

# DIFERENCIAS SOCIOCULTURALES EN LA TERAPIA DE PAREJA: LA PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS Y PAREJAS CONSULTANTES

*SOCIOCULTURAL DIFFERENCES WITHIN COUPLE'S THERAPY:  
THE PERSPECTIVE OF THERAPISTS AND CONSULTANT COUPLES*

*DIFERENÇAS SOCIOCULTURAIS EM TERAPIA DE  
CASAL: A PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS E CASAIS*

*Valentina Ulloa\**

*Sofía de la Puerta\*\**

*Pablo Fossa\*\*\**

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir cómo participan, en el proceso terapéutico de parejas, las diferencias socioculturales entre terapeutas y parejas consultantes de niveles socioeconómicos (NSE) distintos. Se empleó una metodología cualitativa con un diseño analítico-relacional. La muestra consistió en nueve terapeutas de NSE alto y medio-alto y cinco parejas de NSE bajo y medio-bajo de Santiago de Chile. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas y los datos fueron analizados mediante las tres etapas de la técnica Teoría Fundamentada. Los resultados apuntan a que, a pesar de que las diferencias socioeconómicas y socioculturales no se perciben como perjudiciales para el tratamiento cuando se mantiene un vínculo cercano, éstas sí pueden influir las vivencias y tipo de intervenciones de los terapeutas, la alianza terapéutica y simetría de la relación, la evaluación que las parejas hacen sobre el profesional y la terapia, así como la posibilidad de abandono. Aquello depende, en su mayoría, del manejo y características del terapeuta. Los hallazgos adquieren relevancia para la formación y la práctica de terapeutas de pareja, así como de otras modalidades.

Palabras clave: terapia de pareja; diferencias socioculturales; competencia sociocultural; alianza terapéutica.

---

\* Universidad del Desarrollo (UDD), Santiago, Chile.

\*\* Universidad del Desarrollo (UDD), Santiago, Chile.

\*\*\* Universidad del Desarrollo (UDD), Santiago, Chile.

**ABSTRACT**

The aim of the present study was to describe how sociocultural differences between therapists and consultant couples of different socioeconomic levels (SEL) participate in the couple's therapeutic process. A qualitative methodology with a relational-analytic design was used. The sample consisted of nine therapists of high and middle-high SEL and five couples of low and middle-low SEL of Santiago de Chile. Semi-structured interviews were carried out and data were analyzed by the three stages of the Grounded Theory technique. Results indicate that despite the socioeconomic and sociocultural differences are not perceived as damaging for the treatment when a close bond is held, they can influence the therapists' experiences and interventions, the therapeutic alliance and symmetry of the relationship, the couples' evaluation of the therapist and the possibility of attrition. This mostly depends on the guidance and characteristics of the therapist. The findings become relevant for the training and practice of couple's therapists, as well as other modalities.

Keywords: couples therapy; sociocultural differences; sociocultural competence; therapeutic alliance.

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo descrever como afetam o processo de terapia de casal, as diferenças socioculturais entre terapeutas e casais de nível socioeconômico (NSE) diferente. Foi utilizada uma metodologia qualitativa com um desenho analítico-relacional. A amostra foi composta por nove terapeutas de NSE alto e médio-alto e cinco casais de NSE baixo e médio-baixo de Santiago de Chile. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados utilizando os três estágios da Grounded Theory. Os resultados sugerem que, apesar de as diferenças socioeconômicas e socioculturais não serem percebidas como prejudiciais para o tratamento quando uma ligação estreita seja mantida, elas podem influenciar o tipo de experiências e intervenções de terapeutas, a aliança terapêutica e a simetria da relação, a avaliação que os casais fazem do profissional e da terapia, bem como favorecer o abandono. Isso depende principalmente das características e da gestão do terapeuta. Os resultados tornam-se relevantes para a formação e prática de terapeutas de casais e outras modalidades.

Palabras clave: terapia de casal; diferenças socioculturais; competência sociocultural; aliança terapêutica.

## Introducción

Un número creciente de estudios ha subrayado la importancia de incorporar aspectos culturales en la psicoterapia, y en la formación y supervisión clínica (Daure, Reyversand-Coulon, & Forzan, 2014; Falicov, 2014; Kim, & Cardemil, 2011; McDowell, Brown, Cullen, & Duyn, 2013). Si bien, algunos trabajos señalan que las características demográficas y las diferencias de clase social no influyen en las atribuciones de los terapeutas sobre sus pacientes o en la alianza terapéutica (Arnaw, & Steidtmann, 2014; Thompson, Diestelmann, Cole, Keller, & Minami, 2014), la mayor parte de la literatura al respecto, ya sea cualitativa como cuantitativa, apunta a que la clase social y el nivel socioeconómico (NSE) pueden llegar a tener un impacto significativo en la efectividad y alianza terapéutica, en las impresiones tempranas de pacientes y terapeutas, o en sus percepciones sobre el balance de poder (Ballinger, & Wright, 2007; Balmforth, 2009; Levitt, Pomeroy, & Surace, 2016; Santibáñez, Román, Chenevard, Espinoza, Irribarra, & Müller, 2008; Smith, Mao, Perkins, & Ampuero, 2011). De esta forma, se hace necesario profundizar en las diversas maneras en que las formas culturales se hacen presentes en el proceso terapéutico.

Cabe recordar que los individuos se encuentran insertos u organizados en grupos y posicionados dentro de una estructura social y una cultura determinada, que influyen en la construcción de su identidad personal y social, y en los patrones de relación que caracterizan los contactos diarios con otros individuos (Cote, & Levine, 2002; Hogg, 2016). En un ejercicio de economía cognitiva, las personas representan o perciben a estos grupos en términos de prototipos o atributos que captan, simultáneamente, similitudes dentro de los grupos y diferencias entre grupos. Así, cuando se categoriza a alguien, en vez de ver a esta persona como un individuo idiosincrático, éste es percibido mediante los lentes de un prototipo; la percepción de personas del exogrupo suele ser denominada “estereotipamiento” (Hogg, 2016). El género, la raza y la clase social son las categorizaciones sociales a las que más frecuentemente se recurre para dar sentido al contexto social, y las actitudes y comportamientos propios y de otros.

