

T ras las cortinas del consultorio Narrativas del terapeuta desde su familia de origen

Mireya Ospina Botero, Isabel Cristina Bernal Vélez, Adriana Sofía Silva Silva,
Michael Damon Becerra, David Santiago Ossa Posada y Luisa María Salazar García





Tras las cortinas del consultorio: Narrativas del terapeuta desde su familia de origen

Mireya Ospina Botero
Isabel Cristina Bernal Vélez
Adriana Sofía Silva Silva
Michael Damon Becerra
David Santiago Ossa Posada
Luisa María Salazar García

150

Ospina Botero, Mireya, autor

Tras las cortinas del consultorio: Narrativas del terapeuta desde su familia de origen/ Mireya Ospina Botero y otros cinco -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 296 páginas.

ISBN: 978-628-500-102-4 (versión digital)

1. Psicoterapia 2. Psicología de la familia 3. Psicología

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Mireya Ospina Botero

© Isabel Cristina Bernal Vélez

© Adriana Sofía Silva Silva

© Michael Damon Becerra

© David Santiago Ossa Posada

© Luisa María Salazar García

© Louisiana State University Shreveport -LSUS-

© Editorial Universidad Católica de Pereira

© Universidad Sergio Arboleda

© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana

Vigilada Mineducación

Tras las cortinas del consultorio: Narrativas del terapeuta desde su familia de origen

ISBN: 978-628-500-102-4 (versión digital)

DOI: <http://doi.org/10.18566/978-628-500-102-4>

Primera edición, 2023

Escuela de Ciencias Sociales

CIDI. Grupo de investigación: Grupo de Investigación en Familia -GIF-.

Grupo de investigación, Universidad Católica de Pereira: Comunicación, Educación y Cultura

Título del Proyecto de investigación: Narrativas del SELF del terapeuta en formación y sus familias de origen.

Número de Radicado del proyecto en el CIDI: 630C-11 /20/15

Universidad Pontificia Bolivariana

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Coordinadora (e) Editorial UPB: Maricela Gómez Vargas

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: Geovany Snehider Serna Velásquez

Corrección: Hugo Armando Arciniegas Díaz

Ilustración portada: Los mundos de la abuela, Natalia Salinas_Nasalia. Instagram: @nataliasalinas95

Universidad Católica de Pereira

Gran Canciller y Obispo de Pereira: Mons. Rigoberto Corredor Bermúdez

Rector: Padre Behitman Alberto Céspedes De los Ríos

Vicerrector Académico: Nelson Londoño Pineda

Coordinador Editorial UCP: César Alberto Aristizábal Valencia

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

Medellín - Colombia

Coedición:

Universidad Católica de Pereira

Correo electrónico: editorial@ucp.edu.co

Pereira - Risaralda

Radicado: 2267-11-05-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito, sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana y la Editorial Universidad Católica de Pereira.

Contenido

Prólogo	7
Introducción. ¿Cómo llegamos a este libro?	12
Antecedentes. ¿De dónde partimos a este viaje?	15
Desde los teóricos. Las huellas de las familias de origen en los terapeutas: recursos y estilos terapéuticos, sentido en el proyecto de vida	40
Conceptos transversales clave	42
Adquisición de recursos con relación a la personalidad y la experiencia	66
Lo metodológico. ¿Cómo lo hicimos?	92
Diseño metodológico	93
Consideraciones éticas	104
Comprensiones sobre el <i>self</i> del terapeuta y su familia de origen ...	105
Una mirada a María a partir de la historia de su vida familiar. Texas, Estados Unidos	106
Características del <i>self</i> personal del terapeuta	120
Medellín	120
Pereira.....	131
Santa Marta	141
Reflexiones generales sobre el estilo y recursos del <i>self</i> del terapeuta	151

Recursos y estilo terapéutico.....	153
Medellín	153
Pereira.....	163
Santa Marta	180
Temores y expectativas en la práctica clínica	193
Pereira.....	193
Medellín	202
Santa Marta	210
Reflexiones finales: Temores y expectativas: deconstruyendo el hacer terapéutico.....	223
Sentido de ser terapeuta en el proyecto de vida personal	228
Medellín	228
Pereira.....	236
Santa Marta	244
Reflexiones finales: Sentido del ser terapeuta en el proyecto de vida personal	247
Narraciones de terapeutas para terapeutas.....	248
Reflexiones finales: Sentido de la profesión en el proyecto de vida: Un sueño hecho realidad	248
Luz que sigue brillando.....	251
<i>Déjà vu</i> de ilusiones.....	253
El descubrimiento del <i>self</i>	255
Living the Research in Real-Time	258
Libertad y gratitud.....	260
La investigación del <i>self</i> es cuerpo y esencia	262
Referencias bibliográficas	267
Anexos.....	281

Prólogo

*La teoría y la técnica cobran vida y adquieren forma
cuando pasan a través de la persona del terapeuta*
Whitaker y Bumberry (1991)

Como fundadora de la Especialización en Terapia Familiar, y cofundadora de la Maestría en Terapia Familiar en la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), con la colega y amiga Maria Eugenia Agudelo Bedoya (que en paz descanse), y con quien construí y realicé muchos sueños académicos, me encuentro ahora en mi período de retiro o jubilación. Por el aprecio, reconocimiento y afecto que tengo a los programas que han realizado esta investigación, he aceptado realizar el prólogo de este significativo libro.

La investigación que sustenta esta obra ha sido realizada por valerosos profesionales, docentes y terapeutas que se dieron a la tarea de reflexionar sobre el *self* del terapeuta, con estudiantes que se formaban en el pregrado de psicología en dos universidades de Colombia; estudiantes de posgrado de una maestría en terapia familiar de una universidad también colombiana, y otro posgrado de una universidad en Estados Unidos. Y digo valerosos por varias razones:

El tema seleccionado requiere una asimilación teórica importante y significativa, pues pasa por el entendimiento del ser y su capacidad de actuar como objeto y sujeto en su quehacer profesional. Así, para lograr su comprensión, es preciso apropiarse de conceptos como *self* del terapeuta, autorreferencia, resonancia, posturas de segundo orden, alianza terapéutica, conexiones familiares, emociones, autorrevelaciones, mitos, creencias y prejuicios, entre otros que requieren profundización, estudio cuidadoso y compromiso académico.

La indagación y narrativas logradas en el proceso de recolección de la información requieren de ellos ingresar en la realidad e intimidad de cada participante, lo que exige formación terapéutica, ética profesional, comprensión y cuidado del estudiante, al profundizar en acontecimientos de la propia

existencia de estos, su historia familiar, estilo terapéutico. Lo anterior requiere del investigador trascender una postura de primer orden y participar activamente, de forma que es impactado emocionalmente por las vivencias de los estudiantes en formación.

El paso del lugar de investigador al de participante, de observador a ser observado, develando sus historias personales y familiares, los orígenes de su decisión para formarse como terapeutas, es otro aspecto digno de resaltar en su rol como investigadores. Este aspecto se desarrolla en el apartado «Narraciones de terapeutas para terapeutas».

Asumir el reto de investigar con otros requiere apertura y flexibilidad para negociar tiempos, responsabilidades, cumplir tareas y compromisos, o responder a exigencias institucionales. Es realmente un componente de la investigación digno de un reconocimiento especial. Quienes hemos cumplido este rol sabemos que, para hacerlo, hay que atender muchas tareas adicionales en la labor docente, y asimismo congeniar con ideologías, estilos y condiciones de personalidad.

Un segundo aspecto al que me quiero referir ahora me lo inspira uno de los objetivos centrales de la investigación realizada: el reconocimiento de la familia del terapeuta en formación como parte fundamental en la construcción del *self*. La lectura de este libro me llevó a reflexionar, como docente y supervisora, en esta importante actividad de presentación del genograma de la familia de origen, la cual realicé por muchos años, con nuestra querida docente y colega Maria Eugenia Agudelo Bedoya, en las Especializaciones en Familia y Terapia Familiar, así como en la Maestría en Terapia Familiar de la UPB, la Especialización en Familia de la UPB, seccional Bucaramanga, y la Especialización en Familia de la Universidad Tecnológica del Chocó. Estas prácticas tuvieron gran impacto en la formación académica y terapéutica de los estudiantes, y se convirtieron en una de las experiencias más significativas en sus vidas.

Quiero compartir brevemente algunas disposiciones o prácticas que orientaban este trabajo y el alcance que llegaba a tener, y que rememoro por la resonancia que el libro me genera. Desde mi experiencia académica como docente y supervisora en diversas universidades en el ámbito nacional, el encuentro para presentar el genograma de la familia de origen se realizaba con la participación de los estudiantes y las docentes. Las orientaciones brindadas eran, entre otras, acompañar con lealtad y respeto

los testimonios de los estudiantes en un ambiente de confianza y reserva profesional; elaborar el genograma de su familia, graficando mínimo tres generaciones, y formularse a sí mismo una o varias preguntas a las cuales quisiera encontrar respuestas o significados que le fueran más positivos o útiles. No se realizaban durante el encuentro interpretaciones sino preguntas tendientes a resignificar situaciones o conflictos que surgen en alguna parte de la historia, y cómo estos pueden limitar o posibilitar su ejercicio como terapeuta. Al final las docentes retroalimentaban al estudiante con la referencia de un refrán, canción, poema o película que fuera en sintonía con la historia narrada.

La valoración y alcances de esta experiencia se pueden expresar en muchas dimensiones. Una muy significativa es el logro terapéutico y de ayuda en la vida de los terapeutas en formación. Recuerdo una estudiante que, cuando presentó su familia de origen, expresó el dolor y los sentimientos de rabia que le generaba que su madre la hubiera entregado a una familiar para que la criara. El grupo la retroalimentó diciéndole que posiblemente su madre lo hizo por el amor tan grande que sentía por ella, y que esperaba pudiera lograr la formación que hoy tenía, y que ella en ese momento no se la podía brindar. Algunos años después me encontré a esta profesional en un evento académico y me confió su satisfacción por ser ella quien hoy sostenía y apoyaba a su mamá; además, vivía con ella.

La expresión de estas y otras vivencias significativas en la vida de cada estudiante hace que en el grupo se genere una gran cohesión, relaciones de confianza y afecto que se extienden fuera del aula de clase, en las sesiones de supervisión y en el ambiente académico en general. Otro alcance tiene que ver con la mayor facilidad que los terapeutas en formación logran cuando en otros requerimientos académicos deben exponer su familia de origen. Allí lo hacen con mayor tranquilidad que la primera vez, y avanzan con otros relatos, conexión de sucesos y eventos, o nuevas historias de su familia.

A nivel de la supervisión, cuando el terapeuta en formación está atendiendo una familia puede presentarse estancamiento en el proceso, falta de empatía y de fluidez. Esto puede relacionarse con coincidencias entre la historia de la familia consultante y la del estudiante, en cuyas circunstancias el supervisor orientaba a través de preguntas una conversación que le permitiera a este reflexionar sobre emociones o eventos que lo perturban en el proceso, o le daban posibilidades para intervenir; pues esas dificultades las ha vivido y posiblemente superado.

Obtener respuestas o nuevos significados a algunas preguntas que se ha formulado el terapeuta en formación al presentar su familia de origen conlleva un efecto terapéutico, como experimenté yo y quiero compartir. Al presentar mi genograma en un entrenamiento de terapia familiar, expresé que quería entender por qué en mi familia me asignaban tantas responsabilidades y tareas en momentos de crisis familiares. El supervisor y el grupo me retroalimentaron con algunas posibles explicaciones: el lugar ocupado en el sistema fraterno, por ser la hija mayor del segundo grupo de hijos, y los hijos mayores de la familia ya no estaban, porque se habían casado; o también mi profesión como trabajadora social, que les daba seguridad a mis padres para asignar estas acciones. Estas explicaciones brindaron respuesta a mi inquietud, y aún persisten.

Para finalizar, quiero invitar al lector a detenerse en la introducción, pues allí encontrará explicación a los aspectos centrales del contenido del libro: el origen de este, el interés de los investigadores por la temática, la importancia en la formación de terapeutas familiares y la explicación de su contenido organizado en tres partes. En la primera, se desarrollan los antecedentes, fundamentos teóricos de las categorías investigativas y, en general, el proceso metodológico. En la segunda, se presentan los resultados para cada una de las universidades participantes: Universidad Católica de Pereira, Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Universidad Sergio Arboleda de Santa Martha y Louisiana State University in Shreveport, en Estados Unidos.

Por último, se presentan las experiencias personales del equipo de investigadores, con lo cual se propuso crear apertura y resonancia con el tema por parte de los investigadores, quienes quisieron hacer su propio ejercicio reflexivo, con sus retos, experiencias de vida, vivencias familiares y aprendizajes; aspecto sobresaliente al cual ya hice referencia.

Se resalta además cómo, a pesar de ser un tema poco investigado, el hallazgo de 45 textos brindó aportes a la investigación provenientes de diferentes países, como México, Chile, Argentina, España, Estados Unidos y Colombia. Ello da cuenta de los avances, reflexiones teóricas, preguntas y aportes que son utilizados por los investigadores en la producción de esta obra.

Además, tal y como se plantea en la introducción, es importante destacar que el contenido del libro no se asienta dentro de un modelo terapéutico particular; por lo tanto, puede convertirse en una guía para la formación

de terapeutas, sin importar el enfoque terapéutico que oriente su trabajo. A su vez, puede ser utilizado por docentes, profesionales de las ciencias humanas y sociales, y todos aquellos interesados en procesos formativos y de fortalecimiento del *self*.

Piedad Estrada Arango, terapeuta familiar

Introducción

¿Cómo llegamos a este libro?

La historia de este libro tiene un inicio desde el encuentro humano, en donde terapeutas de distintas latitudes, Colombia y Estados Unidos, alentados por temas en común alrededor del papel de las familias de origen en la configuración del *self* del terapeuta, se articulan en pro de avanzar en la profundización de esta área del conocimiento. Para ello, se consideraron las características del *self*, los recursos, el estilo terapéutico, los temores, las expectativas y el sentido otorgado a la profesión.

Lo anterior implicó realizar una investigación con características interinstitucionales, de carácter contextual, si se tiene en cuenta que se realizó en cuatro ciudades, con sus influencias culturales y sociales marcadas; y en el ámbito internacional, pues se hizo un entretejido entre tres ciudades en Colombia y una en Estados Unidos. Se siguió una rigurosidad metodológica que permite revelar y resaltar la voz y los estilos únicos de cada ciudad, contexto e investigadores.

Estos resultados se exponen en el presente libro. En primer lugar, se responde de alguna manera a la importancia de recuperar el elemento de pensar una formación de terapeutas a la medida de sus contextos familiares, formativos y de ejercicio profesional, sobre todo al considerar la influencia de la familia de origen como constitutiva de un estilo, recursos terapéuticos, miedos y el sentido de vida que le otorga a su profesión. Es este un reto en todo proceso de formación de terapeutas.

Desde esta perspectiva, el contenido del libro no se inscribe dentro de un modelo terapéutico particular. Los conocimientos generados sintetizados en este libro —sin caer en generalizaciones— pueden convertirse en una guía para la formación de terapeutas, sin importar el enfoque terapéutico al que suscriban, pues se han tomado elementos comunes a todo proceso

terapéutico, como son la ética y responsabilidad del terapeuta, los aspectos de la alianza terapéutica, los aspectos formativos del desarrollo de recursos y estilos terapéuticos, entre otros.

Un acercamiento inicial a este reto puede estar en el proceso de trabajar en la autorreferenciación como postura ética, que permita al terapeuta en formación comprender las relaciones entre su familia de origen y dichos aspectos, teniendo en cuenta que son elementos que emergen en un sistema terapéutico. Las historias que narran los consultantes se entrecruzan con la historia personal-familiar del terapeuta en formación, por lo que se hace necesario aprender a identificar y diferenciar las propias narrativas y significados de vida de las narrativas e historias de los consultantes.

Lo anterior representa un reto ético que convoca a revisar la historia personal y familiar del terapeuta, un eje fundamental que no siempre se ha tenido en cuenta en la formación de pregrado y posgrado de los programas con una línea terapéutica; pero que resulta necesario, pues invita no solo a trabajar un método y técnica, sino que pone la mirada sobre el *self* del terapeuta. Esto con el fin de evitar isomorfismos o resonancias de intensa experiencia emocional que permitan una identificación de las situaciones experimentadas por el terapeuta desde la vida del consultante, durante el proceso terapéutico.

De este modo, este proceso implica asumir una perspectiva reflexiva en relación con una práctica profesional que involucra asuntos como de dónde surgen las hipótesis terapéuticas; qué tipo de preguntas realiza; para qué se interesa más en un foco que en otro; la decisión de usar una técnica y no otra; cómo hace para controlar los sentimientos y emociones que surgen durante el proceso terapéutico, o si es capaz de reconocerlas e identificar sus recursos terapéuticos; cuáles son los dilemas, temores, expectativas con los que se enfrenta... En fin, son muchos elementos que se deben tener en cuenta, y que requieren ser desarrollados y fortalecidos en procesos de formación de terapeutas.

Para intentar abarcar todos los elementos mencionados anteriormente, en este libro se podrá encontrar que se han trabajado cuatro grandes categorías que guiaron el proceso investigativo del cual se deriva este libro: el *self* del terapeuta (*self* personal y *self* profesional); recursos y estilos terapéuticos; temores y expectativas del terapeuta, y sentido de la profesión en el proyecto de vida. No sin antes contar que, al ser categorías conceptuales

interdependientes, posibilitan entretenerse para lograr una comprensión amplia entre la persona que ejerce una práctica terapéutica, su historia familiar y aquello aprendido en su familia de origen, que posteriormente se convierten en recursos terapéuticos e influyen en la construcción de un estilo terapéutico. En este panorama cobra sentido el objetivo general que guió la investigación, al pretender comprender las relaciones entre la familia de origen de los terapeutas en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas.

