

Investigación



Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención

31

Sequence of the Use of Resonance: from Invisible History to Intervention

Karina Rivas Teppa^a, Antonio Rojo Gittermann^b,
Andrea Zavala Urbina^c, Patricia Santibáñez Fernández^d

^aMagister y Especialización en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera. Correo electrónico: krivasteppa@gmail.com, ^{b,c,d}Magister y Especialización en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera.

Historia editorial

Recibido: 14-07-2018

Primera revisión: 11-01-2020

Aceptado: 24-03-2020

Palabras clave

formación sistémica,
persona del terapeuta,
resonancia

Resumen

La persona del terapeuta [PDT], es el principal instrumento de intervención en la práctica psicoterapéutica, por lo que adquiere relevancia abordar los aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar los procesos de psicoterapia. Desde esta perspectiva, la noción de PDT ha sido abordada en tanto definición, relevancia, e implicancias para el terapeuta. Sin embargo, existe muy poca evidencia respecto a ésta y la noción de resonancia; no encontrándose una descripción conceptual detallada de cómo opera en la práctica psicoterapéutica. En consecuencia, el objetivo de esta investigación fue describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, con un diseño descriptivo. El análisis se basó en la Teoría Fundamentada, y se aplicó una entrevista semi-estructurada a 6 psicólogos con formación en terapia sistémica. Los principales resultados convergen en una unidad conceptual, que integra la realidad expresada por los participantes; ésta alude a una secuencia de relaciones entre la historia invisible y la acción terapéutica, conforme los terapeutas se cuestionan y comprenden la historia que surge en el contexto terapéutico.

Abstract

The therapist person [PDT], is the main tool of intervention in the clinical practice, therefore it acquires relevance to approach the personal aspects of the therapist, to the purpose of improving the clinical practice. From this perspective, the notion of PDT has been approached in his definition, relevancy and the therapist implications. However, there is few evidence of the implications and the notion of resonance, being impossible to find a detailed conceptual description of how it works in the clinical practice. In consequence, this research searched to describe the conceptual construction of the notion of resonance, from the interpretation of the use of PDT that therapists with systemic training do. It has been used a qualitative methodology with a descriptive design. The data analysis was based on Grounded Theory, a semi structured interview was applied to 6 psychologists with systemic therapy training. The main results throws a conceptual unity, who integrates the reality told by the participants; this refers to a sequence of relations between the “invisible history” and the therapist action, as the therapist question and understand the history that emerges inside the therapy context.

Keywords

systemic training,
person of the therapist,
resonance

1. INTRODUCCIÓN

La Terapia Sistémica (TS), al considerar el planteamiento de la Teoría General de Sistemas (TGS), concibe el espacio psicoterapéutico como un lugar de construcción mutua entre terapeuta y consultantes, caracterizado por una visión relacional circular. Aponte y Winter (1988) señalan que en la formación de Terapeutas Familiares Sistémicos (TFS), existe un énfasis centrado en el componente personal del terapeuta, reconociéndose la necesidad de formar un profesional cada vez más autónomo, reflexivo y propositivo (Alvear, Jerez y Lucero, 2012).

El constructivismo trasladó el foco de las secuencias de conducta, a la construcción del significado en la terapia. Desde la Cibernética de Segundo Orden, el conocimiento humano no resulta de una representación mental individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo en un contexto familiar y socio-cultural dado, a través de la autorreflexión (Díaz, 2007).

En tanto el construccionismo plantea que los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de la realidad, a partir de negociaciones interpersonales, siendo imposible la idea de que lo que se construye es producto de la “mente” o de un único autor. Por ende, en el contexto psicoterapéutico, existe un componente subjetivo del rol del terapeuta en la construcción relacional, donde éste forma parte del sistema con el que interactúa (Carrasco y Díaz, 2011).

Así, el terapeuta, al participar de los relatos de vida de los pacientes, construye objetividad sólo dentro de la subjetividad que implica el vínculo terapéutico. Por lo que, sin renunciar a su auto-referencia, facilita un proceso dialógico con el consultante en la co-construcción de nuevos significados (Szmulewicz, 2013).

Lo anterior, se reafirma con la idea planteada por Zajonc (1980), quien menciona que nuestro mundo es afectivo e interactivo de manera permanente, pero que nuestra percepción consciente nos aproxima sólo a una parte de las emociones.

En base a lo expuesto, la noción de “persona del terapeuta” (PDT) se hace presente, conceptualizándose como aquel aspecto personal del terapeuta que incluye sus sentimientos, percepciones, pensamientos, y propia biografía, que lo autodevelan en forma continua frente al consultante y que, a su vez, lo implican en una relación que transforma no sólo la realidad del consultante, sino la suya también (Carrasco y Díaz, 2011).

EL CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Terminando la década del 70, se visualizó que las variables de cambio responden a aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación que surge entre ellos (Campagne, 2014). Esto permitió señalar el rol fundamental del terapeuta como integrante del sistema consultante (Sprenkle y Blowb, 2007).

Opazo (1986, citado en Santibáñez et al., 2008), añade que la buena relación consultante-terapeuta y la eficiencia terapéutica, se deben a un proceso recursivo, siendo esta causalidad circular uno de los pilares centrales del cambio terapéutico.

Por lo anterior, se reconoce la importancia de que el terapeuta se preocupe por el componente personal que lo caracteriza, profundizando en el autoconocimiento, con el fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico; buscando transformar en recurso para el trabajo clínico, aquello que lo caracteriza (Mojta, Falconier y Huebner, 2014; Szmulewicz, 2013). A su vez, Bertrando y Arcelloni (2014) refieren que el ser consciente de las propias emociones y las del consultante, permitirá generar hipótesis y usar dicha información en la sesión a modo de contribuir a los objetivos terapéuticos.

Desde lo sistémico emerge un concepto que denota una teorización respecto a la PDT y su efecto en psicoterapia, favoreciendo la comprensión de los fenómenos que se dan en la interacción terapeuta-consultante; nos referimos a la resonancia, la que se entiende como el punto de encuentro entre el marco de referencia del consultante y del terapeuta (Szmulewicz, 2013). Aquí se propician sentimientos que son característicos de la relación y que no aparecen en otras circunstancias (Elkaïm, 1989).

Un concepto fundamental para comprender la resonancia es la intersubjetividad en la constitución del conocimiento, pues permite reconocer que no existe un conocimiento independiente del observador, y las emociones caracterizan el modo particular de escucha de un individuo que se produce en un espacio relacional (Elkaïm, 2010).

Se ha reconocido el uso de las resonancias como una estrategia para introducir información nueva al sistema, lo que permitiría favorecer un cambio en su funcionamiento (Szmulewicz, 2013). Así también, se ha visto como un recurso terapéutico, que da cuenta de un trabajo que realiza el terapeuta consigo mismo, ligado a la supervisión de casos (Carvajal, 2012; Elkaïm, 1989, 2010; Laso, 2015b; Szmulewicz, 2015).

Por otra parte, se enfatiza que la resonancia puede favorecer la construcción de hipótesis respecto de su aparición. Por lo tanto, el terapeuta puede revisar lo que experimenta, a modo de utilizarlo para la intervención terapéutica como una habilidad progresiva para la psicoterapia, lo que favorecería el desarrollo de un puente singular que une al sistema consultante (Elkaïm, 2010; Polanco, Vergara y Santibáñez, 2019).