En este trabajo el foco está puesto en cómo el proceso de categorización social, específicamente en relación a la clase social y/o NSE, opera en el contexto de la psicoterapia e influye las vivencias de terapeutas y consultantes. Hallazgos empíricos relacionados a experiencias de terapeutas con pacientes de distinta clase social, han señalado que algunos terapeutas tienden a mostrar impresiones menos favorables respecto al trabajo con pacientes de clase obrera o vulnerables, y a

anticipar que las sesiones serán menos cómodas o más emocionalmente difíciles, además de percibirlos como más sintomáticos y menos funcionales (Smith et al., 2011). Otros estudios han dado cuenta del conflicto, la culpa o la vergüenza que algunos terapeutas sienten al comparar sus condiciones de vida con las de sus clientes, dada su posición de privilegio social (Ryan, 2006; Roysircar, 2008; Smith, Li, Dykema, Hamlet, & Shellman, 2013). Esto es traducido en una tensión en el espacio terapéutico y/o una transferencia opresora hacia ellos; las diferencias de clase pueden llegar a ser una limitante en el progreso terapéutico como resultado de esta ansiedad. Por otra parte, terapeutas de clase obrera han destacado cómo la clase social puede crear fronteras mediante, por ejemplo, el lenguaje y el acento (Ballinger, & Wright, 2007).

En cuanto a la visión de pacientes de NSE bajo, Thompson, Cole y Nitzarim (2012) encontraron que para ellos, la clase social es una característica contextual del proceso terapéutico, que puede llegar a impactarlo de forma negativa, dependiendo de la capacidad del terapeuta de abordar las diferencias de clase en las sesiones. Algunos pacientes han sentido, por parte de los terapeutas, falta de entendimiento de sus condiciones de vida y falta de conciencia de clase, lo que conlleva sentimientos de desconfianza, desconexión e incluso deserción (Balmforth, 2009; Thompson et al., 2012). De esta forma, el fracaso en la consideración del contexto social de clientes con escasos recursos, puede funcionar como un indicador de cómo el clasismo es re-actuado y perpetuado en la psicoterapia, llegando a formar un encuentro terapéutico opresivo (Appio, Chambers, & Mao, 2013).

La mayor parte de los trabajos publicados respecto al tema provienen de países anglosajones, y estudian el fenómeno en la psicoterapia individual desde la perspectiva de terapeutas o pacientes, separadamente. Ante esto se hace relevante explorar cómo las experiencias de “estereotipamiento” funcionan en otros contextos, por ejemplo, dentro de la terapia de pareja. En este escenario la vivencia de diferencias socioculturales entre consultantes y terapeutas provenientes de posiciones sociales distintas, se complejiza. El sistema terapéutico se convierte en una tríada, donde el terapeuta debe encontrarse, por un lado, con dos consultantes individuales, con visiones de mundo, afectividad y motivaciones distintas, y por otro, con una díada, la pareja, que conforman una identidad relacional única (Sedikides, Gaertner, & O’Mara, 2011), proveniente de un contexto sociocultural y económico distinto. Además, si bien la terapia sistémica es uno de los enfoques que se preocupa de integrar una visión ecológica de los individuos, la formación en terapia familiar no se ha preocupado, necesariamente, de otorgar una atención

especial al impacto de la clase social y el clasismo en la terapia (McDowell, Brown, Cullen, & Duyn, 2013).

En Chile, Altimir (2010) encontró, por ejemplo, que para algunos terapeutas sistémicos, el trabajo terapéutico en el sector público puede verse influido por situaciones relacionadas al contexto vulnerable de los pacientes, a las diferencias educativas y de visión de mundo con ellos, así como a actitudes y creencias de los pacientes hacia la terapia y los terapeutas. También observó una dificultad, por parte de los terapeutas, en hablar directamente de las diferencias culturales. En este contexto, y considerando que Chile es un país altamente desigual y clasista (Sabatini, Rasse, Mora, & Brain, 2012), y que la investigación en terapia de pareja se encuentra menormente desarrollada que la psicoterapia individual o familiar, este trabajo contribuye con la visión combinada de clientes y terapeutas, sobre el proceso de categorización social y sus consecuencias dentro del proceso terapéutico de pareja. Específicamente, se busca explorar las vivencias y percepciones de terapeutas de nivel socioeconómico (NSE) alto o medio-alto y de parejas consultantes de NSE bajo o medio-bajo de Santiago de Chile, en cuanto a la participación de diferencias socioculturales y de clase social en el proceso terapéutico de pareja.

## Método

El presente estudio utilizó una metodología cualitativa con un enfoque analítico-relacional. Participaron 9 terapeutas de pareja y 5 parejas consultantes de Santiago de Chile. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo teórico -los casos fueron siendo incorporados a partir del conocimiento teórico que se fue construyendo sobre la marcha (Corbin, & Strauss, 2015). Los criterios para participar en el estudio fueron: terapeutas que realicen terapia de pareja y/o familiar, y estén clasificados como pertenecientes al NSE alto o medio alto (ABC1 y C2), según nivel educacional y de ingreso por hogar (Asociación de Institutos de Estudios de Mercado, 2008), y parejas de NSE bajo o medio bajo (C3, D o E), que hayan participado y finalizado un proceso de terapia de pareja y/o familiar hace máximo un año. Los terapeutas fueron reclutados mediante el procedimiento bola de nieve – donde cada informante recomienda a otro posible entrevistado- (Martínez-Salgado, 2012), mientras que las parejas fueron contactadas mediante instituciones del sector público que impartieran terapia de pareja y/o directamente mediante psicólogos que trabajaran en éstas. Cabe destacar que

todas las parejas entrevistadas habían visitado a numerosos profesionales de la salud mental, ya sea individual como familiarmente, por lo que sus discursos no se limitan solamente a sus experiencias en cuanto a la terapia de pareja. En la tabla 1 y 2 se presentan las características de los participantes.

