



Espiritualidad, Intuición y Conexión en la Práctica Psicoterapéutica. Un Estudio Cualitativo Descriptivo- Interpretativo con Terapeutas Experimentados

Autor: Pablo Navarro Rubio

Tutor: Dr. Rafael Jódar

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas

Madrid

Mayo 2026

Resumen

En la psicoterapia contemporánea se han ido dejando de lado dimensiones como la espiritualidad, la intuición o la conexión profunda con el paciente que, sin embargo, han acompañado los procesos de sanación desde hace muchísimo tiempo. Este estudio cualitativo descriptivo-interpretativo explora cómo siete terapeutas con una larga trayectoria clínica viven y describen estas tres dimensiones dentro de su práctica profesional. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas, planteadas de lo más general a lo más específico, y posteriormente se analizaron las unidades de significado que iban emergiendo, agrupándolas de manera progresiva en distintas categorías. El análisis se estructuró en cuatro dominios de investigación previamente definidos y dio lugar a cuatro categorías principales y veintiséis subcategorías emergentes. Los participantes describieron la espiritualidad como marco de sentido del proceso terapéutico, la intuición como una forma de conocimiento clínico más allá de lo racional, sostenida en el cuerpo, en la percepción de sincronicidades y en un discernimiento permanente respecto a la empatía y la contratransferencia y, por último, la presencia y el vínculo como núcleo transformador del proceso. El propio terapeuta apareció como un instrumento clínico en transformación, cuya cualidad depende del trabajo personal continuo y que se sostiene sobre una crítica explícita al modelo dominante. Los hallazgos sugieren que el trabajo psicoterapéutico trabaja sobre dimensiones que el modelo basado en la evidencia no captura del todo, pero que resultan operativas en la práctica clínica de terapeutas experimentados de diversas orientaciones.

Palabras clave: espiritualidad, intuición clínica, conexión profunda, presencia clínica, psicoterapia.

Índice

Resumen.....	2
Introducción	5
Historia del espacio ritual de sanación	5
Espiritualidad y conexión en la práctica psicoterapéutica.....	7
Pregunta de investigación principal.....	10
Preguntas de soporte.....	10
Método	11
Participantes	11
Procedimiento.....	12
Análisis de datos.....	13
Integridad del análisis.....	15
Resultados	18
La espiritualidad y el sentido en el encuentro terapéutico	19
La intuición en la práctica terapéutica.....	27
La presencia compartida como espacio donde aparecen experiencias difíciles de nombrar.....	35
Prácticas y recursos que facilitan la integración de estas experiencias en terapia	43
Discusión.....	54
Limitaciones del estudio.....	63
Líneas futuras de investigación	63

Implicaciones clínicas	64
Referencias.....	65
Anexo A: Guion de la entrevista.....	69
Anexo B: Modelo de consentimiento informado.....	71
Anexo C: Resolución del comité de ética	74
Anexo D: Muestra de unidades de significado organizadas por subcategoría final	75
Anexo E: Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa	76

Introducción

“La experiencia más hermosa que podemos tener es lo misterioso. Es la fuente de todo arte y de toda ciencia verdadera.” (Einstein, 1930)

Este trabajo presenta un estudio cualitativo descriptivo-interpretativo que explora cómo describen y explican las prácticas y experiencias asociadas a la dimensión espiritual, la intuición clínica y la conexión profunda con el paciente en el día a día de su trabajo. Para situar el problema de investigación, esta introducción se organiza en dos apartados. El primero, Historia del espacio ritual de sanación, recorre brevemente el lugar que la dimensión espiritual y relacional ha ocupado históricamente en los procesos de sanación humana, desde el chamanismo y la confesión cristiana hasta el desplazamiento que supuso el paradigma biomédico. El segundo, Espiritualidad y conexión en la práctica psicoterapéutica, revisa cómo distintas tradiciones clínicas contemporáneas han abordado las dimensiones espiritual, intuitiva y relacional del trabajo terapéutico, y presenta el problema y las preguntas de investigación del estudio.

Historia del espacio ritual de sanación

La humanidad ha estado buscando constantemente un lugar seguro donde transmitir información privada e íntima. Desde épocas prehistóricas, y en todo el planeta, nos encontramos con el fenómeno del chamanismo. El chamanismo es una práctica ancestral surgida entre tribus indígenas. Se trata de un sistema que integra el cuerpo, las emociones y la espiritualidad.

De acuerdo con diferentes autores, las características comunes de los rituales chamánicos son la simbolización del malestar, la regulación emocional y el uso y el acompañamiento de estados modificados de la conciencia (Elendu et al., 2024; Sun & Kim, 2025). Krippner (2012) describe al chamán como una persona capaz de regular voluntariamente su atención para acceder a información no disponible en estados de conciencia ordinarios. Este autor, además, compara el

rol que desempeña el chamán con el del psicólogo. Destaca que ambos trabajan sobre la persona como un todo (cuerpo, mente y espíritu).

Winkelman (2010) aporta un marco neurofenomenológico al describir que estos rituales activan un “modo integrativo de conciencia” que facilita la reorganización emocional, la regulación psicobiológica y la transformación de la identidad.

Al continuar echando la vista atrás en la historia, nos encontramos con una de las prácticas más íntimas del cristianismo: la confesión. Esta costumbre nació en el ámbito de la Iglesia celta, hace más de mil quinientos años, en el siglo VI después de Cristo. La idea era crear un espacio seguro donde una persona pudiera desahogarse y contar aquello que le suponía una carga, como sus secretos o faltas. Lo hacía frente a un guía espiritual que no solo escuchaba, sino que también ofrecía su consejo y una guía para encontrar la paz interior (Tentler, 1977).

De acuerdo con Hymer (1995), esta confesión es un proceso catártico y relacional con capacidad para reorganizar la experiencia interna de la persona. Esto nos pone de manifiesto que la dimensión espiritual y las relaciones interpersonales han formado parte de los procesos de sanación en la humanidad.

En definitiva, todo lo que hemos visto hasta el momento nos enseña algo fundamental: que nuestra espiritualidad y nuestras conexiones con los demás siempre han sido dos pilares del camino de la sanación humana.

Con el pensamiento hipocrático se produjo un cambio al priorizar la observación sistemática y, con ello, una explicación racional de los síntomas. Tal y como señala Elendu (2024), este cambio supuso el inicio de la tradición de la medicina occidental. Aquí quedaron marginados los aspectos tanto simbólicos como la interpersonalidad en el proceso de sanación. Otros autores, como Engel (1977), comentan que con el modelo biomédico moderno se culmina

el proceso de definir la enfermedad como la desviación de los parámetros biológicos, quedando de nuevo fuera aspectos como la subjetividad, el sentido y la espiritualidad.

Thomas Szasz (1960) fue uno de los primeros en decir algo revolucionario: que nuestro dolor mental no es una enfermedad del cuerpo. Para él, la angustia o la tristeza profunda no son como un hueso roto o una infección. Son experiencias llenas de sentido que nos dicen algo importante sobre nuestra vida. En su crítica estaba implícita la advertencia de que si se tratan los problemas humanos como si solo fueran un fallo biológico, se ignora por completo la historia de la persona, sus relaciones y las grandes preguntas que le dan sentido a todo.

Espiritualidad y conexión en la práctica psicoterapéutica

Sin embargo, la psicoterapia contemporánea ha heredado gran parte de este enfoque que Szasz criticaba. Hoy en día las terapias basadas en la evidencia dan prioridad a las intervenciones estandarizadas con sus respectivos manuales de aplicación. De esta manera, la complejidad del ser humano tiende a conceptualizarse en unidades medibles (Hayes & Hofmann, 2018).

Pero si lo pensamos bien, la psicoterapia de hoy podría funcionar de manera muy parecida a los rituales sanadores revisados al comienzo de esta introducción. De acuerdo con Rogers (2019), la terapia es un espacio seguro y privado donde la persona puede desahogarse con la confianza de que todo lo que dice se queda ahí y donde se encuentra con alguien que escucha de verdad y sin juicios. En ese sentido, la terapia se convierte en una especie de ritual personal, acompañado, en el que uno puede sentirse conectado, abierto y listo para transformarse.

Consideramos que muchos de los avances ocurridos en el campo de la psicoterapia han sido útiles, pero diferentes autores han señalado que esta aproximación ha dejado de lado dimensiones imprescindibles en el encuentro entre psicólogo y paciente, como la vivencia

espiritual, la intuición clínica o la conexión profunda con el paciente (Bohart & Tallman, 1999; Norcross & Lambert, 2011; Greenberg, 2015).

Cuando hablamos de espiritualidad no nos referimos a la espiritualidad vinculada a la religión, sino a esa búsqueda personal de sentido, de conexión con los demás y de transformación interior —lo que Pargament (1999, p.12) ha definido como la búsqueda de aquello que el individuo considera sagrado—. Este tema fue prácticamente vetado en la consulta del psicólogo, a pesar de que siempre ha sido una de las principales herramientas que las personas han usado para sanar. El resultado es una terapia que sí funciona, pero a menudo parece incompleta, ya que no omite aspectos esenciales de la experiencia humana que continúan operando de forma implícita en el encuentro terapéutico.

Desde la psicología humanista, Maslow (2014) describió las experiencias cumbre como momentos de plenitud espiritual. Por otro lado, Frankl (2015) nos recordó que la pregunta más importante ante el dolor no es cómo escapar de él, sino encontrarle un sentido. Y Rogers (1995), desde la escucha, sentía cómo, a veces, dos personas creaban en un espacio privado una conexión que las trascendía. Más recientemente, Pargament (2007) ha mostrado que la espiritualidad constituye un recurso psicológico fundamental que opera en los procesos de afrontamiento y cambio, incluso cuando no se aborda explícitamente en la terapia.

En contraste con esta posición encontramos trabajos que sugieren que las dimensiones mencionadas anteriormente siguen apareciendo y operando en la práctica clínica. Geller y Greenberg (2023) describen cómo en la sesión terapéutica se produce una cualidad de estar — que estos autores denominan presencia terapéutica— en la que participan simultáneamente componentes físicos, emocionales, cognitivos, espirituales y relacionales, y que emerge precisamente del entrelazamiento de la dimensión espiritual, la captación intuitiva y la conexión

profunda con el paciente entendida esta última no como un mero rapport técnico, sino como un encuentro humano cargado de implicación recíproca que reintroduce en la psicoterapia elementos relacionales y experienciales que el modelo biomédico dejó al margen.

Esta cualidad de estar genera un contexto en el que aparece una seguridad que facilita la transformación de las emociones. Por su parte, Gendlin (1978) conceptualiza la intuición en terapia como un conocimiento encarnado que permite al terapeuta captar significados que el paciente no es capaz de articular. La intuición también puede encontrarse en otras orientaciones clínicas. Jung (1976) la veía como una de las grandes funciones de nuestra psique, una forma de conocimiento que nos permite percibir posibilidades psíquicas y significados simbólicos no evidentes.

En el mismo camino, pero desde el psicoanálisis, figuras como Winnicott (1975) y Bion (2023) hablaron de procesos en los que el terapeuta se atreve a sentir con el paciente, a acoger sus emociones más primitivas, a contenerlas para, después, ofrecerlas de vuelta ya no como caos, sino como una experiencia con sentido. Esa conexión que no se explica con palabras, es lo que hoy podemos llamar intuición clínica.

Explorar cómo los psicólogos utilizan estas dimensiones en el día a día de su práctica puede mejorar el conocimiento sobre cómo se producen los cambios en el comportamiento de las personas. Creemos que esta mejora puede complementar los enfoques basados en manuales y protocolos, además de aportar información valiosa para la formación de nuevos psicólogos. Un estudio descriptivo-interpretativo puede comprender la complejidad de estas dimensiones, subjetivas y difíciles de cuantificar (Elliott & Timulak, 2021). Y puede hacerlo desde un enfoque respetuoso y metodológicamente adecuado. Aun así, estas dimensiones suelen funcionar de forma implícita en la sesión y rara vez aparecen documentadas en detalle en la literatura. El

desplazamiento de la psicoterapia hacia modelos técnicos y protocolizados ha dejado fuera del discurso científico aspectos centrales del trabajo relacional —el sentido que se construye en sesión, la resonancia entre dos personas, la transformación que se produce en lo más íntimo del paciente—, aunque estos aspectos sigan apareciendo en la práctica de terapeutas de orientaciones muy distintas.

Con este propósito, el estudio se articula en torno a la siguiente pregunta principal y un conjunto de preguntas de soporte.

Pregunta de investigación principal

¿Cómo describen y explican los terapeutas las prácticas y experiencias asociadas a la dimensión espiritual, la intuición clínica y la conexión profunda con el paciente en su labor psicoterapéutica?

Preguntas de soporte

- ¿Qué prácticas, técnicas o recursos describen los terapeutas como facilitadores de estados de conexión profunda durante las sesiones?
- ¿Cómo reconocen, interpretan o diferencian estas experiencias de otros fenómenos psicológicos como la empatía o la contratransferencia?
- ¿Qué papel atribuyen a la espiritualidad —propia o del paciente— en el proceso terapéutico?
- ¿Qué efectos perciben en la relación terapéutica o en el proceso de cambio del paciente cuando emergen estos estados?
- ¿Qué desafíos éticos identifican los terapeutas en relación con la incorporación de la espiritualidad en la práctica clínica?

- ¿Cómo integran estas experiencias en su identidad profesional como terapeutas?

Método

La realización de este proyecto se ha basado en la metodología presentada por Elliot y Timulak en su obra *Descriptive-Interpretative Qualitative Research* (2021).

Participantes

7 participantes (5 hombres y 2 mujeres) participaron en las entrevistas de investigación. Estos participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional. Este muestreo se orientó deliberadamente a la selección de terapeutas en cuya práctica clínica se sospechaba —por su trayectoria, formación o publicaciones— que la dimensión espiritual, la intuición y la conexión profunda con el paciente ocupaban un lugar relevante. Los criterios de inclusión fueron, por un lado, contar con al menos 10 años de experiencia clínica y, por otro, adscribirse a diferentes orientaciones psicoterapéuticas (ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y profesionales de los participantes

Nombre	Orientación Clínica	Años de Experiencia	Modalidad de la entrevista
Pedro	Integradora	13	Presencial
Martín	Psicoanalista Relacional	17	Presencial
Elena	Transpersonal	15	Presencial
Jesús	Integradora	10	Videoconferencia
Esteban	Transpersonal	43	Presencial
Marta	Psicoanalista Relacional	10	Presencial
Andrés	Integradora	16	Presencial

Las orientaciones reflejadas en la experiencia de los participantes fueron: psicología transpersonal (2 participantes), psicología integradora (3 participantes) y psicoanálisis contemporáneo (2 participantes). Además, se evaluó su capacidad para aportar información relevante y significativa sobre el fenómeno de estudio.

Procedimiento

Se procedió a la elaboración del guion de la entrevista semiestructurada, que siguió un enfoque de embudo, con preguntas sobre los siguientes dominios de investigación:

- La espiritualidad y el sentido en el encuentro terapéutico.
- La intuición en la práctica terapéutica.
- La presencia compartida como espacio donde aparecen experiencias difíciles de nombrar.
- Prácticas y recursos que facilitan la aparición de estas experiencias en terapia.

Aunque el marco conceptual del estudio se articula en torno a tres dimensiones — espiritualidad, intuición y conexión profunda—, el guion incluyó la presencia como un dominio diferenciado para que los participantes pudieran describir explícitamente cómo se manifiesta en su práctica clínica esa cualidad de estar que, según la literatura, emerge del entrelazamiento de las tres dimensiones mencionadas anteriormente (Geller & Greenberg, 2023).

La conceptualización de estos dominios se realizó a partir de la revisión de la literatura existente, del problema de investigación y de la pregunta principal y, en definitiva, del interés por explorar cómo los terapeutas describen y comprenden estas dimensiones en su práctica clínica. Las preguntas se formularon con el objetivo de explorar dichos dominios de conocimiento. Entre los ejemplos de preguntas incluidas se encuentran: «Desde tu experiencia, ¿qué efectos tienen estos momentos de conexión profunda, de intuición o de vivencia espiritual que experimentas como terapeuta en el proceso de transformación del paciente?» y «¿Hay prácticas, actitudes o recursos que sientas que facilitan la aparición de estos estados de conexión

o de intuición profunda durante la sesión?». El guion completo de la entrevista está disponible en el Anexo A.

Posteriormente, se fue contactando a los posibles participantes, fueron informados sobre la finalidad del estudio, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad del tratamiento de los datos y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Tras ello, se cerró la fecha para la entrevista presencial con quienes confirmaron su participación y, antes de la entrevista, firmaron el consentimiento informado correspondiente (véase el modelo en el Anexo B). Estas entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis. Las entrevistas se realizaron en un plazo de dos meses y fueron llevadas a cabo por el autor. Las mismas tuvieron una duración media de 31 minutos (rango de 21 a 46 minutos).

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Pontificia Comillas con el número de dictamen 060/25-26 y código de aprobación 26012026 (ver Anexo C).

