



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



María Cecilia Dedios

## **“Experiencia emocional de un grupo de psicólogos en el trabajo con personas psicóticas”**

Para poder acceder al mundo interno de las personas y trabajar con ellas, el psicólogo necesita crear un vínculo cercano con cada uno de sus pacientes. Esta cercanía psicológica generará reacciones emocionales que en este estudio son entendidas como la experiencia emocional del psicólogo en el trabajo con el paciente.

Así, siguiendo a Ángeles (2003) se define la experiencia emocional como el campo subjetivo de la emoción, por lo cual se trata de la vivencia de la emoción que sólo puede ser narrada por quien la ha vivido. El concepto abarca los resultados conductuales, cognitivos o afectivos producto de la emoción. Además, la experiencia emocional no puede ser desligada de la percepción del objeto a partir del cual se realiza el proceso de emoción y con el cual el sujeto está interactuando. Finalmente asumimos que la experiencia emocional está influenciada por características sociales y culturales asociadas al objeto, a partir del cual surge la emoción.

La experiencia emocional se ve influida por múltiples factores entre los que destacan las características y tipo de problemática que presenta el paciente, las percepciones e interpretaciones a través de las cuales se concibe al paciente, así como el contexto en el que se da el encuentro paciente – psicólogo. En el caso específico de las personas que sufren de psicosis, estas se caracterizan por haber perdido el criterio de realidad (Huneus, 2001; Mannoni, 1980) y por tener intensas vivencias marcadas por miedo, confusión, extrañeza, sufrimiento y soledad (Hamann, 2004; Kalikztein, 2000). La capacidad empática del profesional y su disposición a comprometer su sensibilidad en el trabajo, marcará un modo determinado de contacto con el paciente, el cual generará vivencias distintas de parte del psicólogo. Adicionalmente, el trabajo psicológico en una institución de salud mental estatal se da en medio de un contexto en donde la mayoría de pacientes sufre graves carencias económicas. Por tanto, la vivencia emocional de los psicólogos estará marcada por la pobreza de sus pacientes, la cual impone demandas

centradas predominantemente en las urgencias prácticas (Alarcón, 1986) y supone serias limitaciones al trabajo psicológico.

Es desde esta perspectiva que la presente investigación busca describir la experiencia emocional de los psicólogos y las particularidades de la misma en el trabajo con pacientes psicóticos en un contexto institucional.

Para esto se utilizó una aproximación cualitativa y se realizó una entrevista en profundidad de tipo semiestructurada a once psicólogos que trabajan de manera cotidiana con pacientes psicóticos en un instituto de salud mental de Lima.

Al narrar su experiencia emocional, los psicólogos dan cuenta de una compleja vivencia que está conformada por múltiples reacciones emocionales en interacción con diversas percepciones e interpretaciones de los psicólogos con respecto a la psicosis y al paciente psicótico.

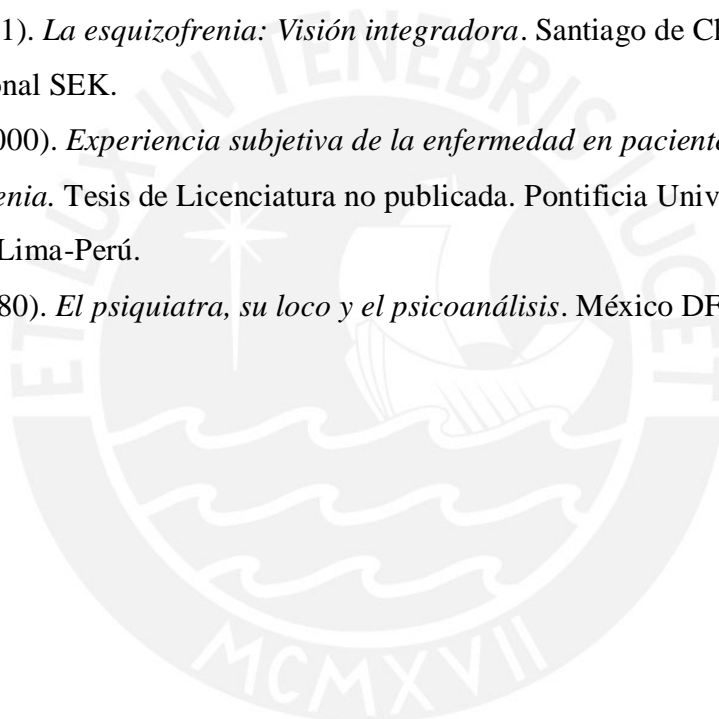
Dada la complejidad e intensidad de la experiencia emocional, la salud mental de los psicólogos se convierte en un elemento fundamental pues esta determina la capacidad de los psicólogos para integrar y elaborar los aspectos positivos y negativos de la experiencia. Es también gracias a su salud mental que los psicólogos pueden obtener una fuente aprendizaje y crecimiento personal a partir de su trabajo con las personas psicóticas.

Sin embargo, la tarea de elaboración, significación y transformación necesita tiempo para ser realizada, es por eso que sostenemos que el tiempo de experiencia profesional juega un rol fundamental en la experiencia emocional de los psicólogos.

Finalmente, encontramos que la pobreza es un factor que atraviesa y modifica la experiencia emocional de los psicólogos más allá de la enfermedad mental y constituye uno de los mayores obstáculos en el trabajo psicológico. Por consiguiente, el impacto de la pobreza de los pacientes en la experiencia emocional de los psicólogos debe ser tomado en cuenta como un factor influyente, especialmente en el contexto de la institución pública de salud mental que fue el contexto en el que fue realizada la investigación.

## Referencias

- Alarcón, R. (1986). *Psicología, pobreza y subdesarrollo*. Lima: Editorial Educativa.
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con cáncer terminal en un grupo de psicólogos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Hamann, G. (2004). *Religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Huneus, T. (2001). *La esquizofrenia: Visión integradora*. Santiago de Chile: Universidad internacional SEK.
- Kalikztein, B. (2000). *Experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Mannoni, M. (1980). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México DF: Siglo XXI





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

“Experiencia emocional de un grupo de psicólogos en el trabajo con personas  
psicóticas”

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica  
que presenta la  
Bachiller:

María Cecilia Dedios Sanguineti

(Magaly Nóblega)

Lima, marzo de 2010

## AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Magaly Nóbrega, por guiarme en el proceso de aprender a investigar y compartir mi esfuerzo por llevar a cabo este trabajo.

A Lupe Jara y Pierina Traverso, por su ayuda, buena disposición e importantes contribuciones a este estudio.

A mis padres Lucila y José Manuel, por enseñarme a lo largo de todos estos años el significado del esfuerzo y la persistencia para lograr las metas personales.

A Andrés, por las múltiples BCIs y horas compartidas a lo largo de estos meses de trabajo. Y por acompañarme en el descubrimiento de mi gusto por la investigación.

A Camila, por toda su ayuda y por haber estado siempre cerca a lo largo de estos años “de convertirnos en psicólogas”.

A todos los participantes de esta investigación, por compartir conmigo sus vivencias y experiencias personales. Y por haberme mostrado de cerca la esencia de nuestra profesión.

## Resumen

### Experiencia emocional de un grupo de psicólogos en el trabajo con personas psicóticas

La experiencia de tratar psicológicamente a una persona que sufre de psicosis demanda diversas fortalezas y destrezas de parte de los psicólogos que trabajan con ellas. Pese a la complejidad y la demanda emocional que supone este tipo de intervención, la investigación de la vivencia de los psicólogos con respecto a esta es escasa. El presente estudio busca describir la experiencia emocional de un grupo de psicólogos que trabajan de manera cotidiana con pacientes psicóticos en un instituto de salud mental de Lima. Para esto se realizaron entrevistas a once psicólogos, utilizando una aproximación cualitativa. Los resultados muestran que los psicólogos suelen sentir frustración e impotencia, cólera, rechazo, pena, miedo, ansiedad así como también esperanza, satisfacción y alegría como producto de su trabajo con personas psicóticas. La experiencia emocional de los profesionales debe ser monitoreada e instrumentalizada para cuidar la salud mental de los cuidadores y optimizar la intervención psicológica con pacientes psicóticos.

Palabras clave: experiencia emocional, psicosis, investigación cualitativa, psicólogos, contratransferencia.

## Abstract

### Emotional experience of a group of psychologists in their work with psychotic patients

Psychological work with psychotic patients is very challenging and demands special efforts and strengths from psychologists. However, little is known about the inner experience derived from such clinical work. The study aims to describe the emotional experience of a group of psychologists working with psychotic patients at a national mental health institute in Lima-Peru. Eleven psychologists were interviewed using a qualitative approach to describe the emotional experience derived from their regular work with psychotic persons. Results show that psychologists feel frustration, anger, rejection to the patient, sadness, fear, anxiety as well as hope, satisfaction and happiness derived from their clinical work. Emotional experience should be monitored and used to both protect professionals' mental health and to optimize the psychological work with psychotic patients.

Keywords: emotional experience, psychosis, qualitative research, psychologist, countertransference.



## Tabla de contenidos

|   |    |
|---|----|
| Introducción  | i  |
| Capítulo I. La experiencia emocional en el trabajo psicológico con personas psicóticas en el ámbito institucional |    |
| La experiencia emocional en el trabajo psicológico  | 1  |
| La experiencia emocional con pacientes psicóticos   | 6  |
| El paciente psicótico   | 6  |
| El psicólogo y el paciente psicótico  | 8  |
| Intervención con pacientes psicóticos en el ámbito institucional  | 12 |
| Planteamiento del problema  | 14 |
| Objetivos   | 16 |
| Capítulo II. Metodología  | 17 |
| Participantes   | 17 |
| Técnica de recolección de la información  | 18 |
| Instrumentos  | 19 |
| Criterios de calidad de la investigación  | 20 |
| Procedimiento   | 21 |
| Capítulo III. Resultados  | 23 |
| Capítulo IV. Discusión final  | 42 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  | 52 |
| ANEXOS  |    |
| Anexo A    Ficha demográfica  | 58 |
| Anexo B    Guía de entrevista   | 59 |



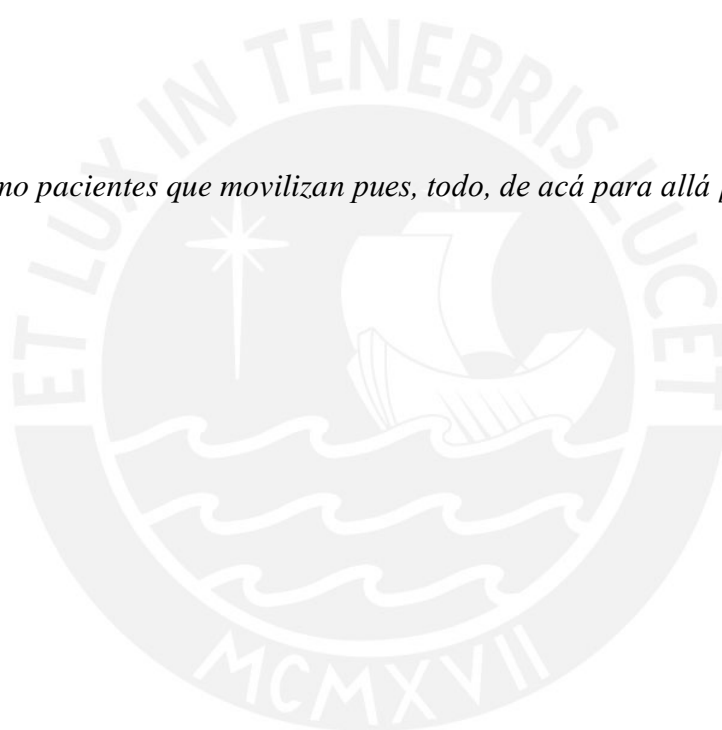


*“Cuando yo veo que la persona está desconectada, no permite tener ese vínculo al que yo estoy acostumbrado [silencio] yo lo entiendo como psicólogo, pero es difícil como persona porque no estoy acostumbrado a eso, porque es locura pues”.*

*Participante n° 2*

*“son como pacientes que movilizan pues, todo, de acá para allá [...] pena, tristeza, felicidad, todo”.*

*Participante n° 3*



## Introducción

Todo encuentro con otra persona abre la posibilidad de un crecimiento. El psicólogo clínico realiza su trabajo a partir del encuentro con un otro, valiéndose del vínculo que se crea entre él y esta otra persona para entenderla no solo a nivel racional sino comprenderla en todas sus dimensiones; como un todo. Así, los psicólogos necesitan usar su capacidad empática, o capacidad de sentir la experiencia ajena como propia, para poder acceder al mundo de cada paciente. En este proceso de comprensión, se hace necesaria una intimidad psicológica que es creada tanto por el psicólogo como por el paciente y que trae consigo un impacto emocional en ambos. Cada psicólogo vivirá este impacto emocional de manera única y diferente. Las diferencias responden a factores como la personalidad, modos de relacionarse o el modo de ser de pacientes y psicólogos. El resultado de este encuentro será la aparición, en los profesionales, de diversos sentimientos, emociones, sensaciones e interpretaciones derivados del contacto con los pacientes y que serán entendidos como la experiencia emocional del psicólogo frente a los pacientes (Ángeles, 2003).

Determinados trastornos mentales, implican serias alteraciones en el procesamiento afectivo y cognitivo de quien los sufre. La naturaleza de dichas alteraciones influye en la experiencia emocional de quien trata a estos pacientes. En el caso de las personas que sufren de psicosis, se puede decir que lo que las caracteriza es la pérdida de la capacidad de mantener el criterio de realidad. El psicólogo que trabaja con personas psicóticas se ve en la difícil y complicada tarea de establecer lazos con personas cuyos mundos están caracterizados por una pérdida del contacto con la realidad externa e interna (Fromm-Reichman, 1962). El contacto con esta dimensión psicótica llevará al profesional a experimentar sensaciones diversas, no comunes, que lo sorprenderán y movilizarán constantemente (Doria, 1995).

El contexto más común en el que el psicólogo se encuentra con el paciente psicótico es la institución de salud mental. Sabemos que el contexto hospitalario influye en la calidad del vínculo terapéutico, entre otras cosas porque se caracteriza por ser un ámbito institucional, multidisciplinario y con gran afluencia de pacientes. Las particularidades antes mencionadas influirán en el modo en el que el psicólogo

experimenta el contacto con el paciente psicótico. Es de ahí que nos preguntamos ¿cómo es la vivencia particular de un grupo de psicólogos que trabajan con pacientes psicóticos en un contexto institucional?

Para responder a esta pregunta se entrevistó a once psicólogos bajo una aproximación cualitativa con el propósito de describir las características de la vivencia particular de cada uno de los participantes. Para ello se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales permiten acceder tanto a las vivencias particulares como a las experiencias comunes.

A pesar de la complejidad del trabajo clínico con pacientes psicóticos y el impacto emocional que este tiene en los profesionales que lo realizan (Wolstein, 1998), existen muy pocas investigaciones que abordan la vivencia emocional de los psicólogos en su trabajo con pacientes psicóticos. En nuestro medio, el estudio más parecido es el de Bustamante (1999) quien explora, entre otras cosas, la vivencia de los psicoanalistas que trabajan con personas psicóticas, lo cual significa un aporte importante pero restringido pues el estudio se circunscribe a la práctica psicoanalítica. Es aún menos lo que se sabe con respecto a la vivencia emocional de los psicólogos que trabajan con este tipo de pacientes en las instituciones de salud mental, pese a la gran cantidad de pacientes psicóticos con los que trabajan de manera cotidiana. Estudiar la experiencia emocional de los psicólogos es de vital importancia ya que podemos inferir que esta influye en gran medida en la práctica clínica y la manera en la que los psicólogos se relacionan con sus pacientes psicóticos. Además, el presente estudio contribuye con la generación de un conocimiento que permite que los profesionales que trabajan con personas psicóticas puedan mirarse tanto a sí mismos como a los procesos dinámicos del vínculo terapéutico con sus pacientes. Reconocer los aspectos potencialmente positivos y negativos generados a partir del vínculo entre el psicólogo y la persona que sufre de psicosis permite implementar mejores modos de cuidar a los profesionales, quienes a su vez lograrán mayor efectividad y calidad en su trabajo asistencial. Adicionalmente, consideramos que esta investigación contribuye a una mejor comprensión de la dinámica de los trastornos psicóticos y brinda información sobre el modo en el que un grupo de psicólogos que trabajan en una institución de salud mental de Lima viven y experimentan la intervención

psicológica con personas que sufren de psicosis. Finalmente, consideramos que esta investigación puede aportar a las personas que se están iniciando en el trabajo psicológico con pacientes en general por constituir una mirada cercana a un fenómeno que aparece en todo encuentro clínico.