Laso (2015a) vincula la relación terapeuta-consultante al mundo emocional que ambos se encuentran compartiendo. Plantea que detrás de la imposibilidad de no comunicar, se encuentra la imposibilidad de permanecer impasibles ante la presencia de otro, agregando que, “dada una situación de copresencia, al ser humano le es imposible no telegrafiar sus estados anímicos y no resonar con los de los demás” (Laso, 2015a, p.147).

Agregado a lo anterior, Laso (2015a) une el componente cognitivo o comprensivo del fenómeno a la sensación emocional, refiriendo que el mensaje se entiende de acuerdo al estado emocional de los actores y determina la disposición dinámica con que se aborda el mensaje.

Por su parte, Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) plantean que una de las dimensiones en torno a las que varía la emoción es la valencia. Ésta se refiere al modo en que la situación afecta los intereses o necesidades vitales del individuo: si los satisface o potencia, se experimenta placenteramente, si los menoscaba o exacerba, genera displacer. Esta dimensión también influye sobre la postura y la conducta, describiéndose algunos indicadores corporales frente a situaciones específicas; por ejemplo, nos acercamos a lo que nos da placer, nos alejamos de lo que no (Laso, 2015a).

Por ende, la dimensión corporal de la emoción, aludiría a la comunicación y exteriorización de las emociones, mediante procesos de comunicación no verbales (Fernández- Abascal, Martín, y Domínguez, 2007; Reeve, 2010).

Derivado de la imposibilidad de no resonar (Laso, 2015a) y de la relación de la resonancia con el trasfondo emocional del sistema consultante, se comprende la emoción como una experiencia multidimensional, que posee al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

También se describe una cuarta dimensión de la emoción, llamada funcional o de afrontamiento. Ésta se refiere a la motivación dirigida a la meta, vale decir, el deseo de comprometerse con respuestas de afrontamiento apropiadas para la situación. Para este proceso, las dimensiones emocionales mencionadas se activarían tras una primera valoración cognitiva, que actúa como filtro, el que por una parte evalúa la situación según las características afectivas y por otra, realiza valoración de la situación en función de su significación (Fernández- Abascal et al., 2007; Reeve, 2010).

Cabe señalar que en Chile, el concepto de resonancia aparece mencionado dentro de investigaciones relacionadas a la PDT. Szmulewicz (2013) describe que la resonancia tiene un rol importante en el desarrollo del terapeuta, debiendo estar atento a ella para poder utilizarla en función de la psicoterapia. Por su parte, Soto (2011) reflexiona con respecto a cómo se favorece el vínculo mediante el uso de las resonancias, manifestando que éstas conectan a las personas, favoreciendo una actitud empática desde el terapeuta hacia las necesidades de los consultantes.

FORMACIÓN EN PDT

Existen estudios que muestran la importancia de abordar aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar la práctica clínica (Mojta et al., 2014). Desde esta perspectiva, se destaca el entrenamiento en la PDT, en base al reconocimiento de la propia subjetividad y su incidencia en la intervención (Alvear et al., 2012; Aponte y Kissil, 2014; García, Abrantes, Berroa y Blanco, 2012).

La ejecución del ejercicio profesional de la psicoterapia, implica la aparición de diferentes puntos de encuentro o desencuentro emocional, los que pueden llegar a transformarse en obstaculizadores importantes de los procesos terapéuticos, perpetuando el problema y reduciendo así las posibilidades de introducir cambio en el sistema (García et al., 2012).

Pese a la relevancia que se le atribuye, tanto a nivel regional (Rey, Martínez, y Guerrero, 2009) como internacional (American Psychological Association [APA], 2015), Rey et al. (2009) señalan que se observa un bajo interés en el área de investigación por la formación del psicólogo, existiendo pocas publicaciones asociadas al tema.

En nuestro país, con respecto a la formación en PDT de psicólogos sistémicos, se aprecia escasa formalización de su incorporación en programas de pregrado, enfatizándose en programas de formación sistémica a nivel de postítulo y de postgrado, donde se incluye la noción de autorreferencialidad en las mallas curriculares, aunque con criterios disímiles al momento de nominarla.

Sumado a lo anterior, el desarrollo conceptual de la persona del terapeuta, tal como plantea Laso (2015b): “nunca pasa de la metáfora y carece de especificidad, por lo que sus guías para la práctica son vagas y poco transferibles más allá de sus contextos originales” (p.6), dejando entrever una necesidad imperante de abordar de una manera más concreta la noción de la PDT para el ejercicio clínico.

Los antecedentes expuestos evidencian que la PDT ha sido abordada en tanto definición, relevancia, e implicancias para el terapeuta, incluyendo sus componentes práctico y teórico (Aponte y Kissil, 2014; Elkaïm, 1989; Elkaïm, 1996; Laso, 2015b; Sprenkle y Blowb, 2007). Sin embargo, existe muy poca evidencia respecto a las interpretaciones de las nociones de PDT y resonancia que realizan psicólogos con formación sistémica, no encontrándose una descripción conceptual detallada de cómo éstas operan en la práctica psicoterapéutica.

Por lo tanto, se torna pertinente favorecer una descripción conceptual que permita observar el modo en que la PDT adquiere forma y uso en psicoterapia, por lo que el presente estudio se planteó la pregunta: ¿Cómo la interpretación del uso de la PDT, que realizan los psicólogos con formación sistémica, permite comprender el proceso de la noción de resonancia?

A modo de responder a esta interrogante, se propone como objetivo general de investigación: Describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica. Como objetivos específicos se pretende: describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia, describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan psicólogos con formación sistémica y, por último, identificar las relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

Así, la relevancia del estudio radica en aportar al desarrollo conceptual del proceso de la noción de resonancia, a partir de los hallazgos empíricos que se logren respecto de la interpretación del uso de la PDT que hacen psicólogos con formación sistémica. Se pretende impactar positivamente en la intervención psicoterapéutica, entendiendo que la PDT es el principal instrumento de interven-

ción en la práctica clínica (Aponte y Kissil, 2014; Elkaim, 1996), buscando ser una contribución para el desarrollo de estrategias que favorezcan la apropiación de las resonancias como un recurso en la práctica clínica.

2. MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó metodología cualitativa, la que favoreció el acceder a la complejidad de la realidad y de los fenómenos en estudio (Bueno, 2014; Flick, 2007).

El nivel de estudio fue descriptivo, por cuanto permitió describir las situaciones y eventos, tal como son concebidos y sentidos por los participantes (Ander-Egg, 1995).

Lo anterior, buscando que el producto de la investigación canalizara el sentir de los participantes, pudiendo lograr una descripción a nivel conceptual de la interpretación del uso de las resonancias que realizan psicólogos con formación sistémica.

PARTICIPANTES

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo teórico, seleccionando los casos según su representatividad, a fin de producir mayor rendimiento teórico y evolucionando durante el proceso, en base a criterios establecidos por los investigadores (Flick, 2007).

Como criterio de inclusión, se consideró que fueran psicólogos(as) con formación de postítulo y/o postgrado en terapia sistémica, cuyos programas hayan incluido formación en persona del terapeuta. El total de participantes contaba -como mínimo- con cinco años de experiencia en el área, y se encontraban ejerciendo como psicoterapeutas en espacios clínicos, en instituciones tanto públicas como privadas. Como criterio de exclusión, se determinó no incorporar en el estudio a terapeutas sistémicos que desarrollaban docencia o investigación relativa a la temática que se investigó.