El contenido de este libro se encuentra organizado en tres partes: en la primera se desarrollan los antecedentes, fundamentos teóricos de las categorías investigativas y, en general, el proceso metodológico que se llevó a cabo. En la segunda parte del libro se presentan los resultados para cada una de las universidades participantes: Universidad Católica de Pereira, Universidad Pontificia Bolivariana, de Medellín, Universidad Sergio Arboleda, de Santa Marta y Louisiana State University of Shreveport en Estados Unidos.

Es importante aclarar que, desde Estados Unidos, los resultados siguieron las mismas categorías e instrumentos de investigación. Se presentan desde la metodología de estudio de caso y en inglés, por consideración al contexto cultural del investigador; sin embargo, los resultados se tejen en las conclusiones generales de cada capítulo.

Por último, se incluyó las experiencias personales del equipo de investigadores, un aspecto importante no solo como equipo, por mantener la polifonía creada alrededor de las narrativas del terapeuta en formación y sus familias de origen, y resaltar que todo ejercicio profesional requiere de una reflexividad permanente. Por esta razón, cada investigador involucrado decidió plasmar su propio ejercicio reflexivo, aprendizajes, batallas personales, familiares y laborales que se mantuvieron hasta la finalización del proyecto.

De esta manera, los resultados que se presentan en el texto, las categorías conceptuales, los resultados muy propios de cada contexto, las diferencias, semejanzas y elementos transversales encontrados se convierten en una provocación para invitar a las universidades y a los profesionales del área social en general a pensar sus procesos formativos y de supervisión. A su vez, a fortalecer los currículos de las ofertas en programas de formación psicoterapéutica; y para los profesionales, una invitación a las responsabilidades éticas que les supone la mirada hacia dentro como condición para su ejercicio profesional.

Antecedentes

¿De dónde partimos a este viaje?

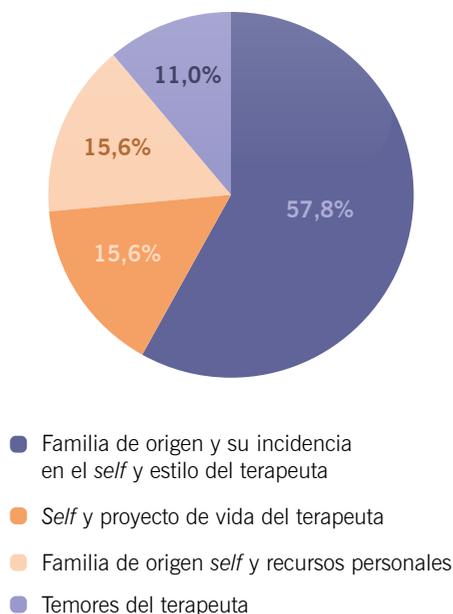
Comprender la influencia de la familia de origen durante la formación de terapeutas en la construcción de su *self* profesional, recursos y estilos terapéuticos, y el sentido y proyecto de vida, requirió realizar un rastreo de investigaciones en diferentes países. En ese orden de ideas, se encontró material en la literatura proveniente de Argentina, Chile, México, España y Estados Unidos; y para el contexto colombiano, se retomaron algunas investigaciones realizadas por la Universidad Nacional y la Universidad Santo Tomás.

En la revisión de antecedentes se ficharon 45 textos, donde se encontraron aportes en las categorías correspondientes a factores de la familia de origen que están relacionados con el significado del ser terapeuta, estilo, recursos, temores y expectativas. Una vez revisados los textos, se seleccionaron los de mayor relevancia para el desarrollo de la investigación. A continuación, se realiza un recuento cronológico de las investigaciones encontradas hasta el momento y una breve presentación de los textos fichados.

Tabla 1. Procedencia artículos revisados

Chile	11
Argentina	10
Colombia	9
Estados Unidos	5
México	3
España	5
Guatemala	1
Italia	1

Figura 1. Porcentaje de artículos citados construcción de antecedentes



Fuente: creación propia

En el contexto internacional, se destacó la producción de Ceberio *et al.* (2000). Estos tres profesionales argentinos son psicoterapeutas y/o terapeutas familiares, y aunque cada uno ejerce su profesión desde un enfoque diferente, coinciden en el interés de comprender cómo las personas conocen el mundo. Ellos esbozaron que las personas dan significado al mundo externo (relaciones, situaciones, conversaciones, etc.) desde los aprendizajes internos. En ese orden de ideas, concertaron que la “realidad” es una construcción que cada individuo hace. Para Ceberio *et al.* (2000), la familia de origen tiene una incidencia en la forma en que cada individuo aprende a conocer. Es decir, en la familia de origen se encuentran los principios epistemológicos del profesional en formación; por ende, proponen trabajar el genograma familiar como instrumento formativo y argumentan que:

Realizar el genograma del terapeuta sistémico posibilita entender, desde su historia, la de su familia de origen, de la cual es representante

representativo, sus disidencias y concordancias, su estilo personal; en síntesis, todo lo que contribuya a conocer cómo conoce. (p. 4)

Realizar preguntas autorreferenciales a los estudiantes y observar con ellos el genograma familiar invitó a los formadores, en el proceso de apoyar a los estudiantes, a conocer su epistemología, lo cual implica, entre otras cosas, acercarse al universo de los constructos personales. En el interés por conocer el estilo terapéutico, estos autores describieron que no existe un estilo y/o identidad terapéutica pura; pues como seres humanos cada uno realiza una serie de abstracciones para configurar su propia estructura conceptual. Ceberio et al. (2000) mencionan que, para conectar con el estilo terapéutico, es importante que el terapeuta se realice preguntas en función de identificar cómo se conoce lo que conoce; y para este caso es necesario remitirse a su propia historia:

Remitirse a la familia de origen y a los grupos secundarios, como familia extensa, grupos de la escuela, grupos en la adolescencia [...] que jerárquicamente tuvieron una influencia emocional en nuestras vidas. Tienen como objetivo contactar con el estilo de intervención que nos resulte más sencillo de manejar y, a la vez, comprender de dónde surgió, cuáles fueron las interacciones que llevaron a desarrollarlo con mayor asiduidad. (Ceberio et al. 2000, p. 5)

Ahora bien, a través de las experiencias en acompañamiento a la formación de psicoterapeutas y terapeutas familiares, estos investigadores entendieron que el futuro terapeuta conformará su estilo terapéutico “con la carga de su historia”. Según Ceberio *et al.* (2000), esto último hace referencia a la mella que dejaron sus vivencias, con las cuales ha conformado su personalidad, ha adquirido unos patrones de interacción e incorporado un estilo de comunicación, con lo que el profesional elige un modelo terapéutico; y serán sus aprendizajes un factor importante para definir la manera en que el terapeuta se relaciona con sus consultantes, y cómo configura su estilo profesional. En palabras de los autores, “entra así en un modelo y el modelo entra en él” (p. 3).

Estos aportes abren el debate a pensar en la importancia de la familia de origen en la apropiación del *self* del profesional y la consolidación del estilo del terapeuta. En la investigación de Chazenbalk et al. (2003) realizada en Argentina sobre “La incidencia del *self* del terapeuta en el proceso tera-

“péutico”, surgió en ellos el interés por conocer e identificar elementos que hacen del terapeuta una persona empática y la capacidad de crear vínculos con los consultantes. Adicionalmente, mostraron curiosidad por conocer lo que siente el terapeuta. Los investigadores identificaron que Freud fue el primero en observar la importancia de trabajar en la historia del terapeuta, para intervenir en lo que él denominó transferencia y contratransferencia. Con el desarrollo de la terapia familiar sistémica, se retoma la idea de Freud y se propone trabajar el “yo terapeuta”, estableciendo que el terapeuta es el eje organizador de la terapia.

Estos investigadores comprendieron que el terapeuta tiene la capacidad de incidir en el éxito o en las limitaciones del proceso terapéutico; e identificaron que el estudiante debe fortalecer habilidades para que el vínculo entre consultante y terapeuta sea de apego seguro, con lo que se logra mayor efectividad en el proceso terapéutico. En esa búsqueda, establecieron que hay diferencias entre los terapeutas, y que algunos tienen mayor capacidad de generar vínculo que otros. Con esta visión registraron la existencia del “estilo terapéutico”. En relación con esto, resaltaron que cada estudiante debe revisar su historia personal, para preguntarse si realmente quiere ser un agente colaborador.

De esta forma, argumentan que el estilo e identidad como terapeuta se desarrolla y trabaja con el apoyo del equipo de supervisión. Así, esta estrategia de formación es una herramienta que tiene muchos beneficios. Entre ellos se encuentran tener múltiples puntos de vista de una situación; apoyar al terapeuta en su reflexión en momentos de estancamiento, y ayudarlo a identificar sus emociones, entre otros. Los investigadores expresan que el estilo del terapeuta es algo individual, que se logra en la articulación de aprendizajes teóricos, experiencias profesionales y trayecto de vida.

Por otra parte, Chouhy (2007) argumentó que el terapeuta debe adquirir habilidades en lo cognitivo y emocional en el proceso de formación. Esto lo sustenta diciendo que una vez la terapia se acoge a la cibernética de segundo orden, se realiza un giro en la actuación del terapeuta, reconociendo la necesidad de observar al observador como parte del sistema y no como un tercero que cumple la función o rol neutral. Chouhy retoma a Heinz von Foerster para ampliar el concepto de cibernética de segundo orden, el cual introduce al terapeuta como parte del sistema donde se construye una relación terapeuta-cliente, y ambos son impactados en dicha interacción.

Lo anterior contribuye a la discusión que permite construir el concepto de resonancia, definiéndolo como un puente entre el terapeuta y los miembros del sistema. La autora retoma a Mony Elkaim para clarificar este concepto, y menciona que:

El concepto de resonancia define fenómenos de diverso orden. Uno concierne a la amplificación de elementos similares y comunes a los diferentes sistemas en interacción —que emerge en la intersección posible entre sus respectivas estructuras o construcciones del mundo—; el otro concierne la función que adquiere dicha amplificación respecto al conjunto de las estructuras o construcciones del mundo. (pp. 1-3).

En otras palabras, la resonancia ocurre cuando la historia de uno de los sistemas interfiere en el otro sistema; por tanto, plantea trabajar en la persona del terapeuta, a través de la “autorreferencialidad”, como concepto que permite al terapeuta identificar su historia familiar, apropiarse de sus narrativas y emociones. En síntesis, la autorreferencia es la capacidad que debe desarrollar el profesional para “utilizar las emociones o percepciones que el sistema evoca y/o amplifica de la propia historia familiar, en modo tal de evitar que las construcciones del mundo de todos los miembros del sistema se refuercen mutuamente” (p. 1).

Esta investigación aportó a la discusión en la medida que identifica que las inquietudes de los terapeutas en el proceso de atención a sus consultantes obedecen a similitudes en la historia familiar entre terapeuta y consultante. Se encontró relevante analizar el genograma del consultante con el terapeuta; en esta revisión, se evidenció que las familias que se parecen en estructura y comportamiento a la del terapeuta pueden generar una fusión cognitiva en el profesional, para lo cual se requiere que el terapeuta reconozca su historia familiar y así evitar la resonancia. En palabras de la autora:

Gracias al concepto de resonancia, la paradoja de la autorreferencia deja de ser un límite para convertirse en una posibilidad, si y solo si el terapeuta ha aprendido a utilizarse como instrumento terapéutico: si sabe utilizar la función sistémica de la resonancia para generar nuevas posibilidades para el sistema terapéutico. (p. 4)

Es decir, en la medida que el profesional logre observarse y liberarse de lo que generan las similitudes estructurales, podrá hacer uso de sus experien-

cias como un instrumento para ampliar el panorama y así encontrar otras posibilidades en la terapia.

Para la misma época, en México, Pérez y Vargas (2007), ambos psicólogos con máster en terapia familiar, en su rol de formadores se preocuparon por el ser como psicólogo y la relación que tiene la familia de los educandos en la toma de decisiones a nivel profesional, que da cuenta que los seres humanos somos el producto de una serie de valores y tradiciones aprendidas en el entorno familiar. Adicionalmente, resaltan que en este espacio se asignan roles y mandatos familiares a cada uno de sus miembros. En la pesquisa realizada a 10 estudiantes por semestre de la Universidad de Guadalajara, encontraron que hay unos factores determinantes al momento de elegir una carrera profesional, como lo es el factor económico, expectativas de los padres e influencia de algunos mandatos familiares, que para el caso de la psicología es el “querer ayudar a los demás” (p. 154).

Vale precisar que los investigadores indicaron que “la familia participa en gran medida en la formación del individuo social y existencial, al darle una identidad y pertenencia grupal para lograr —sin que así se lo proponga— una ‘estandarización’ hacia una representación social más homogénea” (p. 146). De este modo, el interés por ayudar a los demás hace que estos psicólogos en formación busquen tener mayor conciencia de la humanidad y, por ende, los obliga a conocerse a sí mismos. De esta manera, los autores refieren en los hallazgos que la familia aporta al individuo herramientas para “desenvolverse” en su contexto social y cultural, y que las personas más influyentes son los padres, familiares cercanos, amigos, docentes, el sistema de salud, el judicial, entre otros.

Teniendo en cuenta las diferentes subjetividades que se crean en el interior de la familia, estos docentes realizaron un llamado para que en el proceso de formación se indague acerca de los diversos significados que los estudiantes hacen de sus familias y las formas que tienen de relacionarse con el mundo. Esta necesidad se hizo evidente en la medida que los psicólogos en formación constantemente se plantean retos que los llevan a pensar en su familia de origen. Finalmente, fue importante para los investigadores encontrar que la mayoría de los estudiantes lograron realizar resignificaciones a algunas historias dolorosas, y que estos, en el interior de su familia de origen, gozaban de apoyo y reconocimiento profesional; situación que llena de motivaciones y responsabilidad a los estudiantes en formación.

Es también importante mencionar a Galfré y Frascino (2007) en Argentina, quienes identificaron que los terapeutas se ven enfrentados a los problemas y necesidades de los consultantes. Estos investigadores relacionaron que las necesidades sociales entendidas como las posturas frente a los sucesos de la vida cotidiana, como funciones y roles de los consultantes, son semejantes a las necesidades sociales del terapeuta, puesto que ambos pueden tener dificultades económicas, laborales y hasta ambientales. Por esta razón, pensaron en la relevancia de ayudar a los estudiantes en formación a observar y reflexionar sobre su microcontexto, con la finalidad de ayudarles a generar una postura adecuada respecto de las necesidades del consultante.

Se comprende que tanto consultantes y terapeutas tienen su propia subjetividad, y que, en el mundo de la interacción, el terapeuta pudiera fusionar las historias de ambos sin que estas tengan relación (isomorfismos). Los investigadores manifestaron que “es necesario el cuidado del terapeuta para que este pueda cuidar, es decir, las personas que cuidan a personas deben y merecen ser cuidadas” (p. 2). Una de las propuestas de estos investigadores fue trabajar con la persona del terapeuta. Para ello, marcaron una ruta y una serie de técnicas que son beneficiosas para trabajar el yo terapéutico, como la exploración de la historia de vida (creencias, mandatos, estilo personal, sentimientos, ideas teóricas, entre otras). Adicionalmente, diseñaron una propuesta metodológica para trabajar la persona del terapeuta, la cual se centra en una serie de talleres donde los participantes puedan reflexionar y autodescubrirse. Entre las dinámicas propuestas están: 1) ¿qué tanto se conoce el terapeuta?; 2) dificultades y anclajes que provienen de su historia de vida; 3) identificación del ciclo vital, y 4) capacidad para resolver conflictos, mitos del terapeuta y calidad de la red social.

Galfré y Frascino concluyeron que conocerse a sí mismo implica enriquecer la práctica profesional, pero también ponen de manifiesto las dificultades existentes para que los terapeutas puedan acceder a la terapia y continuar con su proceso de crecimiento personal y profesional, por lo que es necesario buscar alternativas para que los terapeutas puedan trabajar en sí mismos. Entre las alternativas propuestas por estos autores, se encuentran los talleres de autorreflexión y autoconocimiento.

También en Argentina Corbella et al. (2008), en el texto “Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses”, esbozaron de una manera amplia y detallada lo que corresponde al estilo personal del terapeuta (EPT), el cual

se puede comprender como una apropiación única y personal con la que cada profesional opera en el contexto terapéutico. Son sus aprendizajes personales y profesionales los que generan un sello, por lo que Corbella *et al.* manifiestan que el estilo es el “conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea” (Fernández *et al.*, 1998, citado por Corbella *et al.*, 2008, p. 282).

Así mismo, en Corbella *et al.* (2008) se identificó que “el estilo del terapeuta es dinámico, multidimensional y refleja las predilecciones que el terapeuta usa para comunicarse” (p. 283). En esta investigación se resaltan variables que contribuyen en la identificación y apropiación del estilo terapéutico: “a) la posición socioprofesional; b) la situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos, y c) los modos dominantes de comunicación que utiliza” (Corbella *et al.*, 2008, p. 283). Teniendo en cuenta que la intervención terapéutica requiere la ejecución de acciones complejas, como tener un alto nivel de atención, la expresión y la involucración que tiene el profesional en el caso, y recordando que la personalidad influye en el proceso de comunicación y vinculación con los demás, los autores consideran que:

[...] puede resultar de ayuda para la formación de psicoterapeutas conocer la dirección de intereses de los psicólogos en formación para facilitar el autoconocimiento y mejorar la adaptación al estilo personal que le pueda resultar más cómodo y confortable para el desarrollo de su práctica profesional. (p. 288)

Desde España, Sánchez (2009), en su texto “La metamorfosis del terapeuta”, identificó que “es el ejercicio profesional lo que consolida prácticas sistémicas tanto en la relación terapéutica, (reconocimiento de resonancias, límites en terapia, integrantes del sistema terapéutico), como en su rol de terapeuta (responsabilidad y ética)” (p. 15). Este texto aporta a la discusión en el sentido que se detiene en la observación sobre la diferencia que hay entre relación terapéutica o profesional y el rol de terapeuta, donde este último va más allá de sus conocimientos epistemológicos; reflexiona sobre su ser y aprende a observar la forma como va construyendo su identidad como profesional.