## CAPÍTULO I

### **La experiencia emocional en el trabajo psicológico con personas psicóticas en el ámbito institucional**

La psicología se vale del vínculo cercano con las personas con quienes trabaja para comprenderlas. Así, el psicólogo deberá usar su capacidad de abrir canales para que los demás puedan comunicar sus sentimientos y su mundo perceptual. De acuerdo a Rogers (1961) los psicólogos tienen el privilegio de conocer a muchas personas de manera íntima, sintiendo y observando de cerca las luchas que otros deben librar para crecer y madurar. Sin embargo, la capacidad que tenga el psicólogo de crear relaciones que faciliten el desarrollo de un otro como persona independiente, depende del desarrollo logrado por él mismo como persona. Es así como, pese a ser una experiencia muy enriquecedora, el trabajo psicológico no es una tarea fácil.

#### *La experiencia emocional en el trabajo psicológico*

El trabajo psicológico con las personas demanda la creación de un vínculo en el que la distancia profesional pone al psicólogo en contacto directo con las emociones y conflictos de sus pacientes. A veces las personas no pueden hacer frente a sus propios sentimientos sin ayuda ajena y es en estas ocasiones que los sentimientos sobrevinientes en los psicólogos pueden llegar a ser muy intensos. Siguiendo esta línea, podríamos decir que la naturaleza primera de los sentimientos que aparecen en el psicólogo es la de ser una respuesta emocional a las comunicaciones del paciente (Casement, 1990). Para poder ayudar y comprender a un paciente, el psicólogo debe ser capaz de mantenerse en contacto con este y sobre todo consigo mismo, a través del contacto constante con su propia experiencia emocional (Rosenfeld, 1987).

En este sentido, la experiencia emocional puede ser entendida como un fenómeno que se da a nivel individual y que se genera a partir del vínculo con un otro. Desde el nivel individual, comprendemos la experiencia emocional usando la definición multidimensional propuesta por Reef (1994) que incluye: (1) los

aspectos cognitivos-subjetivos entendidos como los estados afectivos derivados del conjunto de evaluaciones que se realizan durante el proceso de emoción, (2) los aspectos fisiológicos, conformados por las respuestas corporales que derivan en el *arousal*, (3) los aspectos funcionales, que se refieren a las conductas accionadas a partir de lo sentido y (4) los aspectos sociales, relacionados al ámbito social de la emoción y su comunicación. Sin embargo, consideramos que para poder estudiar la experiencia emocional de los psicólogos en su trabajo clínico, se hace necesario ampliar esta definición para incorporar la naturaleza interaccional de la experiencia emocional (Strongman, 1996), de modo que se entiende que su significado estará dado no solo por la vivencia interna del individuo, sino también desde sus interacciones sociales.

Así, para efectos del presente estudio entendemos experiencia emocional como el campo subjetivo de la emoción, por tanto, se trata de la vivencia de la emoción que sólo puede ser narrada por quien la ha experimentado. Incluye resultados conductuales, cognitivos o afectivos que se producen a partir de la emoción. La experiencia emocional incluye la percepción del objeto a partir del cual se realiza el proceso de emoción y con el cual el sujeto está interactuando por ser inseparable de este. El proceso al que se hace referencia está influenciado por características sociales y culturales asociadas al objeto, a partir del cual surge la emoción (Ángeles, 2003). Para su estudio a nivel colectivo, nos adscribimos a la línea de investigación que usa este concepto para estudiar la vivencia emocional a partir de una situación que es similar a un grupo de individuos (Ángeles, 2003; Birdsong, 1993; Christakis & Iwashyna, 2003; Kalikztein, 2000).

La vivencia emocional del trabajo de comprender a un otro puede modificar al psicólogo y enriquecerlo (Rogers, 1961), convirtiéndose en una fuente de satisfacción y crecimiento personal. Sin embargo, en determinadas circunstancias, esta experiencia emocional puede convertirse en una fuente de frustración y fracaso (Killburg, 1986). Cuando esto sucede, las consecuencias sociales y personales sufridas por los profesionales pueden ser significativas. El estrés laboral (Currid, 2008), el burnout (DiMatteo, 2001; Killburg, 1986) y la fatiga compasiva (Craig & Sprang, 2009) son algunos de los síndromes que pueden aparecer como consecuencia del trabajo psicológico, especialmente con



determinado tipo de pacientes. Así, la investigación en esta área se ha centrado en describir las manifestaciones y determinar las circunstancias en la que estos síndromes aparecen en los profesionales.

El estrés laboral implica una situación en la cual los factores laborales interactúan con los personales para cambiar la condición física y/o psíquica del trabajador, forzándolo a alterar su funcionamiento normal. Este síndrome ha sido relacionado con dificultades en el bienestar psicológico como síndromes depresivos, de ansiedad, tensión, insatisfacción y reducción de la autoestima (Currid, 2008; Kilburg, 1986).

El burnout puede ser entendido como un tipo de estrés laboral, pero la diferencia específica radica en que es una respuesta emocional e interpersonal en el ámbito laboral. Es un síndrome que aparece progresivamente y que incluye cansancio emocional, despersonalización, respuestas exageradamente desvinculadas del trabajo, sentimientos de incompetencia, falta de logros y productividad en el trabajo (Currid, 2008). Este suele ser un problema particular para los profesionales orientados a brindar cuidado, es decir, para personas que trabajan con personas, ya que estas se enfrentan constantemente a situaciones emocionalmente intensas (Di Matteo, 2001; Killburg, 1986). La fatiga compasiva es otro síndrome que aparece en los profesionales del campo de la salud mental. Esta se presenta principalmente cuando se trabaja con personas que han sufrido experiencias traumáticas. Se caracteriza por ser de aparición rápida y desafía la capacidad del profesional para brindar servicios afectivos y mantener relaciones personales y terapéuticas (Craig & Sprang, 2009). A medida que el contacto con los clientes aumenta (en tiempo o número) o la frustración del trabajo con ellos es más alta, el riesgo de presentar cualquiera estos síndromes es mayor. Algunos factores protectores son un buen soporte social, tolerancia a la frustración, fortaleza ligada a la sensación de control y al compromiso (Craig & Sprang, 2009; Di Matteo, 2001; Killburg, 1986).

Por estas razones, el cuidado de los cuidadores y la generación de un ambiente que contenga y ayude a procesar la experiencia laboral es crucial ya que existen implicancias físicas, emocionales y económicas que deben ser atendidas

en las personas que cuidan a personas con trastornos psíquicos (Craig & Sprang, 2009).

Si bien la vivencia con respecto al propio trabajo depende de la personalidad del psicólogo, su modo de ser y la manera de relacionarse con los pacientes (Casement, 1990), también es cierto que ciertas características y problemáticas de los pacientes son elementos determinantes en la vivencia de las personas que trabajan con ellos.

Por ejemplo, sabemos que las personas que trabajan con comunidades afectadas por violencia política tienden a establecer modelos que oscilan entre la impotencia y la omnipotencia en el vínculo con las personas que atienden (Proyecto Amares, 2006).

En el caso de los psicólogos que trabajan específicamente con este tipo de pacientes, es importante prever y evitar la aparición de la fatiga compasiva como resultado del sobre involucramiento emocional con sujetos que han sobrevivido a experiencias traumáticas (Craig & Sprang, 2009). DiMatteo (2001) señala algunos factores protectores como la satisfacción con la vida, cambios positivos en el sentido de identidad y en las relaciones con los otros significativos. Lo último refleja la importancia de crear un espacio sostenido donde se pueda reflexionar sobre las motivaciones personales para trabajar con temas de pobreza, exclusión, marginación y discriminación. Abordar los aspectos subjetivos suscitados a través del trabajo es clave para la salud de los profesionales y el funcionamiento de cualquier intervención (Proyecto Amares, 2006).

Cuando nos centramos en el trabajo psicológico con personas en contexto de pobreza, vemos que el psicólogo que trabaja con estas personas se ve en la necesidad de encontrar modos de responder a una demanda centrada predominantemente en las dificultades de vivir en la realidad actual (Galende, 1997). Alarcón (1986) extiende esta idea describiendo que, al intervenir en contextos de pobreza, el psicólogo se está enfrentando a frustraciones y graves privaciones económicas que truncan las aspiraciones de las personas que se ven sumidas en un mundo de urgencias prácticas. Es así como se hace evidente que la pobreza y sus implicancias no solo trascienden el problema de la enfermedad

mental sino que influyen en gran medida en la experiencia emocional de los psicólogos que trabajan con pacientes en contextos de pobreza.

La experiencia emocional de los psicólogos que trabajan con pacientes terminales o con trastornos mentales severos también ha sido investigada. En el caso de los psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer terminal (Ángeles, 2003; Aycock & Boyle, 2009), se sabe que suelen experimentar sentimientos como impotencia, involucramiento con el paciente y su familia, desgaste emocional y físico. También presentan cuestionamiento a la propia vida, tristeza, miedo, fastidio, angustia relacionada tanto a la vida del paciente como al propio cuerpo y la posibilidad de padecer de cáncer.

Se sabe, además, que los psicólogos que atienden a pacientes que sufren de trastornos mentales severos tienen experiencias emocionales específicas. Por ejemplo, sabemos que los psicólogos que han vivido un suicidio entre sus pacientes reportan fuertes reacciones emocionales que incluyen sensación de fracaso, preocupación, culpa, miedo y ansiedad así como también algunos síntomas viscerales como palpitaciones y mareos (Birdsong, 1993).

Con respecto a los psicólogos que trabajan con pacientes con trastornos de uso de sustancias, sabemos que las reacciones emocionales incluyen: omnipotencia, expresada en la necesidad de salvar, rescatar y cuidar en exceso a sus pacientes, así como también cansancio, atribuido a la sensación de estar haciendo demasiado por el paciente, además de frecuente preocupación y frustración (Rice, 2006).

Sin embargo, los grupos de psicólogos antes nombrados también presentan motivación para el trabajo y sensación de enriquecimiento tanto a nivel personal como a nivel profesional. En el caso de los psicólogos que trabajan con pacientes suicidas Birdsong (1993) resalta que la elaboración exitosa de esta experiencia depende de la capacidad del psicólogo para aceptar la decisión de su paciente, así como de la capacidad de pensar de manera realista el rol que él tiene con respecto a sus pacientes y los límites del trabajo psicológico.

A partir de la literatura revisada, vemos que la experiencia emocional en el trabajo psicológico suele ser intensa, especialmente cuando se trabaja con determinados tipos de pacientes. Cuando esta sobrepasa las capacidades del

psicólogo para manejarla, la experiencia emocional puede tener efectos nocivos sobre la salud mental del profesional como sucede con el *burnout* o la fatiga compasiva. Sin embargo, esta misma experiencia emocional puede ser fuente de satisfacción y gratificación personal a partir del trabajo que se realiza. Esto sucede cuando el psicólogo cuenta con buenos recursos personales y sociales.

### *La experiencia emocional con pacientes psicóticos*

#### *El paciente psicótico*

La palabra psicosis se usa para definir una grave incapacidad de las funciones del juicio de realidad generada a partir de una ruptura con la realidad exterior (Mannoni, 1980), lo que lleva a sacar deducciones incorrectas con respecto a la realidad externa (Huneus, 2001). El cuadro más grave entre las psicosis es la esquizofrenia, nombre que tiene su origen en dos palabras griegas: *schizein* (escindir o dividir) y *phren* (mente), lo que da una idea de lo que significa un desorden psicótico.

Las personas psicóticas son pacientes cuyos síntomas están definidos por sus efectos en la alteración de la percepción, pensamiento y conciencia (delirios y alucinaciones). Estas alteraciones traen consigo inferencias incorrectas sobre la realidad (Saranson, 2001). Los síntomas pueden incluir lenguaje y conducta desorganizados, afecto aplanado, alogia, abulia y anhedonia produciendo el tipo de trastorno que es comúnmente llamado locura. Sin embargo, el término psicótico en su sentido más estricto comprende delirios y/o alucinaciones que ocurren en ausencia de *insight* sobre su naturaleza patológica (American Psychiatric Association, 2000). Los delirios y las alucinaciones pueden presentarse en diversos tipos de trastornos psicóticos y algunos trastornos del estado de ánimo como por ejemplo los trastornos bipolares (Barlow, 1999).

Es importante decir que la psicosis tiene una dimensión cultural que genera diferencias en la presentación, curso y resultado del trastorno, así como también en lo que puede o no ser considerado como psicosis (DSM-IV-TR, 2000). Estas diferencias culturales impactan tanto en el tratamiento, como en la evaluación del resultado del mismo (León, 2001). Una creencia, que a un

psiquiatra o psicólogo occidental puede parecerle claramente delirante, podría ser aceptable para miembros de la misma cultura del paciente ya que la calificación de normal o anormal para un comportamiento dado ingresa al campo subjetivo, dependiendo de la óptica con la cual cada cultura acepta o rechaza determinada conducta. De esta manera, los factores culturales influyen tanto en la presentación como en la evolución del trastorno y las posibilidades de recuperación del mismo (DSM-IV-TR, 2000). Otro importante rol de la cultura con respecto a la psicosis consiste en que todo significado o interpretación que se le dé a la enfermedad mental siempre estará enmarcado en el sistema de simbolización que la cultura provee (Sperber, 1996). De esto podemos inferir que las reacciones emocionales (sentimientos de pérdida, vergüenza o miedo) frente al diagnóstico de psicosis, tanto del psicólogo como del paciente responden al significado que ellos le den según su cultura (Tranulis, Corin, & Kirmayer, 2008).

En cuanto a la manera de entender las conductas de las personas con psicosis, podemos decir que existen dos grandes formas de hacerlo. Una posibilidad consiste en describir estas conductas como síntomas de uno o de un grupo de trastornos (DSM-IV-TR, 2000). Una segunda opción consiste en entenderlas como expresiones de la subjetividad a través del trastorno, lo cual nos permite hacer una inferencia acerca de la forma en que el otro está sintiendo y actuando (Laing, 1964). Cualquiera de las dos opciones llevadas al extremo generará problemas en la tarea de comprender a la persona psicótica. Elegir la primera opción (describir síntomas) plantea el riesgo de no poder abrirse ni instrumentalizar lo que el paciente psicótico puede generar en los demás. Llevada al extremo, esta posición implica que el trabajo se limita a enumerar los síntomas, evitando involucrarse emocionalmente con el paciente.

En cambio, cuando se elige entender la sintomatología como expresión de la existencia del paciente, el profesional puede lograr acceder a la manera en la que el paciente está experimentando su enfermedad. Cuando esta actitud es llevada al extremo y se mantiene una cercanía extrema con el paciente, el riesgo consiste en que el profesional se deje abrumar por todo lo que el psicótico proyecta en él (Bustamante, 1999). Sin ser llevada al extremo, esta actitud le permite acercarse emocionalmente al paciente, lo que cobra especial importancia



si consideramos que la experiencia emocional del psicólogo con relación a su paciente está íntimamente ligada a la experiencia emocional que este último tenga con respecto a su enfermedad.

Es por esta razón que revisaremos brevemente lo que se sabe sobre la experiencia subjetiva del paciente psicótico, la cual tiene que ver con el desorden cognitivo-neuropsicológico subjetivamente experimentado (Kalikztein, 2000). Entre estas vivencias se cuentan: intensas sensaciones de miedo, extrañeza, soledad, retraimiento, desconfianza, fenómenos de naturaleza relacional que implican el comienzo del desapego y el aislamiento propios de la psicosis derivados del cambio dramático en la manera de percibir el mundo y el funcionamiento de la propia mente. Pese a esto, muchos pacientes consideran que la mejoría depende de ellos, asumiéndose a sí mismos como personas que pueden manejar el curso de su enfermedad (Hamann, 2004; Kalikztein, 2000), lo que frecuentemente implica complicaciones y obstáculos en el tratamiento de los pacientes psicóticos.