**Tabla 1**  
**Características de parejas consultantes**

	Edad		Nivel Educativo		NSE Autopercebido
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
50		49	Enseñanza Media	Enseñanza Media	Medio bajo
42		36	Técnica	Enseñanza media y curso de costura	Medio
53		54	Básica	Básica	Bajo
59		56	Básica	2º medio	Bajo
49		47	Media	Técnica	Medio bajo

**Tabla 2**  
**Características de terapeutas**

Edad	Sexo	Años de Experiencia como Terapeuta	Años Especialidad en Parejas y/o Familias	NSE y/o NSC Autopercebido
55	Mujer	34	24 de familia y 14 de pareja	Alto
49	Mujer	28	10 de pareja	Alto
31	Hombre	5	5	Medio alto
25	Mujer	2	1,5	Alto
54	Mujer	31	19	Medio Alto
37	Mujer	6	1 1/2	Medio alto
41	Hombre	19	11	Alto
43	Mujer	19	14	Alto
28	Mujer	5	2	Medio

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semi-estructurada con un guion temático abarcó los siguientes temas: caracterización del propio nivel sociocultural y de la otra parte del sistema terapéutico; percepción de diferencias socioculturales entre parejas y terapeutas y de cómo se manifestaron o impactaron la terapia; estrategias y herramientas utilizadas para manejar la percepción de diferencias; recomendaciones para resolver dificultades en torno a la percepción de diferencias.

La técnica de análisis de datos empleada fue la Teoría Fundamentada (Corbin, & Strauss, 2015), la cual permitió comprender las percepciones subjetivas de terapeutas y parejas consultantes respecto al fenómeno de estudio. La técnica consiste, primero, en la realización de un análisis descriptivo o codificación abierta, en donde los datos recogidos en las entrevistas son analizados detalladamente, descubriendo conceptualizaciones y categorías abstractas que describan el fenómeno de estudio. Luego se lleva a cabo un análisis relacional o codificación axial, que consiste en relacionar las categorías en torno a los principales ejes de éstas, y finalmente se integran las categorías principales a partir de las cuales surge un esquema teórico mayor, o codificación selectiva. En el presente estudio se realizaron todos los niveles de análisis de la técnica, sin embargo, solamente se presentan los resultados de la codificación selectiva, los cuales abarcan las demás fases.

Como consideración ética, todos los participantes fueron invitados a leer y firmar un consentimiento informado en el cual se explicitó los objetivos del estudio y su participación voluntaria. En este consentimiento los participantes pudieron aclarar todas las dudas respecto a su participación en la investigación. En cuanto a criterios de calidad del estudio, se realizó una triangulación con dos investigadores en las tres etapas de análisis, así como una triangulación de los resultados de la codificación abierta con algunos de los terapeutas y parejas entrevistadas, con el objetivo de confirmar la coherencia interna de los análisis realizados para el presente trabajo.

## Resultados

En esta sección se exponen los resultados de la codificación selectiva, los cuales corresponden a una teorización sobre el fenómeno de las diferencias socioeconómicas y socioculturales en el proceso terapéutico, a partir de las experiencias de terapeutas y parejas consultantes. Los resultados se presentan junto a citas de los terapeutas (T) y parejas entrevistadas (M para mujeres y H para hombres). Como *fenómeno central* (1) (ver figura 1) se encontró que la percepción de diferencias socioculturales y económicas entre terapeutas y parejas consultantes dentro del proceso terapéutico es relativa, ya que depende de las trayectorias y estereotipos previos de los individuos, y ambigua, debido a que se exhibe un doble discurso respecto a su apreciación.

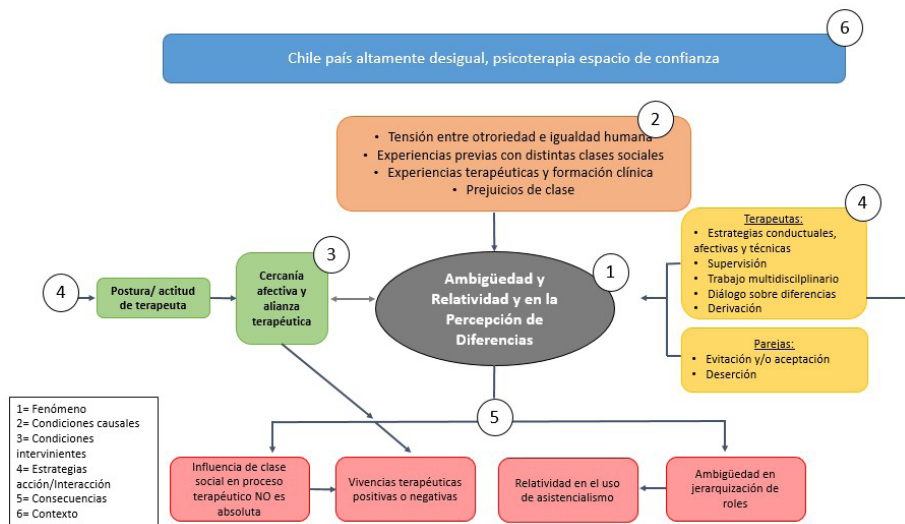


Figura 1. Resultados codificación selectiva

### Condiciones causales (2)

La ambigüedad del fenómeno está dada por una tensión entre la percepción de la existencia de un otro distinto, perteneciente a un exogrupo que posee condiciones de vida diferentes, versus el reconocimiento simétrico del otro como un igual o un par. Lo último logra a minimizar las diferencias percibidas.