Análisis de datos

El análisis de los datos siguió igualmente el enfoque descriptivo-interpretativo de Elliott y Timulak (2021). Una característica central de este enfoque es que permite explorar en profundidad la experiencia de los participantes y el significado que atribuyen al fenómeno estudiado. Además, es un enfoque muy adecuado para ayudar a responder preguntas abiertas y exploratorias.

En primer lugar, se realizó una lectura detallada de las transcripciones. En una segunda lectura, se realizó un juicio de relevancia que consistió en identificar el material pertinente para responder a la pregunta de investigación. De esta manera se consiguió una reducción inicial del volumen de datos, lo que aumentó la claridad y el enfoque. A continuación, se procedió a

identificar las unidades de significado. Estas unidades de significado son segmentos del texto transcrito que se consideran portadores de contenido relevante para las preguntas de investigación (L'Estrange et al., 2016). Cada unidad fue identificada y etiquetada utilizando como soporte el software Taguette y Microsoft Excel para la organización, comparación y filtrado de unidades y categorías (Rampin & Rampin, 2021; Microsoft Corporation, 2026).

Posteriormente, las unidades de significado fueron agrupándose en categorías empezando por las de la primera entrevista. De ahí se obtuvo un listado de categorías. A medida que se iban analizando las entrevistas, se iban categorizando sus unidades de significado, comparándolas con las entrevistas anteriores (Glaser & Strauss, 2008), de tal manera que se fueron identificando patrones recurrentes y contenidos similares y diferentes en las experiencias descritas por los entrevistados. De esta manera, cada entrevista aportaba alguna categoría adicional al análisis, se identificaban las que se repetían y se realizaban ajustes en las categorías anteriores que lo necesitaban. Estas categorías no estaban definidas de antemano, sino que surgieron del análisis de los contenidos y, por tanto, quedaron estrechamente relacionadas con ellos. A medida que se hacía cada comparación, se fueron redactando notas y reflexiones en una especie de síntesis provisional. Con el objetivo de ilustrar el proceso descrito y hacer visible su trazabilidad, en el Anexo D se incluye una tabla que recoge, a modo de ejemplo, para determinadas subcategorías finales, algunas de las unidades de significado que la componen. Cada fila contiene ocho elementos: la unidad de la subcategoría, su nombre, el identificador de la unidad (ID) de la unidad de significado, el participante del que procede, la categoría provisional con la que la unidad fue etiquetada en la fase intermedia, la etiqueta inicial asignada en la primera fase del análisis, la paráfrasis correspondiente a la unidad de significado y el texto literal del participante del que esta procede. El anexo no pretende recoger la totalidad de las unidades analizadas —que

ascienden a 324— ni constituir una muestra representativa, sino ofrecer un ejemplo concreto que permita al lector reconstruir, paso a paso, el camino desde el material textual original hasta la categoría final asignada.

Finalmente, las categorías se organizaron en una estructura jerárquica más amplia que permitió integrar los hallazgos y mostrar sus relaciones. De esta manera, además, se evitó caer en el problema de las 37 categorías (Elliott & Timulak, 2021). Aunque el análisis estuvo orientado desde el inicio por los cuatro dominios de investigación, la estructura final de resultados se construyó a partir de las categorías emergentes y su posterior jerarquización. Al estar las preguntas de la entrevista relacionadas con estos dominios, las categorías resultantes se pudieron relacionar con dichos dominios de forma sencilla y con sentido.

Integridad del análisis

Con el objetivo de constatar la integridad del análisis realizado, se llevaron a cabo tres procedimientos distintos. En primer lugar, se llevó a cabo una auto auditoría del proceso de análisis siguiendo los consejos de Elliott y Timulak (2021). Este proceso consistió en una revisión sistemática de la estructura de las categorías emergentes, la adecuación de las unidades de significado a cada categoría, la identificación en consecuencia de posibles solapamientos y la coherencia final de la estructura resultante.

En segundo lugar, se realizó la enumeración y la caracterización de las categorías cuyos resultados se presentan en la Tabla 2. El objetivo de este procedimiento es resaltar la representatividad de las diferentes categorías dentro de la muestra de los participantes. De esta manera, se puede obtener una idea acerca de si una categoría en particular ha aparecido en múltiples entrevistas o solo en una muestra menor. De esta manera se consigue aportar más transparencia al análisis realizado por Elliott y Timulak (2021).

Tabla 2*Categorías y número de apariciones de estas en las entrevistas*

Nivel	Categoría / subcategoría	Número de apariciones	Caracterización
Principal	1. La espiritualidad como marco de sentido del proceso terapéutico	7/7	General
Subcategoría	1.1 Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	7/7	General
Subcategoría	1.2 Continuidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	6/7	General
Subcategoría	1.3 Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	6/7	General
Subcategoría	1.4 La espiritualidad como búsqueda de sentido	5/7	Típica
Subcategoría	1.5 Crisis y colapso del sentido como punto de partida del trabajo	5/7	Típica
Principal	2. Formas de conocimiento clínico más allá de lo racional	7/7	General
Subcategoría	2.1 Diferenciación entre intuición, empatía y contratransferencia	6/7	General
Subcategoría	2.2 Sincronicidad y percepción de interconexiones	5/7	Típica
Subcategoría	2.3 La intuición como capacidad entrenada	5/7	Típica
Subcategoría	2.4 El cuerpo del terapeuta como vía de conocimiento clínico	4/7	Típica
Subcategoría	2.5 Legitimación de la intuición desde el contexto clínico	4/7	Típica
Subcategoría	2.6 Captación intuitiva en contextos de muerte y de límite	3/7	Variante fuerte
Principal	3. La presencia y la relación como núcleo transformador del proceso terapéutico	7/7	General
Subcategoría	3.1 El vínculo como principal agente de cambio	7/7	General
Subcategoría	3.2 Presencia confiada, serena y no juzgadora	5/7	Típica
Subcategoría	3.3 Silencio, detención de la mente y acceso a la consciencia	4/7	Típica
Subcategoría	3.4 El sostén en situaciones límite	4/7	Típica
Subcategoría	3.5 El valor transformador del encuentro en sí mismo	3/7	Variante fuerte
Subcategoría	3.6 Genuinidad y autenticidad del terapeuta	2/7	Variante
Subcategoría	3.7 Presencia corporal y procesos de correulación	1/7	Singular
Principal	4. El terapeuta transformado como instrumento clínico y la crítica al modelo técnico	7/7	General
Subcategoría	4.1 Transformación de la identidad profesional del terapeuta	7/7	General
Subcategoría	4.2 Trabajo personal del terapeuta como condición clínica y ética	6/7	General
Subcategoría	4.3 Crítica al tecnicismo y al modelo técnico-directivo	5/7	Típica
Subcategoría	4.4 Prácticas contemplativas y recursos de apertura	4/7	Típica
Subcategoría	4.5 Del terapeuta experto al terapeuta canal, facilitador o acompañante	4/7	Típica
Subcategoría	4.6 Transformación mutua terapeuta-paciente	2/7	Variante
Subcategoría	4.7 Uso de recursos simbólicos para resignificar la experiencia	2/7	Variante
Subcategoría	4.8 Otras formas de entender lo que parecía un síntoma	1/7	Singular

Las categorías se clasifican según la frecuencia de aparición en las entrevistas de los participantes: general (presentes en al menos el 80% de los casos, consideradas rasgos definitorios del fenómeno); típica (en al menos la mitad de los participantes, representativas de la experiencia común); variante (en al menos dos informantes pero menos de la mitad, posibles

variaciones significativas); y única (en un solo informante, que solo establecen la existencia del fenómeno). Adaptado de Elliott et al. (1994).

En tercer lugar, se realizó una revisión de las expectativas cuyo resultado se puede observar en la Figura 1. El procedimiento consistió en realizar una revisión del análisis apuntando, por un lado, qué temas en retrospectiva se esperaba encontrar y cuáles no. Posteriormente, se repasaron todas las categorías y temas surgidos calificando del 0 al 3 según cuánto se anticipaban: 3 si claramente se las esperaba, 2 si se las esperaba algo, 1 si no se las esperaba y 0 si sorprendieron completamente. Se agruparon las puntuaciones de 2 y 3 como "esperadas" y las de 0 y 1 como "no esperadas". Por último, se compararon esas expectativas con la frecuencia real de aparición de cada categoría, tomando como "presentes" las que aparecieron en al menos la mitad de los participantes y como "no presentes" las que aparecieron en menos de la mitad. Este cruce ayudó a ver qué hallazgos confirmaban lo que se intuía y, sobre todo, cuáles resultaron sorprendentes, ya fuera por aparecer sin esperarlo o por estar ausentes cuando se pensaba que podían destacar.

Figura 1

Categorías cruzadas por expectativa y presencia en las entrevistas (n=7)

	PRESENTE ($\geq 4/7$)	NO PRESENTE ($< 4/7$)
ESPERADO (2-3)	CONFIRMACIÓN · 8 categorías	SORPRESA POR AUSENCIA · 3
	1.1 Centralidad de la espiritualidad 7/7	3.2 Presencia corporal y correulación 1/7
	2.3 Sincronicidad e interconexiones 5/7	3.5 Genuinidad y autenticidad del terapeuta 2/7
	2.4 Diferenciación intuición / empatía 6/7	3.7 Valor transformador del encuentro 3/7
	2.5 Legitimación contextual de la intuición 4/7	
	3.1 Presencia confiada y no juzgadora 5/7	
	3.4 Vínculo como agente de cambio 7/7	
	4.1 Transformación identidad profesional 7/7	
4.5 Terapeuta canal o acompañante 4/7		
NO ESPERADO (0-1)	DESCUBRIMIENTO · 11 categorías	ANECDÓTICO · 4 categorías
	1.2 Espiritualidad como búsqueda de sentido 5/7	2.6 Intuición en muerte y límite 3/7
	1.3 Continuidad vida espiritual / clínica 6/7	4.6 Transformación mutua terapeuta-paciente 2/7
	1.4 Crisis y colapso del sentido 5/7	4.7 Recursos simbólicos 2/7
	1.5 Modulación y prudencia con lo espiritual 6/7	4.8 Sensibilidad como recurso 1/7
	2.1 Intuición como capacidad entrenada 5/7	
	2.2 Cuerpo del terapeuta como vía 4/7	
	3.3 Silencio y detención de la mente 4/7	
	3.6 Sostén en situaciones límite 4/7	
	4.2 Prácticas contemplativas 4/7	
	4.3 Trabajo personal del terapeuta 6/7	
4.4 Crítica al tecnicismo 5/7		

Resultados

En esta sección se presentan los resultados organizados en torno a los cuatro dominios de investigación que orientaron el estudio. Dentro de cada dominio se describen las categorías y subcategorías emergentes, ilustradas mediante citas de los participantes. De esta manera se mantiene la coherencia con el diseño inicial, sin confundir los dominios con los hallazgos propiamente dichos.

La espiritualidad y el sentido en el encuentro terapéutico

El primer dominio recoge cómo los terapeutas describen y comprenden el lugar de la espiritualidad en su práctica clínica. En sus relatos, lo espiritual no aparece como un contenido temático añadido al trabajo psicoterapéutico, ni como una categoría diagnóstica, ni como una afiliación religiosa concreta, sino como un marco transversal desde el que se observa el proceso, al paciente y al propio terapeuta. La categoría principal de este dominio —*La espiritualidad como marco de sentido del proceso terapéutico*— se compone de cinco subcategorías que se presentan en la Tabla 3 y se desarrollan a continuación: la centralidad de lo espiritual en la práctica clínica, su comprensión como búsqueda de sentido, su continuidad con la vida del terapeuta, el lugar de la crisis y el colapso de sentido como punto de partida del trabajo, y la modulación interna y prudencia con que se sostiene esta dimensión en sesión.

Tabla 3

Categorías del Dominio 1: La espiritualidad y el sentido en el encuentro terapéutico

Nivel	Categoría / subcategoría	Número de apariciones	Caracterización
Principal	1. La espiritualidad como marco de sentido del proceso terapéutico	7/7	General
Subcategoría	1.1 Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	7/7	General
Subcategoría	1.2 Continuidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	6/7	General
Subcategoría	1.3 Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	6/7	General
Subcategoría	1.4 La espiritualidad como búsqueda de sentido	5/7	Típica
Subcategoría	1.5 Crisis y colapso del sentido como punto de partida del trabajo	5/7	Típica

Los siete participantes situaron la espiritualidad como un eje central de su forma de ejercer la psicoterapia, más que como una técnica añadida o un contenido temático secundario. En sus relatos, lo espiritual funcionaba como una manera de mirar al paciente, al sufrimiento y al propio encuentro clínico, y se manifestaba tanto en su comprensión de lo que cura como en su forma cotidiana de estar en la consulta. Para varios de ellos, esta dimensión no podía separarse de la consciencia, ni del sentido último del trabajo terapéutico, ni de su propia manera de estar en

el mundo. Elena expresaba esta centralidad situando intuición y espiritualidad como dimensiones inseparables y permanentemente activas en su práctica, hasta el punto de afirmar que *“ambos conceptos están siempre presentes”*. La espiritualidad y la consciencia eran, para ella, *“dos palabras que para mí son sinónimas”*, y la primera estaba *“presente continuamente porque tiene que ver con la consciencia y con el trascendente”*. En el plano clínico, observaba además cómo las personas iban *“profundizando en su propia espiritualidad”* a medida que el proceso avanzaba, lo que situaba el desarrollo espiritual del paciente como un fenómeno frecuente y reconocible en su trabajo. Jesús formulaba la misma centralidad en términos categóricos al describir el lugar de la espiritualidad en su modo de entender la terapia: *“es total, es primordial, esencial”*. Esa convicción se traducía en una posición clínica concreta, según la cual el material espiritual o reflexivo del paciente se interpretaba siempre en clave favorable —*“siempre lo interpreto como algo positivo hacia su progreso”*—, lo que daba a este tipo de contenidos un estatus de indicador de avance terapéutico. Esteban condensó esta centralidad en una afirmación rotunda sobre el alcance terapéutico de la dimensión espiritual: *“la dimensión espiritual es profundamente curativa”*. La espiritualidad no era una variable más del trabajo clínico sino una dimensión clínica de pleno derecho con efectos curativos propios. Para Marta, la espiritualidad estaba presente de manera prácticamente constante en el encuentro terapéutico. Cuando se le preguntaba por su frecuencia en sesión, respondía con un *“siempre, siempre, siempre... está presente”* que recogía bien su modo de estar en la consulta. Junto a esa presencia continua, valoraba positivamente que el proceso terapéutico contuviera aspectos no susceptibles de explicación racional, formulándolo con una expresión particularmente clara: *“no puedo explicar y me encanta”*. Pedro, aunque trabajaba en un contexto hospitalario marcado por la enfermedad grave y la cercanía a la muerte, también vinculaba el trabajo psicoterapéutico a una dimensión

espiritual ineludible. La trascendencia, decía, era *“lo que da sentido al hecho de vivir”*, y por eso no abordarla equivalía, según su propia imagen, a trabajar con un paciente *“al que le está faltando una pierna”*. La espiritualidad aparecía aquí como condición de posibilidad de la propia integridad del trabajo terapéutico. En Martín, esta centralidad se expresaba como un código interpretativo desde el que leía la realidad clínica y que antes, según contaba, no formaba parte de su forma de mirar: *“yo antes no tenía ese código... no daba posibilidad a que el mundo fuera leído así”*. La espiritualidad operaba para él como forma de lectura que reorganizaba el conjunto de su práctica. Andrés, finalmente, condensó esta centralidad en la idea de que el encuentro clínico se sostiene sobre una filosofía de fondo más que sobre intervenciones puntuales: *“es más una filosofía del encuentro con el paciente”*. Esa filosofía se concretaba en una actitud de aproximación al otro como portador de una dimensión esencial, condensada en la expresión *“descubrir la divinidad del otro”*.

