencias de la investigación, es posible que dada la naturaleza participativa del equipo de investigación en los procesos, exista alguna influencia en los contenidos que surgen. El desafío es delimitar más el rol de los facilitadores, sin que esto obstaculice la improvisación y creatividad de los métodos experienciales. En los grupos sobre todo de discusión y en menor cuantía en el experiencial, puede ser relevante la influencia que tengan líderes grupales naturales en el resto del grupo. Hemos querido compensar en parte esa dificultad a través de la incorporación de la metodología Delphi. Es necesario hacer notar que fue en este último grupo donde con mayor fuerza se observó la influencia de los modelos teóricos en las observaciones, particularmente en la propuesta de técnicas que en general contaron con un alto nivel de desacuerdo. Los mayores encuentros de opiniones se observaron en el grupo experiencial, luego en el grupo de discusión y finalmente en el Grupo Delphi donde los recursos se conceptualizaron como procesos. El mayor desencuentro se produjo en el uso de técnicas específicas derivadas de construcciones teóricas.

Una conclusión relevante de esta investigación se refiere a como los terapeutas opinaron sobre la naturaleza de la relación terapéutica. Desde la tradición médica, el enfermar humano se ha concebido desde un modelo de estéticas generales. Esto es, los pacientes presentan diversos signos y síntomas que deben ser distinguidos para sus clasificaciones sindromáticas y patológicas y desde allí se orienta el tratamiento. La influencia de los modelos médicos en la psicología y psicoterapia ha producido un creciente interés en desarrollar sistemas clasificatorios de estéticas generales como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM IV-TR), (American Psychiatric Association, 2000) y el International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 2nd Edition (ICD-10), (World Health Organization, 2004), orientados a sistemas comprensivos de la salud mental de las personas que se basan en modelos lineales del sufrimiento humano. Así, se considera la salud y la enfermedad como elementos opuestos más que dimensiones en equilibrio que constituyen una unidad. Las dificultades psicológicas y relacionales de las personas pertenecen a órdenes de complejidad más propios de las estéticas locales. Entendemos por estética local el concebir a los sufrimientos de las personas como fenómenos de naturaleza procesal, local y contextual. Los resultados de esta investigación apuntan a que estos terapeutas expertos consideran el recurso y la carencia como dimensiones complementarias contextualizadas a través de un proceso de co-construcción relacional e intersubjetivo, donde el terapeuta pertenece a una cibernética de segundo orden, es decir subjetivo. El recurso

no sería un estado per se o un rasgo dado sino que estaría orientado a la búsqueda del bienestar en un proceso terapéutico contextualizado y dinámico. Esta conceptualización no niega las estéticas generales de diagnóstico y tratamiento específico sino que más bien las integra en una estética local más compleja y contextual.

La importancia de esta investigación es que al explorar la opinión de terapeutas sobre la relación entre su quehacer y los recursos, se invita a la reflexión sobre el uso de los recursos en psicoterapia y de la terapia en general. Nuestro interés en comenzar una línea exploratoria sobre los recursos, surge desde la constatación e inquietud clínica respecto a la necesidad de trabajar con lo que las personas han rescatado y quieren preservar de lo que tienen, con las herramientas que antes les han sido útiles más que sólo en la reflexión de las dificultades. Se propone en algún sentido una ideología psicoterapéutica de la excepción, es decir aquel lugar donde sí resultó y donde sí hubo desarrollo.

Entendemos el uso de los recursos en psicoterapia no desde el simplismo de sólo promover lo positivo sino también, en la relevancia de integrar el uso de los déficit en los procesos de cambio y desarrollo de las personas, con lo cual la resignificación de las vivencias emocionales en el aquí y el ahora de la terapia y las metaconversaciones sobre esto en un contexto de alianza terapéutica, podrían constituirse en un elemento fundamental del proceso de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.G., & Fonagy, P. (2002). *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy* (Technical report N° 02-0048.). Topeka, KS: The Menninger Clinic, Research Department.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, Fourth Edition). Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Atlas.ti. *The QDA Software*. (2007). Extraído Noviembre 11, 2007 de <http://www.atlasti.com/>
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006) Emociones Positivas: Humor Positivo. *Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 27,18-30.
- Estéves, J. & Pastor, J. (2004). Using a Multimethod Approach to Research Enterprise Systems Implementations. Extraído Enero 27, 2009, de

<http://www.ejbrm.com/vol2/v2-i2/vol2-issue2-art3-abstract.htm>

- Horvarth, A. (2005). The Therapeutic Relationship: Research and Theory. An introduction to the special issue. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15, 12-37.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Linstone & Murray, (2002). The Delphi method: Techniques and applications. New Jersey' Science and Technology University. Extraído Enero 31, 2009, de <http://is.njt.edu/pubs/delphibook/#toc>.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1996). The Pursuit of Happiness. *Scientific American*, 274, 54-56.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. En J.C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.
- Novak, J. D. & Cañas, A.J. (2006). The theory underlying concept maps and how to construct them, technical report IHMC, CmapTools 2006-01, Florida Institute for Human and Machine Cognition. Extraído Enero 31, 2008 de <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>
- Ryff, C., Dienberg, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., Davidson, R. & Singer, B. (2006). Psychological Well-being and Ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Safran, J. & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: The Guilford Press.
- Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W.W. Norton.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Waldinger, R., Schulz, M., Hauser, S., Allen, J., & Crowell, J. (2004). Reading others? Emotions: The role of intuitive judgment in predicting marital satisfaction, quality and stability. *Journal of Family Psychology*, 18, 58-71.
- World Health Organization, (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, (ICD-10, 2nd Edition). Switzerland: World Health Organization.

Abstract: The study aims to define the concept of resource, identifying their types and uses in psychotherapy from the perspective of expert psychotherapists.

Three methodologies were applied: Group Tasks: Systematic discussion of five expert psychotherapists. Delphi Group: Iterative questionnaires to thirteen expert psychotherapists. Experiential Group: Experiential methodology with twenty-nine psychotherapists.

Results: Group Tasks: Patient, therapist, therapy system and context resources were distinguished. Delphi Group: Its definition, identification and operationalization were systematized. Experiential Group: different dimensions of experience were identified.

It was concluded that clinicians conceptualize the resources as emerging processes, defining them as relational co-constructions. The resource and the lack are considered complementary dimensions, where the resource is not given states but wellbeing seeking oriented in the context of psychotherapy.