En cuanto al tratamiento psicológico, este es concebido por los pacientes como una posibilidad para interrelacionarse, ser escuchados y comprendidos. En estos espacios, el psicólogo es visto como un orientador frente a la falta de orientación por parte de los padres (Hamann, 2004). El vínculo creado entre el psicólogo y el paciente psicótico estará marcado por las ya descritas experiencias comunes de los pacientes con respecto a su dolencia. Como resultado de esto, las personas que sufren de psicosis tienden a crear una atmósfera emocionalmente cargada (Rosenfeld, 1987). Es en este contexto emocional que el psicólogo deberá realizar su trabajo, por lo cual pasaremos a revisar de manera más profunda las dinámicas que suelen aparecer en estos vínculos.

### *El psicólogo y el paciente psicótico*

La relación terapeuta - paciente psicótico ha sido investigada con diferentes propósitos y desde diferentes aproximaciones conceptuales. Uno de los modos de estudiarla consiste en identificar las creencias y representaciones que los agentes de salud tienen con respecto a la enfermedad mental y a los pacientes ya que estas influyen en la manera de vincularse con ellos. En un estudio en un

hospital psiquiátrico de Lima realizado por Maldonado (1986), se encontró que la mayor parte del personal auxiliar pensaba que las causas de la enfermedad mental eran un golpe en la cabeza, problemas del sistema nervioso o la herencia y que en muy pocos casos era curable. Moll (2009) analiza las representaciones de salud mental de los trabajadores de dos instituciones de salud mental de Lima y encuentra que el personal de salud vincula la enfermedad mental principalmente al desequilibrio, a la alteración y a la locura, lo cual coincide con las ideas del común de la población con respecto a la enfermedad mental. Lo último da cuenta de la persistencia en los profesionales de estigmas y estereotipos que tenderán a reflejarse en una práctica clínica en la cual la imagen del “loco” o el “incapaz” puede generar que el psicólogo disminuya su capacidad para reconocer la individualidad de sus pacientes. Así, vemos como las creencias del personal de salud influyen en el tratamiento y el proceso de recuperación de los pacientes psiquiátricos (Maldonado, 1986)

La riqueza de la investigación desde las diferentes teorías psicológicas con respecto a la relación psicólogo - paciente psicótico radica en que cada una hace énfasis en diferentes aspectos de esta relación. Las contribuciones de la teoría cognitivo conductual con respecto al tema tienen sus raíces en la investigación sobre la efectividad de la psicoterapia con pacientes psicóticos (Evans-Jones, Peters, & Barker, 2009). Actualmente sabemos que gran parte del éxito de la terapia con personas psicóticas tiene que ver con el nivel de empatía que el paciente siente de parte de su terapeuta (Evans-Jones, Peters, & Barker, 2009). La capacidad empática, desde este marco teórico, es entendida como la capacidad del terapeuta para inferir de manera precisa las emociones de sus pacientes usando las señales verbales y no verbales que estos emiten, de tal manera que sea capaz de reconocer la cualidad e intensidad de la experiencia emocional de sus pacientes (Machado, Beutler, & Greenberg, 1999). Sin embargo, la definición de empatía no incluye las reacciones emocionales del terapeuta por lo que la investigación con respecto a la experiencia subjetiva del psicólogo con relación a la propia capacidad empática y a la propia experiencia del trabajo con pacientes psicóticos no solo es inexistente desde este marco teórico sino que los sentimientos de ser



atacado o experimentar hostilidad hacia el paciente son entendidos como emociones negativas que interfieren en el proceso terapéutico (Gavino, 1997).

Por su parte, la psicología fenomenológica propone un modelo de psicoterapia bajo el supuesto de que toda persona posee una tendencia hacia el crecimiento, la salud y el ajuste (Rogers, 1957). Esto constituye una importante contribución a la relación terapéutica con el paciente psicótico por el énfasis que se hace en la necesidad de reconocer tanto la enfermedad como las áreas sanas de los pacientes. Desde esta teoría, la psicosis es entendida como un desorden del sentido básico del *self*, lo que implica que la persona pierde la sensación de pertenencia de la experiencia subjetiva. Esto genera, a su vez, serias alteraciones en la experiencia intersubjetiva (Nelson, Sass & Skodlar, 2009). Pese a la seriedad del trastorno, se parte del supuesto que la experiencia de sentir que alguien (en este caso, el terapeuta) empatiza y sintoniza emocionalmente con uno es reparadora en sí misma (Nelson, Sass & Skodlar, 2009). Dado que este tipo de intimidad psicológica es muy amenazante para las personas con psicosis y puede generar reacciones acordes a esta amenaza (Nelson, Sass & Skodlar, 2009) se asume tácitamente que el trabajo psicológico será intenso y complejo. No se habla, sin embargo, del impacto emocional que puede tener en el terapeuta el hecho de sintonizar emocionalmente con personas que presentan deficiencias tan graves en su capacidad de aprehender la propia vivencia emocional y en sus vínculos con los demás.

El psicoanálisis es una de las teorías que más se ha interesado por explorar la dinámica terapeuta - paciente psicótico y las emociones y sensaciones que este puede generar en la persona que lo trata. Desde esta teoría, se plantea que una de las características principales de los pacientes con patología severa radica en tener perturbados sus vínculos, lo que se manifiesta en relaciones que tienden a ser bruscas, insuficientes, evasivas y rechazantes, en las cuales la comunicación antecede a la palabra mediante lenguajes de acción y emociones primitivas (Doria, 1995). Según esto, podemos decir que cuando el paciente se conecta con otra persona desde las áreas psicóticas de su personalidad (Crowley, 1998) este parece confundirse con los demás, lo cual alude a la dificultad del bebé para distinguir entre lo que es “parte de mí” y lo que es “distinto de mí” (Sandler, 1993). Esta es

la característica principal de la llamada transferencia psicótica, en la cual se pierde temporalmente la capacidad para diferenciar al terapeuta de los objetos del pasado (Searles, 1998).

El término contratransferencia es usado en psicoanálisis para describir las reacciones emocionales de los analistas hacia sus pacientes y es un fenómeno que merece ser atendido y estudiado (Crowley, 1998) ya que las fuertes reacciones contratransferenciales generadas por los pacientes psicóticos ponen continuamente a prueba a la persona que trabaja con ellos y deben constituirse en una herramienta indispensable que facilita el acceso al mundo psicótico así como también salir de él, evitando que la labor terapéutica sea interferida por la corriente desorganizativa y caótica psicótica (Medina & Melgar, 1995). Las reacciones emocionales humanas de los profesionales a sus pacientes no solo no pueden ser eludidas sino que pueden y deben ser usadas para facilitar el entendimiento y progreso terapéutico (Crowley, 1998) y son tan importantes que para Bion (en Ferro, 2001) el principal interés del analista debe ser por el material del que tiene conocimiento directo: la experiencia emotiva de las sesiones con los pacientes.

La experiencia emocional del psicólogo en el trabajo con personas psicóticas cobra mayor importancia si consideramos que los estados psicóticos se caracterizan por un profundo disturbio en la relación con la realidad interna y externa, que genera en el paciente una severa disrupción en la aprehensión de la propia experiencia emocional. En vez de poder aprehenderla mediante el pensamiento simbólico, el funcionamiento psicótico sólo permite acceder a la experiencia emocional para la manipulación y la proyección. Por lo tanto, cuando estos mecanismos están operando, la experiencia emocional se confunde con la de la otra persona (Rustin, 1997), que en este caso puede ser un psicólogo en su trabajo con un paciente psicótico. Es así como vemos que este tipo de paciente moviliza los más intensos y diversos sentimientos, los mismos que, de no ser adecuadamente comprendidos e instrumentalizados, pueden llevarnos a reacciones inadecuadas. A esto debemos agregar que el riesgo de crisis, actuaciones y agresiones está siempre presente en éstos más que en otros tipos de patologías.

El psicólogo se encuentra ante la complicada tarea del trabajo con personas con psicosis, que consiste en enfrentar lo que viene del paciente en términos de fantasmas primitivos, sensaciones corpóreas indiferenciadas y confusas que son evacuadas en la mente de la persona que lo atiende (Ferro, 2001). En este contexto, la tarea consiste en tolerar, contener y transformar la experiencia emocional del paciente dándole significado (Rustin, 1997), tarea difícil dado que lo que se da en el discurso psicótico es una referencia directa a lo que se encuentra en todas las personas pero de una manera encubierta, en forma de enigmas por descifrar (Mannoni, 1980). Cuando se interviene con personas con psicosis el terapeuta debe estar preparado para entrar en una relación intensa y para conservar su función de expresar las vivencias con palabras (Rosenfeld, 1987) teniendo en cuenta que “la locura, cuando delira, no es linda de ver” (Mannoni, 1980 p. 53). Debe considerar que al tratar a pacientes psicóticos (más que con cualquier otro tipo de paciente) tanto su personalidad como su intelecto serán sus herramientas para el tratamiento y por lo tanto su salud mental es un factor extremadamente importante (Rosenfeld, 1987).

#### *Intervención con pacientes psicóticos en el ámbito institucional*

Al pensar en el profesional que trabaja con personas psicóticas es importante verlo de manera integral, incluyendo tanto el contexto en el que se encuentra como el conjunto de su actividad psíquica: afectos, técnica, conocimientos, percepciones, vida y experiencia cultural, así como la intuición y empatía para acceder a lo desconocido del paciente y de sí mismo (Medina & Melgar, 1995). La institución de salud mental es el marco más común en el cual profesionales y pacientes se encuentran para trabajar en pro de la salud de éstos últimos. Con respecto a las intervenciones con pacientes psicóticos, los modos de intervención pueden ser diferentes dependiendo del marco teórico que se usa y los objetivos que se persiguen (Gutiérrez, 1995).

Las intervenciones psicológicas en general abordan tanto al paciente (y su mundo intrapsíquico) como a su ambiente. El trabajo del psicólogo puede abarcar sesiones de información sobre el trastorno, evaluación psicológica, entrenamiento en habilidades sociales además de psicoterapia individual desde diferentes

corrientes teóricas, como las técnicas cognitivo conductuales, psicoanalíticas (clásicas y de apoyo), terapias por el arte, humanistas, laborales, entre otras. La diferencia entre estas radica en la manera en la que se concibe el individuo, el desarrollo del psiquismo, la salud y enfermedad mental. Así, existen diferentes modos de intervención, con diferentes énfasis, los cuales pueden estar puestos en el individuo, la familia o los agentes psicosociales. El abordaje psicosocial, por su lado, incluye la terapia familiar, terapia de grupo y trabajo comunitario (Gutiérrez, 1995; Huneus, 2001; Saranson, 2001).

Dado que existen muchas formas, desde diferentes corrientes teóricas, para abordar la intervención psicológica con personas psicóticas, podemos decir que el tipo de contacto que el psicólogo tiene con su paciente deriva, también, de su opción teórica, además de importantes factores como su personalidad, historia, creencias entre otros. Es así como vemos que, en el trabajo psicológico, el psicólogo mismo es una parte muy importante de la ecuación humana. Lo que hace, la actitud que asume, su concepto básico del rol que cumple, todo esto influye en la relación en alto grado (Rogers, 1977).

Sin embargo, independientemente de su orientación teórica, al psicólogo se le pide entender por lo que está pasando el paciente. La empatía es un concepto central en esta situación y en el trabajo psicológico en general que consiste en un proceso que implica ser sensible a las emociones cambiantes de un individuo y conectar emocionalmente con la otra persona (Di Matteo, 2001). Además de usar su capacidad empática, el psicólogo usará su capacidad de resonancia (o capacidad de recibir las comunicaciones inconscientes del paciente) para comprender a un otro no solo cognitivamente sino a un nivel interactivo de sentimiento, en donde la comprensión es el resultado de una combinación entre lo personal del psicólogo y lo que proviene del paciente (Casement, 1990). Cuando el psicólogo es capaz de contactarse con su propia experiencia interna logra también acercarse al paciente (Wolstein, 1998), lo cual da la posibilidad de que este se abra a una relación más cercana con el psicólogo. En realidad, la capacidad empática del terapeuta ha sido considerada uno de los elementos más importantes en las terapias exitosas (Evans-Jones, Peters, & Barker, 2009).

Muy pocas son las teorías que se interesan por las personas que trabajan con los pacientes día a día. Rogers (1977) nos habla de la importancia de tomar en cuenta el sufrimiento y la esperanza, la ansiedad y la satisfacción que llenan el consultorio de cada terapeuta. Se refiere constantemente a la unicidad de la relación que con cada terapeuta establece cada cliente y lo importante que es que el terapeuta sea capaz de comprometer su sensibilidad en el trabajo. Esto, por supuesto, es una tarea difícil y hasta cierto punto riesgosa.

Siguiendo las ideas de Rosenfeld (1987), el psicólogo debería buscar responder al paciente psicótico siendo empático, pero sin involucrarse demasiado, desarrollando la propia sensibilidad y receptividad sin ser colmado por las proyecciones de este ya que en la relación con el paciente psicótico se experimentan emociones intensas y conflictivas comparables con las que uno mismo experimenta en la niñez temprana (Searles, 1998) y en donde el “yo no soy loco” constituye una respuesta que puede adoptarse fácilmente ante la locura (Mannoni, 1980, p.58).

De aquí que Bustamante (1999) encuentra que los psicólogos y psicoterapeutas psicoanalíticos le dan un papel central a la preparación y contención necesaria para trabajar con esquizofrénicos. El análisis personal, la supervisión, los grupos de estudio y los grupos de trabajo forman parte necesaria de la actividad profesional.

Frente a lo complicado que puede tornarse el trabajo con personas psicóticas, la atención en muchos estudios ha girado hacia los proveedores de salud mental y el cuidado de los mismos. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones a cerca de la experiencia emocional del psicólogo en su trabajo clínico con pacientes psicóticos.

### *Planteamiento del problema*

Para poder acceder al mundo interno de las personas y trabajar con ellas, el psicólogo necesita crear un vínculo cercano con cada uno de sus pacientes. Esta es una tarea que demanda un alto compromiso emocional de ambas partes. Del lado del profesional, la cercanía psicológica generará reacciones emocionales que en la



presente investigación son entendidas como la experiencia emocional del psicólogo en el trabajo con el paciente.

Así, siguiendo a Ángeles (2003) se define la experiencia emocional como el campo subjetivo de la emoción, por lo cual se trata de la vivencia de la emoción que sólo puede ser narrada por quien la ha vivido. El concepto abarca los resultados conductuales, cognitivos o afectivos producto de la emoción. Además, consideramos que la experiencia emocional no puede ser desligada de la percepción del objeto a partir del cual se realiza el proceso de emoción y con el cual el sujeto está interactuando. Finalmente asumimos que la experiencia emocional está influenciada por características sociales y culturales asociadas al objeto, a partir del cual surge la emoción.

La experiencia emocional se ve influida por múltiples factores entre los que destacan las características y tipo de problemática que presenta el paciente, las percepciones e interpretaciones a través de las cuales se concibe al paciente, así como el contexto en el que se da el encuentro paciente – psicólogo. En el caso específico de las personas que sufren de psicosis, estas se caracterizan por haber perdido el criterio de realidad y por tener intensas vivencias marcadas por miedo, confusión, extrañeza, sufrimiento y soledad. La capacidad empática del profesional y su disposición a comprometer su sensibilidad en el trabajo, marcará un modo determinado de contacto con el paciente, el cual generará vivencias distintas de parte del psicólogo.

Por otro lado, el trabajo psicológico en una institución de salud mental estatal se da en medio de un contexto en donde la mayoría de pacientes sufre graves carencias económicas. Por tanto, la vivencia emocional de los psicólogos estará marcada por la pobreza de sus pacientes, la cual impone demandas centradas predominantemente en las urgencias prácticas y supone serias limitaciones al trabajo psicológico.