Seis de los siete participantes describieron una continuidad explícita entre su vida personal y su práctica clínica en la dimensión espiritual. En sus relatos, lo espiritual no se activaba al entrar en consulta ni se desactivaba al salir; era, más bien, una manera de estar en el mundo que se prolongaba con naturalidad en el trabajo terapéutico. Esta continuidad aparecía formulada de distintas maneras —como código interpretativo, como frecuencia sostenida, como orientación vital—, pero compartía una misma intuición de fondo consistente en la separación entre vida y clínica no resultaba posible ni deseable para estos terapeutas. Elena expresaba esta unidad de forma directa al afirmar que *“inevitablemente mi forma de vida se traslada a mi forma de ejercer la práctica clínica”*. Martín vinculaba esta continuidad al momento concreto de su propio desarrollo personal, situando la aparición de las experiencias espirituales en clínica en relación con su apertura actual: *“me han ocurrido cosas, sobre todo últimamente... tal vez*

podríamos catalogar dentro de ese espectro, pero también por la apertura que yo tengo a día de hoy respecto a lo espiritual". La cualidad de su práctica se modificaba, por tanto, en función del momento espiritual en el que él mismo se encontraba. Jesús describía esta continuidad en clave más vital y experiencial, hablando de una manera de estar en el mundo abierta a lo extraordinario —*"vives una vida mágica... el cielo en la tierra"*—. Esteban señalaba esta continuidad en dos sentidos. Por un lado, presentaba estas experiencias como un fenómeno cotidiano y no extraordinario en su práctica: *"es casi eso, es pan de cada día"*. Por otro, recordaba momentos de trabajo grupal en los que se generaba una atmósfera espiritual compartida —*"había ahí un magma espiritual... en la propia sala"*—. Lo espiritual aparecía, así, tanto como un trasfondo continuo como un campo que podía intensificarse en el espacio terapéutico. Marta describía esta unidad como una frecuencia sostenida que no se desactivaba al entrar en consulta: *"estoy todo el rato en una frecuencia muy conectada con lo sutil, simbólico, místico, espiritual"*. La intersubjetividad clínica se interpretaba, en su caso, también en clave energética —*"lo sincrónico, como el campo que se comparte energético"*—, y para ella, en definitiva, vida y clínica *"tiene que estar muy unido"* para que este tipo de trabajo fuera posible. Andrés sostenía esta continuidad desde una posición no dualista explícita: *"no hay diferencia entre espiritual y material... todo para mí es espiritual"*. Esta integración era además una condición de la propia práctica clínica. La capacidad espiritual e intuitiva, decía, se sostiene mejor *"si esto impregna toda tu vida"*, y no cuando se la trata como una técnica puntual.

Seis de los siete participantes describieron una manera prudente y modulada de sostener la dimensión espiritual en sesión. En sus relatos, lo espiritual no se imponía como contenido temático ni se ofrecía a todos los pacientes por igual, sino que funcionaba con frecuencia como un encuadre interno del terapeuta, se modulaba según la disponibilidad y necesidad del paciente,

y se acompañaba de una actitud de no apego respecto a sus manifestaciones. Esta prudencia clínica aparecía explicada con matices distintos —como facilitación no directiva, como apertura no verbalizada, como reconocimiento de los límites del enfoque, como vigilancia frente a la fascinación—, pero compartía un mismo principio rector consistente en sostener la dimensión espiritual sin invadir al paciente. Pedro describía esta posición en términos de creación de condiciones, no de intervención directa: *“yo de manera proactiva no hago nada... yo creo espacios... el paciente decide si entrar ahí o no entrar ahí”*. La espiritualidad estaba en su encuadre interno y orientaba su escucha y disponibilidad, pero la apertura explícita del tema quedaba en manos del paciente y del propio movimiento del proceso. Martín recogía un funcionamiento similar al subrayar que su apertura espiritual modificaba la cualidad del vínculo incluso cuando no se hablaba explícitamente de ella —*“yo no le hablo de esto, pero yo estoy con él a un nivel de apertura que no estaría si no lo tuviera”*—. Reconocía además que este tipo de resonancia no aparecía con todos los pacientes —*“hay pacientes con los que no se me despierta eso”*— y que, para algunos, el trabajo no tenía por qué orientarse hacia lo transpersonal: *“hay personas que lo único que quieren es que el yo no dé problemas... no necesitan trascender”*. Elena formulaba esta prudencia desde dos ángulos. Por un lado, reconocía los límites clínicos que aparecían cuando el paciente estaba completamente cerrado a la dimensión espiritual: *“si yo tengo un paciente... totalmente desconectado con ese aspecto... difícilmente vamos a poder trabajar porque vamos a chocar”*. Por otro, asumía que su forma de trabajar no resultaba adecuada ni deseable para todos —*“hay personas que... llevan 5 o 6 sesiones y lo dejan... esto no es lo que busco”*—, lo que ampliaba la modulación al reconocimiento explícito de la no universalidad del enfoque. Jesús subrayaba que la entrada de lo espiritual en sesión no respondía a una pauta fija: *“no creo que haya un patrón respecto al momento de entrada de la*

espiritualidad en la terapia”. La modulación, en su caso, se ejercía más en clave de disponibilidad abierta que de protocolo. Marta describía esta prudencia desde el lado del paciente que llega a consulta. Por un lado, observaba que la dimensión espiritual tendía a abrirse en quienes trabajaban con ella —“*algo de lo espiritual... o ya venían con ello, o se les abre muy grande*”—, y por otro leía esa afinidad como un fenómeno selectivo: “*no por nada acaba con la psicóloga más pirada*”. La modulación se producía, así, en gran medida en la propia configuración del vínculo, antes incluso de intervenir en sesión. Andrés articuló esta prudencia con especial detalle, como una posición ética sostenida frente a la propia experiencia espiritual. Frente a las sincronicidades, regulaba el peso que les daba —“*he aprendido a no darle excesiva importancia*”—, y la razón de esa prudencia era explícita: “*darle demasiada importancia... te empieza a distanciar de la realidad compartida, y eso no es bueno*”. En relación con el paciente, modulaba activamente la presencia de lo espiritual en la sesión —“*presupongo que el paciente no está metido ahí, pues trato de no irme demasiado... es algo más de proceso interno mío*”—, posición que se completaba con una actitud explícita de no apego respecto a las manifestaciones más extraordinarias: “*procuro no apegarme demasiado a estos instantes mágicos*”.

Cinco de los siete participantes describieron la espiritualidad fundamentalmente como una búsqueda de sentido —propia y compartida con el paciente— más que como un sistema de creencias o una afiliación religiosa concreta. En sus relatos, lo espiritual se vinculaba al deseo de comprender qué da sentido a la vida, al sufrimiento y al encuentro con el otro, y aparecía con frecuencia como algo que orientaba el proceso terapéutico desde el fondo. Esteban formulaba esta concepción de manera explícita al inicio de la entrevista, definiendo la espiritualidad como “*la búsqueda del máximo o del último sentido de la vida*”. Desde ese marco, observaba en sus pacientes una búsqueda análoga: “*la mayor parte de los pacientes... había en ellos también una*

búsqueda". La espiritualidad operaba así como un eje compartido entre la trayectoria personal del terapeuta y los procesos clínicos que acompañaba. Pedro describía el proceso de uno de sus pacientes, en el contexto de una enfermedad grave, como una exploración progresiva de lo espiritual en clave de sentido. A partir del vínculo y del trabajo simbólico, *"empezamos también a través de eso a hablar de la fe y de la idea de qué existe después de la muerte, cuál es el sentido de la vida"*. Esa búsqueda se desplegaba en una vivencia espiritual profundamente personal, en la que el paciente acababa encontrando *"como una relación con un Dios al que él no pone nombre"*. El cierre del proceso adquiría también un carácter de reconstrucción de sentido. El paciente *"empieza a darse cuenta que detrás de todo esto... está la función real, que es la vida, en la que pasan cosas buenas y malas, pero que es interesante quizá vivirla"*. En Martín, la búsqueda de sentido se articulaba en torno a la observación de que algunos pacientes, una vez resuelto el trabajo más yoico, demandaban una transformación de otro orden —*"hay otras personas que... quieren algo más que esto"*—, demanda que para él daba lugar a un segundo nivel del trabajo orientado al sentido y a lo trascendente. Elena explicaba esta búsqueda en términos de evolución y trascendencia. Para ella, el cambio terapéutico no era acumulativo sino estructural, y por eso *"cada vez que hay una evolución en la persona tiene que ver con una trascendencia"*. La búsqueda de sentido se traducía así en una progresión por niveles de consciencia. Andrés, por último, acompañaba a sus pacientes desde una convicción explícita: *"voy en búsqueda de este sentido que sé profundamente que está ahí"*. Esa convicción se sostenía en una visión más amplia según la cual *"toda microvida tiene un sentido"* dentro de una trama mayor, lo que enmarcaba cada proceso clínico individual en una lógica de búsqueda compartida.

Cinco de los siete participantes describieron situaciones en las que el trabajo terapéutico arrancaba o se mantenía en torno a un colapso profundo del sentido vital del paciente. La crisis existencial, el deseo de morir, la ideación suicida o el sinsentido aparecían en sus relatos no como contenidos clínicos accesorios, sino como espacios donde la dimensión espiritual se hacía especialmente presente. En la mayoría de los casos, el tránsito de la pérdida de sentido a su reconstrucción —explícitamente o de fondo— constituía el eje del proceso clínico narrado. Pedro ilustró esta dinámica con el caso de un paciente joven con enfermedad terminal que llegaba a consulta en una situación límite: *“un paciente joven de 52 años... se queda en una silla de ruedas... pesa 40 kilos... conecta una máquina de oxígeno 24 horas... su mujer le abandona... y entonces solicita la eutanasia”*. La posición inicial del paciente cerraba la puerta al encuentro, pues *“tenía bastante aversión a la psicología... negaba mucho la situación, tenía la mente como focalizada en el hecho de la eutanasia y de morir”*. A partir del trabajo terapéutico, sin embargo, el deseo de morir se transformaba —*“empieza a desaparecer la idea de que tiene que morir, que se tiene que quitar la vida”*—, y el cambio subjetivo se traducía finalmente en una decisión vital concreta: *“finalmente decide que no va a solicitar la eutanasia”*. En este caso, el colapso del sentido funcionó como punto de partida del proceso, y la dimensión espiritual emergió como horizonte de su reconstrucción. Martín situaba un colapso de sentido análogo en el origen de la trayectoria de uno de sus pacientes, leyéndolo en clave biográfica temprana: *“su madre murió cuando él era muy pequeño... con un padre ausente... y un padre muy negador”*. Jesús relataba un proceso en el que la pérdida de sentido se manifestaba en forma de ideación suicida sostenida —*“empezó a pensar con frecuencia en el suicidio”*—. Esta dinámica clínica abriría posteriormente, como se desarrolla en otras subcategorías, una serie de captaciones intuitivas relevantes para el sostén del paciente. Esteban formulaba esta misma

dinámica con un alcance más antropológico, identificando el sinsentido como un síntoma de época: “*el gran síntoma... el sinsentido de la vida*”. En el dispositivo terapéutico, esa pérdida de sentido podía abrirse posteriormente a una emergencia espiritual, en la medida en que “*ese vacío... va a ser ocupado por el mundo de la espiritualidad*”. Así, “*aparecen en el proceso terapéutico vivencias*” que, en su lectura, no eran fortuitas sino consecuencia de un terreno preparado. Esta dinámica clínica se inscribía además en un horizonte civilizatorio más amplio: “*estamos... en la puerta del abismo... para poder saltar el abismo*”. Por último, Andrés cerraba con una afirmación que sintetizaba el lugar del colapso de sentido en su comprensión del trabajo clínico: “*sin lo espiritual... todo acaba siendo un sinsentido*”.

La intuición en la práctica terapéutica

El segundo dominio recoge cómo los terapeutas describen y comprenden la intuición en su práctica clínica. En sus relatos, la intuición no aparece como un fenómeno excepcional o anecdótico, sino como una forma de conocimiento clínico estable que funciona junto a las capacidades más racionales y técnicas. La categoría principal de este dominio —*Formas de conocimiento clínico más allá de lo racional*— se dividió en seis subcategorías que se presentan en la Tabla 4 y se desarrollan a continuación.

Tabla 4

Categorías del Dominio 2: La intuición en la práctica terapéutica

Nivel	Categoría / subcategoría	Número de apariciones	Caracterización
Principal	2. Formas de conocimiento clínico más allá de lo racional	7/7	General
Subcategoría	2.1 Diferenciación entre intuición, empatía y contratransferencia	6/7	General
Subcategoría	2.2 Sincronicidad y percepción de interconexiones	5/7	Típica
Subcategoría	2.3 La intuición como capacidad entrenada	5/7	Típica
Subcategoría	2.4 El cuerpo del terapeuta como vía de conocimiento clínico	4/7	Típica
Subcategoría	2.5 Legitimación de la intuición desde el contexto clínico	4/7	Típica
Subcategoría	2.6 Captación intuitiva en contextos de muerte y de límite	3/7	Variante fuerte

Seis de los siete participantes describieron cómo distinguían la intuición de procesos clínicos contiguos —especialmente la empatía y la contratransferencia— y describieron este discernimiento como una tarea clínica central. Pedro lo formulaba con una llamativa reformulación del propio vocabulario clínico: *“yo la empatía la he borrado de mi vocabulario... me gusta más el término compasión”*. La compasión, decía, *“significa compartir la pasión con el otro... estar a su lado en ese momento emotivo”*, lo que situaba el corazón del trabajo terapéutico en un estar-con más que en un sentir-como. Su descripción de la contratransferencia era directamente experiencial —*“tiene que ver con aquello que estoy poniendo yo de mí mismo”*— y operaba como condición de posibilidad del propio trabajo clínico: *“solo tomando conciencia de lo que está sucediendo se puede trabajar”*. Martín articulaba este discernimiento desde una doble lectura simultánea. Por un lado recibía lo intuitivo *“como verdad de fondo”* y por otro analizaba *“el impacto en su yo”*, manteniendo así dos niveles complementarios de escucha. La conciencia contratransferencial era para él una vigilancia activa —*“tengo que contratransferencialmente ser muy consciente de lo que es mío y me gustaría trasladarle y lo que no”*— que se conjugaba con la empatía como reguladora intersubjetiva: *“tu contratransferencia y la empatía... te permitirán detectar si estás imponiendo tú al pollo una salsa que no le pega”*. Lejos de oponerlas, sostenía que empatía e intuición eran inseparables: *“creo que es inseparable de la intuición”*. Elena situaba el origen de estas percepciones en un plano distinto del intelectual —*“viene desde un lugar distinto al intelecto”*— y describía su escucha clínica como una doble atención sostenida: *“en mí y el otro, en mí y el otro, en mí y el otro”*. Sostenía además que este modo de captación no estaba en oposición a la empatía, sino que iba en su misma dirección: *“no es incompatible con la empatía. De hecho, va en la misma dirección”*. La conexión trascendente que describía podía además ser bidireccional: *“a veces es*

la persona la que conecta y a veces es ese gran algo el que conecta con la persona". Esteban reconocía la transferencia como base inevitable del trabajo —*“la transferencia es obvio fundamental”*— y al mismo tiempo subrayaba la necesidad de no contaminar el proceso con material contratransferencial: *“no mezclarla en lo posible en el proceso terapéutico”*. Era especialmente crítico con las simulaciones afectivas, lo que llamaba *“una empatía falsa... demasiados besos y abrazos”*. Marta diferenciaba con claridad el origen de la información intuitiva que le llegaba en sesión —*“a veces siento como que lo recibo de la propia persona, a veces... de otros planos”*— y entendía la contratransferencia no como distorsión, sino como vínculo: *“la contratransferencia es el vínculo humano en lo más profundo”*. Andrés articulaba este discernimiento desde una triple consideración. Por un lado situaba la experiencia espiritual en *“un plano diferente al mental”*, lo que la diferenciaba de la elaboración cognitiva o emocional ordinaria. Por otro entendía la mayor consciencia como una vía de menor proyección: *“es una manera de recuperar... de proyectar menos”*. Y, finalmente, advertía del riesgo clínico de no hacer este trabajo de discernimiento: *“parece peligroso trabajar desde ahí... no sabes lo que estás proyectando”*.