La condición humana lo pone a la misma altura que yo. Y eso debo defenderlo yo como terapeuta, es algo que, en el espacio en el que yo trabajo, quiero hacerlo. Porque si yo me quisiera parar verticalmente, desde más arriba con la otras personas, lo podría hacer (T, III, 119).

No como clase social, que ella tuviera diferencias con nosotros, no. Y además que yo no...no se po, yo me siento aquí contigo y yo no veo que tú seas más que yo y yo más que tú. No, no pienso en esa parte, me entiendes (H, I, 155).

Los terapeutas se autoperceben como económica y socioculturalmente más privilegiados que las parejas consultantes, respecto de las cuales destacan sus historias de sufrimiento, y las carencias en cuanto a sus condiciones materiales de vida, incluyendo recursos económicos, salud, vivienda, y/o inmateriales, incluyendo el



bienestar psicológico, oportunidades de desarrollo cultural y educacional, redes de apoyo, y recursos emocionales, intelectuales y/o lingüísticos.

Las parejas, por su parte, resaltan mayoritariamente la existencia de diferencias relacionadas al capital económico. Destacan sus trayectorias de privación o inestabilidad económica y de sacrificio laboral, y sus deficientes condiciones educacionales, de salud y de vida, en general. Tienden a dar un menor énfasis a la existencia de disparidades respecto a prácticas como el lenguaje y la vestimenta, a formas culturales y a la apariencia física.

Estas categorizaciones, así como los juicios asociados, tanto para las parejas como para los terapeutas, son más pronunciadas al comienzo de la terapia – en las primeras impresiones y expectativas-, o en las experiencias terapéuticas insatisfactorias de los consultantes, logrando provocar una distancia afectiva, caracterizada por una relación asimétrica o basada en la desconfianza o prejuicios, que no obstante, es revocable o atenuable mediante las *estrategias de acción/interacción* (4) del terapeuta.

La relatividad en cuanto a la prominencia de las diferencias percibidas está relacionada, en primer lugar, a las experiencias previas con grupos de otro NSE. Por una parte, los terapeutas reconocen una similitud entre parejas consultantes de distintos NSE, en cuanto a su funcionamiento relacional, lo cual disminuye la percepción de diferencias con parejas de clase baja. No obstante, el trabajo terapéutico con estas últimas es vivido como más complejo y lento, en parte debido a la distancia de realidades, pero en especial, cuando sus contextos de vida tienden a ser multiproblemáticos. Los psicólogos perciben que, como consecuencia de sus contextos, estas díadas pueden llegar a contar con menores recursos materiales, emocionales o cognitivos para afrontar la terapia y solucionar sus problemas, e incluso para asistir a ella – e.g. muchas veces las condiciones laborales afectan la adherencia al tratamiento.

Las dinámicas de pareja siempre van a estar en un contexto. Pero ese contexto puede ser un contexto favorable o desfavorable. Pero en las parejas de escasos recursos, el contexto va a ser desfavorable... o por lo menos, lo que yo vi, les dificultaba el poder tener, en el fondo, una relación más satisfactoria. Porque obviamente esas variables les estaban interfiriendo permanentemente. No era solamente una vez, no es una cesantía de un momento, como puede ser una pareja que uno ve en la consulta, sino que había una cosa crónica ya. Y también porque ellas...y hay como una desesperanza aprendida en eso. Entonces, como que ellos ya les cuesta salir de esa situación. Entonces,

obviamente eso va a influir en su estado anímico, en su...emm... en su relación con el otro... están centrados en cosas que son muy básica, y mientras las necesidades básicas no estén cubiertas es muy difícil hacer lo otro (T, VIII, 89).

De esta forma, el contexto de vida se puede constituir, sobre todo para los terapeutas, como un obstáculo en el proceso terapéutico y en la relación y recursos de la pareja, disminuyendo el rango de objetivos y tareas que se pueden co-construir. Además, la diferencia de realidades dificulta la comprensión, por parte de los profesionales, del mundo de significados de la pareja, induciendo intervenciones descontextualizadas y poco empáticas. Asimismo, las historias adversas tienden a impactarlos emocionalmente. No obstante, la acumulación de experiencias personales o clínicas con individuos o pacientes de NSE bajo, facilita la disminución de la lejanía en cuanto a sus mundos de significado y a sus valores, promoviendo la capacidad de los terapeutas para empatizar con estos.

Yo siento que es súper importante conocer el contexto en el que las personas viven e ir a ese lugar, hacer visitas. Tener un poco más de familiaridad con la gente, como más cercanía [...] conocer cómo se vinculan con las otras familias, con los hijos, qué es lo que pasa en la casa, cómo es la casa y claro desde ahí uno tiene otra visión de las cosas (T, VI, 44).

Un segundo factor que relativiza la percepción de diferencias con las parejas consultantes, es la formación clínica relacionada al trabajo con pacientes de contextos vulnerables. La formación clínica, en general, es vista como mayormente focalizada hacia la clase media o alta. Las falencias, por parte de instituciones académicas, respecto a la integración de contenidos comunitarios y socioculturales en la formación y práctica psicoterapéuticas puede agudizar la percepción de diferencias o de su influencia en el contexto terapéutico. Mientras que las especializaciones clínicas que sí los consideran facilitan el trabajo con estos clientes.

Si tú no tienes como ese interés individual aparte de la universidad, estás muy como en una burbuja, yo creo. No tienes el trato, no tienes como ese trato diario con las personas, los profesores no te lo entregan, la universidad no se preocupa mucho de eso [...] toda esa parte más judicial, como de asistente social nadie te enseña. Nadie te enseña como el tema de los contratos, temas más económicos o

de abuso sexual tampoco, no hay mucho manejo de eso, igual es medio burbuja (T, IX, 116).

Por parte de las parejas, las experiencias previas con personas y profesionales de la salud mental de otros NSE, influyen en la percepción sobre la clase social media o alta, y en consecuencia sobre sus terapeutas. Experiencias insatisfactorias, en las que se ha percibido dominancia por parte del otro, junto con los prejuicios de clase asociados, aumentan la falta de confianza y los juicios respecto a sus terapeutas.