Es desde esta perspectiva que la presente investigación busca acceder a las vivencias de los profesionales mediante la pregunta: ¿Cómo es la experiencia emocional de un grupo de psicólogos que trabajan con pacientes psicóticos en un contexto institucional? Para responderla se usó una aproximación cualitativa a través de entrevistas a profundidad con cada uno de los psicólogos participantes.

Pese a la frecuencia con la que los psicólogos trabajan con pacientes psicóticos en ámbitos institucionales, existe poca información acerca de la vivencia específica de los mismos en su trabajo cotidiano con esta clase de pacientes. Las iniciativas más cercanas en nuestro medio se centran en la vivencia de psicoanalistas en el tratamiento a pacientes psicóticos (Bustamante, 1999). Poder acceder a la experiencia emocional de los psicólogos significa poder reconocer los aspectos potencialmente positivos y negativos generados a partir del vínculo entre el psicólogo y la persona que sufre de psicosis. Esto permite implementar mejores modos de cuidar a los profesionales, quienes a su vez lograrán mayor efectividad y calidad en su trabajo asistencial. Consideramos que el presente estudio brinda a los participantes la posibilidad de mirarse a sí mismos como profesionales. Finalmente, consideramos que esta investigación puede aportar a las personas que trabajan con pacientes psicóticos así como a las que se están iniciando en esta tarea ya que constituye una mirada cercana a las vivencias que se dan en todo encuentro clínico.

### *Objetivo*

El objetivo general de este estudio es describir la experiencia emocional de los psicólogos y las particularidades de la misma en el trabajo con pacientes psicóticos en un contexto institucional.



## CAPÍTULO II

### Metodología

El presente estudio es de corte cualitativo, de nivel descriptivo. Por la naturaleza del constructo experiencia emocional, se necesita profundizar en la experiencia personal de los participantes antes que generar medidas estandarizadas a partir de las mismas. El nivel descriptivo brinda la posibilidad de conocer las perspectivas y experiencias personales de los participantes en detalle y con descripciones profundas de los fenómenos (Patton, 1990).

Para el presente estudio se usó el enfoque fenomenológico. Dada la poca investigación existente sobre la experiencia emocional de psicólogos que trabajan con pacientes psicóticos, consideramos que el enfoque fenomenológico es una manera óptima de aproximarnos a la experiencia emocional porque este no parte del diseño de una teoría sino del mundo conocido, a partir del cual se hace un análisis descriptivo. Además, este paradigma asume que el sentido de los fenómenos y de los hechos sociales se construye a partir de la estructura del contenido y de la interpretación de la realidad del significado subjetivo. Así, el uso de este enfoque permite describir la experiencia emocional a partir de los elementos que constituyen su estructura (las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales) a la vez que permite incorporar e interpretar los significados que los participantes le dan a sus vivencias emocionales. Esto resulta en una descripción de las cualidades y componentes únicos que hacen a la experiencia ser lo que es sin necesidad de imponerle significados (Patton, 1990).

#### *Participantes*

Participaron de este estudio 11 psicólogos que trabajan regularmente con pacientes psicóticos en instituciones de salud mental. Se realizaron entrevistas a todos los psicólogos que trabajan de manera regular con pacientes psicóticos en la institución en la que se llevó a cabo esta investigación. Esto se debe a que el sentido último de la recolección de datos no reside en buscar representatividad estadística sino representatividad estructural (Patton, 1990). Adicionalmente,

hacia las últimas entrevistas las diferentes categorías se empezaron a saturar, por lo que se entiende que los datos adicionales recolectados dejaron de agregar información significativa a lo que ya se tenía (Valles, 1997). Los criterios de inclusión fueron: ser licenciado en psicología y contar con dos o más años de experiencia de trabajo continuo con pacientes psicóticos en el contexto institucional.

A continuación se presenta una tabla con los datos sociodemográficos de los participantes (Tabla 1). La información es presentada en rangos para proteger la identidad de los participantes.

Tabla 1. Tabla de datos sociodemográficos de los participantes

| Género    |   | Rangos de edad |   | Rangos de tiempo de trabajo en la institución |   | Horas dedicadas a pacientes psicóticos* |   |
|-----------|---|----------------|---|---|---|---|---|
| Masculino | 2 | 30-39          | 3 | <10   | 4 | 1-2                                     | 3 |
| Femenino  | 9 | 40-49          | 3 | 10-19   | 2 | 3-4                                     | 6 |
|           |   | 50-60          | 5 | 20-30   | 5 | 5-6                                     | 2 |

\* Horas por semana

Según estos datos, se puede observar que la mayoría de participantes son mujeres y que el estudio contó con dos participantes hombres. Todos los participantes del estudio son mayores de 30 años y más de la mitad de ellos se encuentra entre los 50 y 60 años. Con respecto al tiempo de trabajo en la institución, encontramos que cuatro de los participantes han trabajado ahí por menos de diez años, dos han trabajado ahí entre 10 y 19 años y cinco de ellos lo han hecho entre 20 y 30 años. En cuanto al número de horas semanales dedicadas a pacientes psicóticos, vemos que estas oscilan entre una y seis horas semanales. La mitad de los participantes dedica entre tres y cuatro horas semanales al trabajo con pacientes psicóticos.

#### *Técnica de recolección de la información*

Se utilizó una entrevista en profundidad, de tipo semiestructurada para la cual se construyó una guía de de preguntas a través de la cual se busca entender las percepciones, sentimientos y conocimientos de las personas (Taylor, 1987 & Patton, 1990).

Esta entrevista a profundidad fue utilizada en una variante específica llamada entrevista episódica (Flick 2004) o guía de entrevista (Patton, 1990) la cual, por su naturaleza, permite acceder a la experiencia emocional de una forma general de modo que las narraciones de los participantes sean comparables entre sí, pero al mismo tiempo es suficientemente flexible como para permitir incorporar las especificidades de estas mismas experiencias (Banister, 1994). El tipo de pregunta base, según el contenido, fue el descrito por Patton (1990) como "preguntas sobre sentimientos", específicamente recomendado para comprender las reacciones emocionales de las personas frente a sus experiencias y pensamientos.

Todas las entrevistas fueron hechas en los consultorios de cada participante y duraron entre una y una hora y media.

### *Instrumentos*

#### *Ficha de datos sociodemográficos*

El primer instrumento utilizado en este estudio fue una ficha de datos sociodemográficos (Anexo A) que se diseñó con el propósito de obtener datos personales de los participantes relevantes para el estudio. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, tiempo de trabajo en la institución y número de horas semanales dedicadas a pacientes psicóticos.

#### *Guía de entrevista*

El segundo instrumento utilizado en este estudio fue una guía de entrevista (Anexo B). Así, se garantizó que, en todas las entrevistas, los tópicos relevantes y la misma información básica fuesen cubiertos. Sin embargo, es importante decir que la guía de entrevista no fue seguida rígidamente en cada entrevista sino que, luego de una pequeña introducción del propósito de la entrevista, los participantes eran libres de abordar el tema de la manera que ellos prefiriesen.

La guía de entrevista final fue sometida a revisión de pares. La investigadora se entrevistó con una psicoterapeuta de orientación psicoanalítica y con un psicoanalista, ambos con experiencia de trabajo con psicólogos y pacientes psicóticos del ámbito institucional. La guía de entrevista tuvo en cuenta tópicos

importantes pero no tuvo preguntas predeterminadas. Así, los temas fueron siendo abordados según la dinámica de la conversación y la preferencia de los entrevistados. La guía de entrevista (Anexo B) abordó los siguientes temas:

- Experiencia emocional con respecto al paciente psicótico.
- Diferencias en la experiencia emocional a partir del tipo de psicosis y tipo de tratamiento de los pacientes.
- Curso de la experiencia emocional con los pacientes psicóticos a través del tiempo.
- Experiencia emocional del trabajo con pacientes psicóticos en una institución de salud mental.

#### *Criterios de calidad de la investigación*

La validez de un estudio cualitativo reside en su credibilidad o valor de verdad, lo que implica la confirmación de correspondencia entre los resultados y los significados e interpretaciones que los participantes atribuyen a la realidad estudiada (Flick, 2004). En el presente estudio se utilizó la revisión de pares (supervisores) durante el proceso de construcción de los instrumentos, el proceso de categorización de la información recolectada así como durante la elaboración de resultados y discusión.

La codificación tuvo como base el análisis de la unidad (el tema) el análisis de la experiencia emocional de los psicólogos. La información se organizó inicialmente por su pertenencia a las categorías que fueron definidas en base a las emociones que aparecían en el discurso de los participantes, para luego identificar contenidos comunes a todas las entrevistas y contenidos específicos y diferentes. Las categorías que emergieron en el discurso fueron: frustración e impotencia, cólera/molestia, rechazo, pena, miedo, ansiedad, esperanza, satisfacción y alegría.

El análisis también incluyó una evaluación de la complejidad de cada contenido y así organizar los hallazgos en categorías que van desde los contenidos simples a los más complejos. Para generar este orden en los hallazgos se usó el procedimiento inductivo (Patton, 1990) el cual consistió de un primer pre-análisis,

en el cual se definieron categorías provisionales para luego llegar a la categorización final de la información y posterior interpretación.

El concepto de *dependability* (Patton, 1990) se refiere a la necesidad de documentar rigurosamente todo el proceso, tanto de recolección como de procesamiento de los datos. El presente estudio cumplió con este criterio al exponer, en la sección de procedimiento, los pasos que se siguieron en la recolección y procesamiento de los datos.

El estudio no aspiró a obtener resultados generalizables sino a aprovechar al máximo las posibilidades que brinda el profundizar en la experiencia de cada uno de los participantes.

El criterio de transferibilidad (Flick, 2004) establece como requisito que las características del contexto en el que realizó la investigación sean descritas. Así, encontramos que la investigación fue llevada a cabo en una institución pública de salud mental de Lima, a la cual acuden predominantemente pacientes de bajo estatus socioeconómico. En el momento de las entrevistas la investigadora contaba con un año de experiencia de trabajo psicológico con pacientes psicóticos. En el momento del análisis final de las categorías la investigadora contaba con dos años de experiencia en el área de investigación en salud mental.

### *Procedimiento*

El primer paso en el recojo de información fue pedir autorización a las instituciones de salud mental donde se realizó el estudio. La investigadora se comprometió a entregar un informe escrito con los resultados de la investigación a la institución donde esta se llevó a cabo.

Una vez obtenido el permiso se procedió a contactar a los posibles participantes. Se acordaron entrevistas con cada uno de ellos. En cada entrevista se dio el marco necesario para el desarrollo de la entrevista, en la que se enfatizaron los criterios de anonimato y confidencialidad (Banister, 1994). En todas las entrevistas se hizo entrega del consentimiento informado (Anexo C) para su firma antes del comienzo de las mismas. Las entrevistas se realizaron sólo si el participante aceptaba las condiciones de participación explicitadas en el consentimiento informado

La entrevista fue grabada en audio, previa autorización del participante, estas duraron en promedio una hora y media y fueron transcritas de manera literal para el análisis.

Para el manejo y análisis de los datos se siguieron los pasos para la investigación cualitativa: reducción, disposición, transformación de los datos, verificación e interpretación y conclusiones (Patton, 1990).

En la reducción de los datos se seleccionó el material cualitativo para ser manejable utilizando como unidad de análisis el tema. Las unidades fueron modificadas, consolidadas o suprimidas según el avance del análisis para alcanzar una organización final. El producto final de este proceso constituye el capítulo de resultados del estudio.

En cuanto a los aspectos éticos, es importante resaltar que si bien los resultados de la misma serán publicados, no lo serán los nombres de los participantes ni el de las instituciones que formen parte de la investigación. El anonimato y la confidencialidad fueron mantenidos durante todo el proceso de la investigación. En los casos en los que alguno de los participantes se vio emocionalmente afectado con alguno de los temas abordados, la entrevista se prolongó hasta lograr un estado emocional semejante al que tenía la persona antes de empezar la entrevista.



### CAPITULO III

#### Resultados

En el presente capítulo se presentarán los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los participantes. Los hallazgos han sido organizados en categorías por tema, las cuales configuran la estructura de la narrativa del capítulo. La experiencia emocional incluye reacciones emocionales así como los resultados cognitivos, conductuales o afectivos producto de la emoción. En el caso de esta investigación, incluye también las percepciones e ideas de los participantes sobre la psicosis y el paciente psicótico dado estas se encuentran en permanente interacción con todos los demás elementos de la experiencia emocional.

#### *Naturaleza de la experiencia emocional de los psicólogos en el trabajo con pacientes psicóticos*

El primer tema nombrado por los participantes con respecto a las emociones generadas en su trabajo con pacientes psicóticos fue siempre el de la ausencia de reacción emocional: *como que no te llegan, no te transmiten, cómo explicarte, no sientes al paciente, [silencio] no te llega como persona, es como una barrera que corta, son inafectivos (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Siguiendo el discurso, la barrera emocional referida por los psicólogos parece ser una manera de describir las serias dificultades que presentan las personas psicóticas para vincularse con los demás y expresar sus emociones: *no hay resonancia afectiva, no [silencio largo] tú puedes ser muy empático pero el paciente se defiende mucho, te cierra la puerta y uno recibe un rechazo (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

La última viñeta hace difícil creer que los psicólogos no reaccionen emocionalmente ante estos pacientes y en efecto, al seguir indagando en el discurso, se empieza a hacer evidente que la extrañeza del vínculo psicótico y el rechazo del paciente parecen tener algún impacto en los psicólogos: *cuando yo veo que la persona está desconectada, no permite tener ese vínculo al que yo estoy acostumbrado yo lo entiendo como psicólogo, pero es difícil como persona*



*porque no estoy acostumbrado a eso, porque es locura pues (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

Sin embargo para elucidar la naturaleza de este impacto es necesario que el foco del discurso de los participantes vaya moviéndose progresivamente desde el mundo interno de los pacientes psicóticos y la barrera emocional que ellos crean, hacia el mundo interno de los psicólogos y sus reacciones emocionales. Cuando esto sucede el discurso cambia de manera radical y empieza a reflejar la intensidad de las reacciones emocionales que suelen aparecer en el trabajo psicológico con estos pacientes: *tú sientes a veces pues una impotencia grande o un miedo o una admiración de lo que ha pasado en la sesión o conmoción ¿no? sale el paciente y apoyarte en la puerta un rato [sonríe] (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Así, una vez situados en su propio mundo interno, los psicólogos empiezan a narrar la intensidad y complejidad de su vivencia emocional. Al explorar de manera más profunda el discurso de los participantes, se descubre que ellos nombran una amplia gama de reacciones que se integran para formar la experiencia emocional del trabajo con pacientes psicóticos. Estas son (1) frustración e impotencia, (2) cólera/molestia, (3) rechazo, (4) pena, (5) miedo, (6) ansiedad, (7) esperanza, (8) satisfacción, (9) alegría. Las reacciones emocionales han sido ordenadas según la intensidad con la que aparecen en la narrativa de los participantes.

El análisis del discurso de los psicólogos permite descubrir que la frustración e impotencia es una reacción emocional muy común en el trabajo con pacientes psicóticos. Ambas fueron expresadas de manera extensa por todos los participantes.

*Eso sí, algunas veces he sentido el deseo de escapar ¿no? [Silencio largo] de decir, ya no, hasta acá nomás y trabajar en otra cosa porque de verdad que siento que estoy, a veces me siento defraudada y siento que estamos defraudándolos a ellos ¿no? creo que ellos esperan más de nosotros (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La primera fuente de frustración se relaciona con la complejidad del trabajo con pacientes psicóticos y con la sensación de que la problemática de los pacientes excede lo que los psicólogos pueden hacer como profesionales.