Cinco de los siete participantes describieron la aparición frecuente, en su práctica clínica, de fenómenos que interpretaban como sincronicidades o coincidencias significativas. Estos fenómenos no se percibían como anecdóticos sino que orientaban la mirada del terapeuta, daban sentido al acompañamiento y, en algunos casos, marcaban el inicio o el rumbo de un proceso clínico. Martín era quizá el participante que más extensamente desarrolló esta dimensión. Describía la llegada de algunos pacientes como acontecimientos no fortuitos —*“siento que me ha llegado a mí empujado de algún modo... empujado por su madre”*—, observaba paralelismos significativos entre su propio proceso y el de sus pacientes —*“tengo ejemplos de pacientes que*

van viviendo cosas que yo voy viviendo... yo empiezo la meditación y ellos empiezan a hablarme de la necesidad de meditar”— y conceptualizaba ciertos vínculos clínicos como sincrónicamente convocados: *“yo llevo mucho tiempo sabiendo que esta mujer me ha caído aquí sincrónicamente por algo*”. Para él, la atención misma a estos fenómenos era condición de su aparición — *“cuando estás atento a las sincronicidades, las ves*”— y algunas situaciones clínicas le rebasaban en clave de quiebre del marco ordinario, *“han vivido la brecha... situaciones experienciales... que te rompen el maya*”. Algunos pacientes, decía, atravesaban procesos vitales de transformación profunda — *“están atravesando un viaje iniciático*”— y le lamaban en términos que iban más allá del rol técnico: *“me están reclamando no sólo como psicólogo, me están reclamando como otra cosa*”. La intuición clínica adquiría así, en ocasiones, la cualidad de un llamado: *“es una especie como de llamado... tú sientes que tienes que abrirle esa puerta y no es por ti*”. Marta percibía esta misma dinámica como un rasgo recurrente de su clínica: *“con cada ser humano con el que trabajo hay mucho de lo sincrónico, muchísimo*”. La llegada de cada paciente a su consulta tenía para ella un sentido sincrónico — *“cómo cada persona ha llegado hasta mí... se ha encontrado conmigo en el momento en que yo estaba*”—, hasta el punto de poder afirmar al paciente que *“no es casualidad que tú hayas acabado trabajando conmigo*”. Recordaba un caso especialmente significativo en el que un niño *“había llegado a mi vida en un momento muy concreto*”, y narraba episodios en los que la sincronicidad adquiría una materialidad muy concreta, como cuando, al cierre de una sesión particularmente cargada, *“acaba la sesión, se cae la torre y se me cae el collar al suelo*”(ella llevaba tiempo con el símbolo del tarot de la torre en sus pensamientos). Esteban formulaba estos fenómenos en clave más conceptual, hablando de *“la sincronicidad misteriosa de vivir la totalidad en la parte*”, una expresión que enmarcaba la sincronicidad dentro de su comprensión más amplia del proceso

clínico y existencial. Jesús, sin desplegarlo tan ampliamente, reconocía un sentido retrospectivo análogo: *“he sentido siempre que ha sido todo un hilvanado de casualidades... viendo luego la perspectiva con el tiempo, encuentro un sentido”*. Andrés, finalmente, distinguía con precisión las sincronicidades de otros fenómenos más mágicos —*“diferenciaría cosas que suceden... dentro del terreno de lo mágico... de las sincronicidades que decía Jung”*— y mantenía una atención clínica sostenida hacia *“cosas poco probables que sucedan a la vez”*. Recogía además ejemplos concretos en los que el inicio del vínculo terapéutico era vivido por el paciente como una señal espiritual —*“recé a la Virgen María, y en ese momento me llegó tu mensaje y lo vi como una señal”*— e interpretaba que ciertos encuentros clínicos tenían *“un significado espiritual especial”* en la vida del paciente. En el plano más existencial, sostenía una visión predeterminista del proceso vital que le servía de marco de serenidad: *“soy muy predeterminista. La novela ya está escrita”*.

Cinco de los siete participantes describieron la intuición clínica no como ocurrencia espontánea o inspiración divina, sino como una capacidad desarrollada a través del trabajo personal, la formación y la experiencia. En sus relatos, la intuición aparecía despojada de cualquier connotación esotérica y explicada como una habilidad clínica que se entrena y que se sostiene en una forma de vida concreta. En primer lugar, Elena explicaba esta concepción con especial claridad. La intuición, para ella, *“no es la inspiración divina... sino un aspecto que también se trabaja”*, y todas las preguntas que formulaba en sesión nacían *“desde una intuición que nace de un trabajo previo”*. En la misma línea, nos comentaba cómo los pacientes accedían a insights no intelectuales —*“me he dado cuenta de esto, he tenido este sueño... me ha venido esta respuesta... en una meditación”*— como un modo de conocimiento que también se cultiva. Marta formulaba esta capacidad como un cultivo vital sostenido —*“creo que es una cosa que*

hay que cultivar en tu vida— y la vinculaba estrechamente a la disposición a la vulnerabilidad: *“cuando te vulneras mucho ante el mundo eres más capaz de recibir”*. Recordaba además ejemplos concretos en los que la pregunta intuitiva funcionaba— *“me salió preguntarle intuitivamente... por su parto”*— y observaba que su modo de trabajar tenía un efecto modelador en los pacientes: *“que ellos me vean a mí existir de esta forma intuitiva... les genera también confiar en eso en ellos”*. Jesús vinculaba esta capacidad a una actitud vital sostenida. *“Si esto impregna toda tu vida... estás atento a este tipo de guiños y de conexiones”*, decía, concretándola como una percepción ampliada de las interconexiones que aparecían entre acontecimientos y pacientes — *“te da espacio para ver las interconexiones entre las cosas que van pasando”*—. Martín insistía en la cualidad perceptiva, no meramente cognitiva, de esta forma de conocimiento. Lo intuitivo no era para él una construcción intelectual, sino algo que efectivamente se siente y se ve: *“yo estoy sintiendo y viendo”*. Y la describía como un acceso a *“una verdad que vibra”* desde la que dejaba orientar su posición clínica: *“mi manera de jugar a esto es dejarme llevar por ella”*. Andrés, en una formulación muy próxima a la de Jesús, articulaba la misma intuición como una percepción de *“interconexiones”* que se abría cuando se le concedía espacio.

Cuatro de los siete participantes describieron el cuerpo del terapeuta como una vía de conocimiento clínico. La sensación física no era para ellos un fenómeno emocional ni un dato accesorio, sino una fuente primaria de información sobre el paciente y el proceso, que precedía y orientaba la interpretación cognitiva. Jesús formulaba este tema corporal con especial claridad. La señal, decía, *“es temporal. Es una sensación física. No llega desde el pensamiento”*: el cuerpo informaba primero y la interpretación venía después — *“llega desde... sensación, el cuerpo, y luego hay una interpretación posterior”*—. Recordaba ejemplos muy concretos — *“he*

sentido que la persona se maree, mareándome yo... y al segundo me dice la persona: creo que me estoy mareando”— y describía señales somáticas específicas como un *“escalofrío por las vértebras... sensación como de frío”* que aparecía en momentos clínicamente relevantes. Esteban condensaba esta misma idea en una expresión casi epistemológica: *“el cuerpo es conciencia”*. La emoción superior, según él, *“se nota en el cuerpo en una expansión”*, lo que situaba al cuerpo como instrumento privilegiado de captación clínica. Marta describía un repertorio amplio y muy concreto de señales corporales en sesión: la conmoción inmediata —*“yo le vi jugar y me rompí a llorar”*—, la contracción ante la resonancia simbólica —*“se me empieza a encoger la tripa al escucharlo”*—, la activación expansiva en el pecho —*“se me enciende algo en el pecho”*— y el reflejo corporal del vínculo, *“se refleja en mi cuerpo”*. En algunos casos, esa lectura llegaba a expresarse como una reproducción del material del paciente en su propio cuerpo: *“se me está como poniendo... dos líneas rojas en la cara”*. Particularmente significativa para ella era la señal auditiva ante contenidos transgeneracionales —*“cuando nombran antepasados... me pitan los oídos”*—. Entendía además que esta sensibilidad corporal había quedado intensificada por experiencias vitales concretas que *“han dejado una huella en tu cuerpo muy concreta”*, y describía esta cualidad como *“una sensación de recibir”*. Martín recogía la misma lógica al describir cómo su cuerpo confirmaba ciertas captaciones clínicas —*“mi cuerpo se activa, es como aquí sí”*— y cómo esa lectura corporal modificaba la cualidad subjetiva con la que comprendía al paciente, dándose *“una especie de encuentro... a la hora de yo, desde mi subjetividad, leer lo que le está pasando”*.

Cuatro de los siete participantes describieron cómo determinados marcos clínicos, formaciones, autores o culturas profesionales legitimaban explícitamente el uso de la intuición como herramienta clínica. La intuición, en estos casos, no se sostenía solo desde la propia

experiencia personal, sino que encontraba apoyo en una cultura clínica compartida que permitía nombrarla, trabajarla y sostenerla. Martín describía con humor esta legitimación contextual al hablar de la consulta en la que trabajaba —“*somos una consulta que sostiene la intervención en un nivel muy alto en la intuición*”— donde la cultura compartida abría un permiso explícito: “*hay tres brujos que nos permitimos poder trabajar ese nivel de intuición y no asustarnos*”. Lo intuitivo operaba para él como una pista clínica orientadora —“*la magia a mí me sirve para atento aquí, y luego ya mi papel es el de psicólogo*”—, lo que él mismo sintetizaba en una sola palabra: “*una pista, exacto*”. Elena enmarcaba esta legitimación dentro de un modelo clínico explícito: “*yo trabajo desde un modelo que es el Protocolo Oxígeme... la intuición, la espiritualidad, la consciencia*”. La intuición no era para ella una práctica idiosincrática, sino una dimensión integrada en una propuesta clínica formal. Esteban apoyaba esta misma legitimación desde otra dirección. Por un lado, describía el modelo Oxígeme (de su creación) como un proceso “*que tiene una gran base en el silencio y en el mundo del zen*”, lo que situaba la intuición dentro de una tradición contemplativa. Por otro, formulaba explícitamente la necesidad disciplinar de un marco que diera cabida a estas dimensiones: “*tiene que haber una psicología... llamémosle psicología espiritual*”. Andrés, finalmente, sostenía esta misma legitimación desde una orientación más epistemológica al señalar la pendiente investigadora: “*¿en qué momento... podremos pescar esta eficacia de lo sutil?*”. Sin un marco que permita estudiar estos fenómenos de forma sistemática, decía implícitamente, su uso clínico queda en el terreno de la convicción individual y no de la evidencia compartida.

Tres de los siete participantes describieron intuiciones particularmente intensas en contextos de muerte, sufrimiento extremo o experiencia límite. En estos relatos, la intuición no era un fenómeno clínico cotidiano sino un acceso especial que se abría cuando la situación

rebasaba los marcos psicológicos habituales. Jesús explicaba esta dimensión en torno a un caso clínico de ideación suicida en el que vivió un asentimiento interno radical: *“hubo un momento en el que sentí que me había convencido... dentro de mí dije, pues tiene razón”*. Esa captación volvió a aparecer más adelante en el proceso con un sello de certeza intuitiva: *“y ahí lo volví a sentir y fue como si lo supiera”*. En otro registro, describía una experiencia personal de cercanía simbólica con la muerte —*“el ayahuasca te lleva... casi piensas con total certeza de que te vas a morir, pero te abandonas”*— que le servía como referente vivencial de los estados de plenitud y consciencia que podía reconocer en sus pacientes. Esteban formulaba esta misma intensificación en clave contemplativa: *“la máxima expresión de la contemplación y la meditación... un silencio de abstracción... donde esa supraconsciencia se manifiesta”*. En la consulta, esta vivencia podía adquirir un carácter casi simbólico de tránsito: *“casi te diría como una muerte y renacimiento en sesión”*. Andrés cerraba esta lógica con una afirmación que enmarcaba el dolor y el sufrimiento como vías de apertura: *“el sufrimiento y el dolor muchas veces generan movimientos de expansión de conciencia”*.

La presencia compartida como espacio donde aparecen experiencias difíciles de nombrar

El tercer dominio recoge cómo los terapeutas describen la presencia clínica y la relación terapéutica como núcleo transformador del trabajo. En sus relatos, la presencia no se concibe como una actitud genérica de atención ni como un recurso técnico, sino como un modo de estar que configura la cualidad del encuentro y abre el espacio en el que pueden emerger experiencias difíciles de nombrar. En coherencia con el marco propuesto en la introducción, la presencia clínica se aborda en este dominio no como un pilar conceptual paralelo a la espiritualidad, la intuición y la conexión profunda, sino como la cualidad de estar que emerge del entrelazamiento de las tres. La categoría principal de este dominio —*La presencia y la relación como núcleo*

transformador del proceso terapéutico— se compone de siete subcategorías que se presentan en la Tabla 5 y se desarrollan a continuación

Tabla 5

Categorías y subcategorías del Dominio 3: La presencia compartida como espacio donde aparecen experiencias difíciles de nombrar

Nivel	Categoría / subcategoría	Número de apariciones	Caracterización
Principal	3. La presencia y la relación como núcleo transformador del proceso terapéutico	7/7	General
Subcategoría	3.1 El vínculo como principal agente de cambio	7/7	General
Subcategoría	3.2 Presencia confiada, serena y no juzgadora	5/7	Típica
Subcategoría	3.3 Silencio, detención de la mente y acceso a la consciencia	4/7	Típica
Subcategoría	3.4 El sostén en situaciones límite	4/7	Típica
Subcategoría	3.5 El valor transformador del encuentro en sí mismo	3/7	Variante fuerte
Subcategoría	3.6 Genuinidad y autenticidad del terapeuta	2/7	Variante
Subcategoría	3.7 Presencia corporal y procesos de corregulación	1/7	Singular

Los siete participantes coincidieron en señalar el vínculo terapéutico como el principal agente de cambio del proceso clínico. Más que las técnicas, los protocolos o las intervenciones específicas, lo que transformaba al paciente, en sus relatos, era la cualidad del encuentro humano que se daba en sesión. Pedro lo expresaba con una afirmación contundente: *“en terapia lo que transforma es la relación, no tanto lo que aplicas”*. Para él, la técnica sin encuentro era inviable —*“si no hubiese encuentro, pues me convertiría en ChatGPT”*— y su trabajo se entendía como la creación de espacios para el cambio: *“creo los espacios, espacios de confrontación, espacios de calma, espacios que dan sentido”*. Esta primacía relacional se concretaba en los cambios vitales que observaba en sus pacientes, como cuando uno de ellos *“ha empezado a hacer fisioterapia... empezar a cuidar a su hija, empezar a cuidar a su madre”*: la transformación interior se traducía en una reorientación vincular y vital. Martín subrayaba la primacía de la conexión sobre la elaboración técnica —*“previamente a las hipótesis es la conexión”*— y vinculaba el cambio terapéutico al encuentro relacional: *“no hay cambio sin momentos de*

encuentro de este tipo”, *“los momentos de cambio se dan cuando la persona se encuentra con la persona, no el psicólogo con el paciente*”. Su compromiso con el paciente era explícitamente relacional, *“eso genera en mí una conexión con él, un compromiso relacional”*, y entendía además que parte del trabajo clínico consistía en convertir lo implícito del vínculo en un relato que el paciente pudiera apropiarse: *“lo implícito, convertirlo en declarativo”*. Elena enmarcaba esta primacía relacional dentro de una concepción más amplia del cambio profundo, que requería también dimensiones corporales y espirituales. Para que la transformación pudiera darse, decía, *“tiene que estar implicado el cuerpo y tiene que estar implicada la espiritualidad”*. Jesús formulaba esta misma centralidad del vínculo con una afirmación rotunda: *“el vínculo es lo que cura, al final”*. Y situaba la profundidad máxima del trabajo clínico en el reconocimiento mutuo: *“no hay mayor vínculo que ese que la persona... te sienta”*. Esa conexión podía adquirir un carácter casi existencial, como cuando describía a un paciente con el que llegó a *“conectar mucho... su concepción de la vida casi que la podía entender”*. Esteban por su parte explicaba la primacía del vínculo desde una orientación más pragmática y observacional: *“la mayor empatía se da cuando el paciente ve que está avanzando en su vida”*. El cambio terapéutico se medía, para él, en la vida cotidiana —*“el verdadero efecto de un proceso terapéutico correcto se tiene que dar en la vida cotidiana”*— y se vivía además de manera compartida: *“lo experimenta el paciente y lo experimento yo”*. Marta describía el proceso terapéutico completo como una experiencia compartida y transformadora: *“con cada persona que me he encontrado... todo el proceso entero para mí es como una experiencia espiritual, como un viaje en sí mismo”*. Andrés situaba en el corazón del vínculo una apertura amorosa al otro —*“enamormarme de lo que hay detrás de todo eso”*—, una posición desde la que el paciente recibía no solo escucha sino una transmisión efectiva: *“le llega una confianza, una fuerza”*. El compromiso de fondo, decía, era

el de “*caminar al lado del otro*”, sin necesidad de haber vivido lo mismo que el paciente para poder acompañarlo.

Cinco de los siete participantes describieron una cualidad de presencia confiada, serena y no juzgadora como condición de posibilidad del trabajo terapéutico profundo. Esta presencia no se entendía como una actitud técnica que se activa al inicio de la sesión, sino como un estado interior estable que el terapeuta cultiva y desde el que sostiene su escucha y su disponibilidad clínica. Martín describía esta cualidad como un estado interno permanente. “*Mi estado basal a día de hoy es de mucha serenidad y mucha conexión*”, decía, y desde ahí podía captar mucho del paciente — “*sin juicio del paciente, capto muchas cosas*”— gracias a “*la ausencia de un juicio predictivo y previo en la terapia*”. Elena articulaba esta misma cualidad como una quietud interna que abría el espacio clínico a la captación intuitiva: “*se produce una paz, una tranquilidad y un estar consigo mismo pleno que permite que esa intuición emerja*”. Lo describía como una posición en la que no se entra “*en calificar, ni en juzgar, ni en curiosear, sino en abrir y abrir y abrir campo*”. Y vinculaba esta presencia abierta a una doble conexión simultánea — “*es muy importante estar siempre conectada conmigo para poder estar conectada con el otro*”—. Jesús describía esta cualidad desde una formación sostenida en la medicina china, que le había llevado a entender “*el sentir, el estar, la presencia, la acción sin esfuerzo*”. La presencia se sostenía para él en una alta conciencia corporal — “*tengo mucha propiocepción... tengo mucha conciencia de mi cuerpo*”— y, en situaciones clínicas exigentes, se manifestaba como una calma muy concreta: “*fue como una sensación blanda dentro del cuerpo, como de tranquilidad y cariño*”. Esta posición se preparaba además explícitamente antes de la sesión, en el ejercicio de “*el no juicio*”. Marta formulaba esta cualidad en términos de amplitud frente a contracción: “*es de mucha amplitud... en la ansiedad hay algo de*

contracción”. La presencia no era para ella un esfuerzo, sino un estado expansivo que contrastaba con los modos contraídos del funcionamiento ansioso. Andrés sostenía esta presencia desde una *“confianza profunda en el proceso”*. Esa confianza le relajaba —*“me relaja profundamente el pensar que va a estar bien lo que surja de forma espontánea”*— y le devolvía a la vez una capacidad de sostén clínico: *“eso me da una fuerza y una confianza”*. En el plano más existencial, la confianza en el orden de lo real le aliviaba la tensión clínica: *“eso me relaja profundamente”*.