Fue posible obtener la saturación teórica, con la participación de seis terapeutas, cinco mujeres y un hombre, que tenían entre 5 y 13 años de experiencia profesional. La saturación teórica se obtuvo debido al alto nivel de experiencia en la práctica clínica de los participantes y a la especificidad de los objetivos de la investigación.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se aplicó entrevista semiestructurada, debido a que existían objetivos establecidos en base a la revisión teórica; además, las preguntas se pudieron ir modificando sutilmente durante su transcurso (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013). Los entrevistadores contaron con un guion de temas, que permitieron acceder a las nociones involucradas cuando los participantes experimentan una resonancia.

Previo a su aplicación, la entrevista fue sometida a juicio de expertos, quienes poseían conocimientos en el área de estudio, a fin de sugerir modificaciones relativas a su mejor utilidad.

PROCEDIMIENTO

Se accedió a los participantes mediante un grupo de informantes claves, conformado por docentes del Magíster y Especialización en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de La Frontera y profesionales del área. Los participantes fueron contactados por los investigadores mediante una invitación escrita, que explicaba los objetivos de la investigación, la intención de hacerles partícipes del estudio, y el compromiso de compartir con ellos los resultados de la investigación.

En cuanto a los resguardos éticos de la investigación, los participantes debieron firmar un consentimiento informado, el cual contó con información exhaustiva respecto a su participación, la imposibilidad de riesgo para su persona, confidencialidad de su identidad, su derecho a conocer los resultados, voluntariedad de participar y de discontinuar su participación cuando lo estime.

Finalmente, considerando el criterio de fidelidad, los resultados de la investigación garantizan la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Denzin y Lincoln, 2012). Para lograrla, se requirió de transcripciones textuales de las entrevistas, cuyo proceso se fundamentó en el código de transcripción de Gail Jefferson (Bassi, 2015).

PLAN DE ANÁLISIS

El diseño del estudio se basó en la Teoría Fundamentada (TF), que utiliza el Análisis Constructor de Teoría. Desde ésta fue posible recoger las impresiones, atribuciones y significados de los participantes para desarrollar una teoría basada en el relato de los mismos (Strauss y Corbin, 2002), interrelacionando conceptos sistemáticamente, con la finalidad de constituir una teoría sustantiva (Flick, 2007).

En el procedimiento de interpretación de datos se distinguieron tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La codificación abierta fue el proceso analítico por medio del cual se identificaron los conceptos y se descubrieron en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). Posteriormente, se desarrolló el proceso de categorización, comparándose los datos en relación a sus propiedades, dimensiones y significados, llevando a una clasificación mayor, que se llama categoría y que se refiere al resumen de conceptos (Flick, 2007).

En el proceso de codificación axial, las categorías obtenidas en la codificación abierta se relacionaron con sus subcategorías (Strauss y Corbin, 2002).

Finalmente, en el proceso de codificación selectiva, se integraron las categorías y subcategorías en una unidad conceptual, a través del método comparativo constante (Strauss y Corbin, 2002; Taylor y Bogdan, 2000).

La definición de la etapa final del muestreo teórico y el cese de la realización de entrevistas y observaciones, fue mediante la saturación teórica, ya que los datos comenzaron a tornarse repetitivos (Flick, 2007).

El programa informático utilizado para la codificación y categorización teórica de los datos, correspondió a Atlas.ti 7. Este recurso requirió entender el método y la técnica, desde una ontología que asuma la realidad de manera comprensiva, participativa e intersubjetiva, a fin de evitar la racionalidad instrumental (San Martín, 2014).

En relación a los criterios de confiabilidad del estudio, éste consideró la credibilidad, transferibilidad y dependencia.

Con respecto a la credibilidad, se obtuvieron datos ricos teóricamente, mediante información detallada, densa y completa (Vasilachis de Gialdino, 2006). Así también, se documentaron los datos recogidos, recurriendo a las notas de confirmación, incluyendo citas textuales de los participantes en los resultados.

Otros criterios para garantizar la credibilidad del estudio, fueron la triangulación de los datos por parte de los autores del estudio, y finalmente, su revisión por parte de investigadores pares y ajenos a la investigación.

Este estudio cumplió con los criterios de transferibilidad en la medida que permitió comprender las prácticas de terapeutas sistémicos, que desarrollan su ejercicio en espacios clínicos de atención.

En relación a la dependencia, ésta se garantizó mediante la participación de investigadores externos al área temática y al proyecto, quienes realizaron una revisión teórica, metodológica y formal de éste.

En cuanto a la organización y administración del tiempo que se destinó a cada una de las actividades que se ejecutaron en el proyecto, se realizó una Carta Gantt donde se expuso el tiempo de dedicación previsto para las diferentes actividades.

A través del análisis constructor de teoría, emergieron 39 códigos, 2 categorías y 6 subcategorías desde el proceso de codificación abierta. Esto permitió dar respuesta a los objetivos específicos: describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia y describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan terapeutas sistémicos. A saber:

1. Describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia

1.1 Categoría: Dimensiones emocionales

Esta categoría agrupa la identificación de aspectos positivos y negativos a nivel afectivo, cognitivo y físico, que vivencian los terapeutas, al encontrarse en un contexto de psicoterapia, lo que les permite identificar la vivencia de una resonancia.

Subcategorías:

1.1.1. Aspectos de la dimensión afectiva de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas, en el proceso de psicoterapia, al enfrentarse a vivencias o historias similares a las de los consultantes, identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel afectivo. En los aspectos positivos destacan mayor conexión emocional, mayor fluidez en el proceso y la sensación de satisfacción personal, una vez identificada la resonancia. En tanto, dentro de los aspectos negativos, identifican más afectación por las historias y mayor dificultad para establecer vinculación terapéutica. Las emociones que describen en el contacto con los consultantes son diversas, identificando frustración al no avanzar con los procesos, o bien alegría al obtener logros, señalando algunos, que su modo de acceder a la resonancia es desde su dimensión afectiva.

A continuación, se presentan algunos extractos mencionados por la participante 1:

“Yo creo... tener más éxito con los procesos terapéuticos que me conectan emocionalmente desde mi experiencia y me resuenan más que los que no sé si es tan así... porque sé dónde meter el dedo, sé perfectamente donde es que duele, entonces sé cómo esa persona puede florecer desde esa herida que tiene, porque yo también lo he hecho en mi vida, entonces, creo que es más, me facilita la resonancia, me facilita el proceso de terapia” (Participante 1).

“Me emocioné por la historia del paciente y que creo que eso debe tener que ver conmigo y después reviso qué me pasó con eso, por qué me emocioné en esa sesión. Desde que me cayó mal una paciente... estoy hablando con una mamá ponte tú, y por qué yo me enojo con ella por ejemplo... (Participante 1).