*No puedes llegar y escapa a tu control, entonces simplemente te dedicas a otra persona, que sí va a estar ahí, que está presente [se detiene a pensar]. De repente es como analizar ¿no? [Le tiembla la voz] de repente no hice todo lo necesario ¿no?, pero pues eso también sería muy [...] muy ostentoso ¿no? ¿Acaso depende de mí? ¿No es cierto? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*Cuando las personas tienen un delirio, ese delirio es irrefutable pues, es decir, ay madre [se agarra la cabeza], cuando eso inunda todo, su mente, es también muy frustrante (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*Frustración tremenda [silencio] a veces siento como que eh es necesario hacer otra cosa ¿no? y no, no encuentro [la manera] para hacer esta cosa diferente (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Otra fuente de frustración para los participantes es la poca adherencia de los pacientes a los medicamentos antipsicóticos ya que la aparición de síntomas psicóticos limita profundamente las posibilidades del trabajo psicológico.

*No he podido avanzar, osea yo converso con ella, “si, si, si lo voy a hacer” te dice pero yo no veo cambios, [sin embargo] no toma la medicina entonces eso para mí es frustrante ¿ves? Es como que trabajas con la pared, osea no puedes hacer más, desgraciadamente no puedes hacer más (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Tal vez, una de las características importantes de la psicosis es que esta conlleva modos diferentes de simbolización y comunicación en las personas que la sufren. Como resultado, el discurso de las personas psicóticas suele ser ambiguo, contradictorio y muchas veces inentendible. Los participantes narraron la impotencia y frustración que les genera sentir que muchas veces no pueden comprender a sus pacientes psicóticos.

*Era como si [...] usábamos las mismas palabras, pero ella les daba un significado, unos contenidos completamente diferentes y había en mí un sentimiento, una impotencia tremenda por no poderme conectar con ella, por no poderla seguir ¿no?, osea, esta persona definitivamente hablaba, pero no estaba en contacto, a mi*

*me generaba una frustración muy muy muy grande (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Los modos diferentes de simbolización, el uso idiosincrático de palabras para distintos significados y la confusión en el lenguaje característicos de la psicosis son asimilados en la percepción que los psicólogos tienen de la psicosis (o la locura): *para mí, es como una paradoja ¿no? como una jaula sin barrotes o con barrotes de un lado si quieres [...] como un cuarto con penumbra y con luz. Es como un sueño despierto (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).* Es en este mundo de inversión de la lógica formal, que los participantes expresan su frustración al no poder comprender a sus pacientes.

Otra de las causas de frustración que los psicólogos nombraron fue la referida a los ciclos de la psicosis.

*Cuando uno constata la recaída por ejemplo, de gente que ya estaba lidiando bien [con la enfermedad] y de repente los ves hospitalizados, no te reconocen, negándose a la vida, cerrándose a todo, como a crecer, eso es, es, una gran frustración (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La impotencia aparece en el discurso de los participantes principalmente a partir de las situaciones que escapan al control de los psicólogos. Así, la impotencia aparece frente a las características de la psicosis, así como también frente a la situación de pobreza en la que viven la mayoría de los pacientes y frente a los eventos traumáticos de los cuales muchos de los pacientes han sido víctimas.

*La impotencia de no poderlos ayudar más allá, por un lado por la enfermedad misma y el otro porque además de su problemática o su enfermedad viven una realidad social, económica que me da mucha impotencia no poder ayudarlos más allá (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*Impotencia, frente a temas en donde el paciente ha pasado por situaciones difíciles [violaciones, agresiones, abandonos de la familia] y es injusto que haya pasado por eso; es malo que alguien viva esas cosas [...] hay experiencias humanas que vienen con otra carga que ya bloquea a la persona en todo momento, entonces da impotencia (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

A través de la narración de los psicólogos, descubrimos que tanto la sensación de frustración como la de impotencia se van modificando a través del tiempo de ejercicio profesional. Esta modificación responde principalmente a que los psicólogos van desarrollando más habilidades con el tiempo y comprenden cada vez mejor los límites y propósitos de su tarea con respecto a sus pacientes psicóticos.

*[...] al principio también sentía que no iba a poder, osea, que la ayuda iba a ser muy limitada [que era por gusto] ¿no? me sentía dudosa de que podía hacer como psicóloga, tenía muchas dudas, ahora sí, como que ya se ¿no? ya tengo más claro que podemos hacer los psicólogos (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

El discurso de los participantes introdujo un aspecto adicional con respecto a la frustración. Ellos narraron la experiencia del “contacto con los propios límites” como uno de los derivados de la vivencia de frustración.

*También a veces tú dices “ya no puedo” “ya no puedo ayudarle más” “ya no está en mí” “de repente necesitas otro especialista o alguien que esté mejor preparado que yo” ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*A veces uno entiende en el discurso psicótico de la persona, cosas ¿no? pero en otros casos no era así y era una puerta cerrada completamente osea, de verdad ahí sí, yo sentía que este era otro ser humano y yo no tenía la capacidad de entenderlo (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*

Las viñetas muestran que la complejidad del trabajo con pacientes psicóticos suele situar a los psicólogos en el borde o límite de las propias capacidades profesionales. Esto puede tener como único resultado el aumento en la intensidad de la frustración. Sin embargo, en algunos casos encontramos que los psicólogos adoptan una actitud diferente.

*Uno necesita mucha humildad y serenidad para aprender que uno necesita aprender mucho más, para aprender que uno puede aprender del paciente, que uno está aprendiendo del paciente y para [silencio] aprender de sus propias limitaciones ¿no? (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

Esta actitud de aprendizaje y aceptación convierte la experiencia de los psicólogos en algo que se parece más a *la comprensión de los propios límites* (Psicóloga, 20-30 años de experiencia) a partir del trabajo con los pacientes

psicóticos, lo cual representa un uso constructivo de la frustración ya que es solo a partir de la comprensión de las propias limitaciones que se da la posibilidad de superarlas.

Otra reacción emocional constantemente nombrada por los psicólogos fue la cólera y molestia, las cuales aparecen frente a la experiencia de sentir que el trabajo con las personas psicóticas es muy limitado y no genera resultados.

*Siento que a veces me ocupan un espacio que le puedo dar a otro paciente y me hacen perder mi tiempo y eso si me incomoda, me fastidia, porque no puedo hacer nada [silencio largo] me molesta cuando vienen por ejemplo y tú hablas a una persona que no está compensada, que no llegas a ella, que no puedes hacer más [...] Porque no, mientras no está compensado no, no tiene sentido realmente que el paciente entre, se siente, cuando sabes que ni le llega lo que tú hablas ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia.)*

La viñeta anterior refleja la cólera de los participantes ante la complejidad del trabajo con sus pacientes psicóticos y las frustraciones que este implica. El abandono de la terapia es otra de las dificultades a las que los psicólogos se enfrentan constantemente en el trabajo con pacientes psicóticos. Los participantes expresaron sentir cólera cuando un paciente abandona la terapia: *el paciente que se retira de la terapia eso también como que puede generar fastidio ¿no? y como que uno piensa “¿por qué se retira?” “¿qué cosa le hemos hecho para que se retire de la terapia?” (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La cólera del psicólogo, en este contexto, se puede orientar en muchas direcciones. Esta puede ir dirigida hacia el exterior, y así dirigirse hacia el paciente, la familia del paciente o hacia un contexto que impide que la persona continúe con su tratamiento. Esta cólera también puede estar dirigida hacia uno mismo como reacción a las dudas y cuestionamientos con respecto al propio trabajo. Ejemplo de esto es que el abandono del tratamiento puede ser entendido como simple desinterés del paciente, pero también puede ser entendido como un castigo del paciente o incluso un rechazo del mismo.

Otra de las fuentes de cólera y molestia nombrada por los participantes es lo desgastante e intenso que suele ser el trabajo con personas que presentan graves limitaciones cognitivas y afectivas.



*Hay pacientes que te sacan de tus casillas entonces [...] pueden generarte también ese fastidio, esa molestia porque quisieras que también hablen ¿no? que te dijera ¿no? pero yo sé que no puedo tampoco obligarlo ¿no? [...] tengo que esperar su momento y ya se va a sentir mejor (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*Varias áreas cognitivas y emocionales, y afectivas [están limitadas], y a veces es difícil ¿no? se requiere mucha paciencia y atención, comprensión del problema ¿no? y, y a veces, sí, es difícil mantener digamos la, la [silencio largo] la, como podría explicar, osea, si, a veces uno se siente fastidiado ¿no? de tener que repetir las cosas, de tener que hacer un reforzamiento continuo ¿no? así, osea, yo creo que es humano a veces sentir eso ¿no? [Nerviosa e incómoda en el tono de voz y la velocidad al hablar] cierto fastidio, ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Además de las deficiencias previamente nombradas, las personas con psicosis presentan limitaciones en la interacción social, ante lo cual los participantes también mencionan sentir molestia.

*A veces me ha molestado que me besuquetean, sí me molesta. Pero tampoco no les digo no, o estiro mi mano para cortarles, no lo hago porque es cortarles una expresión de ellos que es natural [...] pero a veces me incomoda porque te dejan la cara mojada [risa nerviosa] un poco de malestar (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Las últimas dos viñetas reflejan, además de la cólera, lo difícil que puede ser para los psicólogos reconocer ante ellos mismos y ante los demás las emociones que sienten con respecto a sus pacientes por ser estas consideradas como “no adecuadas” en los profesionales. Además, ambas viñetas permiten leer entre líneas ciertos indicios de culpa por reaccionar de esta manera frente a los pacientes.

La dificultad para reconocer estas emociones y los sentimientos de culpa generados se hacen más comprensibles cuando consideramos que los psicólogos perciben a sus pacientes psicóticos como personas en un estado de “desvalimiento” con respecto a muchas áreas de la vida, *necesita de este otro que vea eso que él no puede ver ¿no? obviamente desde otra perspectiva (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*



*Yo lo definiría como una persona desvalida ¿no? por un momento, desvalida (...) y con mucha necesidad de protección porque son personas que han sido tan golpeadas por el medio externo que se sienten totalmente desprotegidas (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).*

El estatus de desvalimiento a veces incluye la pérdida del estatus de “adulto” del paciente psicótico: *los veo ya no como personas psicóticas sino como niños que necesitan rehabilitación, que necesitan la capacitación, entrenamiento en habilidades básicas (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).* Así, es posible que la imagen de los pacientes psicóticos como “inválidos” o “niños” dificulte la expresión de emociones “no apropiadas”, incluso a pesar de que los participantes reconocen que este desvalimiento no es absoluto ni permanente “*a veces, estas mismas personas plantean sus propios problemas y ven muy claramente el problema del resto ¿no? y aprenden y se cuestionan*” (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).

Al seguir analizando el discurso de los psicólogos, se empieza a evidenciar que la imagen del paciente psicótico como “inválido” está ligada a la aparición de conductas y deseos que atentan contra los límites impuestos por el rol profesional en la relación paciente – psicólogo. Esto puede ser entendido, siguiendo las palabras de los participantes, como una forma de “sobreinvolucrarse” con sus pacientes psicóticos. Esto puede ser observado en un continuo que va desde el deseo de los participantes por romper los límites del rol profesional sin llegar a hacerlo: *en un momento te mueve [...] querer pensar por ellos, osea, esto va a ser así y así y va a ser de esta manera y ellos también lo aceptarían pero [silencio] no los ayuda a pensar”(Psicóloga, menos de 10 años de experiencia)* hasta la actuación de este deseo, con mayor o menor grado de conciencia de lo que está sucediendo: *y nada, muchas veces yo comparto con ellos ¿no? a veces hasta alimentos con ellos ¿no? y si ehh [silencio] siento que termino haciendo amistad con ellos ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

A partir de la experiencia de trabajo, los psicólogos comprenden de manera progresiva que romper los límites profesionales para suplir carencias de los pacientes no suele tener resultados duraderos: *sobre todo al principio, uno como que trata de solucionarle al paciente todo y se sobreinvolucra ¿no? [...]*

*después ya entiendes que [...] esa ayuda no dura [...] porque no estás solucionando de verdad los problemas (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

Luego de descubrir las manifestaciones de este “sobreinvolucramiento” en la práctica clínica de los psicólogos, se descubre que este también se manifiesta en el “mundo privado” de los psicólogos, quienes empiezan a observar y sentir más de cerca “la propia locura” a raíz del contacto cercano con “la locura ajena”. Este acercamiento se da en puede tener diferentes intensidades, que pueden ser entendidas como un continuo cuyo primer extremo está representado por un estado de hiperalerta con respecto a posibles síntomas psicóticos propios.

*Pero también puedo empezar a tener ideas, me ponía a pensar, uy ahora [silencio] estoy hablando sola ¿no? que pasa. Hubo un momento en que me puse a pensar si todas mis funciones estaban normales pero eh [susurra] yo tengo un grupo de colegas y solemos intercambiar experiencias [reímos] “es normal, no te preocupes, eso pasa”, “Ah sí? A bueno, está bien” (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).*

Mientras que en el otro extremo se observa un cuestionamiento personal con respecto a relatividad del punto a partir del cual algo puede ser o no considerado locura, *me hacía dudar mucho de los límites entre la realidad y la fantasía (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*, para llegar así en algunos casos, a la conclusión que la separación entre fantasía y realidad así como la diferencia entre psicosis y no psicosis está situada en un continuo, sobre el cual la taxonomía psiquiátrica ha impuesto una separación absoluta artificialmente construida.

*Algunas veces ¿no? uno se pregunta, [pensativa] no solamente con estos pacientes sino en general creo ¿no?, ¿yo que habría hecho en esta situación? ¿Yo habría podido soportar esto? ¿Yo hubiera tejido esta construcción psicótica? ¿Qué cosas raras hago yo? [silencio largo] que cosa soy capaz de hacer (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La experiencia de trabajar con personas psicóticas enfrenta a los participantes a la necesidad de tomar una distancia frente a la “locura” de los pacientes y frente a la propia locura. Cuando la distancia es muy pequeña, los psicólogos tienden a sobreinvolucrarse con sus pacientes, lo que deriva en una práctica clínica que a veces puede traspasar los límites que indica el rol profesional en cuanto a la cercanía paciente – psicólogo. Sin embargo, cuando

esta distancia es adecuada, los psicólogos empiezan a ser capaces de cuestionar de manera personal la línea divisoria entre la realidad y la fantasía. Esto sucede a partir de que ellos son capaces de mirar y cuestionar “sus propias áreas locas”.

El rechazo a los pacientes psicóticos fue nombrado por muchos participantes. Esta reacción se debe en algunos casos a la “falta de aseo” y “el mal olor” de las personas psicóticas.

*Los pacientes estaban deambulando, algunos muy desaseados [...] entonces eh, me generaba aparte de temor cierto nivel de rechazo por esas personas, por el estado de esas personas [silencio] mal olientes, descuidados en su aseo [silencio] rechazo por su aspecto exterior (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

*No creas, yo me he puesto pensar qué cosa encontré en esa persona que, realmente me [...] me ha molestado o qué me genera ese rechazo. Una de las respuestas, es su descuido, su falta de aseo [...] quizás ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Sin embargo, el rechazo al aspecto externo de las personas con psicosis parece expresar de manera indirecta un rechazo que es difícil expresar de manera directa. Así, al profundizar en el discurso de los participantes se empieza a hacer evidente que si bien la apariencia externa y el olor del paciente pueden generar rechazo, estos también son una vía a través de la cual los psicólogos pueden expresar un rechazo justificable, ante ellos y ante los demás, a cosas como la ya analizada “invalidez” del paciente: *como personas con alguna limitación en algunos temporal, transitoria, en algunos crónica, también pueden generar [silencio] mucho rechazo (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

De la misma manera que con la frustración y la cólera, los psicólogos narran que el rechazo hacia los pacientes se va modificando a través del tiempo y la experiencia de trabajo: *ya luego, con los años, con la experiencia poco a poco ha disminuido o desaparecido el rechazo [...], ya lo manejo mejor (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).* La experiencia ayuda, además, a comprobar que los pacientes psicóticos sí pueden mejorar, lo cual disminuye la incertidumbre, la frustración y por ende también el rechazo.

*También empecé a ver que en estas personas había oportunidad de recuperación y si bien por teoría lo sabía, por los libros lo sabía, ahora lo estaba viendo, entonces eso ya confirmó lo que*

*teóricamente yo manejaba. Esto cambió en mí obviamente mi actitud hacia las personas con psicosis, mi rechazo disminuyó (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

Con respecto a la pena nombrada por los pacientes, encontramos que esta emerge a partir de tres fuentes principales: La enfermedad mental que sufren los pacientes, las duras historias de vida y la situación de pobreza en la que viven los pacientes.