Cuatro de los siete participantes describieron el silencio y la detención de la mente como una vía privilegiada de acceso a niveles más profundos de la experiencia clínica. El silencio no se entendía aquí como ausencia de palabra, sino como una cualidad activa del trabajo en la que la mente racional se tranquiliza y se abre un espacio distinto de percepción. Esteban desarrollaba esta dimensión con especial extensión. La experiencia espiritual, decía, *“se marca mucho por el silencio”*, y se acompañaba de una detención de la mente racional: *“la mente racional, dualista... se para”*. En el dispositivo terapéutico, esta detención no era un mero contexto de fondo, sino que se manifestaba en momentos clínicamente significativos: *“en los momentos álgidos en el proceso terapéutico... el paciente ha entrado en ese silencio”*. La vivencia se caracterizaba por *“el instante, la vivencia del silencio, y por supuesto por la vivencia de la detención de la mente”*, y se traducía en una experiencia de expansión, en *“la vivencia de lo infinito en lo particular”* o en lo que también llamaba *“la vivencia de ese presente eterno”*. La detención de la mente operaba para él como condición simultánea de apertura: *“al mismo tiempo que hay una detención de la mente”*, otra cosa puede emerger. Martín situaba el silencio como punto de entrada a lo transpersonal: *“el primer paso para poder llegar a lo transpersonal... es quedar en silencio”*. Esa apertura, ligada al trabajo personal del terapeuta, ampliaba la capacidad

de escucha hacia el otro: *“cuanto más te trabajes tú yo... y menos ruido te hagas... más se te va a abrir el campo de otras personas”*. Jesús describía esta detención mental como una práctica asimilada que le permitía tomar distancia del personaje habitual: *“te da un puntillo para poder estar un paso atrás observando la realidad”*. Andrés formulaba esta misma dinámica en un lenguaje muy próximo al de Jesús —*“estar un paso atrás observando la realidad”*— y subrayaba la importancia del cultivo formal de esta capacidad: *“es fundamental tener una práctica de meditación diaria”*. La experiencia que se abría, una vez detenida la mente ordinaria, quedaba para él fuera de los marcos habituales: *“está fuera del tiempo, está fuera de la mente”*.

Cuatro de los siete participantes describieron el sostén afectivo en situaciones de sufrimiento extremo, decisión vital o cercanía a la muerte como una función central del trabajo terapéutico. En estos contextos, la tarea del terapeuta no se entendía como una intervención técnica sino, principalmente, como la capacidad de estar con el paciente sin retirarse y sin imponer una dirección. Pedro desarrollaba esta dimensión de manera muy concreta a partir de su trabajo en un contexto hospitalario. La experiencia, decía, *“es dura porque no solo pone al paciente normalmente en estas situaciones, está al límite, y tú te colocas en ese límite”*. Su imagen del sostén era casi física: *“hay una tabla, el paciente está sentado en la parte en la que hay caída libre, y tú estás sentado en la otra parte que sostiene la tabla”*. Esta función tenía un coste real y reconocido —*“sostener conlleva un esfuerzo intelectual, emocional, te diría que hasta físico. Yo a veces... sudo en las sesiones”*— y se sostenía además sobre una posición ética muy clara: *“el paciente es el que elige y que tú eres el que acompaña, elija el camino que elija”*. En última instancia, esa capacidad de sostén era para él el núcleo mismo del trabajo: *“el poder estar, no todo el mundo puede estar, y nosotros como terapeutas podemos estar y sostener. Y eso quizá pues es lo que sana un poco”*. Martín recogía esta función de sostén en clave más

despojada y no directiva: “*el posicionamiento del psicólogo tiene que ser otro... estar como persona*”. Elena formulaba el sostén como un acompañamiento ampliador, “*siempre acompañando... haciendo preguntas para que la persona asiente, amplíe y reciba la máxima información posible de esa vivencia*”, y como una observación fina del estado del paciente: “*mi trabajo es acompañar y tratar de darme cuenta... de en qué estado está él*”. Jesús narraba el sostén afectivo en un caso de ideación suicida: “*yo, desde mi amor y desde mi postura, lo apoyaba, lo intentaba bajar a tierra*”. La función de sostén se articulaba aquí desde una posición afectiva explícita y un esfuerzo activo de contención.

Tres de los siete participantes describieron explícitamente el valor transformador del encuentro terapéutico en sí mismo, más allá de los objetivos clínicos formales. En estos relatos, la sesión no se entendía solo como un dispositivo orientado a un cambio medible, sino también como un acontecimiento en el que el encuentro humano —y, en algunos casos, la cualidad espiritual del vínculo— tenía un valor intrínseco. Martín distinguía con claridad entre el encuentro personal y un nivel más infrecuente de encuentro espiritual: “*con todos puede haber momentos de encuentro personal, pero no con todos hay momentos encuentro espiritual*”. Algunos vínculos clínicos, decía, estaban “*conectados a otro nivel... el clima espiritual*”, una atmósfera de fondo que no aparecía en todos los procesos. Elena vinculaba esta dimensión a la propia naturaleza del insight terapéutico: “*cada vez que en terapia hay un insight... tiene que ver con una conexión con algo*”. El cambio profundo, en su lectura, no era atribuible solo al trabajo técnico, sino que se enmarcaba en una conexión que rebasaba al yo ordinario. Andrés articulaba esta dimensión con especial extensión. Partía de una concepción de fondo —“*hay una unidad esencial entre el paciente y yo*”— desde la que la sesión podía abrirse a estados de “*paz, calma... un profundo sentimiento de amor*” que él vivía como cualitativamente distintos a la

elaboración psicológica habitual. Esa experiencia se caracterizaba por ser *“más profundo, más dentro, más sencillo”*, y se vinculaba a *“todo lo que es incondicional y que brota del Ser”*. El valor transformador del encuentro se hacía especialmente visible cuando, al margen de los objetivos formales del proceso, lo que quedaba era el vínculo mismo, condensado en la expresión: *“no hemos conseguido los objetivos, pero qué bien me ha venido conocerte”*.

Dos de los siete participantes desarrollaron explícitamente la genuinidad y la autenticidad del terapeuta como factor diferencial del proceso terapéutico. Aunque otras dimensiones —la presencia, la confianza, la calidad del vínculo— recogen aspectos colindantes, estas dos voces nombraron específicamente la honestidad como una variable clínica de pleno derecho. Marta articulaba esta dimensión de manera particularmente clara. Reconocía que en su forma de estar en sesión *“se me ve muy genuina”* y vinculaba esa genuinidad a una progresión observable del trabajo: *“cada vez que yo me atrevía más a nombrar esto fuera... cada vez ser más honesta aquí, veo como que eso va generando procesos más honestos, de más amor”*. Trabajar desde esa honestidad le suponía además menos desgaste profesional, *“el trabajo es más profundo, me supone menos cansancio también porque es como que simplemente estoy siendo”*. Andrés lo formulaba en clave más actitudinal, vinculando la genuinidad al trabajo personal del terapeuta: *“me hace adoptar una postura más humilde y empática”*.

Solo Pedro, dentro de la muestra, articuló de manera explícita y desarrollada la dimensión corporal de la presencia y los procesos de correulación entre terapeuta y paciente. Pedro enmarcaba estos procesos desde la psicoterapia sensoriomotriz —*“la psicoterapia sensoriomotriz me ha ayudado mucho... el ventral vagal se conecta con otro ventral vagal”*— y los nombraba con una expresión clínica precisa, *“Pat O’Donnell lo define como la alquimia relacional”*. La presencia, para él, no era un fenómeno meramente actitudinal: implicaba una

atención sostenida a aspectos corporales muy concretos — *“hay que tener mucha atención al tono de voz, a tu posición corporal, a tu manera en la que estás respirando”*— y se traducía, en última instancia, en una corregulación neurofisiológica implícita: *“mi sistema nervioso, cuando ve otro sistema nervioso que no está regulado, se regula para regular al otro de manera automática”*.

Prácticas y recursos que facilitan la integración de estas experiencias en terapia

El cuarto y último dominio recoge las prácticas, los recursos y las posiciones clínicas que los terapeutas describen como facilitadores de la integración de las dimensiones espiritual, intuitiva y de presencia en el trabajo psicoterapéutico. En sus relatos, esta integración no se sostiene en una técnica concreta, sino en una transformación de fondo del propio terapeuta —de su identidad, de su trabajo personal, de su modo de entender el rol clínico— y en una crítica explícita al modelo técnico-directivo dominante en la psicología contemporánea. La categoría principal de este dominio —*El terapeuta transformado como instrumento clínico y la crítica al modelo técnico*— se compone de ocho subcategorías que se presentan en la Tabla 6 y se desarrollan a continuación

Los siete participantes describieron una transformación progresiva de su identidad profesional como condición y resultado del tipo de trabajo que realizan. En sus relatos, el terapeuta no es un técnico que aplica un saber preestablecido, sino una persona en proceso continuo cuyo recorrido vital, espiritual y formativo modela su forma de ejercer. Esta transformación apareció formulada de muy distintas maneras —descentramiento del yo profesional, integración de experiencias vitales decisivas, evolución hacia lo transpersonal, recuperación de un saber previo, reconciliación con la propia forma de trabajar—, pero

compartió un mismo eje: el terapeuta se vuelve, con el tiempo, un instrumento clínico cuya cualidad depende tanto de su formación como de su trabajo personal.

Tabla 6

Categorías y subcategorías del Dominio 4: Prácticas y recursos que facilitan la integración de estas experiencias en terapia

Nivel	Categoría / subcategoría	Número de apariciones	Caracterización
Principal	4. El terapeuta transformado como instrumento clínico y la crítica al modelo técnico	7/7	General
Subcategoría	4.1 Transformación de la identidad profesional del terapeuta	7/7	General
Subcategoría	4.2 Trabajo personal del terapeuta como condición clínica y ética	6/7	General
Subcategoría	4.3 Crítica al tecnicismo y al modelo técnico-directivo	5/7	Típica
Subcategoría	4.4 Prácticas contemplativas y recursos de apertura	4/7	Típica
Subcategoría	4.5 Del terapeuta experto al terapeuta canal, facilitador o acompañante	4/7	Típica
Subcategoría	4.6 Transformación mutua terapeuta-paciente	2/7	Variante
Subcategoría	4.7 Uso de recursos simbólicos para resignificar la experiencia	2/7	Variante
Subcategoría	4.8 Otras formas de entender lo que parecía un síntoma	1/7	Singular

Pedro describía esta transformación como un descentramiento progresivo del yo profesional. Recordaba un inicio centrado en la propia ejecución —“*al principio yo iba pensando en mí, en lo que tenía que decir, en lo que tenía que preguntar, en lo que tenía que hacer*”— y un cambio sostenido en el tiempo que él mismo enunciaba con asombro: “*es súper interesante cómo con el tiempo eso se va transformando y tú desapareces*”. Este descentramiento se acompañaba de un cambio profundo en la concepción del rol. “*Yo antes era una caja de herramientas que le daba esas herramientas al paciente*”, decía, mientras que ahora “*me encuentro con mis pacientes, me modulo con mis pacientes, aprendo con mis pacientes, bailo con el paciente al son de ese ritmo que lleva*”. Reconocía además los costes institucionales y subjetivos de este recorrido: la dificultad de hablar de estas dimensiones en “*entornos rígidos*” dominados por “*lo cognitivo-conductual*”, el síndrome del impostor compartido entre profesionales —“*todos al final tenemos ese síndrome del impostor... hasta que lo empiezas a hablar con otro y te liberas de esa lacra paternalista*”— y la inseguridad estructural que

produce trabajar con material no medible: *“todo es tan inmaterial te da mucha inseguridad como terapeuta. Decir: ¿y qué estoy haciendo yo? Bueno, estoy”*. Martín situaba esta transformación en un proceso espiritual personal en marcha desde hacía varios años: *“llevo dos años, dos, tres años, con un proceso de desarrollo espiritual muy potente”*. Lo intuitivo no era para él un constructo teórico, sino una vivencia directa —*“lo vivo, lo vivo”*— y la propia identidad profesional se ajustaba sesión a sesión al paciente concreto: *“¿cuál es el mejor Martín que puede recibir ella?”*. El proceso terapéutico, además, no se cerraba al terminar la sesión —*“la terapia no termina cuando el paciente se va”*— y proyectaba, en su trayectoria, un desplazamiento profesional hacia lo transpersonal: *“ahora yo soy un psicólogo del yo personal, pero cada vez estoy viéndome más claro que mi camino va a ser esto”*. Ese desplazamiento se concretaba ya en proyectos clínicos específicos: *“ya tengo un proyecto montado a futuro de generar espacios de retiro”*. Elena enmarcaba esta transformación dentro de una concepción más amplia del cambio profundo. La trascendencia, decía, *“cuando sucede no sucede solo en un plano”*, y su elección profesional formaba parte de un compromiso vital más extenso: *“es una elección de estar en el mundo, el camino de la consciencia es el que he elegido”*. Jesús articulaba esta transformación a partir de experiencias vitales decisivas. Una de ellas, una experiencia cercana a la muerte, le marcaba el marco desde el que comprendía a sus pacientes en el límite: *“yo sufrí una experiencia cercana a la muerte... la sensación que viví era de no querer volver... tranquilidad y calma, sobre todo de compañía”*. Otras, como las sesiones con un chamán, formaban parte de un trabajo personal y no instrumental: *“estuve... haciendo sesiones con chamán... no lo utilicé para estudiar ni conocer, sino para proceso interno”*. Esta integración vital previa era para él condición de la propia práctica clínica —*“no creo que esto aplicado solo en el contexto terapéutico... sea más difícil que se dé si no lo tienes integrado en tu vida”*— y configuraba una

identidad profesional en continuidad con su biografía: *“yo soy quien soy gracias a cosas que me han pasado y lo que he hecho con ello”*. La visión espiritual que sostenía atravesaba indistintamente vida y clínica: *“siempre está eso presente... en mi modo de concebir ya no la terapia, sino al ser humano”*. Esteban situaba esta transformación en una trayectoria espiritual de largo recorrido. La búsqueda, decía, había estado presente *“desde mi más tierna infancia”*, y su trayectoria clínica estaba indisociablemente vinculada a una temprana inmersión en la tradición zen: *“entro jovencito en el mundo del zen”*. Marta describía esta transformación como un proceso de reapropiación de un saber originario. Su forma actual de trabajar era para ella *“la única forma en la que yo puedo trabajar”*, y reconocía que su práctica se sostenía sobre una simbología propia activa desde antes —*“llevaba desde el verano pasado con la figura de la Torre muy presente”*—. La mayor parte del proceso se entendía como un recordar más que como un aprender: *“creo que estas experiencias me han ayudado a recordar lo que ya sabía”, “cuanto más trabajo, más me olvido de lo que he aprendido en esos años de formación y más recuerdo lo que yo ya sabía desde pequeña”*. Recordaba además los inicios profesionales marcados por una vergüenza inicial ante su propia forma de trabajar: *“cuando yo entré aquí... estaba como fingiendo ser súper teórica psicoanalítica y entonces todas estas cosas me las guardaba y me daba mucha vergüenza compartirlas”*. Andrés, finalmente, describía esta transformación profesional desde una clave de servicio y gratitud. La práctica clínica se vivía para él como una *“alegría de poder estar sirviendo al otro”*, sostenida en una *“apertura espiritual del acompañamiento”* que aliviaba la carga moral del trabajo. Concluía con una expresión que sintetizaba bien su posición vital: *“disfrutar mucho más... agradecer profundamente el poder estar en esa posición de servir al otro”*.