Yo soy muy, muy cerrado en el sentido de relacionarme con gente rica, no sé, les tengo como un poco de recelo, yo no entro en confianza mucho... aunque hay personas que sí son ¿cómo le digo?, se ponen a la par con uno para que uno se abra hacia ellos y hay otras personas que no, siempre con su elegancia y su arrogancia (H, IV, 211).

Las experiencias satisfactorias y simétricas con individuos de un nivel socioeconómico mayor, contribuyen a generar prejuicios e impresiones positivas sobre sus terapeutas y su clase social.

[...] es que como yo no soy clasista, yo voy para allá arriba a trabajar, voy a todas partes, pienso que él (el terapeuta) es una persona de clase socioeconómica media, porque no encuentro que haya diferencias entre él y nosotros (M, V, 127).

### *Condiciones intervinientes (3)*

Un elemento que modera la influencia de las condiciones causales en la percepción de diferencias en la terapia, es la alianza terapéutica, en específico, la cercanía afectiva entre terapeutas y parejas. La generación de una alianza cercana, es el factor más relevante en la disminución de la prominencia de las diferencias socioculturales, y en la percepción de un proceso terapéutico satisfactorio.

Le hemos contado todo, todo, todo, la vida de nuestra familia, le hemos contado todas nuestras intimidades, y a lo mejor, si fuera otra persona, uno sería más reacio a contarle, porque hay otras personas que son como más serias o más estrictas, entonces como que

uno no deja decirle a esa persona, y el no po', es bien accesible, se le puede decir de todo (H, V, 121).

La cercanía en el vínculo y la confianza interpersonal, de acuerdo a psicólogos y pacientes, dependen en su mayoría del terapeuta, quien según las *estrategias de acción (5)* que desempeñe, puede contribuir a construir una relación afectiva cercana o una relación distante, y en consecuencia a atenuar o a enfatizar la asimetría y las diferencias socioeconómicas y culturales percibidas.

Sí, hay psicólogos que son como... como imponentes. Yo aquí, la que domina la situación soy yo, y... como diciendo "la que mando soy yo aquí" [...] como... como menospreciando al... al paciente [...] ella muy... como muy autoritaria. Entonces eso no te da la confianza po (M, I, 563).

#### *Estrategias de acción/interacción (4)*

Algunas estrategias conductuales y afectivas que, por parte del terapeuta, tienden a aumentar la cercanía emocional con los consultantes consisten en mantener una actitud auténtica de empatía, cercanía, interés, respeto, involucramiento, escucha activa, y muy relevante, flexibilidad respecto al proceso terapéutico. Las parejas de NSE bajo además agradecen que sus terapeutas muestren una postura humilde, lo se manifiesta en el uso del sentido del humor, en la proximidad emocional y física – saludos y sonrisas –, transparencia, y evitación de conductas como regaños, imposición de recomendaciones descontextualizadas o de diagnósticos apresurados, de vestimenta o accesorios muy lujosos, y de expresión de lástima. Muchas veces estas prácticas son percibidas como gestos de devaluación, rechazo o autoridad, tendiendo así a enfatizar las diferencias, distancias, falta de confianza y los sentimientos de discriminación o inferioridad, y a rigidizar la jerarquía paciente-terapeuta.

[...] en cambio, la de acá (psicóloga), llena de cosas y anillos y todo, entonces como que se sienta ahí pa' imponerte, como cuando vas a la oficina de tu jefe y lo ves ahí sentado, esa impresión, ¿me entiendes?, no es esa cosa amigable, yo creo que ahí se notó un poco lo de la clase social, como que ella era la doctora. (H, II, 203).

Algunas estrategias técnicas, desarrolladas por parte de terapeutas, que ayudan a mejorar la alianza terapéutica con parejas que provienen de entornos distintos, consisten en realizar intervenciones que intenten comprender y consideren su contexto sociocultural y económico, generar un entendimiento y acoplamiento a sus mundos de significado y lenguaje, y reflexionar en conjunto sobre las soluciones a los problemas.

Hubo una pareja que tuvimos con X (otra psicóloga), de hecho, en donde tal vez, nosotras nos pasó eso un poco, como no entender en el fondo las reales motivaciones de ellos y nos centramos más como en lo conductual, como “no, ustedes tienen que hacer esto y esto”, y no volvieron más. En el fondo como que no logramos empatizar y entender cuál era su realidad, y como que impusimos la nuestra como que “esto es lo que Ud. tiene que hacer señora, y desde ahí como que, claro, eso generó que no volvieran (T, IV, 106).

Fuera del espacio terapéutico se destacan como estrategias técnicas la auto-reflexión sobre prejuicios y preceptos culturales, sobre los recursos y limitaciones propias y de la pareja, y sobre la motivación por trabajar con ellas. Aparecen también como estrategias necesarias la supervisión clínica, el trabajo interdisciplinario y la revisión de literatura sobre temáticas socio-culturales. Como medida más extrema para lidiar con casos en que no se logra traspasar las fronteras socioculturales y establecer una alianza terapéutica fructuosa, aparece el uso de la derivación.

Finalmente, tanto terapeutas como pacientes suelen evitar verbalmente, durante el proceso terapéutico, las diferencias de clase social y los prejuicios socioculturales hacia la otra parte. Solo algunos terapeutas intencionan un diálogo explícito acerca de ellos, en ciertas sesiones, y sugieren la necesidad de hacerlo para mejorar el vínculo.

Hay veces que tengo la sensación de que ellos (pacientes) son la gran mayoría de las veces súper pudorosos respecto de su condición de pobreza. O sea que es algo que les cuesta hablar en terapia, conmigo. [...] Por eso que es un tema que yo siempre tengo a la mano y que siempre pongo en algún momento de la terapia cuando yo tengo la idea de que puede ser puesto. Porque en ese momento también se produce como una vuelta en la terapia, en que ahí el vínculo se afianza mucho más. Cuando ellos se dan cuenta que podemos hablar

de eso aunque seamos distintos y que yo los puedo entender, aunque seamos diferentes (T, I, 71).