Esta reflexión sobre su ser e identidad profesional lleva a identificar las implicaciones de las resonancias y los ensamblajes en la interacción terapeuta-cliente; y clarifica que “las resonancias están constituidas por elementos semejantes, comunes a diferentes sistemas en intersección, mientras que

los ensamblajes están compuestos de elementos diferentes, que pueden estar ligados a datos individuales, familiares, sociales u otros” (Elkaïm, 2013, citado por Sánchez, 2009, p. 24). Teniendo en cuenta que todo profesional se ve enfrentado a limitaciones propias relacionadas con sus experiencias vitales, con sus temores, creencias y tabúes, pero que también se ve enfrentado a adversidades relacionadas con la forma cómo operacionaliza el enfoque o modelo de intervención de su elección, donde puede ser común entrar a una resonancia o ensamblaje, el autor retoma a Chouhy (2007) para proponer la autorreflexión como herramienta para dar un giro a esta mirada. En este sentido, se pasa de la limitación a la oportunidad. Afirma que “el terapeuta ha aprendido a utilizarse como instrumento terapéutico: si sabe utilizar la función sistémica de las resonancias para generar nuevas posibilidades para el sistema terapéutico” (Chouhy, 2007, citado en Sánchez, 2009, p. 26).

Para Sánchez, la habilidad de utilizar las resonancias o ensamblajes como recursos o instrumentos en la terapia se logra a través del proceso de formación, pues en la medida que el profesional en formación se confronte con su historia desde una perspectiva de evocación y amplificación, podrá identificar aspectos incómodos o dolorosos que debe trabajar, y así podrá restituirlos o resignificarlos. Con este proceso, el profesional logra recuperar elementos importantes de su historia familiar y personal que le permitan una nueva comprensión del mundo. En ese sentido, continúa el debate sobre la importancia de generar un espacio formativo donde se tengan en cuenta los aspectos teóricos y metodológicos, pero también aspectos personales.

En Chile, Cruz Fernández (2009), en la investigación cualitativa denominada “Enfoque estratégico y formación de terapeutas”, se planteó que para formar a un terapeuta se requiere integrar aspectos metodológicos, teóricos y prácticos. A su vez, argumenta la imperante necesidad de trabajar en la persona del terapeuta. Por esta razón, sus aportes se centran en la propuesta de la autoobservación del terapeuta, entendiendo que revisarse a sí mismo desde lo personal y lo familiar permite mayor conocimiento, lo cual se verá reflejado en una mayor apropiación de sus recursos personales. Además, este proceso de autoconocimiento ayuda a evitar que el terapeuta mezcle su historia con la de los consultantes. Adicionalmente, se propuso revisar los planteamientos de Milton Erikson (1982, 1985, 1989), quien describió unas premisas base para la formación de terapeutas desde la mirada de la supervisión, tales como formar al estudiante en una visión constructivista, hacer reflexiones permanentes del proceso de formación y hacer énfasis

en el cambio, ayudando al terapeuta en formación a ser una persona más activa y consciente de las transformaciones propias y de los consultantes.

Claparols y Millán (2010), en “Las emociones del terapeuta sistémico en juego”, reflexionaron sobre la importancia de las emociones del terapeuta y su uso en el proceso terapéutico. Los conceptos clave que trabajan los investigadores en su texto son la definición de las emociones y su funcionamiento desde el punto de vista neuropsicológico; el papel que cumplen las emociones en la construcción de la realidad, y su relación circular con las cogniciones y las conductas, es decir, el papel que cumplen las emociones en el proceso de aprendizaje y en el proceso de interacción. También abordan el concepto de las emociones como elemento básico para la conducción de la relación terapéutica, y las herramientas que puede utilizar el terapeuta para gestionarlas. La investigación plantea una entrevista en profundidad estructurada a una muestra de 12 terapeutas sistémicos expertos, con más de 16 años de experiencia.

Con relación a las emociones desde una perspectiva biológica, las autoras retoman algunos planteamientos de Maturana y Viseda para argumentar que son:

Una combinación de un proceso evaluador mental, simple o complejo, con respuestas predisposicionales a dicho proceso, la mayoría dirigidas hacia el cuerpo propiamente dicho, que producen un estado corporal emocional, pero también hacia el mismo cerebro, que producen cambios mentales adicionales. En definitiva, “las emociones son una dinámica biológica” que determina las acciones. Puede estimarse que implican afecto, sentimiento, cognición y conducta” (Maturana y Varela (s. f.), citados en Claparols y Millán, 2010, p. 137).

Se halla que todos los participantes reconocen experimentar emociones en la intervención profesional. Ya en el campo operativo, el interés de la investigación es analizar cómo influyen las emociones en el sistema terapéutico. Se encontró en esta investigación que:

En el sistema terapéutico, las emociones se ponen en juego en la relación que se establece. Las emociones de cada uno de los miembros del sistema influyen en los otros y están influidas por los otros; a la vez, unas y otras están influenciadas por cogniciones y conductas. (2010, p. 137)

En efecto, se podría decir que las emociones son determinantes en la vida de cada ser humano. En palabras de las autoras, pueden ser comprendidas como un eje transversal que enmarca las relaciones en la vida humana, y por ende también en la psicoterapia. En esa línea, las autoras expresan que en la interacción terapeuta-cliente se generan:

Diversas emociones y cogniciones en todos los miembros del sistema, y que esto influirá en todo aquello que suceda dentro del sistema, y, por lo tanto, en la praxis del terapeuta. La relación se puede entender como un todo, donde las conductas del terapeuta y las de la familia se influyen mutuamente. (Ceberio y Linares, 2005, citados en Claparols y Millán, 2010, p. 137)

Una vez se ha comprendido que las emociones son un eje fundamental en los procesos de aprendizajes y de interacción del ser humano, se propone en esta investigación trabajar en la autorreferencia en los espacios de formación de los terapeutas, ya que “el terapeuta no puede separarse de la situación que describe, y, por lo tanto, en la relación que establece tiene que afrontar la cuestión de la autorreferencia” (2010, p. 138). Entonces se toma a la autorreferencia como herramienta para comprender cómo conoce el terapeuta o, como dice Maturana (como se cita en Claparols y Millán 2010, p. 20), “todo conocer depende de la estructura del que conoce”.

En este sentido, se proponen en el texto algunas herramientas que pueden contribuir a la gestión emocional del terapeuta, y se describen técnicas autorreferenciales para conocer y comprender la “mochila del terapeuta”. Todas ellas se relacionan con el autoconocimiento y la autorreflexión (trabajo que implica un abordaje por la familia de origen del terapeuta, sus creencias, su contexto y el rol que cumple en él); el trabajo en equipo, que implica aprovechar el espacio de supervisión para aumentar sus capacidades emocionales; el saberse manejar y aprovechar las emociones en el contexto terapéutico, y expresar las emociones a la familia. Todas estas herramientas conducen, según el texto, a una práctica de autocuidado del terapeuta, lo que significa “estar atentos a nosotros mismos y cuidar el resto de áreas de nuestra vida” (Claparols y Millán. 2010, p. 139).

Por otra parte, Alvear *et al.* (2012) mencionan la importancia de entender la terapia familiar como un proceso de construcción compartida, entendiendo que el terapeuta aprende en la medida que interactúa con familiares, docentes y posteriormente con los consultantes. Los investigadores se apo-

yaron en los aportes de Aponte (1985), para señalar que “el trabajo de la formación es ayudar a los terapeutas a resolver sus conflictos personales” (p. 184). Lo anterior puso en evidencia la fuerte relación que tiene la familia de origen y la historia personal con el ser terapeuta.

Para ellos, la terapia familiar debe centrar su quehacer en la formación de la persona del terapeuta. Por ello, retomaron a Winter (1988) y Garzón (2008), para expresar la necesidad de apoyar al crecimiento del terapeuta y formarlo como un “ser autónomo, reflexivo y propositivo”. Como herramientas fundamentales para su acompañamiento, sugirieron la autorreferenciación y la heterorreferenciación, con el objetivo de aumentar la conciencia de sí mismos. Se valieron de la autoobservación y de las observaciones realizadas por el equipo, donde el terapeuta pudiera realizar deconstrucciones de aquellas situaciones que le puedan generar dolor o algún tipo de estancamiento emocional, y tener la oportunidad de realizar nuevas narraciones de su historia personal, lo que contribuye a la construcción del estilo profesional.

Complementariamente, Szmulewicz (2013), como coordinadora de la Unidad de Terapia Familiar del Centro de Salud Mental San Joaquín, de Chile, se preguntó por la persona del terapeuta como eje fundamental de todo proceso terapéutico. Ella parte de la premisa de que los terapeutas hacen parte del sistema consultante; adicionalmente, cuando el profesional está en el ejercicio de alguna intervención, ingresa a un espacio con sus sentimientos, percepciones, pensamientos y su propia biografía que lo autodevelan en forma continua frente al consultante y que, a su vez, lo implican en una relación que transforma no solo la realidad del usuario, sino la suya también.

Para esta investigación, es importante el concepto de autodevelación; y más que concepto, trasciende a su uso como técnica para la terapia. Su uso implica un grado de conciencia del terapeuta, pues en la medida que va adquiriendo experiencia a través de su praxis, puede hacer uso de su *self* en la terapia. En consecuencia, tener mayor apropiación de la historia familiar, de sus sentimientos, pensamientos, temores y expectativas lo lleva a tener control y gestión sobre sí mismo. Es enriquecedor el aporte de esta investigación, en el sentido de que reconoce los relatos de los consultantes como un insumo que permite al terapeuta incorporar nuevas narrativas sobre sí mismo, sobre su cliente y sobre otros pacientes, los que se benefician en forma recursiva del aprendizaje obtenido a través de la práctica. Estas nuevas narrativas permiten que el profesional en formación resigne su propia vida, y con esto, mejore la atención a los consultantes.

Es interesante observar cómo, a través de la historia familiar, las personas, y para este caso el terapeuta, adquieren miedos o temores en el recorrido experiencial. La española Filgueira (2014) investigó sobre el tema, y en su publicación sobre “Los miedos del terapeuta, abordaje desde el psicodrama” logró reflexionar sobre su propio proceso como psicoterapeuta y psicodramatista. Ella expuso la importancia de comprender los miedos que siente el terapeuta durante el proceso de formación. En ese proceso, encontró la importancia de explorar la estructura personal y familiar que ha llevado a la existencia de estos temores, entendiendo que los miedos no constituyen una experiencia aislada en la vida del terapeuta.

Inicialmente, ella hizo evidente que los temores más frecuentes se relacionan con la inseguridad o con el temor de no estar a la altura de la terapia, pero también logró dilucidar que algunos miedos-temores tienen su raíz en la historia familiar. Ella propuso conformar grupos de apoyo entre terapeutas, como una alternativa para aprender a sobrepasar los miedos. En ese sentido, habla del cuidado de sí; indica que para poder cuidar de los otros y del otro, es necesario que el terapeuta aprenda a cuidar de sí mismo. Adicionalmente, sugirió que cada terapeuta se apropie de su historia familiar y realidad vivencial, con el objetivo de no “contaminar” la relación terapéutica con las necesidades del profesional. Para ello propuso el psicodrama y la metáfora del espejo, entre otras técnicas, para apoyar a los educandos en su proceso de autodescubrimiento.

En un texto suyo publicado en la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Campagne (2014) realizó una reflexión sobre el actuar del profesional. Indicó que “haríamos bien volviendo a la comprensión de nuestra intersubjetividad esencial, de la importancia fundamental de las relaciones, y del potencial curador de una alianza terapéutica bien llevada” (p. 76). En esa dirección, describe que la relación terapéutica es creada por la intersubjetividad de quienes participan en ella; es decir, confluyen la subjetividad del cliente y la del terapeuta. Manifiesta que “su implicación como la resistencia(s) son parámetros importantes. No debe subestimarse la implicación activa del cliente, incluso cuando parezca pasivo u ofreciendo resistencia” (p. 85). La reflexión del autor se relaciona con una invitación para considerar que el “éxito” en la terapia es un asunto de responsabilidad terapeuta-cliente, y realiza la invitación a fortalecer el *insight* como herramienta autorreflexiva y así poder reconocer los recursos internos del profesional, pero también los recursos de los clientes, de manera tal que puedan ser desplegados en el proceso terapéutico.

Estos aportes abrieron la discusión sobre aquellos aspectos necesarios que se deben trabajar con los profesionales en formación para contribuir a liberar los temores, pues las experiencias utilizadas de manera efectiva pueden ser percibidas como recursos útiles en el contexto terapéutico. Paralelamente, Vázquez y Gutiérrez (2015), en su trabajo investigativo “Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta” en Argentina, eligieron una muestra de 60 psicoterapeutas, hombres y mujeres de diversas edades, los cuales fueron clasificados en tres grupos, según su orientación teoría y técnica; a saber: terapeutas, psicoanalistas, cognitivos e integrativos. Ellos identificaron que el estilo personal del terapeuta (EPT-C) es el conjunto de patrones de la personalidad, como los valores, creencias, capacidades comunicativas y habilidades socioemocionales del terapeuta; asimismo, mencionaron que en la formación y consolidación del EPT influyen las siguientes variables: 1) la posición socioprofesional del terapeuta; 2) su situación vital y 3) los modos dominantes de comunicación del terapeuta para influir y generar cambios en los consultantes.

Es curioso observar cómo se centraron en los modos dominantes de comunicación, y con ello elaboraron la prueba (EPT-C), para identificar los estilos terapéuticos de los participantes en la investigación, donde cada uno realiza ajustes, variaciones y singularidades a técnicas aplicadas en consulta. Adicionalmente, el concepto de la subjetividad del individuo está presente en esta investigación, donde se reconoce que los terapeutas, al momento de desempeñar su rol, independiente del modelo elegido, entran a consulta con su historia, con sus creencias, actitudes; es decir, con su estilo terapéutico.

En el texto de Vázquez y Gutiérrez (2015) se identificaron cinco (5) estilos terapéuticos dominantes, los cuales son:

- Estilo instruccional, entendido como la capacidad del terapeuta para establecer normas, límites y asignar tareas.
- Estilo atencional, que se refiere a la habilidad para escuchar de manera atenta y observar el lenguaje corporal, e integrar otros modelos de comunicación, como las dramatizaciones.
- Estilo expresivo, que se relaciona con la afectividad del terapeuta para relacionarse con los consultantes y su capacidad de generar vínculo, confianza y seguridad.
- Estilo compromiso vincular, que es una función relacionada con las conductas y el compromiso que está dispuesto a asumir con los consultantes.

- Estilo operativo, que se relaciona con la utilización de técnicas en la terapia; se identifica que algunos terapeutas de este estilo son más espontáneos, y otros se ciñen a las técnicas del modelo teórico practicado.

Esta investigación aporta al tema de estudio en la medida que identifica que el terapeuta es un ser subjetivo, el cual está “cargado” con su historia, y esta le acompaña en todos los momentos de su vida. Por tanto, hay una estrecha relación entre la forma que aprendió a comunicarse el terapeuta en su familia de origen con la conformación de su estilo terapéutico.

En Argentina, este tema y el diseño de la prueba EPT- C fueron una revolución para la época; por tanto, el estudio de Casari *et al.* (2013, “Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta”, se asemeja a los planteamientos de Vázquez y Gutiérrez. Se destaca de esta investigación que se logró comprobar que los terapeutas psicoanalíticos se diferencian de sus colegas humanistas y existenciales en las funciones atencional, expresiva y de involucración, en tanto que los terapeutas cognitivo-conductuales mostraron diferencias en la función operativa.

Con lo anterior, los investigadores concluyeron que los profesionales psicoanalíticos presentan una atención más abierta, pero son más distantes emocionalmente, y se involucran menos con su trabajo; situación contraria a los terapeutas cognitivos–conductuales. Con relación a los terapeutas que son formados desde un enfoque humanista, se encontró en esta investigación que obtuvieron un puntaje más elevado en la función involucrativa y expresiva, manifestando que “quizás este resultado sea más coherente con la teoría que sustenta dicho enfoque por la implicancia emocional del terapeuta” (p. 139).

Esto hace evidente las diversas epistemologías en la psicología, que, según los estudios acá presentados, dan cuenta de diversos estilos de intervención. Es de aclarar que en esta investigación el interés no se centró en la relación que tienen el estilo del terapeuta con su familia de origen, sino que el interés radicó en identificar la influencia de la orientación teórico-técnica en el desarrollo del estilo personal del terapeuta. Sin embargo, se considera importante, ya que permite evidenciar que el estilo del terapeuta se consolida por su implicación emocional y el modelo con el cual elige capacitarse.

En México, la investigación de Canevaro *et al.* (2017), “El nacimiento del terapeuta sistémico”, se basó en las experiencias realizadas con las familias de

origen de alumnos(as) en la formación en terapia familiar durante los años 2007 y 2008. Ellos se fundamentaron en la importancia de trabajar con la familia del terapeuta, basándose en las ideas de Aponte y Framo (1996) sobre la implicación personal del terapeuta. Para lograr este objetivo, los investigadores identificaron que hay un *self* profesional y un *self* personal, lo que construye el *self* terapéutico; en ese sentido, ven la importancia de trabajar en formación tanto la teoría y la práctica como la historia familiar.