Seis de los siete participantes describieron el trabajo personal del terapeuta como una condición —no como un complemento— del trabajo clínico. El argumento de fondo, compartido aunque articulado con matices distintos, era que la cualidad de la presencia, la captación intuitiva y el sostén del paciente dependen del nivel de elaboración personal del clínico, y que ese trabajo no se cierra nunca. Pedro lo articulaba en clave de autorregulación neurofisiológica: *“tener percepción sobre cómo está tu sistema nervioso y regularlo hace que el paciente... también regule su sistema nervioso”*. Esa autorregulación se había vuelto, con los años, automática: *“cuando digo desapareces, no es que desapareces no teniéndote en cuenta... tengo muy en cuenta cómo estoy, cómo respiro, pero ya lo hago de una manera automática”*. Martín situaba el trabajo personal en el centro mismo del proceso terapéutico, definiendo la psicoterapia como *“el trabajo del yo, el ego”*. Una vez resuelto ese trabajo, *“se va abriendo la posibilidad de lo trascendente”*. Su comprensión del trabajo clínico era de doble nivel: *“hay dos grandes niveles en los que nosotros podemos interceder. Uno es en su ego... y otro es qué soy a nivel más profundo”*. Elena formulaba este principio desde la observación contratransferencial: *“si yo me voy dando cuenta de todas y cada una de las cosas que me están sucediendo a mí, tengo la posibilidad de no contratransferírselas a mi paciente”*. Estar centrada en sí misma operaba como dispositivo regulador del trabajo clínico —*“si yo estoy en mi centro... observándome a mí a la vez que me observo a él, corto ese hablar desde mis propios patrones sin resolver”*— y se completaba con una concepción más amplia de la trascendencia personal: *“ese conectar desde la consciencia individual... con esa energía suprema... hace que tú trasciendas tu propio yo”*. Subrayaba además la centralidad del trabajo sobre los orígenes relacionales: *“hay que hablar del padre y de la madre. Si no, ¿quién somos?”*. Esteban insistía en la dimensión de autoanálisis sostenido del terapeuta: *“la contratransferencia... el autoanálisis es lo que se tiene que hacer el*

terapeuta sobre sí mismo". Esta exigencia no estaba reñida con la formación profesional rigurosa: *"lo importante es que haya terapeutas profesionales que se formen"*. Marta describía este trabajo personal con una imagen muy concreta de despojamiento interior: *"hay un trabajo personal muy importante, como de desnudarse mucho"*. Andrés cerraba esta lógica con dos afirmaciones que sintetizaban bien la posición compartida. Por un lado, el límite ético del acompañamiento —*"uno solo puede acompañar a otro hasta el nivel de conciencia que uno ha desarrollado"*— y, por otro, una práctica concreta de chequeo previo a la sesión: *"lo primero que chequeo es mi estado de alma"*.

Cinco de los siete participantes formularon una crítica explícita al modelo técnico-directivo dominante en la psicología contemporánea, y reclamaron una clínica más relacional, menos compartimentada y más abierta a dimensiones que no encajan fácilmente en lo medible. Esta crítica no era un rechazo global de la formación o de la técnica, sino una toma de distancia frente a la pretensión de que la técnica sea suficiente para resolver el sufrimiento humano. Pedro articulaba esta crítica desde una toma de conciencia sobre los límites del propio saber: *"yo no tengo nada... tengo todo el conocimiento, pero ese conocimiento no es aplicable así tal y como al paciente"*. Esta posición se acompañaba de una vigilancia ética frente al riesgo de paternalización —*"supone un esfuerzo grande en el que uno también corre el peligro de paternalizarse"*— y de una renuncia explícita al rol del terapeuta-solucionador: *"yo no tengo solución a nada, sino que en ese encuentro tú encuentras la solución y yo acompaño, o no la encuentras pero yo acompaño en ese proceso"*. La fórmula que mejor sintetizaba su posición era directa: *"no hay una técnica que solucione un problema... nada se cura, sino que todo se acompaña, todo se ve, todo se piensa"*. Elena enunciaba esta misma crítica como una imposibilidad personal: *"no puedo trabajar sin espiritualidad, no podría. Haría un modelo muy*

determinista, muy cerrado y muy mecánico y muy técnico". Y advertía del techo intrínseco de un trabajo terapéutico restringido a lo cognitivo: *"si no hay una conexión con más allá del intelecto, pues vamos a hacer una terapia que se va a quedar en el intelecto"*. Esteban por su parte explicaba esta crítica de la siguiente manera: la trascendencia, decía, *"proviene del momento en que no te satisface las respuestas... del materialismo, racionalismo"*. Su rechazo no era anecdótico sino era estructural a su comprensión del sentido vital y clínico. Marta formulaba esta crítica con especial radicalidad. Por un lado, asumía una posición de no saber como punto de partida del trabajo: *"yo cuando trabajo con humanos nunca sé lo que estoy haciendo... es una cosa que descubro en el propio proceso"*, *"trabajar ha supuesto olvidarme de todo lo que he estudiado"*. Por otro, criticaba abiertamente la compartimentalización conceptual de la psicología —*"la psicología ha puesto nombres a cosas que son mucho más amplias"*— y su tendencia a delimitar lo que en realidad rebasa toda definición: *"cuanto más lo nombras más lo delimitas"*. Esta postura se traducía en una opción clínica muy concreta: *"intento conocer muy poco para permitirme sentir más"*. La propia formación universitaria quedaba para ella reducida a una condición de habilitación: *"estudiar Psicología fue el trazado que había que hacer a nivel legal para poder acompañar a personas"*. Por último, Andrés cerraba esta crítica desde una dirección complementaria. Reconocía que en el proceso clínico funcionaba algo que rebasaba al propio terapeuta —*"hay algo que está manejando los hilos más allá de mi parte egoica"*—, idea que sintetizaba en una imagen tomada de la tradición religiosa: *"el terapeuta pone la venda, pero es Dios el que cura la herida"*. Esta posición no le impedía reconocer los límites de su propia comprensión técnica: *"no sé muy bien cómo lo hago"*.

Cuatro de los siete participantes describieron prácticas contemplativas y recursos de apertura como vías concretas que sostienen y facilitan el tipo de trabajo que realizan. Estas

prácticas no se mencionaban como técnicas terapéuticas que se aplicaran al paciente, sino como momentos sostenidos —en muchos casos diarios— que el terapeuta incorpora a su forma de vida y que tienen efectos clínicos indirectos pero relevantes. Elena desarrollaba esta dimensión en torno a la práctica meditativa. La meditación mindfulness, decía, *“no para que emerja durante la sesión, sino para que le emerja a la persona”*: el efecto clínico se producía a través del trabajo personal del paciente. Cuando ese trabajo se sostenía en el tiempo, *“cuando la persona empieza a implementar la práctica meditativa a diaria... se va generando una incorporación de ese estado a la vida cotidiana”*, lo que ella reformulaba como un paso del estado al rasgo. La aplicación clínica era explícitamente integradora —*“se trata de que lo que practicas, luego se pueda aplicar para bajarlo a tierra”*— y abría dimensiones difíciles de evitar: *“la práctica de meditación mindfulness te lleva inevitablemente a la empatía”* y *“te lleva a desarrollar un sentimiento... espiritual, aunque se lo elimines verbalmente, vuelve a emerger”*. Jesús formulaba esta misma centralidad en una afirmación breve y rotunda: *“es fundamental tener una práctica de meditación diaria”*. Esteban desplegaba un repertorio especialmente articulado de prácticas, tanto corporales como contemplativas. Por un lado, había desarrollado una técnica corporal específica —*“una vibración que se llama vibración inducida... se trabaja con el sistema nervioso autónomo”*— que entendía en último término como *“una meditación dinámica”*. La incorporación del cuerpo era para él una condición clínica explícita: *“las terapias tienen que entrar en el cuerpo”*, y *“el cuerpo tiene que estar presente... la respiración ventral, jara”*. Este trabajo se enmarcaba dentro de una concepción integrada del ser humano: *“trabajamos con la cuadrinidad: cuerpo, emociones, mente y conciencia-energía”*. La parte propiamente terapéutica se entendía como una secuencia: una *“fase purgativa, purificativa”* inicial dirigida a la disolución de patrones —*“el molde de un ser humano está constituido de patrones, de*

fractales”— porque “*lo primero que tiene que hacer un proceso terapéutico es resolver y disolver esos patrones*”. El horizonte último de la espiritualidad era para él “*la vivencia de la unidad*”, y el camino se formulaba con una imagen casi mítica: “*hay que bajar al inframundo para subir al supramundo*”. Marta, finalmente, describía un cuidado extenso del propio cuerpo y de los hábitos cotidianos en clave clínica. Cuidaba mucho su cuerpo “*porque creo que es mi herramienta de trabajo*” y su rutina vital estaba al servicio de la práctica: “*intento descansar muy bien, comer muy bien, salir mucho a la naturaleza, hacer mucho deporte*”. En su caso, las experiencias con psilocibina formaban también parte de este repertorio de apertura: “*las experiencias con psilocibina... han ayudado mucho a abrirme*”.

Cuatro de los siete participantes describieron un desplazamiento explícito del rol clínico desde la figura del terapeuta-experto que cura hacia la del terapeuta-canal, facilitador o acompañante de un proceso que en buena parte le trasciende. Esta reformulación del rol no implicaba una abdicación de la responsabilidad clínica, sino una redefinición de su lugar en el proceso terapéutico: el terapeuta no produce el cambio, lo facilita. Pedro describía esta reformulación a partir del trabajo con un paciente terminal en el que el encuadre convencional resultaba inviable. “*Es de estos casos difíciles porque no puede haber encuadre, porque en el momento en el que tú encuadras un poco lo terapéutico, él se sale*”, decía, lo que le obligaba a una entrada relacional indirecta: “*yo voy con el equipo diciendo que como soy parte del equipo voy un día más, y entonces engancho con él a través de la conversación*”. La conexión clínica se construía a partir de los intereses del propio paciente —“*es un hombre muy leído, le gusta mucho la literatura, le gusta mucho la historia... empezamos a conectar a través de lo intelectual*”— y exigía una implicación activa por parte del terapeuta: “*yo normalmente lo que hacía era prepararme algún tema antes de ir, o leer algún libro interesante, o ver alguna película*

interesante de la que pudiese hablar con él". Martín entendía que su trabajo clínico se sostenía en una "teoría no lineal" que reconocía la imposibilidad de controlar el proceso: "lo que vaya a emerger no lo vamos a controlar ni él ni yo". La entrada al trabajo era explícitamente no directiva —"entro pringado sin directividad"— y prescindía de la preparación protocolizada: "no cojo apuntes, no preparo las sesiones, yo me encuentro con el paciente". Jesús articulaba este desplazamiento con la imagen del terapeuta como canal. "Yo no hago nada, yo soy un canal", decía, y reformulaba esta posición en términos de humildad clínica: "tú como terapeuta no haces nada, eso es ego". Su función no era la de curar, sino la de abrir un espacio: "tú no curas, tú permites que llegue... abro una puerta para que pase lo que tenga que pasar". La cualidad de su presencia se describía como casi escenográfica: "soy un canal... es una presencia sin... acto... como un elemento del escenario". Marta recogía este mismo desplazamiento con una formulación particularmente clara. Aunque reconocía que se le daba bien su trabajo, no atribuía ese resultado a una capacidad propia: "hay veces que yo he dicho: se me da muy bien mi trabajo... pero no siento que sea una capacidad que yo tengo", "no me siento que soy yo la creadora de ese trabajo, sino creo que yo solo recibo algo". Su función era la de acompañar al paciente a encontrar lo que ya estaba en él: "yo les acompaño a encontrar una verdad que ya está en ellos", "yo les devuelvo una fuerza que es suya".

Dos de los siete participantes describieron una transformación bidireccional del vínculo terapéutico, en la que el paciente no es solo el destinatario del cambio, sino también un agente que produce transformación en el terapeuta. Esta dimensión no se nombraba como excepcional ni como una experiencia aislada, sino como una característica estable de la práctica clínica. En primer lugar, Marta explicaba esta dimensión con varios ejemplos concretos. Recordaba a un niño paciente del que sintió, desde el inicio, "una cosa como muy fuerte... que era un niño que

me iba a traer cosas”, y narraba cómo en sesión se producían resonancias simbólicas explícitas: *“el niño se pasa toda la sesión diciendo: se va a caer, se va a caer”*. Para ella, este trabajo era doblemente direccional: *“este niño me trae mucho eso... él me está haciendo un trabajo a mí también”*. Lo formulaba en términos de una *“cosa muy espiritual muy horizontal en la que... ambas personas están trabajando”*, y describía cómo los pacientes podían articular cosas que ella misma estaba sintiendo: *“la persona que está enfrente mío articula perfectamente una cosa que yo también estoy sintiendo”*. En sus formulaciones más explícitas, atribuía a los pacientes un papel formativo central en su propia identidad como terapeuta: *“creo que si tú te abres a eso, te lo irán mostrando los propios pacientes... a mí me han enseñado ellos a ser terapeuta”*, *“yo también estoy aprendiendo en esto”*. Andrés formulaba esta misma dinámica con un lenguaje muy próximo. La sesión se vivía para él como una búsqueda compartida —*“juntos nos embarcamos en ver qué sentido tiene nuestro encuentro para los dos”*— y la llegada de ciertos pacientes la interpretaba como una indicación de su propio trabajo: *“me lo tomo como una señal del universo de que te toca trabajarte esto”*. El paciente, en este sentido, le obligaba a crecer: *“me obliga... si me llega un paciente con esto”*. Esta cualidad bidireccional hacía que el acompañamiento se viviera de manera más intensa —*“está más vivo el acompañamiento”*— y que el aprendizaje se reconociera explícitamente como compartido: *“aprendo contigo... es parte de mi experiencia”*.

Dos de los siete participantes describieron el uso de recursos simbólicos —textos, imágenes, juego, objetos— como vía privilegiada para resignificar la experiencia del paciente. Aunque la subcategoría es estrictamente variante, el contenido aporta un matiz importante sobre cómo, en determinados contextos clínicos, lo simbólico funciona como puerta de entrada al trabajo profundo. Pedro narraba un episodio especialmente ilustrativo en el trabajo con su

paciente terminal. Llegado un momento del proceso, *“llegó Navidades y le regalé el libro de la Odisea y la Iliada. Y le dije que me recordaba mucho a él”*. El efecto clínico de este gesto fue importante: *“esto hizo como un clic en su cabeza y empezó a ver la vida como un viaje... en el que hay guerras, en el que hay batallas, en el que hay sirenas”*. El símbolo, en este caso, abrió una resignificación narrativa de la propia vida del paciente que el discurso clínico convencional no había logrado. Marta, en otro registro, recogía la dimensión simbólica espontánea del juego infantil en sesión: *“el niño se pone a armar una torre”*, una escena que, leída en clave simbólica, abría material clínicamente significativo.

Un único caso, Marta, explicó de manera explícita una lectura alternativa del síntoma psicológico, en la que algunas formas de sensibilidad o intuición que la psicología tradicional patologizaría podían leerse, en otra clave, como recursos personales y no como problemas. Aunque la subcategoría es estrictamente singular, la formulación es lo bastante distintiva como para merecer reconocimiento dentro del análisis. Marta articulaba esta lectura con varios elementos. Por un lado, observaba que *“muchas cosas que se han leído como síntomas... en verdad eran intuiciones muy fuertes”*, y que patologizar este tipo de sensibilidad implicaba una pérdida importante: *“le estás quitando lo más sagrado”*. Esta lectura alternativa la trasladaba a la clínica con la infancia con un lenguaje cargado de referencias chamánicas: *“es un niño brujo... es un chamán”*. Y se traducía en una orientación práctica para los padres de niños con sensibilidades extraordinarias: *“vuestro hijo tiene unos poderes muy especiales... tenéis que aprender a acompañar eso”*.

Discusión

Este trabajo profundizó en cómo los terapeutas describen y explican las prácticas y experiencias asociadas a la dimensión espiritual, la intuición clínica y la conexión profunda con

el paciente en el día a día de su trabajo. De los hallazgos que se comentan a continuación conviene destacar el peso de los que no estaban anticipados al inicio del estudio. Como muestra la Figura 1, once subcategorías quedaron clasificadas en el cuadrante de descubrimiento —no esperadas, pero presentes en al menos la mitad de los participantes—. Entre ellas, la continuidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica, la modulación prudente de la dimensión espiritual en sesión, la intuición como capacidad entrenada, el cuerpo del terapeuta como vía de conocimiento clínico, el silencio y la detención de la mente, el sostén en situaciones límite, el trabajo personal del terapeuta como condición clínica y la crítica explícita al modelo técnico-directivo. Estos resultados, no previstos pero consistentes a lo largo de la muestra, constituyen probablemente la aportación más relevante del estudio y son discutidos entre otros en las siguientes páginas.

En los relatos de los participantes, la espiritualidad atravesaba toda la actividad clínica y resultaba inseparable de su forma de estar en el mundo. Por ejemplo, aparecía cuando el paciente buscaba activamente un sentido y también cuando ese sentido se le venía abajo en una crisis vital. Describieron la intuición no como ocurrencia espontánea, sino como una capacidad entrenada que se sostiene en el cuerpo, en la percepción de sincronicidades y en un discernimiento clínico permanente respecto a la empatía y la contratransferencia. La presencia y el vínculo aparecieron como el principal agente de cambio del proceso, sostenidos por una cualidad serena y no juzgadora del terapeuta y, en algunos casos, por procesos de correulación corporal y de silencio compartido. Finalmente, los participantes se describieron a sí mismos como instrumentos clínicos en transformación permanente, sostenidos por un trabajo personal continuo, por prácticas contemplativas y por una crítica explícita al modelo técnico-directivo dominante en la psicología contemporánea.