1.1.2 Aspectos de la dimensión cognitiva de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas, en el proceso de psicoterapia, al enfrentarse a vivencias o historias similares a las de los consultantes, identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel cognitivo. Dentro de los aspectos positivos destacan más facilidad para atender desde el bagaje experiencial con el que cuentan y entender lo que está sucediendo a los consultantes. Por otro lado, desde los aspectos negativos puntualizan una sensación cognitiva de baja autoeficacia o bloqueos durante el proceso, por lo que se torna necesario realizar un paralelo o distinción entre su historia o la de los consultantes, siendo preciso diferenciarse para abordar el caso desde la subjetividad de los consultantes y no de la propia. Algunas estrategias cognitivas para identificar la resonancia referidas por los terapeutas son: reconocer que están más orientados hacia el miembro de la familia o hacia la familia con que resuenan, identificar y cuestionarse las emociones y reorientarlas para aportar en el proceso y buscar espacios de reflexión de la resonancia con pares, que permitan darse cuenta de aspectos que no son posibles de identificar por sí solos. Además, algunos terapeutas reconocen que la identificación cognitiva les ha ocurrido posterior a la sesión, por ejemplo, cuestionándose el límite de la relación con el consultante.

“Es como un *insight*, yo siento... porque en el momento que estás como diciendo algo estás pensando también y como hilando al mismo tiempo...” (Participante 6).

“Cognitivo diría yo, sí, sí porque no es como que se me apriete la guata o una cosa física, como que me doy cuenta al irlo revisando, como más racional” (Participante 6).

1.1.3 Aspectos de la dimensión corporal de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas reconocen que al enfrentarse a historias o experiencias similares a las de ellos, presentan posturas y señales corporales y/o psicofisiológicas que algunos reconocen como la primera señal para identificar una resonancia. Entre las señales destacan: que se acelera el corazón, que han caído lágrimas, que han tenido posturas corporales que posteriormente han asociado al involucramiento con el consultante. Como se aprecia en los siguientes relatos:

“Se te muestra como en sensaciones, en algo corpóreo... es como la sensación física... lo primero que me aparece es la sensación corporal, la primera información... me agito por ejemplo... se me puede como acelerar el corazón...” (Participante 2).

“Recuerdo ese evento, porque fue muy intenso también, muy fuerte. Yo recuerdo haber terminado así como casi no quiero atender a nadie más. Me quiero ir a acostar. Cansancio... físicamente, muy fuerte” (participante 4).

“Por ejemplo, en una supervisión, me hicieron ver que yo siempre atendía muy así, muy echada para adelante. Entonces, me quedó muy grabado eso de échate para atrás, te quedaste con la familia. Que es como una metáfora, échate para atrás. En el fondo, haz preguntas, interviene, pero deja que ellos hagan su trabajo, y no te incorpores tanto o si bien estás incorporada dentro del sistema no eres de la familia, no eres parte... entonces también tiene que ver con la postura corporal” (Participante 1).

2. Describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan psicólogos con formación sistémica.

2.1 Categoría: Uso de la resonancia

Esta categoría agrupa el uso de la resonancia en psicoterapia, por parte de terapeutas sistémicos, donde distinguen una similitud o diferencia de historias con los consultantes y beneficios de acuerdo a esto.

Subcategorías:

2.1.1 Similitud de historias y acciones generadas en psicoterapia

Conforme los terapeutas identifican similitud entre sus historias y las de los consultantes, se involucran más, destinan más tiempo a la terapia, tienden a cuidar más al consultante y desarrollar más empatía. No obstante, también identifican que pueden desarrollarse dificultades en el proceso, por lo que intentan diferenciarse mediante la generación de estrategias tales como revisión del propio genograma o realizar un paralelo entre la propia historia y la del consultante. Por otra parte, reconocen que la similitud de historias es una guía para la intervención, al utilizar la propia historia al servicio de la terapia. Tal como señalan los participantes en los siguientes extractos, al consultarles qué les ocurre cuando su historia es similar a la del consultante:

“Puede que pase por alto cosas que se pueden parecer a las mías, entonces me bloqueo en algunos casos, y en algunos casos que no, me permite entender más rápido lo que está pasando...” (Participante 2).

“Ahí yo entonces me pongo más atenta, porque eso me permite abrir camino, o me permite involucrarme mucho...” (Participante 3).

“Yo creo que para hacer el vínculo terapéutico, porque claramente, hicimos un vínculo muy bonito cierto, pero también después tuve que trabajar en ese sentido... Como que a veces, a lo mejor, no podía ver bien lo que estaba pasando con ella y con su contexto fa-

miliar y todo, porque como que yo quería protegerla. Entonces me costaba ver algunas opciones o algunas cosas” (Participante 5).

2.1.2 Diferencia de historias y acciones generadas en psicoterapia

Los terapeutas refieren que si sus historias de vida son diferentes a las de los consultantes presentan mayor dificultad para empatizar con ellos, por lo que generan una serie de acciones particulares, relacionadas con aumentar la curiosidad por la historia del otro. Destacan acciones cognitivas, tales como desarrollar paralelos con la propia historia, estudiar más sobre las temáticas abordadas en sesiones, profundizar transgeneracionalmente, etc. Esto, con el fin de desarrollar empatía, mediante la búsqueda de puntos de contacto emocional y establecer límites entre su historia y la del consultante. Tal como mencionan los participantes al consultarles qué les ocurre cuando su historia es diferente a la de los consultantes:

“O me aburro o como que tiendo a rechazar un poco, a no entender, y ahí digo, ya bueno, tengo que ponerme las pilas un poco más y preguntar cuál es la vivencia del otro, como curiosear...” (Participante 3)

“Si es distinto, me cuesta entender y debo indagar un poco más en la historia y su historia de vida y cómo ha vivido este proceso” (Participante 5)

“Cuando me diferencio para mí es más difícil, creo que me cuesta menos el otro movimiento, porque claro, como es muy diferente me cuesta empatizar más, entonces lo que hago yo, en eso mismo, ser más curiosa, entonces empiezo a preguntar así como niño ¿no?, ¿Pero eso qué te hizo sentir?, ¿Cómo fue?” (Participante 3)

2.1.3 Beneficios del uso de la resonancia.

Conforme se identifica la resonancia, entendida como un insumo de información para el terapeuta y el consultante, ésta se convierte en un recurso para la terapia, facilitando la generación de acciones, tales como desarrollo empático, autodevelación emocional, reflejo de sensaciones corporales, estrategias de intervención, orientación del proceso y respeto por el mundo de significados del otro, las que favorecen el proceso terapéutico. Como refirieron los participantes en los siguientes extractos:

“Te permite ser como más respetuoso también de las vivencias de ellos, tratar como de focalizarte en ellos, lo que a ellos les pasa y tratar de separarlo... de las creencias que uno puede tener en el fondo... en el fondo son creencias que yo traigo pero no tiene por qué ser así con ellos...” (Participante 6)

“Para mí entonces es como un insumo de información... si a ti te pasan cosas en una sesión, tú estás como en el deber de movilizar eso, eso no es tan tuyo, sino también es como de la otra persona...” (Participante 2)

“Si me siento... incómoda con un matrimonio que está peleando por no sé, equis cosa que hizo el hijo que está en la casa... hijo que conozco, que son mis pacientes, entonces les digo... ¿saben qué?, me siento incómoda en esta discusión, ¿cómo será ser hijo de ustedes? Porque me imagino que siempre pelean... porque el hijo ha estado en esta discusión varias veces y como que eso sirve mucho, de ponerme a mí como instrumento de resonancia... (Participante 1).