En su experiencia, encontraron que trabajando el *self* personal y la familia de origen del terapeuta, los procesos de consulta pueden tener mejores resultados. En efecto, observar y reflexionar sobre y con la familia de origen del terapeuta brinda herramientas a los estudiantes en formación, en el sentido de que logran identificar la posición que ubican en su sistema familiares, historias dolorosas, motivos por los cuales decidieron formarse como terapeutas, emociones ante relatos familiares y conocer aspectos sobre sí mismos. Lo anterior se ve reflejado en una mayor capacidad del terapeuta para distanciar su historia familiar de la historia de sus consultantes, lo que se constituye como una habilidad del terapeuta que le permite aumentar la multiparcialidad, y evitar alianzas y triangulaciones con los consultantes.

Es evidente reconocer las posibilidades que obtuvieron los terapeutas después de realizar varias jornadas de trabajo con sus familias de origen. Los participantes reconocieron que tras los encuentros lograron hablar con sus familiares de temas que antes no hablaban, perdieron la pena y el pudor que potencia la curiosidad. También resaltan los logros a nivel personal en la medida que hicieron cambios en las relaciones familiares, lo que lleva a concluir que en la medida que el terapeuta ayuda a sanar a la familia, también se sana así mismo.

En Estados Unidos se encontraron aportes significativos en los textos de Harry Aponte. Aponte y Kissil (2014) aportan a esta discusión:

Todos los terapeutas tenemos nuestros problemas personales, nuestras heridas, y en nuestro rol profesional tenemos la obligación de ser conscientes y trabajar sobre estos temas; cuestiones sobre las que debemos asumir una responsabilidad activa y permanente en el proceso terapéutico por el bien de las familias con las que trabajamos (p. 153).

Como se ha mencionado, trabajar en el *self* del terapeuta también es un compromiso ético en el quehacer profesional, ya que en la interacción pro-

fesional-consultante emergen conversaciones que tienen un impacto en quienes participan en ellas, puesto que estos se influyen mutuamente. Continuando con Aponte e Ingram (2018), en su publicación “Supervisión de la persona del terapeuta: reflexiones de un terapeuta y supervisor sobre la identificación y diferenciación empática”, se encontró que las experiencias personales del terapeuta pueden ser incorporadas en el ejercicio profesional como recursos y habilidades, de manera tal que puedan ser comprendidas, en palabras del autor, como luces en la terapia, en la medida que sean abordadas como un recurso que favorece el vínculo terapéutico. Aponte e Ingram (2018) refieren que la luz en la terapia es:

Ser capaz de reconocer y relacionarnos con lo que difiere entre nosotros y nuestros clientes, pero que se conecta con los problemas que nos traen. En la vida real, este equilibrio entre la identificación empática y la diferenciación se equilibra y reequilibra dinámicamente a medida que el terapeuta interactúa con el cliente [...] conectarnos con el cliente para fomentar la confianza y la cooperación, y para obtener comprensión y conocimiento sobre el cliente y sus problemas. (p. 44)

Respecto a las sombras en la terapia, expresa que la identificación empática “nos acerca al cliente, a veces tan cerca que se disparan nuestros propios problemas. Dependiendo de cuán disparados estemos, podemos perder la perspectiva, sin poder ver al cliente con claridad porque nuestra propia sombra se interpone en el camino” (Aponte e Ingram, 2018, p. 44).

De cara a lo anterior, Aponte e Ingram realizaron la invitación a mirar el *self* del terapeuta desde una mirada apreciativa, para que el profesional en formación genere habilidades que le permita el “uso del yo” de manera efectiva. En ese sentido, argumentan que el sí mismo del terapeuta o *self* “es algo cuya naturaleza requiere una apertura emocional de nosotros mismos dentro del proceso terapéutico con nuestros clientes, y el uso hábil y decidido de nuestra sensibilidad personal, perspicacia e influencia humana en la implementación de nuestras herramientas clínicas” (p. 44). Estos aportes refuerzan la idea del terapeuta como instrumento en la relación terapeuta-cliente, instrumento que va más allá de la operacionalización de un modelo, pues él en sí mismo hace parte de la diada y, por ende, requiere que su forma de concebir el mundo sea reflexionada y resignificada. Una vez el profesional logra identificar su emocionalidad, recursos, temores, etc., el terapeuta podrá involucrarse con sus clientes para:

Fomentar el cuidado, la comprensión y la resonancia emocional, mientras que al mismo tiempo debe ser profesionalmente disciplinado, perspicaz y bien fundamentado. El entrenamiento de la persona del terapeuta forma la base fundamental sobre la cual la supervisión contribuye al crecimiento y desarrollo continuo del terapeuta en esa habilidad de usar el yo terapéuticamente a lo largo de la vida profesional del terapeuta. (p. 45).

Desde esta perspectiva, sus aportes permiten hacer una invitación a concebir al terapeuta también desde un componente ético en el quehacer profesional, pero también de cuidado por la relación terapéutica y de autocuidado en el profesional. En ese sentido, cabe decir que el *self* o el sí mismo del profesional toca muchas aristas, pues en él hay cabida a toda su historia familiar y personal, es decir, toda la configuración que ha realizado de su vida (identidad, patrones de comunicación e interacción, temores, creencias, recursos, tabúes, etc.), y se relaciona con la configuración que puede hacer de su futuro (expectativas, proyecto de vida, elección de su modelo profesional, estilo...).

Retomando a Ceberio (2019), en esta ocasión en compañía de Agostinelli *et al.* (2019), sistematizaron la experiencia de formación a nuevos terapeutas, y ante la pregunta ¿qué pacientes rechazan los psicoterapeutas?, tuvieron la oportunidad de conocer y profundizar en las características de los consultantes que por alguna circunstancia han sido alejados por los psicoterapeutas. Ellos encontraron una relación entre el estilo personal del terapeuta y el modo en que se vincula con los casos con los cuales el terapeuta tiene historias similares, y por tal motivo la construcción de las narraciones sobre las experiencias personales, el contexto social y el discurso pueden ser interpretados como un temor ante las semejanzas entre ambas historias.

Es así como se logró evidenciar que en general los terapeutas suelen ser más sensibles a historias de dolor o padecimiento, y suelen rechazar historias de violencia. Para trabajar sobre lo anterior y ayudar a que el terapeuta logre trascender sus propios temores, es necesario que estos acepten su propia historia. Estos investigadores observaron que, con el paso de la edad y la suma de experiencia, los terapeutas logran enfrentar con mayor seguridad aquellas situaciones no tan cómodas generadas por la violencia, el abuso sexual, entre otras.

Finalizando el recorrido internacional, las argentinas Polanco *et al.* (2019), en su texto “La práctica y la vida hacen al terapeuta: Comprendiendo y reconociendo resonancias”, descubrieron una perspectiva novedosa para la investigación. Ellas observaron que las “resonancias” pueden ser útiles en la medida que permitan al profesional generar empatía con el consultante y mayor grado de apreciación de una situación determinada.

Polanco *et al.* (2019) retomaron los aportes de Chouhy (2007), para argumentar que la resonancia puede ser un puente para acercar a terapeuta y consultante, solo si el terapeuta sabe realizar diferenciación de las historias. Además, es necesario que aprenda a identificar qué origina una resonancia. Por ende, la autoobservación juega un papel fundamental, pues esta es la herramienta principal para identificar emociones, reconocer qué historia es propia, ajena o conjunta y el reconocimiento de cambios en la interacción. Recordando que el terapeuta entra a consulta con sus propias historias, se registra que las resonancias pueden ser un instrumento útil en la terapia, solo si el profesional tiene una alta apropiación emocional, para hacer uso de sí mismo como un instrumento al servicio de otros.

La investigación de Polanco *et al.* (2019) aporta en esta reflexión en la medida que realiza otra visión del concepto de resonancia o isomorfismo, para ubicarlo como una herramienta posibilitadora que puede generar cercanía y empatía con los consultantes. Estos autores coinciden con otros investigadores en la importancia de trabajar en la persona del terapeuta y en usar herramientas que permitan la autoobservación, con el fin de ayudar al profesional en formación a tener mayor consciencia y conocimiento sobre sí mismo.

Después de este recorrido, es interesante observar la procedencia de estas investigaciones. En lo encontrado hasta el momento, las escuelas que más se han interesado por abordar este tema en Latinoamérica están ubicadas en Chile, Argentina, México y Europa. Si bien es cierto que la terapia familiar y la psicoterapia han ganado terreno en la sociedad, lo anterior muestra que algunos países han punteado en este campo, en la medida que se han preocupado e interesado por formar a terapeutas íntegros, con capacidades teóricas, técnicas y emocionales. Es importante precisar que en países como Australia e Italia también se han realizado aportes teóricos y académicos al tema.

En el contexto nacional, Ángela Hernández (2007), docente de la Universidad Santo Tomás de Bogotá, realiza una sistematización de su experiencia docente, y su reflexión se centró en observar las implicaciones del supervisor en la formación de terapeutas, resaltando la importancia de este ejercicio investigativo, ya que pone en evidencia que tanto consultantes como terapeutas en formación tienen necesidades, los primeros de cambio y los segundos de aprendizaje. En el acompañamiento que Hernández (2007) realiza a terapeutas, pudo identificar la importancia de trabajar en equipo, pues permite observar emociones y comportamientos, desde la dimensión individual y relacional; en esta última, el apoyo del equipo se focaliza en realizar observaciones de la relación con el consultante (coconstrucción), proceso que se realiza de manera simultánea.

La autora aclara que la necesidad del consultante es mucho más importante que la de aprendizaje, lo que implica una postura ética en la terapia. En efecto es importante que el terapeuta aprenda a autorreferenciarse y se apoye en la heterorreferenciación que realiza el equipo, con el objetivo de aprender a delimitar su historia de vida para internarse en el mundo de los consultantes. En ese sentido, argumenta que en el proceso de formación y supervisión se fortalecen habilidades para trabajar en equipo, como reflexividad y flexibilidad del terapeuta entre el mundo subjetivo emocional y conceptual. Adicionalmente, abordó el concepto de poder en el supervisor; en este punto, determinó que entre supervisor y terapeutas en formación se establece un diálogo cara a cara, y la relación de poder debe ser transparente. Hernández (2007) se refiere al poder como aquella “influencia inevitable” que ejerce el profesional en su rol profesional; esto ocurre toda vez que el consultante ingresa al espacio terapéutico buscando un diálogo que le permita recuperar su bienestar. Entonces en la terapia el poder constituye una relación asimétrica. Hernández (2007) explica que:

El consultante le entrega al terapeuta el permiso de ejercer influencia sobre sus modos de actuar en el presente o en el futuro. Esto es posible porque el terapeuta es reconocido por el consultante, como una persona que puede actuar dentro de un variado campo de competencias, respuestas, invenciones y posibilidades. Concebir la terapia como la acción de estructurar el posible campo de acción de los otros permite comprender que, paradójicamente, el uso del poder en la terapia le ayuda al consultante a recuperar su condición de sujeto. Porque todos los conflictos relacionales y los síntomas que se convierten en motivo

de consulta constituyen una restricción de la libertad y de la condición de sujetos de quienes los experimentan. (p. 289)

Dicho esto, se genera la reflexión sobre el manejo ético de este poder y su relación con el *self* del profesional, por lo que la praxis del terapeuta implica un reconocimiento del sí mismo que le permita identificar su forma de conocer e interactuar con el consultante. El terapeuta debe ser consciente de que su propia emocionalidad y necesidades afectivas, por lo que la investigadora propone “reconocer que la participación del terapeuta en el proceso familiar ofrece una conexión experiencial con la familia y permite la participación del *self* como testigo, colaborador y enriquecedor de la experiencia”. Así mismo manifiesta que:

El terapeuta que pretende no ejercer poder sobre los consultantes puede caer en la trampa ingenua de manipularlos desde su propia ceguera personal, en la medida en que la manipulación se ejerce cuando el otro no tiene suficiente información para hacer uso de su libertad. (p. 291)

Teniendo en cuenta estos últimos aportes, la investigadora realiza una invitación a observar el *self* del terapeuta, su emocionalidad, modos de interactuar y de conocer, más allá de un recurso o instrumento en la terapia, sino también desde un componente ético en el quehacer profesional. Adicionalmente, Garzón (2008), de la misma universidad, realizó una investigación de carácter cualitativo con estudiantes de maestría de último semestre, en el periodo comprendido entre 2005 y 2007. La investigación propuso que la autoobservación y observación contribuyen a la identificación de la identidad de cada terapeuta. A su vez, en los resultados se deja inferir que la construcción de la identidad del terapeuta es un proceso constante que se hace a través de la reflexividad, lo que resulta interesante en la medida que la identidad es uno de los factores principales para el ejercicio terapéutico, pues aporta a la dimensión ética y estética de la terapia.

En la inquietud por formar terapeutas, propone algunas estrategias para la formación del “yo terapeuta”, tales como momentos reflexivos, participativos, interactivos y conceptuales, como la estrategia del mapeo personal, que se construye a través de una bitácora. Allí cada estudiante se autorreferencia en sus experiencias personales y profesionales donde se conecte lo experiencial con lo emocional.

Lo último con el objetivo de aprender a delimitar la historia personal y las necesidades del terapeuta de las necesidades de sus consultantes, lo que contribuye a una práctica ética de la profesión. Garzón (2008) plantea que el terapeuta puede usar diferentes técnicas y estrategias que permitan el autoconocimiento, y que, con la orientación docente, proporcionen momentos reflexivos, donde el estudiante puede identificar sus recursos personales y reconocer su *self* profesional. Esta situación mengua los temores y expectativas en el proceso de formación en la relación terapeuta-cliente, y argumenta la importancia de incluir el ser en el proceso de formación, al manifestar que:

No es suficiente entrenar el “hacer” del terapeuta, cuyos elementos constitutivos están sujetos a una continua reconstrucción en la formación, sino que es indispensable abordar lo relacionado con el “ser” del terapeuta, que incluye su forma de ver el mundo, sus creencias, su cultura, así como los dilemas y situaciones críticas inherentes a su propia vida y al ejercicio de la terapia, lo cual constituye una base para la práctica profesional constructiva. (p. 162)

De esta manera, Garzón (2008) habló de la autorreferenciación como apuesta para la ética y estética de la terapia, pues en la medida que el terapeuta se reconoce a sí mismo, podrá reconocer al consultante e integrar aquellos discursos sociales, culturales, emocionalidad y todo aquello que emerge en la consulta. Además, propuso que para integrar la visión sistémica del terapeuta es importante la auto- y la heterorreflexividad; esta última relacionada con el trabajo en equipo, ya que con él se puede comprender que la apreciación de la realidad depende de la posición que cada uno ocupa dentro del sistema terapéutico. Finalmente, el documento hace una invitación para profundizar en la reflexión y observación como estrategia del cuidado personal.

En la investigación realizada por Páramo (2008), “Construcción psicosocial de la identidad y del *self*”, se logró establecer algunas diferencias entre personalidad e identidad, distinguiendo que el concepto de personalidad es algo que se ha definido como natural; es decir, que el ser humano, a través de ciertos estímulos, adquiere comportamientos, los adhiere en su interior y los reproducirá durante el tiempo. Estos son integrados durante la infancia. Entonces, entendió a la personalidad como algo estable y permanente en el ser humano, aclarando que esta puede ser variable de acuerdo con el espacio y tiempo, y que también fluctúa de acuerdo con los códigos de

comportamiento esperados según el género, sexo, raza, etc. En esa línea, Páramo menciona que la personalidad es:

La expresión interna del individuo, que lo hace comportarse de una manera estable una vez integrada durante la infancia, a lo largo del tiempo o de la vida de la persona, y que a la vez lo hace reconocible por parte de los demás. Así, unos individuos son de personalidad extrovertida o introvertida, tipo A o B; estas son características que se mantienen estables durante toda la vida del individuo. (p. 541)

Paralelamente, expresó que la identidad se construye a través de las interacciones con el otro o con los otros, y que esa interacción se realiza a través del lenguaje, sea este análogo o digital. Para Páramo, la identidad es el conjunto de características que posee el individuo, mediante el cual es conocido, y cuyas características se forman, entre otras, a través de las interacciones sociales. Con el tiempo, el individuo va aprendiendo qué comportamientos son más aceptados que otros y logra trabajar con los que para él son más exitosos. Es entonces la identidad una oportunidad para que los individuos puedan construir alternativas de interacción y potenciarse en la medida que aprenden a conocerse a sí mismos; por tanto:

El concepto de identidad se diferencia del de personalidad o viene a sustituirlo, precisamente en el énfasis que se otorga en la situación social, la interacción con otros y la influencia de las instituciones en la construcción de tal identidad. (p. 541)

En consecuencia, se halla en esta investigación que los comportamientos de los seres humanos son variables, y el “aparente patrón en la forma en que las personas se comportan no es atribuido a la personalidad, sino al hecho de que en el pasado esa forma de actuar ha resultado exitosa para el individuo” (p. 541). En efecto, Páramo se refiere al concepto del *self* como un proceso de observación. En palabras del autor, el *self* es tener consciencia de sí mismo, es autoobservarse, es una herramienta que genera insumos al individuo para establecer un autoconcepto, que al igual que la identidad es cambiante según el contexto. En conclusión, esta investigación contribuye en la medida que hace reflexionar acerca de la importancia de autorreferenciarse, con el fin de encontrar el propio camino; es decir, la identidad o estilo terapéutico que nos hace seguros y conscientes sobre las propias fortalezas y limitaciones.

Sánchez y Escobar (2009), de la Universidad del Valle, en el texto “La supervisión y los procesos de formación profesional en intervención social”, consideran que el vínculo terapéutico es fundamental en la relación, toda vez que el vínculo genera un impacto en toda interacción, que puede ser positivo o negativo. En el interés por generar un impacto positivo que contribuya en el quehacer profesional, expresan que, para cuidar el vínculo terapéutico, es necesario que el profesional desarrolle capacidades autorreferenciales que lo lleven a una constante revisión sobre su actuación; y argumentan que “el ejercicio autorreflexivo le implica al profesional análisis, es decir, descomposición y diferenciación de componentes entre los procesos de intervención y su vida personal” (p. 6).