Los relatos en torno a la espiritualidad como marco de sentido del proceso terapéutico se conectan con una tradición ya consolidada en la literatura clínica y filosófica. La definición que ofrece Esteban —“*la búsqueda del máximo o del último sentido de la vida*”— recoge muy de cerca la formulación de Frankl (2015), para quien la pregunta más radical ante el sufrimiento no es cómo evitarlo sino cómo darle un sentido. El trabajo de Pargament (2007) ha mostrado que esta búsqueda funciona como un recurso psicológico fundamental incluso cuando no se aborda de forma explícita en sesión, lo que conecta con la observación que hacen Pedro, Martín y Andrés sobre la espiritualidad como encuadre interno del terapeuta —no necesariamente verbalizado, pero sí activo en la cualidad del vínculo—. La centralidad clínica que los participantes atribuyen a esta dimensión —“*en mi modo de entender la terapia es total, es primordial, esencial*”, decía Jesús; “*profundamente curativa*”, decía Esteban— se puede relacionar, además, con la línea de investigación más reciente que asocia la espiritualidad con mejores indicadores de salud mental y bienestar (Miller, 2021), aportando ahora una mirada cualitativa sobre cómo funciona esta dimensión en la práctica clínica concreta.

La explicación que Esteban ofrece del proceso terapéutico —que se inicia con una “*fase purgativa, purificativa*” y se abre después a una “*vivencia de la unidad*”— tiene un eco notable en la literatura mística contemplativa. La *Noche oscura del alma* de San Juan de la Cruz (de la Cruz, 2005) y *Las moradas* de Santa Teresa de Jesús (de Jesús, 2007) describen, desde la tradición cristiana, un mismo relato estructural consistente en un descenso necesario al fondo del sufrimiento como condición de un acceso posterior a estados de mayor consciencia, lo que Esteban formulaba clínicamente al decir que “*hay que bajar al inframundo para subir al supramundo*” y que en sesión podía darse “*una muerte y renacimiento*”. Esta relación entre tradición mística y proceso clínico ha sido explícitamente trabajada por la psicología

transpersonal, particularmente por Almendro (2008), cuyo planteamiento ofrece un marco contemporáneo para integrar este tipo de procesos en la práctica psicoterapéutica sin reducirlos a categorías diagnósticas convencionales. En la misma línea contemplativa, pero desde una sensibilidad zen-cristiana, Jäger (2022) describe la realidad como un continuum de consciencia en el que las dimensiones espiritual y material no son planos separados sino expresiones de una misma realidad, una intuición que recoge bien la posición no dualista de Andrés —“*no hay diferencia entre espiritual y material... todo para mí es espiritual*”— y la formulación de Marta de una “*frecuencia muy conectada con lo sutil*”.

La lectura que Esteban y Andrés ofrecen del sinsentido como territorio del trabajo terapéutico —“*el gran síntoma... el sinsentido de la vida*”; “*sin lo espiritual... todo acaba siendo un sinsentido*”— recoge una preocupación central de la psicoterapia existencial. Yalom (2018), en *El don de la terapia*, sostiene que la confrontación con la muerte, el aislamiento, la libertad y la falta de sentido constituye el sustrato existencial sobre el que se construye gran parte del sufrimiento clínico, y que el papel del terapeuta es, en buena medida, acompañar al paciente en esa confrontación. La narración de Pedro sobre el paciente que pasaba del “*tenía la mente como focalizada en el hecho de la eutanasia y de morir*” a una progresiva reconstrucción de sentido —“*empieza a darse cuenta que detrás de todo esto... está la función real, que es la vida*”— ilustra clínicamente esta dinámica de manera particularmente nítida. Más allá de las tradiciones de pertenencia de cada participante, lo que estos relatos muestran es que la espiritualidad no funciona en su práctica como una creencia añadida, sino como un marco que permite sostener al paciente cuando el sentido se ha derrumbado y abrir, desde ahí, un horizonte posible de transformación.

Una de las distinciones más vivas que aparece en los relatos es la que los participantes establecen entre la captación intuitiva, la empatía y la contratransferencia. Pedro llega a reformular su propio vocabulario —“*la empatía la he borrado de mi vocabulario... me gusta más el término compasión*”— y sitúa el corazón del trabajo en un estar-con más que en un sentir-como, una posición próxima a la cualidad relacional del encuentro descrita por Rogers (1995). Martín, por su parte, describe una doble lectura simultánea: recibe la información intuitiva “*como verdad de fondo*” y a la vez analiza “*el impacto en su yo*”, lo que prolonga la tradición psicoanalítica de atención contratransferencial (Bion, 2023). Lo que estos relatos muestran en conjunto es que el uso clínicamente cuidadoso de la intuición exige un trabajo permanente de discernimiento entre lo que pertenece al paciente y lo que el propio terapeuta proyecta sin saberlo.

Junto a esta tarea de discernimiento, varios participantes describen también la aparición de sincronicidades como fenómeno clínicamente relevante —Martín, Marta y Andrés lo desarrollan con especial detalle—, un material que remite directamente a la formulación de Jung (1976), para quien la sincronicidad es un principio explicativo complementario a la causalidad y se manifiesta como coincidencia significativa entre estados psíquicos y acontecimientos externos.

Las descripciones que ofrecen los participantes de la intuición como capacidad cultivada y del cuerpo del terapeuta como vía de conocimiento clínico conectan, por su parte, con una línea de trabajo ya establecida. La formulación de Elena y Marta de la intuición como capacidad entrenada —“*todas las preguntas que yo hago nacen desde una intuición que nace de un trabajo previo*”— prolonga la línea junguiana clásica que entiende la intuición como una función psíquica entrenable y no como un don ocasional (Jung, 1976).

En el plano corporal, Gendlin (1978) conceptualiza el *felt sense* como un modo de conocimiento corporal que precede a la articulación verbal y que permite captar significados que el paciente no es capaz de formular; los relatos de Jesús —“*es una sensación física. No llega desde el pensamiento*”— y de Marta —“*se refleja en mi cuerpo*”— son ejemplos clínicos casi literales del concepto. Van der Kolk (2025), por su parte, ha mostrado cómo el cuerpo registra de forma específica las experiencias del otro y opera como un instrumento sensible de captación interpersonal, lo que ofrece un sustrato empírico al repertorio de señales corporales que Marta describe en sesión —contracción visceral, escalofríos, pitidos auditivos ante material transgeneracional—.

Los hallazgos sobre la presencia y el vínculo como núcleo transformador del proceso terapéutico se inscriben en una de las líneas más sólidas de la psicoterapia contemporánea. Nos referimos a la que sitúa la calidad de la relación, y no la técnica, como el factor común de la eficacia clínica (Norcross & Lambert, 2011). Geller y Greenberg (2023) han descrito la presencia terapéutica como una forma de estar que combina componentes corporales, emocionales, cognitivos, espirituales y relacionales, y que genera un contexto en el que aparece una seguridad facilitadora del cambio; los relatos de Elena —“*se produce una paz, una tranquilidad y un estar consigo mismo pleno que permite que esa intuición emerja*”— y de Andrés —“*me relaja profundamente el pensar que va a estar bien lo que surja de forma espontánea*”— son ilustraciones casi literales de esa cualidad. La afirmación rotunda de Jesús —“*el vínculo es lo que cura, al final*”— y la formulación de Pedro de que “*en terapia lo que transforma es la relación, no tanto lo que aplicas*” recogen, además, el lugar central que Yalom (2018) reserva al encuentro humano en el trabajo terapéutico, particularmente cuando concibe al terapeuta como

un compañero de viaje del paciente, una posición que reaparece en Marta cuando dice que “*yo les acompaño a encontrar una verdad que ya está en ellos*”.

La cualidad silenciosa de la presencia —que Esteban formula como un momento en el que “*la mente racional, dualista... se para*”— prolonga, finalmente, la línea contemplativa que ha venido a integrarse en la psicoterapia a través de los enfoques basados en mindfulness y de la propia tradición zen, en continuidad con la trayectoria personal que el propio Esteban reconoce en su formación.

Por su parte, las descripciones de la función de sostén en situaciones límite — especialmente la imagen de Pedro de la tabla en la que el paciente está sentado en la parte de caída libre y el terapeuta sostiene la otra punta— recogen el clásico concepto de *holding* de Winnicott (1975) y de *containment* de Bion (2023), que entienden la función primaria del clínico no como interpretación sino como capacidad de sostener el material emocional del paciente hasta que pueda elaborarse.

La dimensión somática y silenciosa de la presencia que describen los participantes encuentra apoyo empírico en líneas de investigación específicas. La descripción que ofrece Pedro de la correulación implícita —“*mi sistema nervioso, cuando ve otro sistema nervioso que no está regulado, se regula para regular al otro de manera automática*”— se sustenta literalmente en la teoría polivagal de Porges (2011), que conceptualiza la regulación social como un proceso neurofisiológico mediado por el complejo vagal ventral, al que el propio Pedro hace referencia explícita.

La descripción que los participantes hacen de su propia transformación profesional como condición y resultado del trabajo clínico —desde el descentramiento del yo profesional que narra Pedro, el desarrollo espiritual sostenido que describe Martín, hasta la recuperación de un saber

originario que articula Marta— se sitúa en continuidad con dos líneas de pensamiento. Por un lado, la tradición humanista de Rogers (1995), que concibe la congruencia y la autenticidad del terapeuta como condiciones constitutivas del trabajo clínico y no como atributos opcionales. Por otro, el marco transpersonal de Almendro (2008), que sostiene de manera explícita que el nivel de consciencia del terapeuta condiciona el nivel de profundidad al que este puede acompañar al paciente, una idea que Andrés formula casi con esas mismas palabras: *“uno solo puede acompañar a otro hasta el nivel de consciencia que uno ha desarrollado”*.

Las prácticas contemplativas que varios participantes describen —meditación diaria, trabajo corporal, cultivo de la atención— operan en este marco no como técnicas auxiliares sino como prácticas que mantienen al terapeuta en condiciones de poder hacer su trabajo, en línea con la propuesta integradora de Walsh y Vaughan (1993).

El desplazamiento del rol clínico del terapeuta-experto al terapeuta-canal o acompañante —que Jesús formula con la afirmación *“yo no hago nada, yo soy un canal”* y Marta con *“yo solo recibo algo”*— recoge la lectura que distintas tradiciones han hecho del trabajo terapéutico como un proceso que el clínico facilita más que produce. Yalom (2018), desde un marco existencial muy distinto del transpersonal, llega a una posición funcionalmente análoga al concebir al terapeuta como un compañero de viaje (ya lo hemos mencionado anteriormente) del paciente más que como un experto en su sufrimiento.

La transformación mutua que describen Marta y Andrés —*“a mí me han enseñado ellos a ser terapeuta”*; *“aprendo contigo... es parte de mi experiencia”*— extiende esta lógica un paso más allá, al sugerir que el cambio terapéutico es bidireccional y que el terapeuta no solo acompaña al paciente, sino que también es transformado por él. Esta lectura conecta con propuestas más recientes sobre los *now moments* y los *moments of meeting* (Stern, 2018),

entendidos como instantes en los que la subjetividad de ambos participantes queda implicada y reorganizada de un modo que rebasa lo procedimental.

La crítica explícita al modelo técnico-directivo que expresan los participantes — especialmente Marta cuando afirma que “*la psicología ha puesto nombres a cosas que son mucho más amplias*” y que “*cuanto más lo nombras más lo delimitas*”, o cuando Pedro señala que “*no hay una técnica que solucione un problema... nada se cura, sino que todo se acompaña*”— se inscribe en una línea de cuestionamiento del modelo procedimental aplicado a la psicoterapia que cuenta con apoyo empírico sustancial. Wampold (2015), en su revisión integradora de la investigación sobre eficacia clínica, ha mostrado de manera sistemática que los factores comunes —relación, alianza, expectativas, encuadre— explican una proporción mayor de la varianza terapéutica que los factores específicos asociados a cada técnica concreta. Esta evidencia da apoyo al posicionamiento de los participantes, que no rechazan la técnica como tal sino que reclaman situarla como herramienta secundaria respecto a la cualidad del encuentro humano. Bohart y Tallman (2003) están en esta misma línea al concebir al cliente como agente activo del cambio, una perspectiva que dialoga directamente con la posición de Marta cuando afirma que “*yo les acompaño a encontrar una verdad que ya está en ellos*”.

Las propuestas alternativas que esbozan algunos participantes —el terapeuta como facilitador, el uso de recursos simbólicos para resignificar la experiencia, la lectura no patologizante de ciertas formas de sensibilidad— prolongan diferentes corrientes de la psicoterapia humanista, narrativa y transpersonal. La intervención simbólica de Pedro al regalar a su paciente la *Odisea* y la *Iliada* —que el paciente acabó leyendo como un mapa de su propio proceso vital— ilustra muy bien la potencia del trabajo metafórico, que White y Epston (2010) sistematizaron en la terapia narrativa al concebir el reencuadre del relato como una vía

privilegiada de cambio clínico. La lectura no patologizante que ofrece Marta del síntoma como intuición no acompañada —“*muchas cosas que se han leído como síntomas... en verdad eran intuiciones muy fuertes*”— resulta especialmente provocadora y conecta con la noción de *emergencia espiritual* formulada por Grof (2002), que distingue entre crisis estrictamente psicopatológicas y procesos de apertura transpersonal mal acompañados.

Limitaciones del estudio

El estudio tiene limitaciones que conviene reconocer. La muestra es reducida ($n=7$) y, dado el muestreo intencional deliberadamente orientado hacia terapeutas con afinidad previa por estas dimensiones, introduce un sesgo de selección que limita la generalización de los hallazgos. Probablemente terapeutas de otras orientaciones habrían ofrecido relatos distintos. Esta limitación es coherente con el propósito del estudio, pero creemos que hay que tenerla presente.

El estudio recoge, además, exclusivamente la voz de los terapeutas, sin incorporar la perspectiva del paciente, lo cual sería un complemento valioso.

El tamaño reducido de la muestra implica también que el análisis no ha alcanzado el criterio de saturación teórica, entendido como el punto en el que la incorporación de nuevos participantes deja de aportar categorías o matices distintos a los ya identificados. Un estudio con una muestra más amplia podría revelar dimensiones adicionales que la presente investigación no ha podido captar.

Líneas futuras de investigación

Varias líneas se abren a partir de estos hallazgos. Sería valioso replicar este tipo de exploración estudiando las opiniones y relatos de los pacientes, con el objetivo de contrastar la cualidad de la experiencia descrita por el terapeuta con la vivencia subjetiva del proceso. Resultaría también especialmente interesante investigar empíricamente la relación entre el

trabajo personal del terapeuta y la calidad clínica de su trabajo, una intuición sostenida con fuerza por los participantes pero todavía poco documentada. Finalmente, contrastar estos relatos con los de terapeutas de otras orientaciones ayudaría a precisar qué aspectos son específicos de los profesionales abiertos a estas dimensiones y cuáles operan, de forma implícita, también en otras prácticas.

Implicaciones clínicas

En el plano clínico y formativo, los hallazgos del estudio refuerzan la importancia de cuidar el trabajo personal del terapeuta no como un complemento opcional sino como condición de la propia práctica. Para la formación de psicólogos, esto plantea la necesidad de espacios donde estas dimensiones puedan trabajarse. Por ejemplo, en la supervisión continuada, en espacios contemplativos, revisando la propia historia personal, todo más allá de la formación estrictamente técnica. Para la supervisión clínica, los relatos sugieren la utilidad de incorporar dimensiones que no suelen tener un lugar explícito como las captaciones intuitivas y el material que el paciente trae al propio terapeuta. Y para el debate más amplio sobre la psicoterapia basada en la evidencia, este estudio aporta una mirada que no pretende oponerse a la técnica, sino complementarla con dimensiones que operan, aunque sea de forma implícita, en cualquier encuentro clínico.

Referencias

- Almendro, M. (2008). *Psicología y psicoterapia transpersonal*. Kairós.
- Bion, W. R. (2023). *Learning from experience*. Routledge.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2003). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. American Psychological Association.
- de Jesús, T. (2007). *Las moradas teresa de jesús; introducción y notas al texto, José Vicente Rodríguez*. San Pablo.
- de la Cruz, S. J. (2005). *Noche Oscura del Alma*. Ediciones el Otro el Mismo.
- Einstein, A. (1930). What I believe: *The Essential Einstein: Public Writings, 193–197*.
<https://doi.org/10.2307/jj.27710924.56>
- Elendu, C. (2024). The evolution of ancient healing practices: From shamanism to hippocratic medicine: A Review. *Medicine, 103*(28).
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000039005>
- Elliott, R., & Timulak, L. (2021). *Essentials of descriptive-interpretive qualitative research: A generic approach*. American Psychological Association.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 449–463. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.449>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido (3a. Ed.)*. Herder Editorial.

- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2023). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. Everest House.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2008). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Recording for the Blind & Dyslexic.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- Grof, S. (2002). *La Psicología del Futuro*. La Liebre de Marzo.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of cognitive behavioral therapy*. Context-Driven Press.
- Hymer, S. (1995). Therapeutic and redemptive aspects of religious confession. *Journal of Religion and Health*, 34(1), 41–54. <https://doi.org/10.1007/bf02248637>
- Jäger, W. (2022). *La Ola Es El mar: Espiritualidad Mística*. Desclée de Brouwer.
- Jung, C. G. (Carl G. (1976). *Psychological types*. Princeton University Press.
- Krippner, S. (2012). Shamans as healers, counselors, and psychotherapists. *International Journal of Transpersonal Studies*, 31(2), 72–79. <https://doi.org/10.24972/ijts.2012.31.2.72>
- L'Estrange, K., Timulak, L., Kinsella, L., & D'Alton, P. (2016). Experiences of changes in self-compassion following mindfulness-based intervention with a cancer population. *Mindfulness*, 7(3), 734–744. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0513-0>
- Maslow, A. H. (2014). *Toward a psychology of being*. Sublime Books.
- Miller, L. (2021). *The awakened brain*. Penguin Books.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>

Pargament, K. I. (1999). The Psychology of Religion and spirituality? yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 12–12.

https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2

Pargament, K. I. (2008). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W.W. Norton.

Rampin, R., & Rampin, V. (2021). Taguette: Open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*, 6(68), 3522. <https://doi.org/10.21105/joss.03522>

Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (2019). *El Proceso de convertirse en persona: Mi Técnica terapéutica*. Paidós.

Stern, D. N., Sassenfeld, A., & Huneus, F. (2018). *El momento presente: En psicoterapia y la Vida Cotidiana*. Editorial Cuatro Vientos.

Sun, H., & Kim, E. (2025). Shamanic imagery and ritual experience: An empirical study of emotions, beliefs, and states of consciousness. *Religions*, 16(7), 893.

<https://doi.org/10.3390/rel16070893>

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

Tentler, T. N. (2016). *Sin and confession on the eve of the Reformation*. Princeton University Press Two Rivers Distribution Distributor.

Van Der Kolk, B. (2025). *El Cuerpo Lleva la cuenta cerebro, Mente y cuerpo en la superación del trauma*. VINTAGE ESPAÑOL.

Walsh, R. N., & Vaughan, F. E. (1993). *Paths beyond ego: The transpersonal vision*. J.P. Tarcher/Perigee.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? an update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

White, M., & Epston, D. (2010). *Medios Narrativos para fines terapéuticos Michael White y David Epston ; traducción de Ofelia Castillo*. Paidós.

Winkelman, M. (2010). *Shamanism: Biopsychosocial Paradigm of consciousness and healing*. Praeger.

Winnicott. (1975). *Through paediatrics to psychoanalysis: Collected papers*. Routledge.

Yalom, I. D., & Salvetti, J. (2018). *El Don de la Terapia: Carta Abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes*. Ediciones Destino.

Anexo A: Guion de la entrevista

Apertura

Pregunta principal:

- ¿Podrías contarme, desde tu experiencia personal, algún momento en el que hayas experimentado una fuerte intuición, una conexión con el paciente o con algo que te trascendiera, o una experiencia que podamos llamar espiritual en un sentido amplio del término?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Recuerdas alguna situación concreta que te venga a la mente?
- ¿Podrías describir un momento específico en sesión?

Descripción fenomenológica

Pregunta principal

- Cuando aparece uno de estos momentos en sesión, ¿cómo lo experimentas tú como terapeuta?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Qué notas en tu cuerpo, a nivel emocional o en tu atención?
- ¿Sucede algo distinto en tu forma de estar con el paciente?

Sobre la técnica

Preguntas principales

- ¿Hay prácticas, actitudes o recursos que sientas que facilitan la aparición de estos estados de conexión o de intuición profunda durante la sesión?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Tiene que ver con la forma de escuchar?
- ¿Con el ritmo de la sesión, el silencio, la atención al cuerpo?

Diferenciar conceptos

Pregunta principal

- ¿Cómo distingues estas experiencias de otros procesos psicológicos más conocidos, como la empatía o la contratransferencia?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Qué te hace pensar que estás ante algo diferente?

Espiritualidad y sentido

Preguntas principales

- ¿Qué papel dirías que tiene la espiritualidad (entendida en un sentido amplio como conexión o trascendencia) en el proceso terapéutico, tanto para ti?
- ¿Y para el paciente?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Te es útil? Si así fuera, ¿para qué?
- ¿Puede convertirse en un estorbo en un momento dado?
- ¿Sueles incluir esta dimensión de manera proactiva en las sesiones o depende de cada paciente?

Impacto en la relación y el cambio

Pregunta principal

- Desde tu experiencia, ¿qué efectos tienen estos momentos de conexión profunda, de intuición o de vivencia espiritual que experimentas como terapeuta en el proceso de transformación del paciente?

Preguntas de apoyo en caso de que la respuesta anterior haya sido muy general.

- ¿Cambian la confianza, la apertura, la regulación emocional?
- ¿Recuerdas algún ejemplo significativo?

Identidad profesional

Pregunta principal

- ¿Sientes que estas experiencias han moldeado tu forma de entender qué significa “ser terapeuta”, tus límites, tu responsabilidad o tu manera de tomar decisiones clínicas, en definitiva, la forma en la que ejerces tu rol profesional?

Anexo B: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Intuición y Espiritualidad en la Práctica Psicoterapéutica un Estudio Cualitativo

Descriptivo-Interpretativo con Terapeutas Experimentados

Investigador responsable

Pablo Navarro

Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad Pontificia Comillas

pablonavarro@alu.comillas.edu

Director del estudio

Dr. Rafael Jódar

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (Universidad

Pontificia Comillas)

Información para el participante

Se le invita a participar en un estudio cuyo objetivo es explorar cómo los terapeutas comprenden y utilizan dimensiones como la presencia, la intuición y la espiritualidad en su práctica clínica.

La investigación consiste en una entrevista semiestructurada de 45–60 minutos, que podrá realizarse presencialmente u online.

El estudio forma parte de un Trabajo Fin de Máster y no cuenta con financiación externa. El investigador no mantiene conflictos de interés y desarrolla la actividad exclusivamente en el marco académico de su universidad.

Procedimiento y métodos

- Se realizará una entrevista individual grabada en audio con su permiso.
- La entrevista será transcrita de forma literal y posteriormente convertida en datos anónimos.
- Solo se recogerá información relacionada con su experiencia profesional, y no con su vida personal ni con pacientes.

Riesgos y beneficios

- El estudio implica riesgo mínimo, dado que no se abordarán contenidos personales sensibles ni situaciones clínicas reales. El único posible inconveniente es el tiempo empleado.
- Los beneficios indirectos incluyen la posibilidad de reflexionar sobre la propia práctica clínica y contribuir al conocimiento sobre procesos terapéuticos poco explorados.

Confidencialidad

- Sus datos serán tratados de forma estrictamente confidencial.
- No aparecerá ningún dato que permita identificarle en los resultados del estudio.
- Las grabaciones se eliminarán tras la transcripción.
- Las transcripciones se almacenarán en carpetas cifradas y protegidas con contraseña.
- Solo el investigador responsable y el director del estudio tendrán acceso a los datos.

Derechos del participante

- La participación es totalmente voluntaria.
- Puede negarse a participar sin dar explicaciones.
- Puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin sufrir ningún tipo de consecuencia.
- Puede solicitar la eliminación inmediata de su entrevista o de cualquier dato aportado.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información anterior, que he tenido oportunidad de hacer preguntas, y que acepto participar de manera voluntaria en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo C: Resolución del comité de ética



Madrid, 26 de enero de 2026

Dictamen 060/25-26

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "INTUICIÓN Y ESPIRITUALIDAD EN LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO DESCRIPTIVO-INTERPRETATIVO CON TERAPEUTAS HUMANISTAS Y TRANSPERSONALES", presentado por el alumno D. Pablo Navarro Rubio en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son terapeutas con experiencia en enfoques humanistas. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación los participantes podrán reflexionar sobre su práctica profesional. No existen riesgos para los participantes. La investigación no se efectúa con población vulnerable ni con menores de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Los participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informados de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. El investigador se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de los participantes no resulte posible. Las grabaciones que se efectúen en la investigación se realizarán en audio y serán destruidas al término del estudio. La investigación es conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

Anexo D: Muestra de unidades de significado organizadas por subcategoría final

Subcategoría	Subcategoría	ID	Participante	Cita provisional original	Eficiencia inicial	Unidad de significado	Texto literal
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	A29	Pedro	Apertura espiritual como reconstrucción de significado	Espiritualidad como dimensión constitutiva	La espiritualidad es concebida como dimensión constitutiva del ser humano y parece imprescindible del trabajo terapéutico.	"La trascendencia es lo que da sentido al hecho de vivir... no trabajar... te está faltando una perna del paciente."
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	B2	Martin	Apertura espiritual como reconstrucción de significado	Espiritualidad como código de lectura	El terapeuta entiende la espiritualidad como un código interpretado que antes no formaba parte de su manera de leer la realidad.	"Yo antes no tenía ese código... no daba posibilidad a que el mundo fuera leído así."
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	C21	Elena	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Espiritualidad como trascenderse	La terapia define espiritualidad como presencia continua de conciencia y capacidad de trascendencia del yo.	La espiritualidad... está presente continuamente porque tiene que ver con la conciencia y con el trascender.
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	D26	Jesus	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Espiritualidad esencial en terapia	La espiritualidad ocupa un lugar central e irremplazable en la concepción terapéutica del terapeuta.	En mi modo de entender la terapia es total, es primordial, esencial...
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	E32	Esteban	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Valor curativo de la dimensión espiritual	El terapeuta afirma el valor curativo profundo de la dimensión espiritual.	La dimensión espiritual es profundamente curativa.
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	F1	Mara	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Presencia constante de lo espiritual	El terapeuta vive la intuición y la espiritualidad como presencias constantes en su práctica, no como fenómenos excepcionales.	Siempre, siempre, siempre... está presente.
1.1	Centralidad de la espiritualidad en la práctica clínica	G12	Andrés	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Reconocimiento de la divinidad del otro	El terapeuta se aproxima al paciente desde una actitud de reconocimiento de una dimensión divina o esencial en él.	Descubrir la divinidad del otro...
1.2	La espiritualidad como búsqueda de sentido	A12	Pedro	Crisis existencial y colapso del sentido	Reconstrucción del sentido vital	El paciente reorganiza su concepción de la vida desde una lógica de sentido, más allá del rendimiento y del bienestar.	"Empieza a darse cuenta que detrás de todo esto... está la función real que es la vida, en la que pasan cosas buenas y malas, pero que es interesante quizá vivirla."
1.2	La espiritualidad como búsqueda de sentido	B45	Martin	Psicoterapia del yo y apertura ulterior a lo transpersonal	Demanda de un más allá del yo	El terapeuta identifica pacientes que, una vez trabajado lo yoico, demandan una transformación de otro orden.	"Hay otros personajes que... quieren algo más que esto."
1.2	La espiritualidad como búsqueda de sentido	C26	Elena	Psicoterapia del yo y apertura ulterior a lo transpersonal	Cambio como trascendencia por niveles	La terapia interpreta el cambio terapéutico como proceso de trascendencia y evolución por niveles.	Para mí es muy importante porque marca niveles, marca pasos. Cada vez que hay una evolución en la persona tiene que ver con una trascendencia...
1.2	La espiritualidad como búsqueda de sentido	E1	Esteban	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Espiritualidad como búsqueda del sentido último de la vida	El terapeuta define la espiritualidad como búsqueda del sentido último de la vida y sitúa ahí el punto de partida del trabajo clínico y humano.	Hay que ver primero cuál es el término espiritual... es la búsqueda del máximo o del último sentido de la vida.
1.2	La espiritualidad como búsqueda de sentido	G30	Andrés	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Convicción profunda de que hay sentido	El terapeuta acompaña desde la convicción profunda de que existe un sentido, aunque todavía no sea visible.	Voy en búsqueda de este sentido que se profundamente que está ahí...
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	B1	Martin	Apertura espiritual como reconstrucción de significado	Apertura personal a lo espiritual	El terapeuta vivencia la apertura de sensaciones a su propia apertura actual hacia lo espiritual.	"Me han ocurrido cosas, sobre todo últimamente... al vez pedramos catalogar dentro de ese espacio, pero también por la apertura que yo tengo a día de hoy respecto a lo espiritual."
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	C3	Elena	Transformación de la identidad profesional	Continuidad entre vida y clínica	La terapia entiende que su posición vital y su manera de trabajar son inseparables.	Inevitablemente mi forma de vida se trasladó a mi forma de ejercer la práctica clínica.
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	D20	Jesus	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Orientación vital mágica	El terapeuta manifiesta esta orientación vital como una forma de vivir abierta a la dimensión mágica y trascendente de la realidad.	Vives una vida mágica... el cielo en la tierra...
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	E10	Esteban	Campo espiritual compartido en el espacio terapéutico	Campo espiritual global	El terapeuta describe una atmósfera espiritual compartida que emerge en el espacio terapéutico global.	Había ahí un magma espiritual... en la propia sala.
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	F23	Mara	Campo espiritual compartido en el espacio terapéutico	Campo compartido energético	La terapia interpreta estos fenómenos como efecto de un campo compartido energético y sincrónico.	Lo sincrónico, como el campo que se comparte energético...
1.3	Comunidad entre la vida espiritual del terapeuta y su práctica clínica	G27	Andrés	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	No dualidad entre espiritual y material	El terapeuta adopta una visión no dual en la que lo espiritual y lo material forman una única realidad.	No hay diferencia entre espiritual y material... todo para mí es espiritual.
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	A30	Pedro	Apertura espiritual como reconstrucción de significado	Facilitación no directiva	El terapeuta no impone lo espiritual, sino que crea condiciones para que el paciente pueda aproximarse libremente a ello.	"Yo o de manera proactiva no hago nada... yo creo espacios... el paciente decide si entrar ahí o no entrar ahí."
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	B10	Martin	Apertura espiritual como reconstrucción de significado	Apertura implícita no verbalizada	La apertura espiritual del terapeuta influye en la relación aunque no sea verbalizada explícitamente en sesión.	"Yo o no le hablo de esto, pero yo estoy con él a un nivel de apertura que no estaría si no lo tuviera."
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	B44	Martin	Psicoterapia del yo y apertura ulterior a lo transpersonal	Límite clínico de lo transpersonal	No todos los pacientes necesitan o buscan una apertura transpersonal, en algunos basta con un yo más saludable.	"Hay personas que lo único que quieren es que el yo no de problemas... no necesitan trascender."
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	C7	Elena	Compatibilidad del encuadre espiritual terapeuta-paciente	Límite clínico por cierre espiritual	La terapia establece límites claros cuando el paciente está completamente cerrado a la dimensión espiritual o de conciencia.	Si yo tengo un paciente... totalmente desconectado con ese aspecto... difícilmente vamos a poder trabajar porque vamos a chocar.
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	D30	Jesus	Compatibilidad del encuadre espiritual terapeuta-paciente	Ausencia de pauta fija de entrada espiritual	El terapeuta considera que la apertura de lo espiritual en terapia no sigue una pauta fija ni universal.	No creo que haya un patrón respecto al momento de entrada de la espiritualidad en la terapia...
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	F45	Mara	Apertura espiritual como dimensión clínica relevante	Apertura espiritual favorecida por el vínculo	Trabajar con ella tiene a reactivar o abrir fuertemente la dimensión espiritual de las personas.	Algo de lo espiritual... yo venían con ello, o se les abre muy grande.
1.5	Modulación interna y prudencia clínica con la dimensión espiritual	G8	Andrés	Compatibilidad del encuadre espiritual terapeuta-paciente	Desapego respecto a lo mágico	El terapeuta adopta una actitud de desapego respecto a los fenómenos mágicos o sincrónicos que ocurren.	Procuró no agarrarme demasiado a estos instantes mágicos.

Anexo E: Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Espiritualidad, Intuición y Conexión en la Práctica Psicoterapéutica. Un Estudio Cualitativo Descriptivo-Interpretativo con Terapeutas Experimentados

Autor/a Pablo Navarro Rubio

DNI/Alumno/a 11816235P

Nombre del Director/a de TFM Dr. Rafael Jodar

Nombre del Máster Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**)

Búsqueda y localización de bibliografía [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]

Resumen/ayuda para comprensión de textos [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]

EXPLICACIÓN DE UN RINPO DEL MÉTODO DE ELLIOTT Y TIMMACK (2021) EXTRACTION CHEONG - CLAUDE

Organización/estructura del trabajo [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]

Revisión ortográfica/estilo [indicar herramienta(s)]

Generación de texto (fragmentos) [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM]

Otros (especificar) [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta

SE TRATA DE ACLARAR UNA TRADUCCIÓN. ES DECIR, EL LIBRO DEL MÉTODO ESTÁ EN INGLÉS. MI TUTOR ME CONFIRMA QUE ES CORRECTO LO REVISANDO.

Declaración de veracidad

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal

Firma del/a alumno/a



Fecha 14/5/26