En tanto, si no existe conciencia de la resonancia, ésta se puede convertir en un obstaculizador del proceso psicoterapéutico. Tal como menciona la participante 3:

“Nos puede ayudar a abrir caminos o de repente los puede cerrar, porque en ocasiones uno se queda con tanto dolor, a lo mejor dolores que uno guarda y se queda pegado por ejemplo en una vivencia, no sé, en una familia, una vivencia de la hija por ejemplo, y no alcanza a ver la vivencia del padre” (Participante 3)

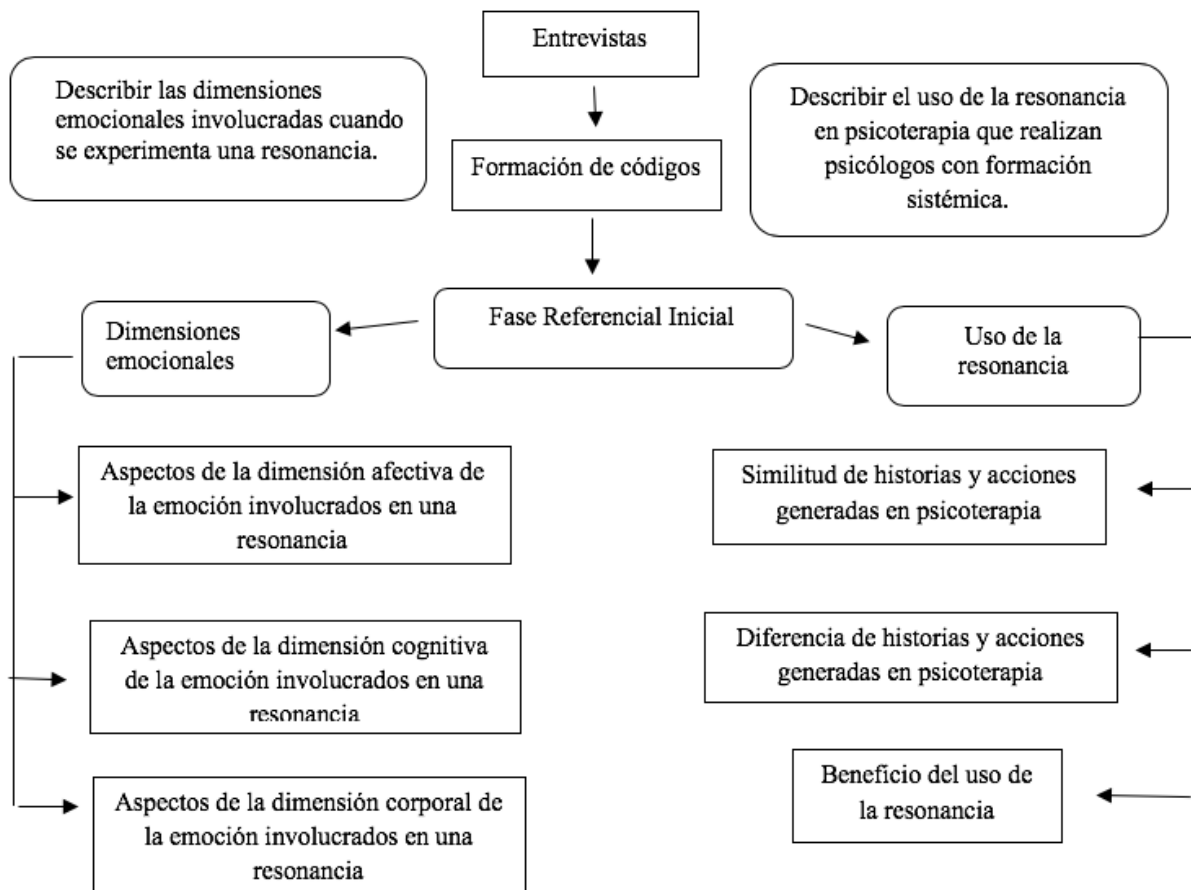


Tabla 1: Codificación Abierta

A partir de la relación entre las categorías y subcategorías obtenidas en la codificación abierta, correspondiente al proceso de codificación axial, fue posible responder al tercer objetivo específico. Éste consiste en identificar relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

A partir del relato de las experiencias de los terapeutas entrevistados, en primera instancia, en la vivencia de una resonancia dentro de un sistema terapéutico específico, existe una “historia invisible”, que alude al contenido experiencial implícito del terapeuta, del consultante y de la relación entre estos. Es decir, son las historias de vida de los miembros del sistema que se entrelazan influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos que se activan en el terapeuta, de las que no necesariamente éste es consciente inmediatamente. Asociado a que esta historia es “invisible”, la resonancia tiene una primera forma de manifestarse a través de reacciones fisiológicas, señales y/o posturas corporales. Esta corresponde a la denominada *Fase Referencial Inicial*.

Lo anterior da paso a una segunda fase, denominada *Afectiva*, que es vivenciada como malestar o bienestar emocional en el terapeuta. El bienestar se expresa como mayor conexión emocional, fluidez en el proceso y la sensación de satisfacción personal. El malestar, como identificación de más afectación por las historias y mayor dificultad para establecer vinculación terapéutica.

Posterior a esto, se teorizan dos direcciones relacionadas a la resonancia, una donde los terapeutas no cuestionan/interpretan lo experimentado, pudiendo desarrollar intervenciones menos exitosas, o inclusive iatrogénicas. Y otra, donde los terapeutas desarrollan un cuestionamiento/interpretativo de la vivencia, que les permite reflexionar sobre lo que les está sucediendo y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico, develando la “historia invisible”. Se llega así, a la *Fase Reflexiva-Interpretativa*, que corresponde a una etapa de comprensión, tanto de la situación personal, como del otro(s) y de la relación entre ambos, que permitirá identificar similitudes

y/o diferencias entre las historias de los consultantes y del propio terapeuta, favoreciendo acciones distintas según dicha comparación/compreensiva.

Consecutivamente, en la *Fase de Acción Terapéutica*, el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión hecha previamente en cuanto a la similitud y diferencia con los consultantes. En el caso de la similitud, dichas acciones se manifiestan en propiciar más tiempo para el paciente y/u otorgar más atención e involucramiento emocional. En el caso de la diferencia, las acciones se refieren a motivación por indagar más en la historia del consultante, búsqueda de métodos para favorecer la empatía y/o mayor facilidad para diferenciarse.