Las parejas tienden así, a un enfrentamiento más pasivo del fenómeno, evitando mencionar la presencia de diferencias en la terapia. No obstante, confían en el terapeuta cuando perciben en ellos una actitud sencilla y humilde. Lo opuesto a esta actitud puede generar la deserción del tratamiento por parte de los pacientes.

### *Consecuencias (5)*

Como efecto del *fenómeno principal (1)* – la relatividad y ambigüedad en la percepción de diferencias socioculturales terapeuta-pacientes –, la influencia de la clase social en el proceso terapéutico no es absoluta, sino que relativa a una serie de factores previos al contexto terapéutico –*condiciones causales (2)* –, y a otros desarrollados durante el proceso terapéutico – *condiciones intervinientes (3)* y *estrategias de acción (4)*. Esto se expresa en la variedad de vivencias relacionadas a las diferencias de clase dentro del proceso, las cuales fluctúan entre lo satisfactorio e insatisfactorio. Las experiencias de terapeutas oscilan entre la gratificación y la admiración por la fortaleza vital de las parejas que viven en contextos vulnerables, hasta el impacto emocional y la percepción de dificultad y desesperanza en el trabajo con ellos. Por su parte, las vivencias de las parejas fluctúan entre la satisfacción y el agradecimiento hacia el tratamiento y terapeutas, y el descontento y desilusión con el proceso y la relación terapéutica, así como con el/la profesional.

Otro efecto producido por el *fenómeno central (1)*, es la ambigüedad en la jerarquización de los roles terapeuta-paciente, y consecuentemente, en el trato entre ambas partes. Por una parte, y potenciado por el *contexto (6)* de desigualdad en Chile, la pre-existencia de diferencias educacionales entre terapeutas y parejas conlleva una asimetría preexistente en la relación, la cual se suele sortear mediante acciones que promueven cercanía emocional.

He notado una distancia o un cisma inicial en la relación con algunas personas en donde te tratan así como “patrón”, como señorita, usted con todo respeto, como más sumiso, y yo creo que eso se va modificando en el tiempo en la medida en que nos empezamos a relacionar de humano a humano, y como que van percibiendo de que yo no estoy en una posición superior, sino que estamos en una posición distinta (T, V, 60).

Por otra parte, la asimetría puede ser mantenida de distintas maneras durante el proceso terapéutico. Incluso es posible encontrar vínculos ambiguos, es decir, en los cuales se desea simetría, pero se perpetúa la jerarquía. Por ejemplo, suele predominar un modo de referirse al otro que puede funcionar como frontera verbal o simbólica, al menos en Chile, éste es el uso de “Usted” en vez de “Tú”, o de “Doctor” en vez del nombre, al dirigirse a los terapeutas. Asimismo, la asimetría es mantenida cuando la pareja percibe al terapeuta como un ente superior, una autoridad, un experto que soluciona problemas unilateralmente, un controlador social, o como un individuo que proviene de un contexto acomodado y con más recursos. Y cuando, a su vez, actúa en concordancia a estos estereotipos, i.e. con sumisión, escasa autonomía en la toma de decisiones, excesivo respeto, o con manifestación de resentimiento.

De hecho, con la psicóloga que fuimos nosotros acá anteriormente, era... nosotros, o yo, me sentía, a pesar de que nosotros estábamos pagando nuestros bonos y todo, era como que nosotros no pertenecíamos ahí, no sé si me entiende, como que ella nos hacía ver como que nosotros éramos muy inferiores, que por qué estábamos ahí, que si íbamos a tener plata (M, II, 188).

También es posible perpetuar la jerarquía cuando los terapeutas adoptan aquél rol de autoridad o una actitud asistencialista o paternalista, basada en la percepción de falta de recursos en las parejas de contextos vulnerables. Este fenómeno es además influido por la necesidad de las parejas de que se les entregue recomendaciones directas y herramientas prácticas, que se les explique el proceso y dinámica terapéutica, y de un mayor alcance en la ayuda terapéutica, incluyendo asistencia en procesos judiciales o de rehabilitación de drogas.

Por ejemplo, si pueden decir un “tip”, arriesgarse no más, porque a veces uno lo necesita, o sea un consejo u orientación, porque a veces uno se queda como pegado en algunas etapas y uno no puede salir, y como ustedes saben más, entonces jugársela “intentémoslo con esto”, una cosa así (M, V, 139).

Lo anterior desemboca en una ambigüedad con respecto al uso del asistencialismo en la terapia, como una herramienta que puede ser válida pero jerarquizante. Así, por un lado, las parejas y algunos terapeutas consideran como necesarias las intervenciones directivas y conductuales, y una mayor injerencia en la resolu-

ción de problemas. No obstante, varios terapeutas las desaprueban o utilizan solo usualmente, y defienden el carácter reflexivo de la terapia. Lo más relevante en este debate es que ambas partes enfatizan que cualquier tipo de intervención, sea reflexiva o conductual, debe estar contextualizada en la historia de la pareja.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las vivencias de diferencias socioculturales entre terapeutas y parejas de niveles socioeconómicos distintos, dentro del proceso terapéutico. Se encontró que, si bien las historias y estereotipos previos relativizan la intensidad en que se perciben las diferencias, un moderador esencial de esta percepción es el vínculo afectivo desarrollado en el encuentro terapéutico, el cual depende en su mayoría de las estrategias del terapeuta, y afecta las vivencias y el rol que ambas partes tienen dentro de la terapia. De esta forma, este estudio apoya hallazgos previos de autores que señalan que la clase social es un factor relevante que afecta los procesos psicoterapéuticos (Altimir, 2010; Ballinger, & Wright, 2007; Balmforth, 2009; Levitt et al., 2016; Santibáñez et al., 2008; Smith et al., 2011).