El hecho mismo de ver que sus pacientes sufren de una enfermedad mental genera pena en los psicólogos, *causa mucho sufrimiento porque el dolor y el sufrimiento de estas personas es muy doloroso, es muy triste tener una enfermedad mental (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).* De manera general, los psicólogos expresan pena ante las limitaciones que impone la psicosis al desarrollo personal de los individuos que la sufren, *se siente desde pena, pena de que una persona haya truncado su vida (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).* De manera más puntual, los participantes verbalizaron sentir pena frente al deterioro progresivo de la salud de los pacientes.

*[...] emocionalmente a veces triste y a veces, hasta he llegado a llorar, porque generalmente pues, de ver los casos [se le escucha muy triste] de ver los casos, de ehh, la duda yo, “¿podrá?, ¿no podrá? ¿Podrá recuperarse?” (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

*Me da mucha pena [un paciente específico] mucha pena [hace un silencio] y lo he ido viendo como que, empeorando casi, pero empeorando que lo he visto más joven y le hubiera tomado la foto como yo lo recibí a cómo está ahorita parece ya una calavera está el chico y eso me da pena realmente (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Las historias de vida de los pacientes fueron nombradas como la segunda causa de pena en los participantes. Es importante recordar que la pobreza y las historias de vida de los pacientes son fuente tanto de pena como de frustración e impotencia para los participantes. De manera paralela, encontramos que ambas, la pobreza y las complejas historias de vida, son consideradas por los participantes como características saltantes de los pacientes psicóticos que ellos tratan: *El mundo de ellos, no es fácil. Pasan por [...] a nivel familiar, por problemas económicos muy serios (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).* Así, los



participantes describen que sus pacientes *viven en ese mundo real y que quien lo saca de eso ¿no? osea no es solamente su mundo de pensamiento, de sus vivencias irreales, sino de su mundo real, económico, social, familiar (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*. Los participantes reconocen además que la posibilidad de recuperación de los pacientes también está marcada por la pobreza.

*[...] el tema de esta injusticia que ya está más ligado a lo social, a lo económico, cuando hay posibilidades farmacéuticas, porque sabemos que este es un problema biológico y el paciente no puede tener acceso a las medicinas ¿no? (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

Finalmente, el discurso de los psicólogos muestra cómo la realidad de las graves carencias socioeconómicas y la existencia de experiencias traumáticas van más allá de la psicosis misma y configuran un círculo vicioso del cual es muy difícil salir y ante el cual los participantes expresan mucha pena e impotencia.

*[...] fue un violador de uno de sus puestos, él paraba siempre cerca de esos puestos y entonces un vendedor de fruta lo agarró y lo violó [silencio largo] se sintió mejor al contármelo [se le llenan los ojos de lágrimas, toma agua de su botella], el expresarlo, nunca se lo había dicho al médico siquiera (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

*Yo he sentido pena, pena por, en damas, en damas frente al tema de violencia, de abuso, por damas que son violentadas, abusadas (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

*Viven un mundo tan pobre que eso no les ayuda a [silencio] a mejorar tampoco, esa es la tristeza que a mí me da por ejemplo. Porque no tienen como mejorar, la medicina cuesta caro y no pueden comprarla. Ésa es la tristeza que a mí me da (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

El miedo con respecto al paciente psicótico fue mencionado por todos los participantes, quienes narran que este aparece como respuesta a la sensación de estar en constante peligro de ser atacados por los pacientes.

*[una de las cosas difíciles es] el temor a la agresión ¿no? yo decía ¿cómo atender a un paciente que en cualquier momento puede agredir a cualquiera?, no sé si era fantasía [ríe] seguro era parte fantasía y parte realidad pero yo sentía que en algún momento me podían agredir si yo estaba en la consulta sola con el paciente (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

*[...] otra de las cosas era de los temores, de repente era como controlar los excesos en los pacientes cuando están con él, el deseo sexual elevado ¿no? eso también era un tema que a mí me preocupaba como terapeuta mujer ¿no? (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).*

Al analizar el discurso en mayor profundidad, se puede decir que el miedo aparece principalmente a partir de la imagen del paciente psicótico como persona descontrolada e incapaz de manejar sus impulsos agresivos y sexuales. Así, se hace importante resaltar que las reacciones de miedo de los psicólogos frente a sus pacientes obedecen a las percepciones e imágenes que tienen de ellos.

*[Yo vi a este paciente corriendo hacia mí] y la primera cosa que me vino a la mente fue “me pega” ¿no? porque venía super agresivo ¿no? entonces yo me acuerdo de esa mañana, salí de emergencia, regresé a mi consultorio y no salí todo el día nunca más [se ríe] porque me quedó la sensación de miedo, de ser potencialmente agredida en cualquier momento (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

El miedo disminuye conforme se incrementa la experiencia de trabajo ya que esta ayuda a que los participantes adviertan que las personas psicóticas no siempre son agresivas o peligrosas: *[antes yo pensaba] ¡qué miedo entrevistar a un paciente psicótico! ¿no? que me puede hacer algo [sonríe] y en realidad osea, a mí en muchos años, nunca tuve una agresión (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Uno de los participantes mencionó sentir miedo frente a la experiencia de ser asimilado al mundo de desorden y confusión de sus pacientes psicóticos: *[sentía] temor pues a ser [silencio] presa de este descontrol y ser atacado, no por lo que yo soy sino porque me cuele dentro de su mundo, de su desorden (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).* El matiz de esta viñeta es interesante porque el miedo es coherente más que con la experiencia, con la imagen que describen los psicólogos de las personas con psicosis como personas que tienen confundidos los pensamientos, sentimientos y conductas además de tener alterado el criterio de realidad: *Una de las características de los pacientes psicóticos es que todo lo tienen confundido (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*



*Yo pienso que es un mundo al revés, como que todo lo tienen confundido, como que todo lo que tienen dentro está mezclado, y que en su mente osea comienzan ellos a pensar cosas que para ellos es verdad (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

Es a partir de este miedo ante la desorganización y la confusión que empieza a aparecer en el discurso de los psicólogos un contenido interesante; el del “alejamiento de la locura”. Así, el discurso hace evidente que a veces los psicólogos se sitúan en una posición diferente a la del paciente psicótico, desde la cual es imposible mezclarse con la “locura” de los mismos.

*Es como que uno pudiera sentirse en un estatus superior o diferente al de estas personas que están locas, fuera de la realidad, que decirles lo que tienen que hacer, etc. (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La viñeta anterior refleja la manera en la que los psicólogos pueden servirse de su estatus de profesionales de la salud mental para poner distancia entre ellos y el mundo psicótico de los pacientes. Tal vez, la necesidad de alejarse de la locura esté relacionada a que la psicosis es entendida por los participantes como una enfermedad ante la cual cualquier persona está potencialmente expuesta: *uno puede volverse loco también, uno puede enfermarse ¿no? nadie está libre de eso (...) ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)* y que incluso, a veces puede ser contagiosa: *en algún momento de repente pensé que podría ser contagioso ¿no? (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).*

Así, es esperable que a veces los psicólogos tiendan a ubicarse en el lado “cuerdo” o “sano” de la relación con sus pacientes. Una manera de hacer esto consiste en utilizar el estatus de profesional de la salud para mirar a los pacientes como “casos de libro”, lo que además les permite no involucrar sus emociones en el trabajo.

*Como profesional yo siento que eso me enriquece, porque puedo ver claramente a una persona viviendo tan intensamente sus instintos, sus necesidades desorganizadas, lo que está en el libro lo ves claramente en directo. Para mí es un interés científico, un interés académico (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

Los participantes nombraron sentir ansiedad frente al hecho mismo de atender a un paciente psicótico. Esta reacción emocional aparece sobre todo al

inicio de la práctica profesional, como una reacción común ante la difícil tarea de trabajar con personas psicóticas.

*Yo me sentía como que sí tenía habilidad, que sí podía llegar a contactarme con las personas pero aquí contaba con una barrera, una barrera esteee [...] que normalmente yo también podría haber contribuido ¿no? porque yo también me ponía tensa, por la [falta de] experiencia (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

De manera más específica, un participante nombró la falta de control de impulsos y la impredecibilidad de la conducta de los pacientes psicóticos como una fuente de ansiedad durante el trabajo con estos mismos pacientes.

*Me gusta tener todo bajo control por decirlo así. Porque si no, no sé qué cosa vendrá. Lo desconocido, lo nuevo ¿no? defenderme pues de lo que no podría controlar. De repente tener un paciente psicótico que está gritando, o acusándome “Me ha, me ha hecho algo” o haciéndose la víctima, entonces de eso me quiero defender porque [frente a esto] yo me sentiría de repente afectado ¿no? [ansiedad en el tono de voz] (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

Las características de personalidad de los psicólogos también son un elemento importante en las reacciones emocionales que se suscitan en el trabajo con los pacientes. La última viñeta muestra que la ansiedad tiene que ver con dos elementos principales; la necesidad de control del psicólogo y el descontrol del paciente psicótico. Esta ansiedad no se genera necesariamente en todos los participantes.

La última fuente de ansiedad nombrada fue la exposición permanente de los participantes a los síntomas psicóticos: *es estresante ¿no? los gritos, los llantos, constantes, en cualquier momento ¿no? (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).* La ansiedad en este contexto se da frente a la exposición constante a las personas con psicosis, quienes enfrentan a los psicólogos con la “locura” definida por ellos como: *desorganización, gritos, delusiones, persecuciones [...] la locura. Fuera de realidad, desorganización fuera de la realidad, eso es (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

Al analizar el discurso de los participantes sobre el miedo y la ansiedad que los pacientes psicóticos les generan, se encuentra que ambos tienen a la base una imagen de los pacientes psicóticos como agresivos: *con ellos veo que tienen*

*bastantes problemas para manejar sus impulsos, entonces han venido por pegar a sus familiares, a sus hermanos (Psicóloga, 20-30 años de experiencia) y también como personas sin control de sus conductas sexuales: en varones que están con el deseo sexual elevado entonces esto también de alguna manera este, pueda [silencio]el paciente como no respetar los límites ¿no? (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia). Afortunadamente, esta no es una visión absoluta ni estática: también empiezan a mirarse a sí y a darse cuenta de cómo pueden, perder el control de, de sí mismos (Psicóloga, 10-19 años de experiencia). Sin embargo es importante resaltar la importancia de la imagen del psicótico como el “loco” en la vivencia de miedo y ansiedad de los psicólogos. Esta imagen difiere de la idea integrada y realista que los mismos participantes describen como producto de su contacto cotidiano con estos pacientes.*

La esperanza fue nombrada por una de las participantes. Esta aparece a partir del reconocimiento y la valoración de un lado sano en las personas que sufren de psicosis: *ver como mejoran estas personas me produce esperanza ¿no? osea, yo he tratado con estas personas durante años y he podido ver que las personas tienen un lado enfermo y un gran lado sano (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La viñeta se comprende mejor cuando se toma en cuenta que una característica importante de la psicología como disciplina, consiste en la importancia que se le da a la persona y su desarrollo psíquico más allá de la psicopatología. Así, se entiende que las personas con psicosis son capaces de ser conscientes de sus síntomas y reconocerlos, pueden mejorar, pueden ser creativos y no todo el tiempo están “fuera de la realidad”. Los psicólogos también son capaces de describir sus percepciones de las personas con psicosis como personas con otras cualidades y recursos.

*[...] la mayoría de personas piensa que tú vas a venir acá y vas a encontrar al paciente totalmente desorganizado y que todo el tiempo te va a estar hablando de sus síntomas positivos, ¿no? sus ideas de daño y todo lo demás. Pero algo que tengo muy claro es que toda persona que está enferma tiene una parte sana (Psicóloga, menos de 10 años de experiencia).*

*Hay diversos tipos de pacientes psicóticos ¿no? Puedes encontrar algunos pacientes que están muy estables, con los cuales puedes*

*comunicarte y con ellos centrar y ubicar determinadas experiencias que les permitan distinguir entre la realidad y sus síntomas y ellos se manejan muy bien (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

Es en el contexto de valoración de las áreas sanas de los pacientes que muchos de los participantes nombraron sentir satisfacción. Esta satisfacción aparece cuando los participantes pueden observar que el trabajo realizado tiene un impacto positivo en la vida de los pacientes.

*La satisfacción va desde la posibilidad de saber que puedes contribuir a que una persona pueda tener un poquito de mejores posibilidades de vivir y de recuperar su salud. Da satisfacción trabajar con ese lado sano que puede tener el paciente psicótico (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

De manera más específica, los participantes verbalizaron sentirse satisfechos al lograr resultados concretos con el trabajo psicológico realizado, de manera que se pueden observar mejorías en los síntomas, mejorías en la funcionalidad y mejorías en la calidad de vida de sus pacientes.

*A mí me parece que verlos que se estabilizan, que se recuperan, que se dan cuenta qué pasó para que su mente funcione de esta manera [sonríe] verlos que entienden mejor sus alucinaciones o qué hay atrás de sus alucinaciones, osea ver que afloran sus recursos, sus fortalezas, eso me da mucha satisfacción (Psicólogo, menos de 10 años de experiencia).*

*Me genera satisfacción ver resultados en ellos. Tengo pacientes universitarios, tengo pacientes que logran ejercer el nivel de autovalimiento y de desarrollo (Psicóloga, 10-19 años de experiencia).*

*Es eso que cuando ves los resultados en los pacientes, cuando los ves que ya se sonríen [ella sonríe], osea que ya se van sintiendo mejor, eso es una satisfacción enorme [se le nota feliz] (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

La satisfacción narrada por los participantes es especialmente significativa cuando se consideran las múltiples dificultades y frustraciones asociadas al trabajo con pacientes psicóticos. La superación de estas dificultades y los avances en el tratamiento se ven reflejados en resultados concretos y observables en la vida de los pacientes, lo cual constituye una retroalimentación para los psicólogos con



respecto a la importancia y efectividad de su trabajo en la vida de los pacientes. En esta misma línea, los psicólogos también nombraron sentir satisfacción cuando los pacientes reconocen el trabajo y el esfuerzo realizados por el psicólogo, siendo así capaces de valorarlo.

*La satisfacción es que hay pacientes que hace años que no veo y me saludan muy cariñosos. Sí, lo lindo es que te saludan, se acuerdan de ti, son muy cariñosos [ríe] entonces ellos te valoran. Creo que valoran realmente, y esto es lo rico (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

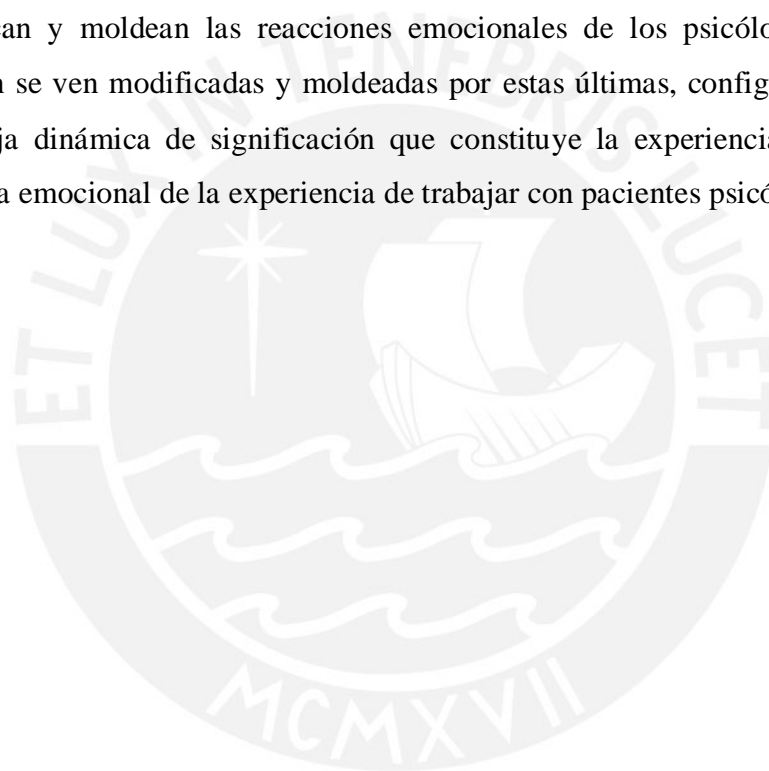
El hecho de que los pacientes valoren el trabajo de los psicólogos implica que ellos también observan mejorías en los diferentes ámbitos de sus vidas. Además, la expresión de cariño y gratitud por parte de los pacientes es muy importante para los participantes, entre otras cosas, porque esta imagen contrasta con la imagen inicial del psicótico como persona inafectiva y emocionalmente desapegada.