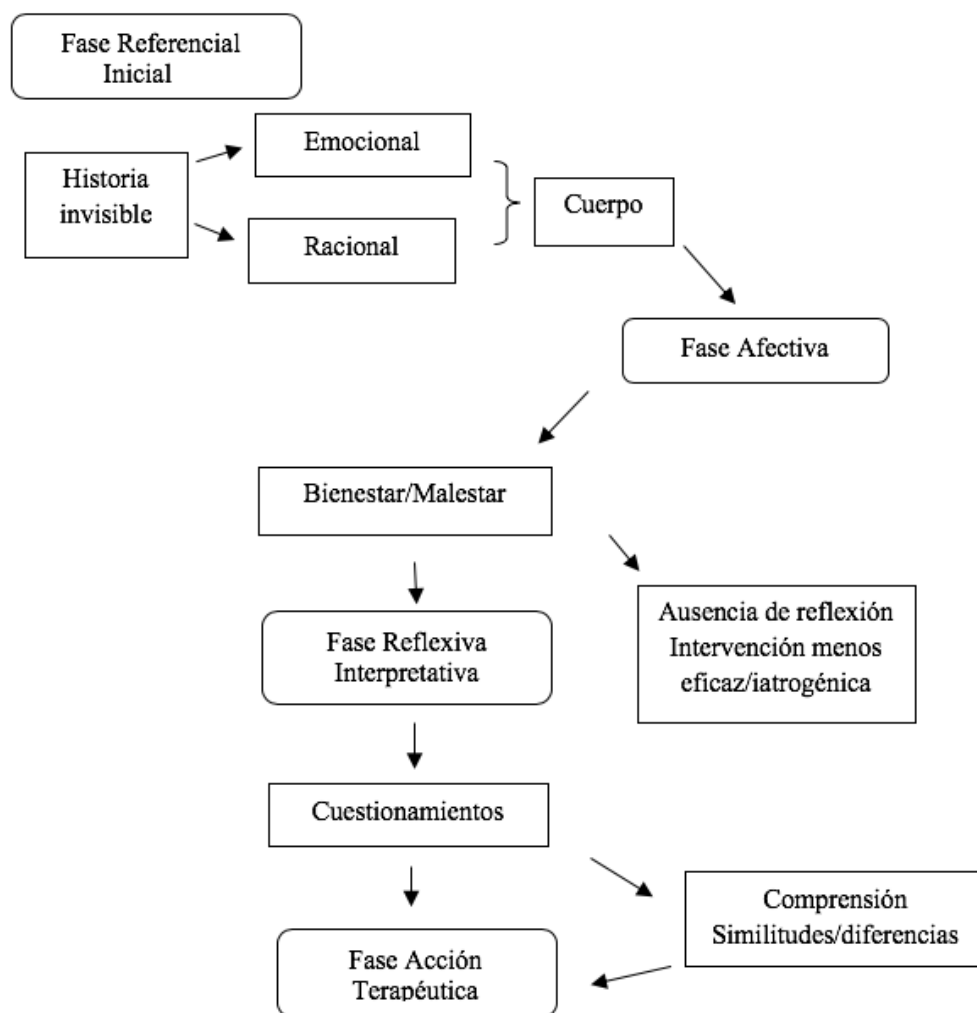


Tabla 2: Codificación Axial

En el proceso de codificación selectiva, el conjunto de categorías y subcategorías convergieron en una unidad conceptual, que a su vez integra la realidad expresada por todos los participantes. Ésta permitió dar respuesta al objetivo general de la investigación, consistente en describir el desarrollo conceptual de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica.

Es así como la categoría central que surge de este análisis corresponde a: “Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención”. Esto implica que existe una secuencia de relaciones entre la historia invisible y la acción terapéutica, conforme los terapeutas se cuestionan y comprenden la historia que surge en el contexto terapéutico. Dicha historia invisible alude al contenido experiencial implícito del terapeuta, del consultante y de la relación entre estos, que se manifiesta influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos que se activan en el terapeuta, del que no necesariamente es consciente en el momento inmediato. Esto se relaciona con

una dimensión afectiva que es vivenciada como malestar o bienestar emocional, que luego da paso a teorizar en dos direcciones relacionadas a la resonancia, una donde los terapeutas no se dan cuenta de lo experimentado, pudiendo desarrollar intervenciones menos eficaces o iatrogénicas. Y otra, donde los terapeutas desarrollan un cuestionamiento interpretativo de la vivencia, que les permite reflexionar sobre lo que les está sucediendo y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico. Así, surge una fase donde el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión hecha previamente en cuanto a la similitud y diferencia con los consultantes.

4. DISCUSIÓN

En cuanto al primer objetivo específico de la investigación, consistente en describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia, éste fue respondido mediante la categoría “Dimensiones emocionales”, la cual agrupa la identificación de aspectos positivos y negativos a nivel afectivo, cognitivo y físico, que vivencian los terapeutas al encontrarse en un contexto de psicoterapia, lo que les permite identificar la vivencia de una resonancia. Lo anterior se relaciona, en parte, con lo planteado por Laso (2015a), quien señala que derivado de la imposibilidad de no resonar y de la relación de la resonancia con el trasfondo emocional del sistema consultante, la emoción es una experiencia multidimensional, que posee al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

En base a lo referido por los terapeutas respecto de la categoría “Dimensiones emocionales”, surge la subcategoría “Aspectos de la dimensión afectiva de la emoción involucrados en una resonancia”, la cual reflejaría que los terapeutas al enfrentarse a una resonancia, identifican aspectos a nivel afectivo. Al respecto, Laso (2015a) destaca la existencia de un componente afectivo constante en la interacción humana, por lo que al ser humano le es imposible no resonar con los demás.

La subcategoría “Aspectos de la dimensión cognitiva de la emoción involucrados en una resonancia”, reflejaría que los terapeutas identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel cognitivo, ante la presencia de una resonancia. Esto se relaciona con lo planteado por Laso (2015a), quien destaca la existencia de una relación entre el componente cognitivo y afectivo, refiriendo que el mensaje se comprende conforme se presenta el estado emocional de los actores. A su vez, Fernández- Abascal et al. (2007) y Reeve (2010) definen a la dimensión cognitiva de la emoción, como la posibilidad de evaluar la situación según las características afectivas, valorando la situación.

Con respecto a la subcategoría “Aspectos de la dimensión corporal de la emoción involucrados en una resonancia”, ésta evidencia la identificación de la resonancia por parte de los terapeutas, mediante posturas y señales corporales y/o psicofisiológicas. En relación a esto, Fernández- Abascal et al. (2007) y Reeve (2010) definen la dimensión corporal de la emoción como la comunicación y exteriorización de las emociones, mediante procesos de comunicación no verbales. Por su parte, Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) plantean que las emociones varían en torno a dimensiones que influyen sobre la postura y la conducta, mediante indicadores corporales, ejemplificando que nos acercamos a lo que nos da placer o nos alejamos de lo que no (Mauss y Robinson, 2009, citado en Laso, 2015a).

Con respecto al objetivo específico consistente en describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan terapeutas sistémicos, éste se responde mediante la categoría: “Uso de la resonancia”, la que agrupa el uso de la resonancia en psicoterapia por parte de terapeutas sistémicos, quienes distinguen similitud o diferencia de historias con los consultantes, así como los beneficios del uso de la resonancia.

En relación a lo anterior, Elkaim plantea en 1996, que la PDT es el principal instrumento de intervención en la práctica clínica, ya que ahí se propician sentimientos que son característicos de la relación y que no aparecen en otras circunstancias.

En base a lo referido por los terapeutas, surge la subcategoría “Similitud de historias y acciones generadas en psicoterapia”, consistente en que conforme los terapeutas identifican similitud

entre sus historias y las de los consultantes, generan acciones específicas que pueden tanto favorecer como obstaculizar el proceso de psicoterapia. Con respecto a la similitud, Elkaïm (1989) define la resonancia como los puntos de encuentro entre el marco de referencia del consultante y del terapeuta. En tanto, la resonancia es un favorecedor para el proceso terapéutico, toda vez que resulta ser una estrategia para introducir información nueva al sistema, lo que permitiría estimular un cambio en su funcionamiento (Szmulewicz, 2013). A su vez, da cuenta de un trabajo que realiza el terapeuta consigo mismo (Elkaïm, 1989, 2010; Laso, 2015b). En cambio, en relación a la resonancia como obstaculizador, García et al. (2012), alude a la posibilidad de que la resonancia perpetúe el problema y reduzca las posibilidades de introducir cambio en el sistema.