En primer lugar, los resultados de este estudio apuntaron a un consenso entre terapeutas y parejas, sobre la identificación del capital económico como la dimensión más accesible o prominente en cuanto a la distinción social y simbólica del otro y su grupo social. No obstante, se observó que la intensidad de la categorización social dentro de la terapia, y en consecuencia, la percepción y vivencia de diferencias, se constituye como una experiencia que varía según múltiples factores individuales, colectivos – relacionados al contexto y grupo social –, y relacionales – el tipo de encuentro terapéutico.

Las experiencias previas de los terapeutas y de las parejas con el exogrupo, en este caso, con una clase social distinta, junto con los estereotipos atribuidos al grupo, son factores que influyen el proceso de categorización social dentro de la terapia. Si bien dentro de cada pareja, se reportaron en su mayoría, experiencias similares respecto a las diferencias con sus terapeutas, lo que tiene relación con la pertenencia a un mismo grupo social, se lograron apreciar experiencias o juicios individuales que estaban asociados a sus trayectorias personales, por ejemplo, como inmigrantes o como excluidos sociales, las cuales tendían a intensificar la distinción y prejuicios hacia sus terapeutas. De esta forma, tal como Balmforth (2009) y Appio y colaboradores (2013) encontraron, experiencias pasadas de desigualdad, pueden ser tácitamente reproducidas en la relación terapéutica en forma de distancia y asimetría.



Una de las divergencias entre parejas y terapeutas en cuanto a la percepción de diferencias, es que estos últimos, además de la dimensión económica o material, enfatizaron la dimensión cultural como fuente de comparación y de diferenciación con sus pacientes, destacando características conductuales y lingüísticas, y recursos psicológicos o sociales. Se observó que estas distinciones influyen en el tipo de intervenciones realizadas por el terapeuta y la calidad de alianza terapéutica que éste promueve. Al respecto, y consistente con otros estudios, se ha encontrado una tendencia en psicólogos a patologizar o estigmatizar a pacientes en condiciones de pobreza, lo cual impacta la percepción del nivel de complejidad que atribuyen al trabajo terapéutico con estos pacientes (Appio et al., 2013; Smith et al., 2011).

El elemento relacional que logra modular la percepción y vivencia de diferencias, es la construcción de un vínculo afectivo cercano en el espacio terapéutico. Los hallazgos del estudio apoyan la idea de que las interacciones terapéuticas cercanas permiten desarrollar una identidad relacional – i.e. aspectos de la identidad personal que son compartidos con el otro en una relación significativa y que definen el rol dentro de esa relación – que apoya, al menos en parte, la mitigación de las diferencias en cuanto a los contextos de origen o de clase social y la asimetría entre los miembros de la triada en la terapia (Hogg, 2016; Sedikides et al., 2011). Con ella se logra proteger o mantener la relación, de modo de trabajar colaborativamente hacia los objetivos terapéuticos. Tal como otros estudios en psicoterapia han evidenciado, la calidad del vínculo emocional y de la alianza terapéutica es mediada, en gran parte, por las habilidades y características personales del terapeuta (Ackerman, & Hilsenroth, 2003; Horvath, 2015).

Al respecto, se observó un consenso con respecto al manejo esperable de los terapeutas para aumentar la cercanía, simetría y confianza, mayoritariamente en cuanto a dos tipos de estrategias. Por una parte, respecto a las estrategias relacionales-afectivas, las cuales han sido ya señaladas numerosos estudios previos psicoterapia, i.e. sensibilidad, empatía, respeto, sentido del humor, entre otros (Ackerman, & Hilsenroth; 2003; Wampold, 2007). Y por otro lado, respecto a las estrategias terapéuticas relacionadas a la incorporación de elementos culturales en el proceso y formación clínica. Si bien estos elementos han sido menormente explorados en la investigación en psicoterapia, cada vez son más los estudios que incentivan a integrar estas variables al proceso terapéutico individual, familiar y de pareja (Falicov, 2014; McDowell et al., 2013). En específico, los resultados de este estudio resaltan la relevancia de explorar, comprender y empatizar con el contexto, cultura y prácticas de la pareja, flexibilizar ante ciertas necesidades especiales, abandonar y trabajar los juicios de valor sobre la clase social y los contextos vulnerables, abordar problemas extra-terapéuticos mediante el trabajo comunitario e interdisciplinario,

acoplarse al lenguaje de los pacientes, evitar prácticas e intervenciones que reflejen superioridad, entre otros.

Además de las diferencias socioculturales, un elemento que destaca como consecuencia de ellas es la asimetría, es decir, el componente jerárquico dentro de la categorización social. Se observó cómo el fracaso en el correcto abordaje de las diferencias de clase en la terapia conlleva la percepción y autopercepción de las parejas como inferiores o con menos recursos, y de los terapeutas como superiores, vistos ya sea como un experto, una autoridad o como “los privilegiados”. En el mejor de los casos esta situación concluye en alianzas terapéuticas asimétricas, pero cercanos. No obstante, y consistente con previos estudios, también se observó la posibilidad de acabar con vínculos asimétricos basados en la desconfianza, desinterés, incomodidad e incomprensión, los cuales muchas veces terminan en deserción (Balmforth, 2009; Smith et al., 2013; Thompson et al., 2012).