De acuerdo con lo anterior, proponen que el terapeuta debe desarrollar la capacidad para oscilar entre la cercanía con el consultante, tener curiosidad por las narraciones y relacionarse con el cliente; pero también se debe permitir cierta lejanía. Esta última es la que le permite entrar y salir del sistema terapéutico para vivenciar y reflexionar sobre la experiencia con el consultante, teniendo una postura como observador; pero también como interventor.

En Medellín, Lopera y Zapata (2010), en el texto “Las emociones del terapeuta y sus efectos en el proceso de atención a una familia con problemáticas relacionadas con abuso sexual intrafamiliar”, realizan un análisis sobre el efecto de las emociones del terapeuta en el proceso de intervención. En su investigación refieren que, desde el enfoque de la terapia familiar sistémica, se han considerado importantes las emociones del profesional como parte del proceso; y expresan:

Las escuelas posmodernas de terapia familia [...] tienen como propuesta que el terapeuta y todo su *self* sea puesto al servicio del ejercicio terapéutico. Desde esta postura se le da un lugar importante a las creencias, interpretaciones y emociones del terapeuta y de la familia para lograr el cambio en las interrelaciones del grupo familiar. (p. 37)

En efecto, consideran necesario que se deban desarrollar herramientas para apoyar al terapeuta en momentos de dificultad, ya que este puede sentir temores al enfrentar problemáticas que pueden ser complejas, como lo son el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, entre otras. Teniendo en cuenta las dificultades que enfrenta el profesional, estos autores generan la reflexión sobre cómo estas situaciones complejas se entrecruzan con algunas creencias del profesional que, de no ser detectadas a tiempo, pueden afectar de

manera negativa la relación con el consultante, el proceso terapéutico y el bienestar emocional del profesional. Por estas razones sostienen que:

El entrenamiento del terapeuta familiar es el trabajo sobre su *self*, ya que la intervención terapéutica tiene directa relación con lo que percibe, interpreta y comenta el profesional en sus sesiones. De allí la gran necesidad del acompañamiento del supervisor que apoyará con su experiencia este trabajo personal en la historia de vida del alumno. (p. 50)

Como se puede evidenciar, el interés por investigar al terapeuta y su formación ha estado presente hace muchos años. Es importante resaltar que hay denominadores comunes en las investigaciones relacionadas con la formación de terapeutas: la importancia de conectar las experiencias personales con las herramientas teóricas y metodológicas propias de la psicoterapia; la relación terapeutas-consultantes en el cruce de sus historias y experiencias de vida, y la necesidad de entrenar el manejo de estos procesos relacionales para beneficio, tanto del consultante como del terapeuta, en la búsqueda constante de un ejercicio terapéutico ético.

Encontramos que diferentes autores reconocen la importancia de ayudar a formar un terapeuta autónomo y reflexivo. Para ello, se requiere pensar en la familia de origen del terapeuta. Las reflexiones a su alrededor favorecen el proceso de construcción de la identidad profesional. Se considera que aún hay mucho por profundizar en lo concerniente a comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación, su *self*, recursos y estilos terapéuticos, temores y expectativas, sentido y proyecto de vida; y es en lo que precisamente esta investigación pretende aportar de manera inicial y/o exploratoria.

Para cerrar, y teniendo en cuenta que en Colombia la salud mental juega un papel fundamental en el desarrollo de la sociedad, es preciso investigar acerca de los procesos de formación de los terapeutas. Por lo tanto, esta investigación se ve como una oportunidad de contribuir a la formación integral de profesionales en el área de la salud mental, y que tengan las capacidades y competencias necesarias para atender a las demandas del momento histórico actual.

Desde los teóricos. Las huellas de las familias de origen en los terapeutas: recursos y estilos terapéuticos, sentido en el proyecto de vida

Abordar el mundo de la psicoterapia no siempre resulta fácil, pues contiene una complejidad que va desde las teorías, sus métodos validados científicamente, la relación terapéutica, el contexto del terapeuta y de los clientes/pacientes/consultantes/usuarios, la evaluación de resultados y la formación y estilos del terapeuta para adentrarse en la psicoterapia.

Este libro busca acercarse a la formación y estilos de los terapeutas, que si bien es cierto se compone de varias aristas, se centra en la influencia de las familias de origen (el sistema familiar en el cual ha nacido y ha sido criado el terapeuta), en la construcción del *self* profesional, recursos y estilos terapéuticos, miedos, temores y expectativas, y el ejercicio de la psicoterapia como proyecto de vida.

En primer lugar, resulta importante realizar algunas aclaraciones conceptuales sobre elementos que transversalizan todo proceso psicoterapéutico que son utilizados de manera recurrente en este libro, no sin antes dar cuenta del concepto de psicoterapia, definida en la página web de la American Psychological Association (APA) como:

Un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, propor-

ciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial. Usted y el psicólogo trabajarán juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien.

Laplanche y Pontalis (1967) definen que la “psicoterapia es, en sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta-paciente” (p. 359). Por su parte, Wolberg (1977) plantea que:

La psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados, y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo. (p. 3)

Lambert (2004) plantea que la psicoterapia es:

- a. Una relación entre personas involucradas en un proceso compartido,
- b. uno o más individuos definidos como necesitando un tipo específico de asistencia,
- c. para mejorar su funcionamiento como personas, junto con
- d. uno o más individuos definidos como capaces de brindar esta asistencia.

Más adelante, Rønnestad *et al.* (2019) proponen agregarle las aclaraciones que se detallan a continuación:

- Incluir en la noción de relación terapéutica todo lo que ocurre entre terapeuta(s) y paciente(s), sea dentro de la sesión o que continúa por otros medios fuera de la sesión.
- Respecto a la forma en que se debe entender el “mejorar su funcionamiento como personas”, señalan que, si bien la psicoterapia es indudablemente un tratamiento por medios psicológicos que forma parte del campo de la salud, no por ello su uso se limita a personas que entran dentro de los diagnósticos habituales de trastorno o discapacidad; es necesario incluir también personas que buscan desarrollar su vida emocional, controlar conductas desadaptativas o desarrollar sus aspectos espirituales y una filosofía de la vida.

- Señalan, por último, que la psicoterapia es ofrecida como un servicio profesional por personas cuyo entrenamiento debe ser formalmente reconocido por institutos profesionales y de enseñanza acreditados para brindar esa certificación. (p. 311)

Conceptos transversales clave

Alianza terapéutica: se comprende la alianza terapéutica como un proceso de interacción entre un terapeuta y una persona, pareja, familia o grupo, que demanda una ayuda para mejorar su estado actual.

Para Vivas (2017), la importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y consultante, debido a que tal relación facilita o dificulta directamente la alianza terapéutica. Por lo tanto, las variables del terapeuta y de la familia adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico. La característica más destacada de la alianza terapéutica, como componente activo de la relación paciente-terapeuta, es su énfasis en la colaboración y en el consenso que debe existir entre los participantes (p. 10). Sin embargo, la creación de un sistema terapéutico que integre a la familia conlleva un nivel de complejidad que exige una formación específica del terapeuta, tanto de tipo conceptual como en el plano de las habilidades.

Por otro lado, Andrade (2005) plantea que el terapeuta deberá considerar que, normalmente, el paciente que acude a consulta a) suele experimentar malestar; b) muestra a un desconocido sentimientos negativos, conductas desadaptativas, pensamientos distorsionados y, en definitiva, algunos de sus aspectos más vulnerables; c) deja a un lado los roles sociales más competentes y muestra las facetas de sí mismo menos atractivas o subjetivamente menos deseables, lo que genera en él, muchas veces, sentimientos de inseguridad y temor. En este marco de trabajo, el terapeuta, al aplicar procedimientos psicoterapéuticos empíricamente garantizados, no podrá ni deberá obviar las numerosas variables (del paciente, del terapeuta y de la interacción terapéutica) que afectan al resultado de su intervención; se destaca entre ellas la alianza terapéutica.

El constructo de alianza terapéutica tiene su origen en el seno de metateoría del psicoanálisis. Aunque no utilizó este concepto, Freud (1913) dio a

conocer que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado *rapport*. La adherencia del paciente al tratamiento y al analista son el primer objetivo de la intervención.

Bordin (1979, citado por Andrade, 2005, p.13) definió la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

- El vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta, y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. Es necesario aclarar que un concepto relacionado con el vínculo terapéutico o *rapport*, entendido este último como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta (Fernández-Liria y Rodríguez, 2001).
- Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica.
- Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo. Hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por el hecho de que: a) tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas, y b) cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de estas. Andrade (2005, p.13)

Andrade (2005), continuando con los aportes del psicoanálisis a la construcción de la alianza terapéutica, enfatiza que esta se ve afectada por un conjunto de variables moderadoras que hacen referencia a:

- a) Variables del paciente: severidad del cuadro clínico antes de empezar la psicoterapia, tipo de trastorno y relaciones objetales y conductas de apego en sus primeros años; b) variables del terapeuta: habilidades interpersonales y de comunicación, empatía, calidez, experiencia y formación y comportamientos y/o actitudes negativas, y c) variables de la interacción: complementariedad entre terapeuta y paciente, y colaboración entre los participantes de la diada. (p. 19)

Aznar-Martínez et al. (2014) mencionan que a lo largo del siglo xx el concepto de alianza terapéutica se ha ido definiendo en psicoterapia como una relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta necesaria para el tratamiento. Por tanto, todas las orientaciones teóricas otorgan a la alianza un papel central en la relación terapéutica.

De acuerdo con Meissner (2007), la alianza terapéutica implica diversas cualidades constitutivas que son esenciales para establecer y mantener un contexto de trabajo terapéutico efectivo, como son el marco de trabajo terapéutico, la autoridad, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la libertad, la neutralidad, la abstinencia y algunas consideraciones éticas.

Braconier (2002, citado por Aznar, 2014, p. 22) describe los numerosos factores implicados en el desarrollo de la alianza. Entre ellos:

- a. **Las características del terapeuta:** de las cuales cabe destacar la capacidad de mostrarse dispuesto a ayudar, tranquilo y benevolente, razonable y no juzgar al paciente (Meissner, 2007). Es importante que el terapeuta posea y desarrolle estas características, porque la manera en que es percibido por el paciente será de vital importancia en la alianza terapéutica, al influir en el vínculo colaborativo que es necesario co-construir entre terapeuta y paciente. De hecho, los datos señalan que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados (Baldwin *et al.*, 2007).
- b. **Los intercambios intersubjetivos entre el paciente y el terapeuta, que tienen lugar a lo largo del proceso analítico.** La riqueza de estos intercambios estimulará en el paciente la confianza hacia el terapeuta y la necesidad de un trabajo más profundo. Estos intercambios dependen de cada proceso analítico, de cada paciente y del terapeuta y de la relación que se establezca entre ellos y el trabajo que se realice.
- c. **La técnica utilizada por el terapeuta:** es importante que el terapeuta esté atento a descubrir los elementos de la personalidad del paciente y responder de manera que no suscite un gran aumento de ansiedad, lo que podría tener un efecto negativo en la construcción y el desarrollo de la alianza terapéutica. Desde el punto de vista clínico, es importante considerar las defensas del paciente para calibrar el tipo de interpretaciones que podemos utilizar. Pensamos que en psicoterapia es de vital importancia que el terapeuta atienda a la alianza terapéutica, incluso

antes de atender otras intervenciones técnicas o estrategias (Piper *et al.*, 1995, citado por Aznar, 2014, p. 22).

Para Corbella y Botella (2003), la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación. Se ha comprobado que dos de los componentes que presentan mayor correlación con los resultados de la terapia son el factor de colaboración y la confianza.

Narrativas y construcción de la identidad

Ojeda y Lizcano (2015) plantean que el concepto del *yo* ha sido uno de los temas más relevantes en el estudio de disciplinas como psicología, la historia, la sociología, la antropología y la filosofía, Gergen (1992), sin embargo, es quien ofrece un acercamiento actual de lo que es el *yo*, y cómo se establece la relación entre la identidad y la sociedad posmoderna, pues al parecer la influencia de la tecnología, la apertura de las comunidades a otras sociedades, el uso excesivo de internet y los celulares, y el deseo de conocer otras culturas y lenguas ha comenzado a diversificar nuestros comportamientos, nuestras identidades y evidentemente nuestras sociedades, a tal punto que hoy tenemos una gran variedad de seres humanos con múltiples identidades que no solo están limitadas, como hace unos siglos atrás, a cumplir el simple rol de ser hijo, padre o madre.

En este sentido, es posible hablar de la identidad como fenómeno narrativo, tal como lo plantean Guitart *et al.* (2008); la historia narrada es un ingrediente esencial en la formación de la identidad, ya que las narrativas sirven como instrumento cultural que permiten crear y recrear la idea de quiénes somos, qué queremos y quiénes son los otros.

“Tenemos una tendencia irresistible a entender el mundo social a través de términos narrativos que nos permiten entrar en otras mentes” (Bruner, 2006, p. 231). Es a través de la narración que podemos penetrar en el tejido de la acción y la intencionalidad humana; comprender aquello que nos es desconocido, y enseñar, conservar u olvidar recuerdos; y de este modo alterar el pasado y proyectar el porvenir (Bruner, 1990).

Guitart et al. (2008) citan a varios autores que resaltan los siguientes elementos para comprender la identidad como fenómeno narrativo:

- La identidad toma forma en interacciones concretas, locales y específicas (De Fina, Schiffrin, Bamberg, 2006).
- La identidad se encuentra distribuida entre los agentes activos y los recursos textuales que estos utilizan (Wertsch, 1997). De modo que la identidad puede estar relacionada con la historia que uno cuenta sobre sí mismo, el equipo de fútbol del cual es seguidor, los cuadros o fotos que un adolescente tiene colgados en la pared, la filiación en un determinado grupo político, social o religioso. Todos estos son recursos textuales que uno utiliza con el objetivo de definirse.
- La identidad es un fenómeno público y social (Tajfel, 1984). Las categorías mediante las cuales nos definimos (soy americano, extrovertido, quiero mi pareja, quiero montar una empresa, soy católico, etc.) son de naturaleza cultural, es decir, son arbitrarios y convencionales.
- A través de la socialización, los miembros de una determinada comunidad se van apropiando de los recursos y artefactos culturales que configuran su identidad (una bandera, himno nacional, lengua, una fiesta o tradición, etc.).
- La identidad es ante todo un acto retórico de comunicación y diálogo realizado en un contexto, con unos valores de interlocución definidos por los protagonistas del diálogo, en que uno intenta persuadir al otro sobre algo o alguien (Bakhtin, 1981).

Bakhtin (1986) plantea que la identidad consistiría en un diálogo a voces donde los protagonistas se apropian de discursos, ideologías (puntos de vista sobre el mundo), presentes en el contexto histórico y cultural. Por último, Guitart *et al.* (2007) aportan:

Conectado con la cultura y las formas de vida de una determinada comunidad, la definición de quiénes somos (de qué queremos trabajar, con quién queremos estar, qué creencias asumimos como propias) se realiza a través del diálogo sostenido e inacabado con aquello que está en nuestro alrededor: la pareja, los amigos, los compañeros de trabajo, la familia, los medios de comunicación, la información que consultamos en internet, etc. Por lo tanto, somos el resultado de la apropiación de las voces ajenas, de la ventrilocuación que hacemos de expresiones pasadas, ideas de otros o mensajes vistos u oídos. (p. 141)

Por esta razón, este libro se detiene en las narrativas de los terapeutas en formación sobre sus familias de origen y su influencia en la construcción del *self*, recursos y estilos terapéuticos, lo que nos lleva a otro concepto, la resonancia.

Resonancias: para Elkaïm (1992) la resonancia hace referencia a que una regla que opera en el sistema consultante también opera en la familia nuclear o familiar de origen del terapeuta. Se concibe la resonancia como los sentimientos, voces internas, experiencias, que se detonan en el terapeuta a partir de los temas, interacciones y persona del paciente. Voces que se remiten a su historia, en entrecruzamientos de isomorfismos, en identificaciones con figuras parentales, en reinstauraciones de dinámicas de otros contextos en otros tiempos, otros lugares.

Ceberio (2002) plantea que:

“en lo que respecta a los contenidos que se vuelcan en la psicoterapia, resultan el ejemplo más evidente en términos de las resonancias. Escenas, cuentos que cuenta el paciente, versiones de su historia que se superponen como negativos de fotografías con las propias escenas del terapeuta conforman condensaciones de sutil delimitación, con lo cual es válido cuestionarse en qué circunstancias la intervención terapéutica es dirigida hacia el paciente o hacia uno mismo. Estas resonancias son factibles no solo en los contenidos de los temas que puedan traer los pacientes. También se infiltran en manierismos y estilos de las interacciones. Cuántas dinámicas y juegos familiares se le movilizan a un terapeuta durante y *a posteriori* de una sesión. A quién no lo triangularon alguna vez, o descalificaron hasta lindar con sentimientos de abandono; cuando no pudo presenciar y ser partícipe de alguna coalición en pos de una rivalidad o una alianza en mancomunidad de cara a una crisis severa” (Ceberio, 2002, p. 10).

Entonces, no resulta desproporcionado el intento por reunir en este libro los resultados de narrativas orientadas a las categorías *self* del terapeuta, recursos y estilos terapéuticos, temores y expectativas, y proyecto y sentido de vida del terapeuta en formación.

El *self* profesional del terapeuta en formación

Atender el *self* implica en primer lugar una responsabilidad ética del terapeuta, tanto para sí mismo como para sus consultantes. El análisis del *self* nos remite a tres elementos: el *self* personal, el *self* del terapeuta y el *self* profesional.

Ceberio (2002) pone en evidencia la importancia de trabajar con el *self*. Más allá de la formación teórica y la práctica clínica, el trabajo con el *self* del terapeuta es uno de los recursos más sustanciosos para generar profesionales responsables y auténticos a la hora de intervenir.