Con respecto a la subcategoría “Diferencia de historias y acciones generadas en psicoterapia”, los terapeutas refieren que si sus historias de vida son diferentes a las de los consultantes presentan mayor dificultad para empatizar con ellos. Ante ello, con el fin de desarrollar empatía, generan una serie de acciones particulares mediante la búsqueda de puntos de contacto emocional y establecimiento de límites entre su historia y la del consultante. Lo anterior, se puede relacionar con lo que plantea Laso (2015b), relativo a la imposibilidad de no resonar, toda vez que el terapeuta a pesar de que percibe la historia del consultante como diferente a la propia, busca los puntos de encuentro con la finalidad de favorecer el desarrollo de un puente singular que lo una con el sistema consultante, como es descrito por Elkaïm (2010). Es importante mencionar, que a pesar de la relevancia de teorizar los temas personales del terapeuta, no se visualiza, o bien no se explicita esta temática en particular en publicaciones asociadas al tema.

Desde la subcategoría “Beneficios del uso de la resonancia”, se desprende la idea de que al identificarla, ésta se convierte en un recurso que favorece el proceso terapéutico. Al respecto, existen estudios que muestran la importancia de abordar aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar la práctica clínica (Mojta et al., 2014). En esta línea, Szmulewicz (2013) describe que las resonancias tienen un rol importante en el desarrollo del terapeuta, debiendo estar atento a ellas para poder utilizarlas en función de la psicoterapia. Por su parte, Soto (2011) y García et al. (2012) reflexionan con respecto a cómo se favorece el vínculo mediante el uso de las resonancias, tornándose fundamental contar con la capacidad de poder transformar lo que emerge en sesión, en recurso, desde la autorreferencialidad del terapeuta, colocándolo al servicio de la terapia.

En esta misma subcategoría se aborda la idea de que al no existir conciencia de la resonancia, ésta se puede convertir en un obstaculizador de la terapia. Al respecto, Zajonc (1980) menciona que nuestro mundo es afectivo e interactivo de manera permanente, y que nuestra percepción consciente nos aproxima sólo a una parte de las emociones vividas. Por lo anterior, se reconoce la importancia de que el terapeuta profundice en el autoconocimiento, con el fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico, buscando transformar en recurso para el trabajo clínico aquello que lo caracteriza (Szmulewicz, 2013). Así también, se valora como necesario considerar la propia subjetividad y su incidencia en la intervención como elementos importantes en la formación de terapeutas sistémicos (Alvear et al., 2012).

A partir de la relación entre las categorías y subcategorías descritas, fue posible responder al tercer objetivo específico, relativo a identificar relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

En primera instancia, se reconoce una fase denominada Referencial Inicial, donde adquiere relevancia la existencia de un componente “experiencial invisible” propio del terapeuta y del consultante(s), aquello que cada uno posee como repertorio experiencial, y que se entrelaza en la psicoterapia. Como plantea el constructivismo, el foco de comprensión de los significados es activamente construido por el individuo, es decir, el ser humano crea y construye su realidad. Plantea que el observador está conectado recursivamente con el sistema observado, y sus prejuicios y teorías entran en sus descripciones y explicaciones (Díaz, 2007). En esta primera fase, las historias de vida de los miembros del sistema se entrelazan influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos de la emoción que se movilizan en el terapeuta, de las que no necesariamente éste es consciente. Re-

lacionado con este hallazgo, las emociones varían en torno a dimensiones que influyen en la postura y la conducta, mediante indicadores corporales (Russel y Mehrabian, 1977, citado en Laso, 2015a). Por lo tanto, se puede apreciar la existencia de una relación entre la historia invisible y señales corporales que no necesariamente son conscientes a nivel de reflexión.

En tanto, en la denominada Fase Afectiva, destaca la vivencia de malestar o bienestar emocional en el terapeuta. Esto se comprende desde la dimensión emocional planteada por Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) denominada valencia, que refiere al modo en que la situación afecta los intereses o necesidades vitales del individuo: si los satisface se experimenta placenteramente, en tanto, si los menoscaba genera displacer. Resumiendo, nos acercamos a lo que nos da placer y nos alejamos de lo que no.

Posterior a esto, existe la posibilidad de cuestionar o no lo experimentado. En el caso de no desarrollar reflexión, es posible llevar a cabo intervenciones menos exitosas, o inclusive iatrogénicas. Es así, como se ha estudiado el componente personal del terapeuta y su implicancia positiva en el proceso terapéutico (Mojta et al., 2014), reconociéndose la importancia de que éste se preocupe por el componente personal que lo caracteriza y profundice en el autoconocimiento, a fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico (Szmulewicz, 2013). En tanto, si los terapeutas desarrollan un cuestionamiento/interpretativo de la vivencia, les es posible reflexionar sobre lo que sucede en la relación y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico. Por ende, se propicia la identificación de similitudes y/o diferencias entre las historias de los consultantes y del propio terapeuta, favoreciendo acciones distintas según dicha comparación/compreensiva. En esta línea, Bertrando y Arcelloni (2014) refieren que el tomar consciencia de las emociones, permite usar dicha información a modo de contribuir a los objetivos terapéuticos. En el lenguaje de Szmulewicz (2013), se facilita un proceso dialógico con el consultante en la co-construcción de nuevos significados, y donde el uso de las resonancias favorece una actitud empática desde el terapeuta hacia las necesidades de los consultantes (Soto, 2011).

Finalmente, el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión de similitud y diferencia con los consultantes. Esto se relaciona con el planteamiento de que existe una dimensión emocional llamada funcional o de afrontamiento, la que refiere a la motivación dirigida a una meta, vale decir, el deseo de comprometerse con respuestas de afrontamiento apropiadas para la situación (Fernández- Abascal et al., 2007; Reeve, 2010). Con respecto a acciones en psicoterapia, Bertrando y Arcelloni (2014) apuntan a la acción de generar hipótesis, en tanto exista consciencia de la resonancia; Mojta et al (2014) refieren que la práctica clínica puede mejorar, en tanto se aborden los aspectos personales del terapeuta; y Carvajal (2012), Elkaïm (1989, 2010) y Laso (2015b) destacan la acción terapéutica relacionada con la supervisión de casos. Es así como se ha reconocido que es posible introducir información nueva al sistema, favoreciendo cambios en el funcionamiento, en tanto se haga uso de la resonancia (Szmulewicz, 2013). En conclusión, el terapeuta puede revisar lo que experimenta para utilizarlo como una habilidad progresiva para la psicoterapia, lo que favorecería el desarrollo de un puente único, que une al sistema consultante (Elkaïm, 2010; Polanco, Vergara y Santibáñez, 2019).