Finalmente, la alegría es nombrada por algunas de las participantes como reacción a las expresiones de cariño de los pacientes: *nos dan afecto, nos dan atención, nos reconocen, nos, no sé si nos adoptan [ríe] (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*. La alegría también es nombrada a partir de la experiencia de observar la recuperación progresiva y sostenida de los pacientes a través del tiempo: *Pacientes que los he seguido sesión tras sesión y he visto que han ido mejorando, que se han ido sintiendo mejor, que alegría ¿no? (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*. De la misma manera que la satisfacción, la alegría aparece a partir de las expresiones de gratitud y reconocimiento de los pacientes a los psicólogos.

La valoración de los aspectos sanos de los pacientes es otra de las muchas cosas que van desarrollando con el tiempo de experiencia laboral de los psicólogos. Esta se da de manera progresiva ante el asombro de las cosas que hacen los mismos participantes: *a veces su comportamiento es tan normal, que sí, [silencio] ha cambiado toda mi percepción de la enfermedad (Psicóloga, 20-30 años de experiencia)*. Así, el discurso de los participantes refleja cómo los años de experiencia juegan un rol muy importante en la capacidad de integrar la salud y la enfermedad en una misma persona: *estos años de experiencia clínica me hacen*

*sentir como que sí, me siento capaz de poder atender a un paciente, de verlo como una persona ¿no? porque si, es una persona (Psicóloga, 20-30 años de experiencia).*

En el presente capítulo se han revisado las diferentes reacciones nombradas por los psicólogos como resultado del trabajo con pacientes psicóticos. La manera en la que estas se presentan en el discurso permite ver como las reacciones emocionales y conductuales están íntimamente ligadas a las percepciones e interpretaciones que los participantes tienen tanto de la psicosis como del paciente psicótico. Dichas percepciones e interpretaciones no solo modifican y moldean las reacciones emocionales de los psicólogos, sino que también se ven modificadas y moldeadas por estas últimas, configurando así una compleja dinámica de significación que constituye la experiencia emocional o vivencia emocional de la experiencia de trabajar con pacientes psicóticos.





## CAPÍTULO IV

### Discusión

En el presente capítulo se pasará a discutir los hallazgos de la investigación. Según lo previamente descrito los psicólogos resaltan sistemáticamente la dificultad que supone vincularse emocionalmente con sus pacientes psicóticos. Al resaltar este fenómeno, se puede inferir que los participantes están hablando del impacto que tiene en ellos el trabajo con las personas psicóticas dadas las graves limitaciones que estas presentan en el ámbito intersubjetivo (Nelson, Sass & Skodlar, 2009; Rosenbaum, 2007; Searles, 1965) que es justamente el lugar en donde se desarrolla el encuentro clínico (Winnicott, 1975). Es necesario considerar que esta barrera se convierte en el punto de partida de la vivencia emocional de los psicólogos con respecto a sus pacientes psicóticos.

Al analizar la experiencia emocional narrada por los participantes de manera global, se advierte que la gran mayoría de reacciones emocionales nombradas son displacenteras para los psicólogos pues ellos hablan de la frustración, el miedo, la ansiedad o la cólera que sienten a partir del trabajo con personas psicóticas. Algunas investigaciones previas (Birdsong, 1993; Rice, 2006) muestran que este fenómeno no se limita al trabajo con personas con psicosis, sino que es una vivencia común a los psicólogos que trabajan de manera cotidiana con personas que sufren psicopatologías mentales severas como los trastornos relacionados con sustancias o personas que cometen suicidio.

Esta evidencia remarca que muchas veces el trabajo clínico con patologías graves impone intensas demandas emocionales a los psicólogos, quienes se ven obligados a lidiar con reacciones emocionales poco placenteras en su trabajo cotidiano. Pese a esto, la naturaleza de la vivencia de los psicólogos en su trabajo clínico ha sido poco estudiada. En la psicología el tema se ha investigado mayormente desde un enfoque patologizante al describir los síndromes que pueden aparecer a causa de esta experiencia (Currid, 2008; DiMatteo, 2001; Killburg, 1986).

La predominancia de reacciones emocionales displacenteras que se advierte en nuestros resultados se entiende principalmente a partir de las serias limitaciones que tienen las personas psicóticas para aprehender la realidad interna, reconocerla como suya y comunicarla a través del vínculo con otra persona (Nelson, Sass & Skodlar, 2009). Esto genera que, por ejemplo, los psicólogos reaccionen con frustración frente a un paciente que se muestra desconectado de las personas, cuando lo que está sucediendo es que la intimidad psicológica es terriblemente amenazante para el paciente por no tener bien diferenciado el “yo” y “no yo” (Sandler, 1993). Así, el vínculo psicótico distorsiona la vía principal a través de cual se realiza el trabajo clínico, lo que deriva muchas veces en la frustración, ansiedad y cólera narrada por los participantes.

En el otro extremo, las reacciones placenteras aparecen en los psicólogos frente a las “áreas sanas” de sus pacientes, a propósito del reconocimiento del trabajo y el esfuerzo de los psicólogos y la posibilidad de entablar un cierto vínculo emocional a pesar de que el paciente muestra dificultades para ello. Sin embargo, las reacciones emocionales agradables aparecen mucho menos que las desagradables en el discurso de los participantes. La desproporción en la intensidad de las reacciones placenteras y displacenteras parece estar ligada a la dificultad para reconocer las áreas saludables de los pacientes psicóticos frente a la evidencia de los síntomas de la enfermedad.

Dada la dificultad del trabajo psicológico con personas psicóticas, sería más beneficioso para el trabajo terapéutico y para el psicólogo mismo que se logre cierto equilibrio entre ambos tipos de reacciones. En este proceso no influirán solo las reacciones emocionales sino los diferentes elementos de la experiencia emocional como las reacciones derivadas de las emociones y las percepciones de los psicólogos con respecto a la psicosis. Estos elementos se encuentran en una interacción constante que pasaremos a discutir.

Al seguir analizando las reacciones emocionales narradas por los psicólogos, se hacen evidentes dos vivencias que derivan de las reacciones emocionales y que merecen ser discutidas. Estas son: la comprensión de los límites de los psicólogos como una consecuencia posible a la frustración y el acercamiento a la propia locura como producto del contacto con la “locura” de los

pacientes. Ambas reflejan un proceso mediante el cual los psicólogos transforman la reacción emocional que no les es placentera, en una experiencia de crecimiento o aprendizaje.

Así, algunos psicólogos son capaces de servirse de la experiencia del contacto con sus propias limitaciones y la frustración que esto les genera para transformarla en un proceso de aprendizaje y aceptación de los propios límites. De la misma manera, la cercanía a la “locura” de sus pacientes permite que en algunos casos los psicólogos transformen esta vivencia en un proceso de cuestionamiento personal sobre el concepto de locura y las “áreas locas” propias lo cual deriva en una definición de psicosis menos estereotipada. Estos resultados comprueban las afirmaciones de Birdsong (1993) quien resalta que la elaboración exitosa de la experiencia emocional del trabajo psicológico con pacientes difíciles depende de la capacidad del psicólogo para pensar de manera realista su rol con respecto a sus pacientes y los límites del trabajo psicológico. A pesar de esta constatación, la investigación es escasa con respecto a los factores específicos que hacen posible esta elaboración exitosa.

La importancia del tema y la coherencia con nuestros hallazgos impelen a identificar las características personales que permiten que algunos psicólogos sean capaces de elaborar sus reacciones emocionales para transformarlas en una experiencia de aprendizaje y crecimiento. El desarrollo de un yo flexible y adaptativo (Kernberg, 1976) parece tener un rol fundamental en el fenómeno porque implica la capacidad para integrar los lados positivos y negativos de los objetos psíquicos (lo cual incluye a los otros, a uno mismo y a las situaciones) gracias a un yo que pueda tolerar un monto razonable de angustia y frustración. La capacidad que reflejan algunos de los participantes para tolerar la frustración surgida del contacto con las propias limitaciones y convertirla en una experiencia emocional que contribuye al crecimiento sugiere la existencia de un yo suficientemente sano. De la misma manera, la capacidad de explorar las “propias áreas locas” sin que esto signifique un desequilibrio personal, solo es posible gracias a la existencia de un yo con un nivel suficiente de fortaleza e integración que logra transformar una experiencia amenazante en una experiencia de

crecimiento personal y de creación de nuevos significados que enriquecen el trabajo clínico.

A lo anterior se suma que las vivencias emocionales que los psicólogos describen como placenteras (alegría, esperanza y satisfacción) aparecen solo cuando ellos son capaces de reconocer las áreas sanas de sus pacientes lo cual implica un yo capaz de integrar la salud y la enfermedad de los pacientes psicóticos. Los ejemplos anteriores resaltan la importancia de la salud mental de los psicólogos en el trabajo que realizan y en la posibilidad de elaborar la experiencia emocional derivada de su trabajo clínico.

Otro de los hallazgos importantes del estudio radica en la confirmación de la relevancia de las percepciones e interpretaciones de los psicólogos con respecto a la experiencia emocional. El análisis del discurso de los participantes muestra que dichas percepciones pueden ser divididas en dos grupos. En el primer grupo se encuentran las ideas de psicosis que contienen significados culturalmente atribuidos como la imagen del “loco” o el “inválido” las cuales son imputadas a la persona psicótica por el común de la población y en donde se evidencia una visión estereotipada y estigmatizada del paciente psicótico. El segundo grupo de percepciones con respecto a la psicosis son las que derivan de la educación formal de los profesionales y se acercan más a la definición de psicosis que se usa en la psiquiatría o en la psicología.

Sin embargo la importancia de identificar las percepciones de los psicólogos con respecto a sus pacientes no radica solo en el hecho de poder enumerarlas y clasificarlas sino en notar que estas se mantienen en constante interacción con las reacciones emocionales de los psicólogos ante los pacientes psicóticos (Reeve, 1994). Ejemplo de esto es que algunas emociones de los participantes responden a visiones estereotipadas del paciente psicótico, por lo que sienten miedo ante el “loco” mientras que otras como la alegría responden a una visión más integrada del paciente.

Adicionalmente, el análisis del discurso de los psicólogos demuestra que una única percepción puede estar relacionada a distintas reacciones emocionales en los psicólogos. Así, se descubre que la imagen del paciente psicótico como “inválido” genera cólera, rechazo y/o pena en los participantes. La cólera se da en

relación a lo desgastante e intenso que es el trabajo psicológico con personas “inválidas”, mientras que el rechazo se da frente a las múltiples dificultades que aparecen en el trabajo con la misma persona. A la vez, los psicólogos sienten pena a causa de las trabas que impone la “invalidez” al desarrollo personal de los pacientes.

De manera similar, la percepción del trabajo con personas psicóticas como una tarea compleja genera en los psicólogos frustración y cólera. La primera, se relaciona al deseo de progresar en el tratamiento con los pacientes sin lograr hacerlo, mientras que la cólera aparece cuando los psicólogos sienten que no pueden hacer nada más por sus pacientes.

Finalmente, la percepción de los pacientes psicóticos como personas sin capacidad para controlar sus impulsos genera miedo en los psicólogos frente al peligro de ser atacados, pero a la vez genera ansiedad frente a la posibilidad de perder el control de la sesión por la impredecibilidad de la conducta de las personas psicóticas.

Los últimos ejemplos describen la complejidad de la experiencia emocional como una vivencia en la que interactúan muchos factores que van más allá de lo que es aprehensible en primera instancia por el profesional que la experimenta, de allí la importancia de la reflexión sobre la propia experiencia emocional descrita por Jiménez (2009) para comprender su complejidad y entender su importante influencia en la práctica clínica. Así, cuando esta influencia no es revelada, los psicólogos pueden tender a practicar una “psicología del sentido común” (Canestri, 2003) en donde los elementos de la experiencia emocional no elaborada influyen para que el profesional empiece a construir y practicar modelos “pre-hechos” guiados por la “costumbre”. Así tenderá por ejemplo, a actuar en la práctica clínica según la imagen del paciente psicótico como “inválido” o como “peligroso”, lo cual reduce significativamente la capacidad de los psicólogos para reconocer la individualidad de cada paciente. Además, la posibilidad de entender la dinámica de la propia experiencia emocional es importante para la salud mental de los psicólogos quienes, por ejemplo, necesitan poder ser capaces de comprender las fuentes de la frustración o cólera que sienten a raíz de su trabajo y luego, la forma en la que estas interactúan



con las percepciones que ellos tengan con respecto a su trabajo y la satisfacción con el mismo. Esto representa una de las mejores maneras para prevenir síndromes como el burnout o la fatiga compasiva (Currid, 2008; DiMatteo, 2001; Itzhaky, 2001)

A través del análisis del discurso, se hace evidente que los años de trabajo juegan un importante rol con respecto a la experiencia emocional de los psicólogos dado que los diferentes elementos de esta se van modificando y complejizando a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los psicólogos contrastan sus ideas iniciales con respecto al paciente psicótico con las vivencias que se van dando a lo largo de su práctica clínica de lo que resulta una imagen más integrada y menos estereotipada del paciente psicótico, a la vez que las reacciones de miedo o la ansiedad se reducen en intensidad dando paso a una vivencia más placentera del trabajo. Al hacer un análisis más exhaustivo del discurso de los participantes con mayor y menor experiencia, se encuentra una ligera tendencia de los psicólogos menos experimentados a referirse más a las dificultades del trabajo con pacientes psicóticos y a las reacciones emocionales a estas. Por su parte, los psicólogos más experimentados tienden a describir imágenes de las personas psicóticas que integran más la salud y la enfermedad, a la vez que tienen menos reparo en hablar de su experiencia emocional, incluyendo tanto las dificultades como las satisfacciones derivadas de esta.

Estos resultados concuerdan con los de Craig y Sprang (2009) quienes encontraron que los años de experiencia son un factor muy importante en la vivencia de satisfacción con respecto al propio trabajo en terapeutas que trabajan con personas con estrés post traumático. Así, los terapeutas más experimentados sienten más satisfacción con respecto a su trabajo que los menos experimentados, lo cual cuestionaría la idea del tiempo como factor nocivo en la salud mental de los terapeutas que trabajan con pacientes con patologías severas (Di Matteo, 2001; Killburg, 1986).

Sin embargo, es importante que al investigar la asociación entre los años de experiencia y una experiencia emocional más positiva o integrada se evite asumir que una causa la otra, ya que esto no es necesariamente cierto; en ese sentido, es posible que sólo las personas que eventualmente logran integrar y



elaborar los diferentes elementos y variaciones de la experiencia emocional sean las que deciden seguir trabajando con estos pacientes mientras que quienes lo encuentran intolerable tenderían a abandonar este trabajo, lo que hace imposible estudiar a estas personas comparándolas con quienes no abandonan la tarea.

En el caso de los participantes de este estudio, es importante decir que más de la mitad de ellos han trabajado con personas psicóticas por más de diez años, por lo que se asume que más de la mitad de los participantes son psicólogos que han decidido seguir trabajando con este tipo de pacientes. Sin embargo, las diferencias encontradas en los discursos de los psicólogos con más y menos experiencia son sutiles y en este sentido sería importante que futuros estudios clarifiquen la cantidad de años a partir de la cual las diferencias entre psicólogos con mayor y menor experiencia se hacen claramente evidentes. Además, sería importante que la investigación se oriente a elucidar los factores que hacen que los psicólogos permanezcan trabajando con personas psicóticas a través de los años. Por ahora, con respecto a los años de experiencia se puede afirmar que el tiempo parece ser un factor importante para los psicólogos en cuanto a la elaboración de su propia experiencia emocional.