En este trabajo intervienen los talleres de genograma; por ejemplo, en donde se revisan exhaustivamente las dinámicas de las familias extensas y de origen, como también la creada. Esta exploración posibilita alcanzar claridad acerca de los distintos juegos que se desarrollaron en las familias del terapeuta y que pueden instaurarse en otros contextos. El análisis de las reglas, pautas, mandatos, figuras significativas, crisis, ritos, dinámicas familiares, etc., concienciar al profesional acerca de los códigos de los que es portavoz.

La terapia personal, por otra parte, como un espacio de reflexión, permite revisar los archivos del pasado y del aquí y ahora, en el intento de redefinir versiones de la historia contada. Historia que cobra vigencia día a día en la vida cotidiana del consultorio, debido a que la sesión puede concebirse como un contexto donde suceden diversas narraciones del paciente, algunas de las cuales corresponden con las versiones de la propia historia del profesional. Cuanto menos un terapeuta haya trabajado consigo mismo o sea menos consciente de sus grandes temas, será más factible que se funda y confunda con el caso (Ceberio, 2002).

El *self* personal: el *self* puede ser comprendido como un medio de autorregulación y autoconocimiento, donde se dan cuenta de las dinámicas familiares en el propio ser, lo cual, a su vez, en una consideración desde un quehacer práctico y clínico. Esto permitiría pensar que el *self* del terapeuta puede ser una herramienta útil, pues da cuenta de aquello que el individuo contiene desde su familia y desde su formación profesional (Bowen, 1978).

Bajo tal panorama, se hace relevante cuestionarse sobre si es el terapeuta un producto netamente académico; o por el contrario, si es la familia un

fundamento experiencial importante para la formación contribuyente de un terapeuta. Tales preguntas permiten mantener la idea del presente capítulo como una ventana hacia la comprensión conceptual del *self* personal del terapeuta, permiten pensarse sobre la función y la relación del fundamento familiar desembocando en el quehacer profesional y práctico del terapeuta. Para tal fin, se presentan aportes conceptuales sobre el *self* del terapeuta, sus fundamentos y sus características, y a su vez, se realizarán consideraciones en contexto para poner el tema con base en nuestra actualidad.

Robert (2005) plantea que el terapeuta principalmente se siente a sí mismo como actuando en respuesta al contexto y a las invitaciones de los clientes. En un sentido, el *self* experiencial implica una receptividad desde el no saber hacia los relatos de los clientes y hacia lo que es evocado por ellos en el terapeuta. (Rober, 2005, p. 12).

Características del *self* personal: Cuando hablamos del *self* personal, emergen todos los aspectos únicos que puede poseer una persona, su historia de amores, de conflictos, de miedos, de éxitos, las pautas y creencias que vienen de su familia, cómo éstas organizaron su forma de actuar y expresarse, de socializar, todo dentro de un contexto socioeconómico y cultural, entre otros. En general, del mundo íntimo de una persona cuyo rol es escuchar y acompañar las historias personales y familiares de otros; es decir, la persona del terapeuta.

Se puede indicar que la identidad está conformada por aquellos valores y creencias adquiridas en el interior de la familia, donde esta provee de recursos a sus integrantes para que puedan interactuar con personas provenientes de otros grupos familiares, por lo que es necesario conocer y revisar la ideología familiar en la formación de profesionales en el campo de la terapia y/o psicoterapia.

En relación con el *self* personal y su manifestación en la terapia, Robert (1999) también indica que este es susceptible de leerse como plano sobre la orientación al consultante, pues implica que “sus propias respuestas personales en forma de imágenes, ánimos y símbolos en el inicio y desarrollo del proceso terapéutico” (p.48), pongan como decisión del *self* personal; y así, se lee desde lo propio la mención del consultante.

Orlinsky *et al.* (2019) comentan ampliamente sobre la constitución de un significado hacia un yo o un *self*, y lo explican desde la capacidad de

relacionarse del sujeto, pues comentan que las relaciones significativas generan vínculos íntimos. Estas se presentan cuando existen afectos que se comparten desde una interacción cara a cara, formando con esto un núcleo personal; a su vez, las relaciones en la constitución del *self* también pueden generar efectos negativos, puesto que pueden contener ausencia frente al sentido de vida.

López *et al.* (2020) mantienen una noción de construcción constante desde el sí mismo. Esta construcción se enriquece desde las relaciones interpersonales, y desde las experiencias que de aquí se generen. De igual forma, comentan que el contexto para la perspectiva personal es amplio, y desde su relación le permite obtener conocimientos para su vida profesional, y en últimas, el ejercicio de la terapia.

Según Rober (2005), el sí mismo personal atiende a todas aquellas formas de autoconocimiento desde lo íntimo, desde lo que acompaña a la persona en su propia construcción como persona. Es comprensible el objetivo del *self* personal como ruta empática y lectora, pues Aponte (1985) subraya la interacción del saber del terapeuta, de manera general, con el saber del consultante. Con lo anterior se comprende que hay dos figuraciones de un saber experiencial que podría ser similar, y con esto más comprensible a un abordaje; pues carecería de extrañeza al terapeuta. Sin embargo, se mantiene la noción de unicidad en la que, si bien el saber personal del consultante es leído desde el *self* personal del terapeuta, nunca serán iguales, ya que el rigor empático solo permite una aproximación a la comprensión por lo ajeno.

El autor también ha mencionado el sentido de lo introspectivo desde el *self* personal, ya que esto indica una visión dirigida ya no solamente a la responsabilidad del consultante, sino una responsabilidad propia y un compromiso con el abordaje terapéutico, puesto que lo introspectivo marca justamente el sentido propio que se brinda para la comprensión de emociones, herramientas, prejuicios y demás elementos del *self* personal en terapia. Esto podría ir muy bien con los apartados anteriores, donde se aborda el punto de la autorreferencia.

De manera paradójica, desde el interés investigativo y académico por la comprensión del fundamento de la persona, la familia y otras categorías relacionadas, se había descuidado un elemento fundamental en relación con lo psicoterapéutico desde la dinámica familiar. Es el fundamento formador y

experiencial de la familia propia en la contribución del proceso de formación del terapeuta, puesto que desde la diversidad de conocimiento que emerge desde el estudio, y la práctica orientada en la clínica, el fundamento familiar del terapeuta se desconocía. Es decir, se indagaba por roles, funciones, dinámicas de las familias, y las relaciones de estas sobre la composición personal, pero poco se comprendía respecto a la función de la familia del propio terapeuta dentro de su proceso de formación y proyección, lo cual implica un vacío del conocimiento relevante (Páramo, 2008).

Esto arroja nuevas preguntas: ¿qué tanto puede influir el vínculo de la familia de origen del terapeuta en la forma de abordar una terapia? ¿La familia solo es fundamental para procesos identitario? ¿Es la familia un fundamento importante en la constitución de un terapeuta?

El *self* del terapeuta: según Chazenbalk et al. (2003), el hacer terapia es una apuesta interesante para el propio ser del terapeuta, en cuanto es una relación con lo que se es y lo que se tiene, es una forma de saber hacer desde el *self* personal y profesional que se conjuga en un elemento discursivo y que tiene efectos en el consultante. De esta manera, las formas de abordaje se presentan contingentes a sus fundamentos personales y profesionales, lo que da un tinte singular al trato con el consultante.

El *self* del terapeuta no solo se ha estudiado desde una precisión meramente conceptual; por el contrario, algunas movilizaciones investigativas se han cuestionado sobre los beneficios de comprender el *self* del terapeuta de manera propia. En tal búsqueda se destaca la función de la narrativa interna de las familias, y su visualización significativa para visibilizar aquellos elementos familiares condicionantes de la práctica y de la interpretación de la realidad. Ceberio y Linares (2005), en tal sentido, plantean que comprender el *self* del terapeuta de manera propia permite una conciencia relevante sobre el ejercicio clínico, pues posibilita la utilización de herramientas singulares dadas desde el vínculo familiar del *self* del terapeuta.

El *self* del terapeuta tiene efectos sobre los consultantes, puesto que las consideraciones sobre la autoconfianza, posibilitada por el conocimiento de sí, permite que los consultantes generen mayores niveles de compromiso en las terapias; además se entiende que humanizarse en la terapia solo es posible a través de la palabra y en contacto con el otro. Por esto es que el *self* del terapeuta es y continuará siendo un asunto presente en la formación de estos, pues indica no solo un concepto a saber, sino que además

involucra un rasgo ético en constante revisión bajo la intención de entablar una humanización en la terapia (Polanco *et al.* 2019).

Se ha dicho que la familia abarca un conjunto de aspectos culturales, sociales, cognitivos, conductuales, entre otros, un sin fin de aspectos que convierten a cada uno de los miembros de esta en seres sociales y emocionalmente activos en lo que implica la relación con el otro. Básicamente, la familia hace un llamado de manera indirecta a la conformación de lo social, desde un aspecto más movilizante, es decir, lo que se concibe es que el miembro de esta pueda regularizar lo aprendido en familia para dar un aporte tal vez significativo a los demás, y a su vez, forjar su nueva familia con base en lo anterior: “La integración social se realiza por medio de la comunicación, permitiendo la realización humana, tanto afectiva como cognitiva, y en el marco del relacionamiento interpersonal” (p. 5).

La familia empieza a impartir los roles que cada miembro debe asumir dentro del grupo familiar, incluyendo el terapeuta. López (2003, citado en Pérez y Vargas, 2007, p. 147) afirma que “de la misma forma que dentro de la familia se conforman los individuos que allí nacen, se forman las imágenes o roles principales”. Son entonces estos miembros quienes juzgan o encasillan el quehacer del terapeuta (como miembro de familia), de tal manera que sea este quien tome sus decisiones de vida o profesionales con base en todo aquello que se menciona en casa. “Cuando el individuo se desarrolla dentro del seno familiar, incorpora valores y costumbres, pero además de todo ello, incorpora expectativas de lo que se espera de él” (Pérez y Vargas, 2007, p. 147).

Así pues, se ha encontrado que la familia participa en gran medida en aquella formación del sujeto social y existencial, al darle cierta identidad y pertenencia a los grupos, con el fin de lograr —sin que así se lo proponga— cierta “estandarización”, lo que conduce hacia una representación social más homogénea (Pérez y Vargas, 2007). Lo que aquí se refiere es que se involucra al individuo en los aspectos sociales que se sienta movilizado, para afirmar sus decisiones en la vida; es decir, si se busca que sea este quien comience un avance profesional, la familia ha incidido de manera indirecta o directa en esa toma de decisiones del sujeto, en que lo ha vinculado con lo colectivo y en cierta medida se convoca a lo común y general de la vida profesional o el avance del sujeto en el mundo profesional, por ejemplo.

El self profesional: en este punto se analiza la superposición de dos sistemas relacionales afines, para dar cuenta del aspecto profesional y personal. Esta superposición va de la mano de dos redes más: la red relacional profesional y la red de consultantes; ambas redes corresponden al *self* del terapeuta desde su quehacer profesional, porque vinculan las formas de contener información relevante y en función a lo terapéutico desde lo que es adquirido en un ambiente formalizado.

El terapeuta necesita de un proceso de autoconocimiento en el proceso de formación, ya que desde lo académico se le asigna explícitamente una serie de elementos correspondientes a un saber teórico; sin embargo, el saber experiencial, el de su perspectiva individual y vital también es relevante para el desarrollo del terapeuta. Lo anterior supone un reto, puesto que la formación no solo debe de mantener el fundamento profesional; también debe de permitir comprender lo holístico de su experiencia y su vida (Espinoza, 2017).

En línea con lo anterior, desde el quehacer del terapeuta se dividen dos elementos, según Canevaro (2017). Es la capacidad operativa la que responde a todo el fundamento formal necesario para establecer, abordar y llevar a cabo un proceso psicoterapéutico desde la técnica y la teoría, y la capacidad relacional que hace alusión a todos los elementos afectivos necesarios para la interacción en la psicoterapia. Continúa el autor: “La capacidad operativa sin lugar a dudas es importante para desarrollar un proceso terapéutico, más la capacidad relacional haría la diferencia entre un resultado mediocre y un resultado excelente” (p. 130).

Desde la formación de terapeutas, se asume como relevante la comprensión próxima sobre su *self*, es decir, que es importante que los psicólogos en formación comprendan sobre sí mismos, pues ello brinda una reflexión práctica para un quehacer clínico. Comprender sobre las cualidades con las que se cuenta desde la experiencia, y desde el campo académico, permite que la labor profesional sea diferente, pues se enmarcará una relación terapéutica desde un trato empático a los consultantes, y con ello se posibilita más un éxito terapéutico; comprende desde el sí mismo, para empatizar a los consultantes (Espinoza, 2017). Con lo anterior, se permite decir que existe un interés por dar a conocer a los terapeutas en formación sobre su *self* del terapeuta, con el fin no de que comprendan su *self* personal, sino más bien cómo la comprensión de esto tiene efectos sobre la forma de

hacer terapia; es decir, que se concibe un interés académico por comprender el *self* del terapeuta para que esta comprensión tenga efectos sobre la terapia que este ejerce.

El *self* profesional representa una guía que le indica a un terapeuta las estrategias y los saberes establecidos desde lo teórico, y en tal medida lo guardan de sus propios prejuicios, de sus suposiciones y de los demás distractores que se encuentren en una relación común. Así, se diferencia la relación terapéutica (Crittenden, 2000)

Rober (2005) destaca el sí mismo profesional desde la comprensión propia por la hipótesis terapéutica; es decir, que tal autor considera que la función del sí mismo profesional va en el orden de la categorización y la comprensión, desde el saber teórico en la terapia. En tal lógica, la hipótesis que conduce la sesión, una vía de cura, o la hipótesis de un posible padecimiento en los consultantes es la forma en la que se comprende el sí mismo profesional, pues es el cúmulo de saberes científicos y teóricos con los que el terapeuta cuenta desde su formación en los dispositivos terapéuticos.

Cuando el terapeuta muestra los rasgos reales de su *self* que encajan con las necesidades del cliente y se ofrecen para una relación recíproca y protectora, se fomenta el desarrollo del cliente. Sin embargo, no todos los terapeutas pueden controlar la vulnerabilidad personal y la incertidumbre que esto supone. Por ejemplo, si los terapeutas temen ciertos aspectos de su *self*, su dolor propio o el de los demás, o la intimidad en sí misma, puede que estructuren rígida y técnicamente una terapia estricta sobre el comportamiento adecuado, siguiendo, por ejemplo, las reglas de su sistema de terapia tal como les fueron enseñadas (Crittenden, 2000, p. 76).

La anterior cita permite notar el sentido del *self* profesional desde la inmersión en una terapia, pues si bien el *self* personal permite un rigor empático y proyectivo hacia el consultante, el *self* profesional es el que antepone un límite necesario para el abordaje terapéutico. Así, todas las formas del conocimiento formal son puestas en la escena de la mano con lo personal del *self*; también permite comprender esta cita que es necesario un equilibrio entre las dimensiones del *self* del terapeuta, puesto que un desbalance orientado hacia lo personal podría desdibujar el panorama y rigor clínico; y un desbalance hacia lo profesional mantendrá una configuración sistemática y ordenada sin atributos humanos concernientes a lo clínico.

Por tal razón, según Crittenden (2000), el *self* profesional es necesario como fundamento orientador, pues desde la diversidad del conocimiento práctico-teórico vela por la adquisición del bienestar del consultante, al mantener una guía desde el proceso terapéutico.

En este sentido, Orellana et al. (2016, p 113) plantean que las conexiones personales en torno a la formación del *self* y los aprendizajes adquiridos giran alrededor de:

1. A conectar la propia historia con sus recursos y fragilidades como terapeutas y a pensarse dentro del sistema terapéutico, salir del rol de “asesor terapéutico” y apropiarse del rol de terapeuta.
2. A relacionar su presente como terapeuta con la propia historia.
3. A identificar el rol que se ocupa en la propia familia de origen y a utilizar esa posición para ayudar a la familia consultante.
4. A comprender que no existe solo una manera correcta de afrontar un caso, dado que ello también depende de la mirada y la conexión emocional de cada terapeuta y supervisor; por tanto, las alternativas de trabajo pueden ser múltiples.
5. Algunos terapeutas modificaron su epistemología personal y el tipo de vínculo que establecen con sus consultantes, incorporando una mirada transgeneracional, saliendo del nivel de los juicios para situarse desde el sistema terapéutico. Esto mismo se replica en otras relaciones laborales, tales como hacer clases y supervisar a otros.
6. Desarrollar una práctica clínica donde es necesaria la retroalimentación de otros colegas en un contexto de supervisión o intervisión (Orellana et al., 2016, p. 117).

Lo anterior es coherente con lo planteado por Rivas et al. (2020), quienes argumentan que el terapeuta actúa de acuerdo con la reflexión de similitud y diferencia con los consultantes; por lo tanto, la integralidad del terapeuta adquiere relevancia:

A fin de reconocer las implicancias de su individualidad en el desarrollo de los procesos de psicoterapia. Es decir, la conexión con su cuerpo como un punto de referencia para identificar aquella implicación, el contacto con las sensaciones de bienestar o de malestar y la reflexión sobre aquello, resultan ser insumo para el avance de la terapia. Lo anterior reafirma la noción de que la persona del terapeuta es la vía de acceso para acceder a la resonancia [...] se refiere al reconocimiento

de que existe una historia invisible. Ante la imposibilidad de conocerlo todo, el terapeuta se enfrenta al contenido experiencial implícito que tanto él como el consultante tienen, y cobra sentido tener conciencia de aquello, toda vez que la búsqueda por ampliar su reconocimiento facilitará el autoconocimiento, el conocimiento del otro y de la relación construida. (Rivas *et al.*, 2020, p. 45)

Como ya han podido leer de manera más amplia en los referentes teóricos, el *self* lo podemos comprender desde dos dimensiones interdependientes: el *self* personal y el *self* profesional. El primero relacionado con toda la historia, cultura, creencias, características individuales y familiares del terapeuta en formación; el segundo, con la elección de determinado modelo terapéutico, y en cuya aplicación existe la influencia de la historia personal y familiar del terapeuta que se activa por las historias de vida de los consultantes.