Por último, se observó también que varios de los terapeutas actúan de manera paternalista y que las parejas aprecian el involucramiento y la experticia de los terapeutas, así como las intervenciones directivas, conductuales o asistencialistas – pero contextualizadas. Al respecto, parece haber bajo consenso sobre la validez de estas intervenciones, y sobre la necesidad de dialogar abiertamente sobre las diferencias de clase social en el proceso terapéutico, lo que da cuenta de una falta de alineamiento en cuanto a la forma de incorporación de elementos culturales en la formación clínica en Chile. En respuesta a estas ambigüedades, diversos estudios que indagan aspectos socio-culturales en la psicoterapia y experiencias de pacientes de clase social o NSE bajo, sugieren que no es posible tener competencia terapéutica sin competencia sociocultural (Altimir, 2010; Díaz-Lázaro, 2011; Kim, & Cardemil, 2012; Smith et al., 2013; Thompson et al., 2012). Ésta consiste en reconocer y estar consciente de los propios prejuicios para minimizar su impacto en la terapia. Además los estudios recomiendan abordar explícitamente la clase social y las diferencias socioculturales entre pacientes y terapeutas en la terapia.

Una de las limitaciones del estudio es que la técnica de la entrevista no está exenta de introducir un componente de deseabilidad social en los resultados, limitando los discursos de terapeutas y de las parejas sobre sus juicios de valor respecto a otras clases sociales. Una de las formas de sortear aquella limitación es la utilización de técnicas grupales, donde los participantes sientan sus opiniones validadas por otros, o técnicas de observación de proceso terapéuticos. Se sugiere para futuros estudios, explorar experiencias en que se haya dialogado abiertamente sobre las diferencias entre terapeutas y pacientes, y su influencia en la efectividad y alianza terapéutica, ya sea en ámbitos de terapia de pareja, como familiar o individual. Además se hace necesaria una línea evaluativa de los currículos y de experiencias

en formación de pregrado y de especialización respecto al abordaje de los aspectos culturales-relacionales en la terapia.

## Referências

- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.
- Altimir, L. (2010). La influencia de las diferencias culturales entre terapeuta y paciente en la alianza terapéutica. De *Familias y Terapias, 28*, 73-82.
- Appio, L., Chambers, D., & Mao, S. (2013). Listening to the voices of the poor and disrupting the silence about class issues in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 69*, 152-161.
- Arnow, B., & Steidmann, D. (2014). Harnessing the potential of the therapeutic alliance. *World Psychiatry, 13*(3), 238-240.
- Asociación de Institutos de Estudios de Mercado (2008). Grupos socioeconómicos 2008. Extraído el 09 ago. 2013 de <[http://www.aimchile.cl/wpcontent/uploads/2011/12/Grupos\\_Socioeconomicos\\_AIM-2008.pdf](http://www.aimchile.cl/wpcontent/uploads/2011/12/Grupos_Socioeconomicos_AIM-2008.pdf)>.
- Ballinger, L., & Wright, J. (2007). "Does class count?". *Social class and counselling, Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 157-163.
- Balmforth, J. (2009). The weight of class: clients' experiences of how perceived differences in social class between counselor and client affect the therapeutic relationship. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*, 375-386.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basic qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Cote, J. E., & Levine, C. G. (2002). *Identity, formation, agency, and culture: a social psychological synthesis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daure, I., Reyversand-Coulon, O., & Forzan, S. (2014). Relações familiares e migração: um modelo teórico-clínico em psicologia. *Psicologia Clínica, 26*(1), 91-108.
- Díaz, L. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo, 32*(3), 274-281.
- Falicov, C. J. (2014). Psychotherapy and supervision as cultural encounters: The multidimensional ecological comparative approach framework. In Falender, C. A., Shadranske, E. P., & C. J. Falicov (Eds.), *Multiculturalism and diversity in clinical supervision: a competency-based approach* (p. 29-58). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hogg, M. A. (2016). Social identity theory. In McKeown, S., Haji, R., & Ferguson, N. (Eds.), *Understanding peace and conflict through social identity theory* (p. 3-17). New York: Springer International Publishing.
- Horvath, A. (2015). Therapeutic/working alliance. In Cautin, R. L., & Lilienfeld, S. O. *The encyclopedia of clinical psychology*. New York: John Wiley and Sons.

- Kim, S., & Cardemil, E. (2012). Effective psychotherapy with low-income clients: the importance of attending to social class. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 27-35.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: a new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613-619.
- McDowell, T., Brown, A., Cullen, N., & Duyn, A. (2013). Social class in family therapy education: experiences of low SES students. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(1), 72-86.
- Roysircar, G. (2008). A response to "social privilege, social justice, and group counseling: an inquiry": Social privilege: Counselors' competence with systemically determined inequalities. *The Journalist for Specialists in Group Work*, 33, 377-384.
- Ryan, J. (2006). "Class is in you": an exploration of some social class issues in psychotherapeutic work. *British Journal of Psychotherapy*, 23(1), 49-62.
- Sabatini, F., Rasse, A., Mora, P., & Brain, I. (2012). ¿Es posible la integración residencial en las ciudades chilenas? Disposición de los grupos medios y altos a la integración con grupos de extracción popular. *EURE*, 38(115), 159-194.
- Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26, 89-98.
- Sedikides, C., Gaertner, L. & O'Mara, E. M. (2011). Individual self, relational self, collective self: hierarchical ordering of the tripartite self. *Psychological Studies*, 56(1), 98-107.
- Smith, L., Li, V., Dykema, S., Hamlet, D., & Shellman, A. (2013). "Honoring somebody that doesn't honor": therapists working in the context of poverty. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, 69, 138-151.
- Smith, L., Mao, S., Perkins, & Ampuero, M. (2011). The relationship of clients' social class to early therapeutic impressions. *Counselling Psychology Quarterly*, 24, 15-27.
- Thompson, M., Cole, O., & Nitzarim, R. (2012). Recognizing social class in the psychotherapy relationship: a grounded theory exploration of low-income clients. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 59(2), 208-221.
- Thompson, M., Diestelmann, J., Cole, O., Keller, A., & Takuya, M. (2014). Influence of social class perceptions on attributions among mental health practitioners. *Psychotherapy Research*, 24(6), 640-650.
- Wampold, B. E. (2007). Qualities and actions of effective therapists. American Psychological Association: Continuing Education/ Education Directorate.

Recebido em 07 de agosto de 2015

Aceito para publicação em 29 de maio de 2017