El sexo de los psicólogos fue tomado en cuenta como una variable para el análisis de la experiencia emocional. Sin embargo, a partir de los resultados no es posible inferir que existen diferencias en la experiencia emocional de psicólogos y psicólogas lo cual puede ser explicado principalmente en función del pequeño número de hombres en la muestra. Sin embargo, una línea importante para futuras investigaciones consiste en elucidar las diferencias de la experiencia emocional de psicólogos y psicólogas dadas las diferencias que existen entre hombres y mujeres en el procesamiento y expresión de las emociones (Lithary et al., 2010).

Finalmente, es importante considerar que la presente investigación fue llevada a cabo en una institución pública de salud mental. Por tanto, todos los hallazgos del estudio deben ser entendidos desde este contexto. Pese a que los participantes no incluyeron el tema de la institución de manera espontánea al narrar su experiencia emocional con pacientes psicóticos, podemos ver la influencia de esta en el hecho que la institución pública de salud mental determina

que los psicólogos trabajen frecuentemente con poblaciones en situaciones de exclusión, pobreza y violencia.

A la luz de los resultados, se puede afirmar que la pobreza de los pacientes impacta de diferentes maneras en la experiencia emocional de los psicólogos. Esta causa frustración e impotencia en los profesionales porque pese a sus esfuerzos, la pobreza impone límites infranqueables al trabajo psicológico con los pacientes, que incluyen un acceso restringido o nulo a medicinas así como intensos estresores que dificultan el proceso de rehabilitación de las personas. A la vez, la pobreza genera pena en los psicólogos porque el sufrimiento de los pacientes no se limita a la psicosis misma sino a un contexto global que se convierte en un círculo vicioso del cual es muy difícil salir. El discurso de los psicólogos muestra que la pobreza, la exclusión y la violencia actúan como catalizadores de la enfermedad mental tal como fue descrito por el Proyecto Amares (2006) a partir del trabajo realizado con comunidades víctimas de violencia política. Siguiendo nuestros resultados vemos como las historias de violencia, abuso y la situación de extrema pobreza pueden jugar como estresores iniciales en la enfermedad mental de la misma manera que influyen en el desarrollo de la enfermedad y las posibilidades de recuperación y rehabilitación de la misma.

La frustración, pena, e impotencia narradas por los participantes frente a la pobreza e historias de violencia de sus pacientes hacen referencia a la vivencia de un fenómeno que trasciende la enfermedad mental y por tanto introducen la necesidad de incorporarlas como una dimensión de crucial importancia en el estudio de la experiencia emocional de los psicólogos que trabajan en el sector público de salud mental, pues inevitablemente se verán enfrentados a este problema en su trabajo cotidiano.

El presente estudio aporta al conocimiento por ser uno de los pocos que describe la vivencia emocional de los psicólogos que trabajan con personas psicóticas en el ámbito público, de tal manera que brinda un conocimiento contextualizado, susceptible de ser utilizado por los profesionales que trabajan en ámbitos semejantes en el país. Pese a la limitación que puede significar el pequeño tamaño de la muestra de esta investigación y el número relativamente pequeño de horas que los participantes dedican semanalmente a sus pacientes

psicóticos, consideramos que los aportes son importantes como parte del inicio de una línea de investigación en este tema escasamente estudiado. Finalmente, la información obtenida en esta investigación permite conocer algunas de las reacciones emocionales que pueden aparecer en los psicólogos y que pueden ser potencialmente dañinas para su salud mental, por lo que los resultados de esta investigación son un insumo útil en el diseño de intervenciones orientadas a cuidar la salud mental de psicólogos que trabajan de manera cotidiana con pacientes psicóticos.

Hasta este punto hemos discutido los hallazgos principales de nuestro estudio centrándonos en la naturaleza de la experiencia emocional de los psicólogos y sus implicancias en la práctica clínica. Adicionalmente, los resultados obtenidos permiten realizar algunas conclusiones que son importantes de señalar.

El primer aspecto nombrado por los psicólogos con respecto a la experiencia emocional del trabajo con personas psicóticas es la “desconexión emocional” que presentan estos pacientes, lo cual alude al vínculo evitativo y rechazante que tienden a establecer las personas psicóticas. Este vínculo marcará la experiencia emocional de los profesionales en su trabajo con estos pacientes.

Al narrar su experiencia emocional, los psicólogos dan cuenta de una compleja vivencia que está conformada por múltiples reacciones emocionales en interacción con diversas percepciones e interpretaciones de los psicólogos con respecto a la psicosis y al paciente psicótico.

Dada la complejidad e intensidad de la experiencia emocional, la salud mental de los psicólogos se convierte en un elemento fundamental pues esta determina la capacidad de los psicólogos para integrar y elaborar los aspectos positivos y negativos de la experiencia. Es también gracias a su salud mental que los psicólogos pueden obtener una fuente de aprendizaje y crecimiento personal a partir de su trabajo con las personas psicóticas.

Sin embargo, la tarea de elaboración, significación y transformación necesita tiempo para ser realizada, es por eso que sostenemos que el tiempo de experiencia profesional juega un rol fundamental en la experiencia emocional de los psicólogos.

Finalmente, encontramos que la pobreza es un factor que atraviesa y modifica la experiencia emocional de los psicólogos más allá de la enfermedad mental y constituye uno de los mayores obstáculos en el trabajo psicológico. Por consiguiente, el impacto de la pobreza de los pacientes en la experiencia emocional de los psicólogos debe ser tomado en cuenta como un factor influyente, especialmente en el contexto de la institución pública de salud mental que fue el contexto en el que fue realizada esta investigación.

Es a partir de lo dicho anteriormente que consideramos importante que los psicólogos que trabajan con personas psicóticas creen espacios sostenidos de supervisión donde les sea posible expresar y elaborar la experiencia emocional que deriva de su trabajo cotidiano con personas psicóticas. Lo último es especialmente cierto cuando consideramos que la elaboración de la experiencia emocional constituye parte fundamental de la calidad de tratamiento que los psicólogos brindan. Así mismo, la institución de salud mental como contexto en el que se da el encuentro psicólogo – paciente debe promover espacios para cuidar la salud mental de sus trabajadores.

## REFERENCIAS

- Alarcón, R. (1986). *Psicología, pobreza y subdesarrollo*. Lima: Editorial Educativa.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con cáncer terminal en un grupo de psicólogos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of oncology nursing*, 13(2), pp. 183-191.
- Banister, P. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham: Open University Press.
- Barlow, D. (1999). *Psicología integral. Un enfoque integral*. México DF: Thompson Learning.
- Birdsong, E. (1993). *The Psychologist's experience on client suicide*. Tesis de Doctorado. The Union Institute, Cincinnati-USA.
- Bustamante, V. (1999). *Particularidades de la psicoterapia de orientación psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Cabero, A. (1995). *Apuntes para una guía de supervivencia del terapeuta familiar en un contexto público de salud mental*. En J. Navarro (Ed.), *Avances en Terapia Familiar Sistémica* (pp. 40-76). Barcelona: Paidós.
- Canestri, J. (2003). La supervisión en la formación psicoanalítica: El análisis y el uso de las teorías implícitas en la práctica psicoanalítica. Extraído el 12 de enero del 2010: <http://www.apuruguay.org/Actividades%20científicas/La-supervisión.pdf>
- Casement, P. (1990). *Aprender del paciente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Christakis, N.A. & Iwashyna, T.J. (2003) The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and



- mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Social science and medicine*, 57(3), pp. 465-475.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2009). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 9, pp. 1-21.
- Crowley, R. (1998). Human Reactions of Analysts to Patients. En B. Wolstein (Ed.), *Essential paper on countertransference* (pp. 80-90). New York: University Press.
- Currid, T. J. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *The British journal of nursing*, 17(14), pp. 880-884.
- Di Matteo, M. (2001). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Doria, R. (1995). Vínculo primordial. En *Hacia el psicoanálisis de la psicosis* (pp. 47-54). Buenos Aires: Lumen.
- Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. (2009). The Therapeutic Relationship in CBT for Psychosis: Client, Therapist and Therapy Factors. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37 (5), pp. 527-540.
- Ferro, A. (2001). *La sesión analítica: emociones, relatos, transformaciones*. Buenos Aires: Lumen.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fromm-Reichman, F. (1962). *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Eds. Horme.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo conductual*. Madrid: Pirámide.
- Gutiérrez, E. (1995). La terapia familiar en la esquizofrenia: Los modelos psicoeducativos. En J. Navarro & M, Beyebach (Ed.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 109-136). Barcelona: Paidós.
- Hamann, G. (2004). *Religión y actitudes hacia el tratamiento en pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.

- Huneus, T. (2001). *La esquizofrenia: Visión integradora*. Santiago de Chile: Universidad internacional SEK.
- Jiménez, J. (2009) *Grasping psychoanalysts' practice in its own merits*. Keynote Lecture. 46th Congress of the International Psychoanalytical Association. Chicago, 29 July – 1 August 2009.
- Kalikztein, B. (2000). *Experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Kernberg, O. (1976). *Object-relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Jason Arosen: New York.
- Kilburg, R. (1986). *Professionals in distress: issues, syndromes and solutions in psychology*. Washington DC.: APA.
- Laing, R. (1964). *El Yo dividido*. México DF.: Fondo de cultura económica.
- León, C. (2001). La esquizofrenia: Aspectos socioculturales. En J. Trellez-Vargas (Ed.), *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia* (pp. 220-236). Bogotá: Nuevo Milenio.
- Lithary, C., Frantzidis, CA., Papadelis, C., Vivas, A., Klados, M.A., Kourtidou-Papadeli, C., Pappas, C., Ioannides, A.A., Bamidis, P.D. (2010) Are females more responsive to emotional stimuli? A neurophysiological study across arousal and valence dimensions. *Brain Topography*, 23(1), pp.27-40.
- Machado, P. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), pp. 39-57.
- Maldonado, M. (1986). *Estudio de la creencia sobre la enfermedad mental en auxiliares de un centro de rehabilitación en salud mental del sector público*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Mannoni, M. (1980). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México DF: Siglo XXI.

- Medina, R., & Melgar, M. (1995). Repetición y creatividad en el tratamiento de las patologías psicóticas. En R. Doria & M. Melgar (Eds.), *Hacia el psicoanálisis de las psicosis* (pp. 23-36). Buenos Aires: Lumen.
- Moll, S. (2009). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Nelson, B., Sass, L., Skodlar, B. (2009). The Phenomenological Model of Psychotic Vulnerability and Its Possible Implications for Psychological Interventions in the Ultra-High Risk ("Prodromal") Population. *Psychopathology*, (42), pp. 283-292.
- Patton, Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage Publications.
- Proyecto Amares. (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto Amares.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill
- Rice, P. (2006). *Listening to Psychologists: Understanding practitioners' perspectives on treating substance use disorders*. Tesis de Doctorado. Chestnut Hill College, Philadelphia-USA.
- Rogers, C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), pp. 95-103
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenbaum, B., Harder, S. (2007). Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. *International Review of Psychiatry*, 19(1), pp. 12-23.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse e interpretación*. Madrid: Grupo Editorial Julián Yebens.
- Rustin, M. (1997). *Psychotic states in children*. New York: Routledge.
- Sandler, J. (1993). *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Saranson, I. (2001). *Abnormal psychology: The problem of the maladaptive behavior*. New Jersey: Prentice Hall.

- Searles, H. (1998). The Schizophrenic's vulnerability to the therapist's unconscious processes. En B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp. 202-224). New York: University Press.
- Sperber, D. (1996). *Explaining culture. A naturalistic approach*. Oxford: Blackwell publishers.
- Strongman, K. (1996). *The Psychology of emotion. Theories of emotion in perspective*. Chichester: Wiley.
- Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J. (2008). Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *The international Journal of Social Psychiatry*, 54(3), pp. 225-241.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis S.A.
- Winnicott, D. (1979). Desarrollo emocional primitivo. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Editorial Laia: Madrid.
- Wolstein, B. (1998). The pluralism of perspectives on countertransference. En B. Wolstein (Ed.), *Essential papers on countertransference* (pp. 339-353). New York: University Press.





## Anexo A

Ficha de datos sociodemográficos

Edad:

Sexo:

Hace cuantos años trabaja usted en la institución?: \_\_\_\_\_

Cuantas horas dedica usted por semana a atender pacientes psicóticos: \_\_\_\_\_



## Anexo B

### Guía de entrevista

#### **1. Experiencia emocional con respecto al paciente psicótico**

- ¿Qué es lo diferente, característico del trabajo con pacientes psicóticos?
- ¿Que tipos de reacciones le generan las personas psicóticas? (corporales, emocionales, conductuales, etc).
- ¿Qué tipo de reacciones negativas le generan este tipo de pacientes?
- ¿Qué entiende por persona con psicosis? ¿Qué significa para usted la palabra “psicótico”?
- ¿Qué es lo que satisfactorio/difícil de trabajar con estos pacientes?

#### **2. Diferencias en la experiencia emocional a partir del tipo de psicosis y tipo de tratamiento de los pacientes**

- ¿Como es trabajar con un paciente crónico?
- ¿Como es trabajar con un paciente agudo?
- ¿Como es cuando se trabaja con un paciente que no responde a la medicación?
- ¿Como es trabajar con un paciente que recibe terapia electroconvulsiva?
- ¿Como se sentirá una persona psicótica en un tratamiento psicológico?

#### **3. Curso de la experiencia emocional con pacientes psicóticos a través del tiempo.**

- ¿Qué es lo que le atrae del trabajo con personas psicóticas?
- ¿Como fueron las primeras experiencias con pacientes psicóticos?
- ¿Qué ha ido cambiando con el tiempo? ¿Cambió algo?
- ¿Qué le diría a una persona que recién empieza a trabajar con personas psicóticas
- ¿Siente que el trabajo con personas psicóticas ha cambiado su forma de verse a sí mismo de alguna manera?

#### **4. Experiencia emocional del trabajo en una institución de salud mental**

- ¿Como influye el contexto hospitalario en el trabajo con estos pacientes?
- ¿Encuentra algún aspecto positivo o negativo de trabajar en la institución?

## Anexo C

### Consentimiento Informado

Lima, octubre del 2006

Estimado participante:

La presente investigación busca acercarse a la vivencia emocional de los psicólogos que trabajan de manera cotidiana con personas psicóticas. Para esto, se realizan entrevistas a profundidad con las personas que, como usted, han accedido a formar parte del proceso de recolección de información.

La información obtenida será utilizada con fines de investigación académica en la Pontificia Universidad Católica del Perú, universidad a la que pertenece la investigadora en calidad de alumna de Psicología.

Las entrevistas serán realizadas en privado con cada uno de los participantes y deben ser grabadas en audio para su posterior análisis, por lo cual se necesita el consentimiento de cada uno de los participantes, quienes pueden pedir que la grabación sea detenida en cualquier momento durante la entrevista. Las grabaciones en audio serán utilizadas exclusivamente por la investigadora. Las entrevistas transcritas serán leídas por una supervisora en la universidad, por lo que la investigadora se compromete a usarlas de manera tal que no sea posible reconocer a los participantes.

Los resultados obtenidos serán publicados manteniendo los criterios de anonimato y confidencialidad, tanto con respecto a las instituciones como a los participantes. La investigadora se compromete a entregar un informe con los resultados de la investigación a cada institución. Los participantes podrán acceder a este documento por medio de la institución donde trabajan.

Es importante considerar que la participación en la investigación permitirá un momento para pensar y elaborar algunos de los sentimientos y reacciones

suscitadas en cada uno de los psicólogos que trabajan de manera cotidiana con personas que sufren de trastornos psicóticos, lo que constituye una oportunidad de pensarse a sí mismo.

Finalmente, agradezco su participación e interés en la investigación y espero que esta sea una experiencia enriquecedora para todos.

María Cecilia Dedios

Yo \_\_\_\_\_, conozco las condiciones y acepto participar en la investigación de la Srta. Dedios

-----

Yo \_\_\_\_\_, conozco las condiciones y acepto participar en la investigación de la Srta. Dedios