¿Qué tanto puede influir la familia de origen del terapeuta en la forma de abordar un motivo de consulta particular? ¿Influirá en el desarrollo de los procesos terapéuticos el hecho que el terapeuta se deje llevar por sus propias creencias, sin haberlas podido identificar? Es por esto que necesitamos validar cada vez más el hablar del *self*, pues este implica necesariamente reconocer los “sesgos del terapeuta”, tal como Pastor y del Río (2022) nos cuentan: “En cuanto a los sesgos del terapeuta, producidos al transmitir valores propios sobre lo que considera adecuado o inadecuado, constituyen otros de los posibles problemas deontológicos. Junto a los sesgos personales, habría otros derivados de la formación de base o de la profesión que se ejerce” (Pastor, y del Río, 2022, p. 189).

Conectando con las dimensiones del *self* personal y profesional, Fernández (2009) expresa lo siguiente:

El terapeuta en formación no solo abordará la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán en escena a la hora de interactuar con su paciente. Desde la visión sistémica, esta formación responderá a ciertas características que, como decíamos, se desprenden de sus postulados principales. Así, por una parte, el proceso formativo deberá abordar, en la persona del terapeuta en formación, aspectos que le permitan ampliar sus recursos. (p. 130)

Como conclusión adelantada, que el terapeuta trabaje en su *self* implica un aspecto ético, y este inicia, tal como plantean López *et al.* (2020), en la pertinencia de formar al terapeuta teniendo en cuenta:

El aprendizaje de sus propios sentimientos y reacciones personales, tanto positivas como negativas, una formación que permita el entrenamiento de estos sentimientos como recursos de sí mismo, y así “una mirada sobre sí mismo” que favorece el crecimiento personal del terapeuta y el cambio en los consultantes.

Recursos y estilos terapéuticos

No deja de ser un reto intentar, en primer lugar, identificar y conceptualizar lo que en esta investigación se ha denominado recursos y estilos terapéuticos; y en segundo lugar, ubicarlo en un punto de importancia en la formación de terapeutas.

En este proceso, prosiguen García y Torres (2007), el terapeuta construye su saber, va consolidando su hacer dentro del proceso terapéutico, lo que le permite favorecer el cambio en la familia, y finalmente, como terapeuta familiar, con sus propias características individuales, a través de la reflexión, va conformando su estilo terapéutico.

Al ampliarse el papel del terapeuta dentro del sistema, este requiere desarrollar habilidades y competencias que le permitan tener una mirada amplia de lo que sucede a su alrededor, y a la vez, en su mundo interior. Al respecto, Campagne (2014) nos plantea la importancia en la identificación y el perfeccionamiento de habilidades, recursos, procesos y actitudes que pueden influir en el proceso psicoterapéutico, independientemente de la clase de terapia o del modelo terapéutico utilizado. Igualmente, nos remite a la necesidad de tener en cuenta las bases necesarias para lo que actualmente puede considerarse una actitud competente del psicoterapeuta. Algunas de estas “bases necesarias” o “verdades profesionales” puede que no sean del agrado del terapeuta, que se considera el principal actor en su trabajo (p. 75).

Lambert (1992), a su vez, nos remite a unos estudios empíricos, donde menciona cuatro factores terapéuticos principales para la mejora de los clientes o consultantes, que pueden identificarse como factores extraterapéuticos, factores comunes, expectación o placebo, y técnicas.

- Los factores del consultante o factores exoterapéuticos, como aquellos aspectos del consultante o circunstancias de la vida del consultante que ayudan en la recuperación, independientemente de su participación formal (o estructurada) en la terapia. Son los puntos fuertes del consultante y los elementos de apoyo en su entorno, hasta ocurrencias fortuitas. De hecho, son lo que el consultante aporta a la consulta y lo que influye en su vida fuera de ella. Incluye la persistencia, la confianza, una abuela cariñosa, participar en una comunidad religiosa, el sentido de responsabilidad personal, un nuevo trabajo, suerte en la lotería, una crisis bien llevada.
- Factores de la relación con el terapeuta representan un amplio abanico de variables mediados por la relación que se encuentra en terapias de todas las escuelas. Dar importancia, empatía, calor, aceptación, afirmación mutua, animar a tomar riesgos solo son unos ejemplos.
- Placebo, esperanza y expectación. Lambert (1992) encontró que, en parte, la influencia de estos factores deriva del conocimiento que tiene el cliente de que se está tratando, y de una valoración (subconsciente) de la credibilidad de la terapia y sus técnicas. La “expectación” equivale a la condición “d” de Frank, que se refiere a que tanto cliente como terapeuta deben creer en el poder restaurador de los procedimientos o rituales de la terapia (cualquiera).
- Factores de modelo o técnica. Según Lambert (1992), este grupo tiene un peso relativamente modesto en el resultado de la terapia. En un sentido reducido, puede considerarse que estos factores representan las convicciones y procedimientos únicos de un tratamiento específico, por ejemplo; la “pregunta milagro” de la terapia breve orientada a soluciones, el uso del genograma en la terapia familiar orientada a Bowen, la hipnosis, la desensibilización sistemática, *biofeedback*, interpretaciones de transferencia y sus respectivas premisas teóricas. En un sentido más amplio, abarcan todos los rituales terapéuticos o curativos. Ofrecen una fundamentación organizativa, una explicación teórica de las dificultades del cliente, y establecen estrategias o procedimientos para su resolución. Otro aspecto es que la mayoría prepara al consultante para que tome algún tipo de acción con que ayudarse a sí mismo y lograr un cambio significativo: desarrollar nuevos entendimientos, sentir emociones diferentes, enfrentarse a temores o cambiar viejos patrones de comportamiento. (Campagne, 2014)

Al respecto, Chazenback (2003) menciona que el estilo de realizar un abordaje terapéutico, sea cual sea el enfoque, es considerado como aquel

elemento único de cada terapeuta, y tal valor de singularidad es considerado desde los elementos concretos con los que el sujeto ha sostenido y vivenciado su experiencia vital, como las herramientas psíquicas o herramientas significativas experienciales. Estas, a su vez, son susceptibles de ser llevadas a cabo en una terapia, puesto que cuentan con la experticia directa del terapeuta; en tal sentido, se postulan implícita o explícitamente como aquellas fuentes de apoyo que se comparten para mantener un diálogo de saberes propios y bipartidos en el terapeuta; nos referimos al profesional, al personal (Canevaro et al, 2016) y al saber de aquel sujeto que consulta desde su padecimiento y su experticia en su subjetividad.

Nos acercamos un poco más a las características del proceso terapéutico y a la forma o estilo del terapeuta para aplicarlas. Chazenback (2003) nos aproxima a una definición del concepto de estilo del terapeuta como:

Los patrones habituales, únicos de cada persona, que se relacionan con la visión que tiene de sí mismo y del mundo, sus creencias, experiencias de vida, momento evolutivo que atraviesa, posición socioeconómica, y estilo afectivo. Una alta similitud en el sistema de creencias entre el paciente y el terapeuta puede provocar un estancamiento en el tratamiento, como así también una alta disonancia puede conducir al abandono de este. (p. 107)

Es fundamental que el terapeuta cuente con un espacio de supervisión y entrenamiento con el fin de abordar los siguientes ítems:

- a. Aumentar sus conocimientos teóricos, adquirir y fortalecer un marco teórico de referencia necesario para identificar y guiar el proceso terapéutico.
- b. Adquirir un amplio abanico de técnicas posibles de implementar en la psicoterapia.
- c. Desarrollar habilidades internas que le permitan utilizar su experiencia personal, y desafiar las creencias disfuncionales que actúan como obstáculo en su labor.
- d. Capacidad de interactuar y coordinar esfuerzos terapéuticos propios y con otros profesionales-médicos, abogados, psicopedagogos; de modo que se genere una visión amplia e integral del paciente.

De acuerdo con la visión de Fernández (como se cita en Chazenback, 2003), es posible concebir al “estilo” del terapeuta como los modos de ser constantes, habituales y únicos de cada sujeto que comprenden una serie de

factores, tales como sus ideas, creencias, situación vital, experiencia de vida, relaciones interpersonales en general, posición socioeconómica, ámbito social, estilo afectivo, religión, procesos emotivos y cognitivos, su propia historia, visión del mundo, flexibilidad, etc.

En todos los enfoques psicoterapéuticos hay un elemento común, dado que la terapia es conducida por personas, y la relación terapéutica, en cuanto vínculo que se establece entre paciente y terapeuta, es el vehículo para llegar a las metas trazadas. Existe en general dentro de la comunidad terapéutica una marcada tendencia a ubicarse, adherirse, y en algunos casos tomar como un dogma a determinadas corrientes psicológicas. Esto actúa como un obstáculo para generar otros posibles enfoques y/o alternativas para comprender y ayudar a los pacientes a aliviar su sufrimiento (Chazebach, 2003).

No cabe duda de que cuanto más sólidos sean los conocimientos teóricos, mayor será el abanico de técnicas que emplee el terapeuta. Asimismo, cuanto mejor detecte aquello que le ocurre al paciente, podrá realizar intervenciones más precisas. Sin embargo, debemos acentuar el papel protagónico que cobra en el proceso terapéutico el estilo personal del terapeuta, ya que como ha sido comprendido a partir de investigaciones, tiene una alta incidencia en dicho proceso. Todo ello nos lleva a pensar, con Satir (1985), que el instrumento más importante de la psicoterapia es la persona del terapeuta (p. 63).

Sin duda las resignificaciones permitidas por los aportes de la cibernética al proceso terapéutico y el quehacer del terapeuta plantean retos importantes. Uno de estos es precisamente la amalgama que puede darse entre el modelo, la técnica, la persona que las aplica y el contexto, lo que ofrece un espacio muy amplio para hablar sobre los recursos y el estilo terapéutico.

Referente teórico sobre el concepto de los recursos del terapeuta: existen muchos aspectos que han abarcado teóricamente categorías que tienen que ver con el estilo terapéutico, las preferencias, creencias, etc. Sin embargo, uno de los aspectos fundamentales que transversalizan estas categorías de conocimiento acerca del terapeuta tiene que ver con las habilidades (recursos) que cada uno debe desarrollar o implementar para llevar a cabo un ejercicio profesional eficaz (Ibáñez *et al.*, 2011).

Definición e importancia de los recursos del terapeuta: según López (1994), en el proceso de formación del terapeuta se intenta formar al estu-

diante en el ejercicio del rol del terapeuta; es decir, que el proceso formativo y los recursos a adquirir van enfocados a las manifestaciones que se consideran coherentes según distintos modelos sobre cómo debería ser un terapeuta. Esto es, que la formación va focalizada hacia la incorporación del rol terapéutico que hace parte del amplio repertorio de roles que se desempeñan a lo largo de la vida, ya que debe leer a los sujetos y a la realidad misma desde este foco, incluso a sí mismo. Dicho de otra forma, que los recursos son aquellas competencias por adquirir, en función de la incorporación del rol terapéutico, teniendo en cuenta el enfoque terapéutico a desempeñar.

Por otro lado, Ceberio (como se cita en Donoso, 2007) considera que los recursos son aquellas características con las que cuenta una persona, o en este caso, un terapeuta, que son de carácter genuino y espontáneo, que son patrimonio de su perfil con base en su personalidad. Sin embargo, existen otros recursos con los que dichos terapeutas puede que no cuenten para llevar a cabo su ejercicio profesional; el objetivo es ayudarles a desarrollarlos para que amplíen su gama de posibilidades a la hora de realizar terapia.

Cuando se adquieren recursos, Ceberio *et al.* (2000) consideran que es importante retomar aquellos con los que ya cuenta el estudiante y explotarlos al máximo a la hora de hacer terapia.

De esta manera, se obtiene como resultado la ampliación de técnicas y estrategias, psicoterapéuticas en el profesional, y si partimos de la base de que las interacciones pautan las intervenciones, y estas a su vez influyen a las primeras, cuanto mayor sea el repertorio de recursos, menos se ceñirá la interacción se trabajará con mayor libertad, plasticidad y creatividad, entregándose al flujo de interacciones y no forzándolas por poseer una reducida gama de técnicas. (p. 4)

Además de esta perspectiva, los recursos adquiridos resultan indispensables para la práctica del terapeuta, puesto que comprenden habilidades como la escucha, empatía, genuinidad, entre otras, que permiten el fortalecimiento de la alianza terapéutica y la obtención de mejores resultados (Ibáñez *et al.*, 2011).

En este sentido, está ligado a múltiples factores que, como señalan Ceberio y Linares (2005), pueden ser tanto personales como contextuales:

Variables personales

- **Cultura, mitos, valores y creencias:** el terapeuta se encuentra inmerso en una cultura determinada que aporta ciertos valores y creencias; dentro del respeto en el contexto terapéutico por los valores y creencias de los consultantes, el interventor debe reconocer los suyos propios, para aprender a relativizarlos, no negarlos, pero siendo flexibles dependiendo de lo que los pacientes traen a consulta.
- **Ideología política:** la línea política signa una manera de pensar, crea una medida de pensamiento. El terapeuta tendrá esto muy presente, cuando algún paciente con el que intenta trabajar manifiesta una línea política diferente.
- **Ciclo vital:** el ciclo vital en el cual se encuentra el terapeuta en el momento del aprendizaje o del proceso de intervención: un nacimiento, una mudanza, un divorcio, etc.
- **Historia:** la historia de sucesos personales, las formas de resolución de las crisis, la historia que se cuenta el interventor sobre su familia de origen y extensa, figuras representativas que moldean de alguna forma, juegos relacionales.
- **Características personales y relacionales:** es importante que el terapeuta reconozca su perfil, para que pueda entender sus reacciones ante la relación con independencia del contenido que se trate. Teniendo en cuenta la complejidad de los procesos psicológicos y sociales, no toda reacción podría estar relacionada con alguna herida personal, sino por el contexto específico de la sesión. Tener esto claro permitirá una respuesta más ponderada a la situación.

Lo que Ceberio y Linares (2005) plantean como las variables personales y su intersección con las variables contextuales, durante un proceso de intervención, Garzón (2008) lo define como un sentimiento, emoción, reacción e ideación que nace en el terapeuta durante el proceso. No tiene solamente un sentido en cuanto a la construcción del mundo que posee acorde con su experiencia e historia personal, sino también al sistema consultante dentro del contexto de la terapia del cual emerge; punto que nos sirve para proponer que aquello que nace en el terapeuta puede ser indicativo de una regla importante para el sistema terapéutico, en cuanto a su dinamismo, evolución y su eficacia para la transformación y el cambio.

Por esto, amerita ser reconocido, analizado y comprendido, con el fin de distinguir sus propiedades, no como algo eminentemente privado del tera-

peuta, sino como producto de la comunidad de observadores que representa esta unidad, para así mismo decidir cómo hacerlo útil a los propósitos de la terapia; y por ende, de quienes consultan y su red sistémica, sin desconocer en un orden recursivo el enriquecimiento que representa, respecto al desarrollo personal del propio terapeuta.

La autorreferencia como recurso del terapeuta: comenzamos a visibilizar el concepto de autorreferencia, el cual nos remite, según Garzón (2008), a las confluencias entre el terapeuta y los consultantes, a los procesos dialógico-reflexivos como manera de construir sus realidades y a las intersecciones que los constituyen desde la configuración del mundo personal. Se trata de los elementos ligados a la individualidad que se presentan en el momento de la intervención. Haciendo referencia a la noción de autorreferencia, esta es sinónimo de la circularidad y reflexividad propuestas por Varela (1998).

Al respecto, afirma Elkäim (como se cita en Garzón, 2008): “Podemos estar constituidos por ensamblajes hechos de elementos no reductibles a nosotros y ser sin embargo singulares y únicos. Podemos ser no separables de nuestro contexto, sin por ello evitar nuestra responsabilidad a nivel ético”. (p. 163) en el mismo sentido, Maturana (1998, p. 125) afirma: “Un ser humano no es un individuo sino en el contexto de los sistemas sociales en los que se integra, y sin seres humanos individuales no habría fenómenos sociales humanos”.

Castañeda y Parra (2006) plantean que la autorreferencia se convierte en la competencia básica para el manejo y comprensión de los procesos emocionales que emergen cuando un terapeuta está en contacto con dilemas familiares y sociales que pudiesen resultar muy dolorosos, tales como el abuso sexual, maltrato infantil, y demás modalidades de violencia familiar que remueven su historia de vida como ser espiritual, axiológico, cognosciente, ético, estético, entre otros.

La autorreferencia se ha definido como la posibilidad que tiene el terapeuta de evaluar el impacto de su intervención a partir de la observación de su relación con el sistema familiar, poniendo en juego su sistema de creencias construido a partir de prejuicios, constructos personales, mitos familiares y valores culturales. Es decir, el referente para autochequear su quehacer en términos del sentir, pensar y actuar está centrado en su relación con la familia, reconociendo que esta relación, como se ha venido planteando, está atravesada por sus experiencias de vida; experiencias que le han permitido

construir historias sobre quiénes son familia y cómo se mueven las familias. Según Elkaïm (1998) la autorreferencia se convierte en una “carta de triunfo para el terapeuta”, dado que los sentimientos que nacen en él frente a la historia de la familia son necesarios para autoobservarse y reflexionar qué tanto dicen de él y la forma en que se ponen al servicio de la familia.