Con respecto a la categoría central de este estudio, denominada: “Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención”, esta responde al objetivo general de la investigación, referente a describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan terapeutas sistémicos. En este sentido, es posible advertir que la resonancia se configura como uno de los principales instrumentos con los que cuenta el psicoterapeuta, puesto que está a la base de la nueva construcción de significados que surgirá en el proceso terapéutico, y que de no reflexionar respecto de ella, se torna complejo proponer intervenciones que cobren sentido en la relación terapeuta-consultante. En esta línea, Díaz (2007) señala que el conocimiento humano no resulta de una representación mental individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo y otros, en un contexto. Es así como la terapia puede comprenderse como una construcción donde la integralidad de todos sus participantes, se conecta recursivamente a través de la autorreflexión. Por ende, la subjetividad del terapeuta tiene una incidencia en cuanto

a lo que se aborda en las sesiones terapéuticas (Carrasco y Díaz, 2011).

A su vez, destaca en este hallazgo, que la resonancia alude a un proceso, que implica inherentemente las dimensiones emocionales del terapeuta: lo corporal, lo afectivo, lo reflexivo y lo motivacional, que se relacionan al momento de buscar comprensiones para la implicación del terapeuta, al resonar. A esto, Laso (2015a) le llama la imposibilidad de permanecer impasibles ante la presencia de otro, agregando que, “dada una situación de copresencia, al ser humano le es imposible no telegrafiar sus estados anímicos y no resonar con los de los demás” (Laso, 2015a, p.147).

En conclusión, la relevancia de esta investigación es proveer de conocimientos en un área que se encuentra menos profundizada tanto en nuestro país, como internacionalmente. Se aporta con la construcción conceptual del proceso de la noción de resonancia, a partir de hallazgos empíricos, considerando las relaciones entre las dimensiones emocionales cuando ésta se experimenta y el uso que se le asigna. Así, se torna más accesible la noción de resonancia, descrita generalmente como un concepto vago y difuso, aumentando y favoreciendo su conocimiento teórico, los procesos de formación de psicólogos y proveyendo aportes para la práctica clínica.

Un hallazgo importante alude a la relevancia que adquiere la integralidad del terapeuta, a fin de reconocer las implicancias de su individualidad en el desarrollo de los procesos de psicoterapia. Es decir, la conexión con su cuerpo como un punto de referencia para identificar aquella implicancia, el contacto con las sensaciones de bienestar o de malestar y la reflexión sobre aquello, resultan ser insumo para el avance de la terapia. Lo anterior, reafirma la noción de que la PDT es la vía de acceso para acceder a la resonancia.

Otro hallazgo de relevancia en el estudio, se refiere al reconocimiento de que existe una historia invisible. Ante la imposibilidad de conocerlo todo, el terapeuta se enfrenta al contenido experiencial implícito que tanto él como el consultante tienen, y cobra sentido tener conciencia de aquello, toda vez que la búsqueda por ampliar su reconocimiento, facilitará el autoconocimiento, el conocimiento del otro y de la relación construida.

En relación a lo expresado, se considera que el estudio es un aporte, en tanto permite surtir de orientaciones para la formación en el área, a nivel de pregrado como de postgrado, que apuntan a promover la integración entre el desarrollo del área académica y de la formación personal, reconociendo necesario reducir la disociación entre lo racional-emotivo de los futuros psicólogos o terapeutas sistémicos. A su vez, el desarrollo de este entrenamiento, desde el principio de la formación, favorecería una conciencia temprana de la “historia invisible” y puede promover “una búsqueda activa” por conocerla, tal como señalan los participantes de este estudio ante el enfrentamiento a distintas situaciones, que emergen en los procesos de psicoterapia.

Dentro de las limitaciones de la investigación, cabe mencionar que no se realizaron distinciones de género, lo que además no fue posible, asociado a la participación masculina minoritaria en el estudio, pudiendo existir sesgo de género.

A raíz de lo revisado durante el desarrollo de este estudio, se podrían plantear como posibles líneas de investigación la implicancia de las supervisiones en el descubrimiento de la “historia invisible”, o bien el efecto que los contextos laborales tienen sobre aquel descubrimiento. Es decir, se sugiere la realización de estudios que indaguen en el desarrollo de estrategias que favorezcan la conciencia de la historia invisible, reconociendo la apropiación de la resonancia como un recurso, con el fin de mejorar las prácticas clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvear, M., Jerez, R., y Lucero, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo*, 17(2), 183-193.
- American Psychological Association (2015). *Clinical Psychology Solves Complex Human Problems*. Recuperado de <http://www.apa.org/action/science/clinical/index.aspx>

- Ander- Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (24° edición). Buenos Aires: Lumen.
- Aponte, H. J., y Kissil, K. (2014). "If I Can Grapple With This I Can Truly Be Of Use In The Therapy Room": Using The Therapist's Own Emotional Struggles To Facilitate Effective Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 152–164.
- Aponte, H., y Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista Sistemas Familiares*, 3(4), 7-24.
- Bassi, J. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: Adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39-62.
- Bertrando, P., y Arcelloni, T. (2014). Emotions in the Practice of Systemic Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 123–135.
- Bueno, R. (2014). Una nota sobre complejidad y paradigma cualitativo. *Revista de Psicología* [en línea] recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68632617015> > ISSN 1729-4827
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75–95.
- Carrasco, E., y Díaz, M. (2011). Taller de la persona del terapeuta: Supervisión grupal Instituto Chileno de Terapia Familiar. *Revista De Familias y Terapias*, 20(31), 97-105.
- Carvajal, C. (2012). *Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/117054>
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*. Recuperado de <http://www.cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1996). De la autorreferencia a los ensamblajes. *Sistémica: Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos*, 1, 15–29.
- Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 2(45), 171–172.
- Fernández- Abascal, E., Martín, M., y Domínguez, J. (2007). *Procesos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Sage.
- García, M., Abrantes, K., Berroa, I., y Blanco, G. (2012). Uso de la primera ronda del método Delphi para delimitar competencias autorreflexivas del psicólogo. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(3), 397-410.
- Laso, E. (2015 a). Cinco axiomas de la emoción humana: Una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 26(100), 143-158.
- Laso, E. (2015 b). Terapia familiar en clave emocional: Breve revisión teórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631–662.
- Mojta, C., Falconier, M., y Huebner, A. (2014). Fostering Self-awareness In Novice Therapists Using Internal Family Systems Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 42(1), 67-78. doi: 10.1080/01926187.2013.772870
- Polanco, K., Vergara, C., y Santibáñez, P. (2019). La práctica y la vida hacen al terapeuta: comprendiendo y reconociendo resonancias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(3), 234-243. doi: 10.24205/03276716.2019.1097
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. (5° edición). México: Mc Graw-Hill.
- Rey, C., Martínez, J., y Guerrero, S. (2009). Tendencias de los artículos en psicología clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 27(1), 61-71.

- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Irribarra, D., y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>
- Soto, P. (2011). El terapeuta sistémico frente a la catástrofe: reflexiones a partir de la experiencia. *Revista De Familias y Terapias*, 20(31), 97-105.
- Sprenkle, D. H., y Blowb, J. (2007). The Role of the Therapist as the Bridge Between Common Factors and Therapeutic Change: More Complex Than Congruency With A Worldview. *Journal of Family Therapy*, 29(2), 109-113.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Szmulewicz, T. (2015). Terapia de pareja: un espacio intersubjetivo con arreglo triangular. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 101 – 110.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos* (3a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Zajonc, R. (1980). Feeling and Thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