Cuando los terapeutas van incorporando paulatinamente este rol, López (1994) lo describe así:

La existencia de una canalización que permite conectar con las propias experiencias emocionales y con las propias respuestas a sucesos significativos. Esta conexión posibilita un aumento de información, que se puede utilizar en otros contextos en donde medien relaciones interpersonales que condicionen los aspectos conductuales y cognitivos, como es la psicoterapia y la formación. (p. 2)

Es por esto por lo que es importante que los estudiantes aprendan a ser autónomos, reflexivos y con capacidad para la introspección, en constante construcción de su ser que se pregunta por su existencia misma, por sus valores vinculados con los de la institución. Para ello, el terapeuta no solo debe observar el entorno y aquello que falla en los sistemas de interacción de su paciente, sino también observarse a sí mismo y a los sistemas con los que él tiene interacción. Lo anterior se implica también en la forma con la que se relacionan con los pacientes y con ellos mismos (Desatnik, 2014).

Negrete (2016) se refiere a que el terapeuta se concentra no solo en la información que le proporciona el consultante, sino también en la dinámica relacional en sí misma y lo que le producen las emociones, pensamientos e ideas expresadas por este, para ser abordadas y que no interfieran en su intervención con el consultante, a menos que esta situación pueda ser usada con este fin.

García *et al.* (2012) se plantean varias dimensiones de la competencia de autoconocimiento, en la subcategoría de contenidos relacionados con su historia personal, tales como:

- Conflictos no resueltos en la relación familiar.
- Conflictos no resueltos en la relación con los padres.
- Conflictos no resueltos en la relación de pareja.
- Conflictos no resueltos en las relaciones sociales.

- Características que tuvo su tránsito por las diferentes etapas del desarrollo.
- Estilo de afrontamiento de las experiencias de sufrimiento, de fracaso, de pérdidas, de enfermedad, de muerte.
- Reconocimiento o registro del marco referencial de vivencias sobre la relación con los padres.
- Reconocimiento o registro del marco referencial de vivencias sobre la relación con hermanos.
- Reconocimiento o registro del marco referencial de vivencias sobre las relaciones de pareja.
- Amplitud y limitaciones de su marco referencial vivencial (*background*). Contenidos relacionados con su concepción del mundo.
- Prejuicios raciales, religiosos y sexuales.
- Amplitud de su concepción del mundo.
- Amplitud y limitaciones de su marco referencial cultural (*background*).
- Configuración de su concepción del mundo.
- Creencias sobre la salud y la enfermedad.

Dentro de esta construcción de recursos del terapeuta, resulta interesante el concepto de *autorrevelación*. Para Pizarro (2005), hace referencia a que la intención de un terapeuta o interventor, que produce una autorrevelación, es mejorar el vínculo, con el supuesto de que tal intervención aumentará la sensación de intimidad y entendimiento en la relación terapéutica.

Davidove (1982, citado por Pizarro, 2005), manifiesta que la autorrevelación del terapeuta sería un tipo de intimidad que no está sujeta a ninguna moralidad deontológica o principio inamovible, sino que debería ser aceptada o rechazada de acuerdo con cada caso específico.

Yalom (2000) revela que él debería autorrevelarse más de lo que usualmente hace, al menos en los procesos de terapia grupal:

El tiempo es valioso en un grupo —ocho pacientes y solo noventa minutos—, y no se utilizaría bien si los pacientes escuchan los problemas del terapeuta. Los pacientes necesitan tener fe en que los terapeutas saben enfrentar y resolver sus propios problemas. Son racionalizaciones, claro. La verdadera causa era la falta de coraje. Consistentemente, he pecado por falta y no por exceso de autorrevelación. Sin embargo, cada vez que he compartido mucha información sobre mí mismo, los pacientes siempre han sacado provecho al saber que yo, como ellos, debo luchar con los problemas de que soy humano. (p. 201)

Tantillo (2004) indica que una autorrevelación del terapeuta es una “respuesta relacional juiciosa e informada” (p. 68) que ayuda a empoderar al paciente y a trasladar la relación hacia un vínculo de mutualidad. Ella recalca, en todo caso, que una autorrevelación se debe hacer considerando cuidadosamente una variedad de factores del paciente, tales como la historia vincular, nivel de funcionamiento, grado de preparación para el cambio, entre otros.

Adquisición de recursos con relación a la personalidad y la experiencia

Para la adquisición de los recursos, durante la interacción consultante-terapeuta, la interacción de cada uno de los sujetos por separado no se limita a este plano individual, sino que surgen nuevas formas relacionales e informaciones durante la interacción de dichos sujetos. Cada uno está sumergido en un contexto social particular, y tiene maneras de relacionarse distintas, que, al converger con otras diferentes a las propias, crean nuevos lazos e intercambios (Moreno *et al.*, 1954). De esta manera, el componente experiencial de los terapeutas pone en juego los recursos adquiridos y se afianzan.

Posteriormente, este mismo autor añade que el terapeuta debe transformarse en actor participante y movilizar su propia personalidad, para brindar asistencias a su consultante; esto refiere a la cibernética de segundo orden que se observa también a sí mismo, que influye y es influido (Moreno, 1995).

Si bien diversos autores explican que la experiencia que surge en la interacción de la terapia juega un papel fundamental en la constitución de los recursos, otro de los factores para tener en cuenta es la personalidad. Corbella y Fernández-Álvarez (como se cita en Casari *et al.*, 2012) sostienen que ayuda a constituir los elementos que el terapeuta va a retomar para su ejercicio profesional. En la investigación que ellos realizaron evaluaron cinco dimensiones de la personalidad: extraversión, agradabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia, las cuales las ponían con relación al estilo personal del terapeuta; es decir, según su personalidad qué recursos desarrollan para formar su estilo personal. Estas categorías relacionadas con el estilo personal del terapeuta son función atencional, expresiva, operativa, de involucración e instruccional.

Entrenamiento de los recursos: desde la perspectiva de Botella y Maestra (2016), se concibe que para entrenar o enseñar los recursos de los futuros psicoterapeutas, considerando que estos aún no están adscritos a ningún enfoque en particular, debe buscarse qué “factores comunes e ingredientes específicos”.

Siguiendo esta idea, un factor común para el entrenamiento de terapeutas está relacionado con lo planteado por Molero (como se cita en Galfré y Frascino, 2007), sobre los factores que afectan a un terapeuta a nivel personal, en la práctica profesional y el contexto sociocultural.

A nivel personal:

- Cuánto se conoce el terapeuta a sí mismo.
- Dificultades y anclajes que puedan provenir de su historia de vida.
- En qué momento de su ciclo vital está: sus familias de origen y actual.
- Capacidad de relación del terapeuta, la calidad de su red social.
- Cómo se maneja con los conflictos.
- Mitos del terapeuta, su cultura y experiencia de vida.

En la práctica profesional:

- Cómo se maneja con los pacientes, cercanía o distancia, flexibilidad, alianza terapéutica, desarrollo de habilidades.
- Características de su formación y déficits de esta.
- Los distintos modelos que orientan su acción.
- Claves para detectar los patrones interaccionales (propios y del paciente).
- Transformación de las debilidades del terapeuta en herramientas para determinados fines.
- Relaciones y competencias con otros profesionales.

En el contexto sociocultural:

- Cambios sociales que influyen en la terapia y las formas de la demanda.
- Las nuevas patologías y sus desafíos.
- Las cuestiones éticas y el tema de los valores en psicoterapia.

Reconociendo todos estos factores y que pueden ser objeto de trabajo, al ser terapeutas familiares, es de vital importancia centrarse en el ámbito en

que el terapeuta, a lo largo de su vida, se nutrió, se nutre y se nutrirá y, por lo tanto, es esencial tener en cuenta su propia familia.

Tras esta idea, el proceso de tomar conciencia de su propia historia familiar servirá al terapeuta para un mejor manejo de sí mismo en todo proceso terapéutico. De hecho, la apropiación de su historia familiar le permite conquistar la estabilidad emocional necesaria para mantener un equilibrio en la intersección entre aquello que lo constituye de su pasado, su historia familiar y el contexto presente, el sistema terapéutico (Molero, 2010).

La familia siempre aporta y aportará motivos de satisfacciones, alegrías, tristezas, molestias, emociones; pero agrega también una carga emocional adicional para todo terapeuta familiar, al tener un sistema consultante, ineludiblemente, nos veremos en el espejo de esa situación:

Por ello, es importante para el terapeuta la toma de conciencia de la dinámica interaccional, los roles y la función de los miembros de su propia familia de origen, con el fin de evitar posibles dificultades que puedan surgir en el desempeño y en la eficacia del rol del terapeuta. (Molero, 2010)

Otros investigadores, como Marañón (2012), discuten el “nacimiento” de los estilos terapéuticos, los cuales están estrechamente ligados con las experiencias de vida de quienes eligen un modelo terapéutico determinado.

Habilidades interpersonales: uno de los recursos que resultan fundamentales para la formación del terapeuta son las habilidades sociales (Ibáñez *et al.*, 2011). Estas son un conjunto de comportamientos que se extienden a un contexto interpersonal y también no verbal, para expresar deseos, creencias, pensamientos, etc., y que son socialmente aceptados según como estos sean expresados.

Cormier y Cormier (como se cita en Ibáñez *et al.*, 2011) consideran que las características afectivas que deben tener los terapeutas son competencia intelectual (esta competencia no sería precisamente afectiva, sin embargo, los autores lo describen así), conocimiento de sí mismos, apoyo, competencia y objetividad emocional. En cuanto a las habilidades facilitadoras de la interacción para el proceso psicoterapéutico mencionan el respeto, la empatía y la *genuidad*; factores que resultan fundamentales para proceder al entrenamiento de los recursos.

Por otro lado, Barraca (2009) considera que existe una carencia en cuanto al desarrollo de destrezas que deben desarrollarse para ser un profesional competente y cualificado. Estas destrezas se adquieren mayormente en posgrados; mientras que en los pregrados dicha formación queda en un segundo plano, pues se las considera “destrezas tradicionales”. Aquí se encuentran la empatía, autenticidad, aceptación y cordialidad.

Habilidades de acción verbal: Barraca (2009) considera que las habilidades tradicionales que los terapeutas deben poseer son la escucha, clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis; habilidades de acción verbal como saber, preguntar, confrontar, ofrecer información, aportar análisis o interpretaciones y habilidades de conocimiento del enfoque específico. En el caso del enfoque conductual, podrían ser desensibilización sistemática, exposición, economía de fichas, etc. Cabe aclarar que estas habilidades a desarrollar no pertenecen únicamente al modelo cognitivo comportamental, sino que se comparte con otros enfoques.

Por ejemplo, en la terapia de ACT (terapia de aceptación y compromiso) se desarrollan habilidades como capacidad de crear metáforas con fines explicativos, fluidez en ejercicios experienciales, manejo de técnicas como el *role-playing*, etc. Estas son habilidades de acción verbal.

En el caso de la terapia DBT (terapia dialéctica conductual) se adquieren habilidades como conocimiento de las técnicas de meditación y *mindfulness*, con el fin de aceptar pensamientos y emociones, etc. Por último, en la terapia FAP (psicoterapia analítico-funcional), técnicas específicas de la terapia y capacidad de ofrecer explicación de estas.

Esto quiere decir que, si bien existen cambios específicos con relación a la terapia por practicar, las destrezas tradicionales se mantienen y siguen siendo fundamentales para adquirir y así llevar a cabo el ejercicio profesional.

Por otro lado, Hernández (2007) expone que es necesario considerar la influencia que ejercen los terapeutas en el ejercicio terapéutico, a través de las palabras que utilizan, las entonaciones en las palabras y en los gestos que realizan; puesto que esto tendrá gran relación con los resultados obtenidos en dicho proceso.

Aproximaciones a la definición del estilo terapéutico: a través de la construcción del estilo terapéutico (ET), el terapeuta desarrolla capacidades para

reconocer su manera particular de hacer terapia familiar con un espíritu crítico, mediante el cual valida y fomenta la reformulación de la aplicación de teorías a un nivel contextual del terapeuta y de la familia. Los resultados están orientados a un mejor entendimiento del propio estilo terapéutico, de manera que esta es una capacidad que le permite ser autocrítico y plantear una revisión de su propio trabajo.

Feixas y Miró (1993) señalan que investigar lo que pasa en el contexto terapéutico implica estudiar un conjunto de procesos interconectados y multidimensionales que simultáneamente se encuentran articulados en distintos niveles de interacción, y son mutuamente irreductibles entre sí.

Stolorow y Atwood (2004) hacen hincapié en que no existe el terapeuta neutral, sino aquel que interviene desde sus propios prejuicios y convicciones, interactuando con los del paciente permanentemente. El terapeuta está entrenado para investigar esta interacción. Si el consultante no concuerda con las acotaciones que hace el profesional o no se considera entendido, entonces será objeto de un nuevo esfuerzo empático por parte del terapeuta, y no se definirá como fuerzas de resistencia del consultante.

En este sentido, Ceberio y Linares (2005) plantean:

La instrucción teórica, esencial en la formación, consiste en moldear epistemológicamente al profesional para enseñarle a observar y construir hipótesis [...] la conjunción en paralelo con la práctica apoya y confirma desde lo pragmático la construcción del modelo. Todos estos puntos son ratificados o rectificadas en la supervisión, que es el tercer componente de este trípode. (p. 19)

Desde esta perspectiva, todo profesional que inicie algún proceso que tenga el objetivo de generar un cambio en/con quienes interviene se encuentra con múltiples retos, que van desde la identificación de modelos y teorías, hasta la destreza en la práctica terapéutica, pasando por determinar qué conviene hacer en cada momento en la oportunidad presentada, o el tema a tratar (Varela, 2019).

Aspectos tan importantes para tener en cuenta como el estilo personal o la forma de involucrarse con las personas que solicitan la terapia, asesoría u orientación, los espacios de supervisión, los comentarios de los colegas y

la opinión de especialistas o expertos también modelan el estilo de intervención (Varela, 2019).

Casari *et al.*, (2013) plantean que el estilo del terapeuta es el resultado de su manera de ser, de lo cual surgen características en su quehacer. Con base en esto, el terapeuta elige un enfoque teórico o desarrollo de su trabajo por sus características personales.

Castañeiras *et al.* definen al estilo personal del terapeuta (EPT) como una construcción de carácter variado en aspectos personales de una persona (2006):

Un constructo multidimensional integrado por un conjunto de funciones que, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su trabajo clínico, y en cada acto terapéutico. (p. 107)

El EPT “permite conceptualizar las características personales relativamente estables de los terapeutas, que modulan el modo en el que aplica las técnicas y procedimientos en sesión” (Fernández-Álvarez *et al.*, 2017, p. 108). Es decir, que toma referentes como rasgos o cualidades propios del terapeuta, su experiencia y desarrollo, y teniendo en cuenta estos aspectos, se determina la forma en la que influye en la aplicación de la técnica. Esto se da sin importar el enfoque, ya que en cada teoría siempre va a ver un poco del terapeuta plasmado en la intervención donde se llevarán todas estas de forma integrada, situando disposiciones que evidenciaron su trabajo profesional (Quiñones *et al.*, 2010).

García y Torres (2007) definen estilo terapéutico de la siguiente manera: es el análisis y reflexión que el terapeuta familiar hace en un momento específico sobre su ser y hacer durante el proceso terapéutico, en los que integra la epistemología, el modelo vivencial-experiencial, preparación profesional y práctica terapéutica.

Organizan la construcción del estilo terapéutico en niveles: Nivel 1. Variables personales (estilo personal, estructura familiar, códigos, normas, creencias, valores). Nivel 2. Variables contextuales, las coordenadas donde se realiza la intervención (distinciones, descripciones, comparaciones, categorizaciones), teniendo en cuenta las intervenciones (técnicas y estrategias, resonancias e

isomorfismos). Nivel 3. Ético, las características del sistema sobre él que se realiza la intervención (individuo, pareja, familia, grupo). Nivel 4. Preparación profesional (supervisor, seminarios, congresos, grupos o pares), todos los niveles en interacción y construcción constante del estilo terapéutico.

El estilo personal: se hace fundamental entender las raíces que llevan a un terapeuta a hacer ciertas tomas de decisiones, como la elección de su campo de acción o enfoque, ya “que la elección de un estilo de psicoterapia depende de un complejo proceso de abstracciones, particulares e inherentes a la funcionalidad cognitiva del terapeuta” (Ceberio, 2000, p. 2). Es decir, la elección es dada por medio de la anamnesis de vida de cada profesional. Esta elección es importante, ya que permite diferenciar de las otras teorías procesos, y asimismo hacer intervenciones conscientes de acuerdo con el enfoque escogido (Ríos, 2019).

Este autor plantea que no hay un estilo netamente puro; es decir, que siga al pie de la letra cada lineamiento o instrucción propuesta en un enfoque o un modelo, pero de lo que sí puede haber una seguridad es que los terapeutas adoptan estos lineamientos agregando, además, características propias: “Existen terapeutas que adhieren a ciertas líneas, pero no líneas ‘encarnadas’ en terapeutas” (Ceberio, 2000, p. 2).

Cabe mencionar que el autor hace referencia a un aspecto importante para tener en cuenta, tratándose de la forma en que se puede llegar a la posibilidad de elegir el enfoque teórico a partir de estas características que ya se han venido presentando:

El terapeuta, como todo ser humano, en su proceso de “hacer historia”, realizará cada uno de sus actos perceptivos sumando abstracciones que le posibilitarán conformar estructuras conceptuales; estas son las que dibujarán un mapa determinado de su realidad. Es este mapa el que convierte a las futuras percepciones en selectivas, tratando de amoldar los nuevos pensamientos a la estructura conceptual, de modo que no se contradigan. (p. 2)

Así como se escoge el modelo teórico por medio de un mapa mental, que a su vez es un conjunto de pensamientos abstractos que forman una estructura conceptual, es de tener en cuenta que el terapeuta no se quedará en un único modo de realizar su ejercicio profesional, sino que este se encontrará en constante aprendizaje que irá acompañado con lo teórico desde el

enfoque escogido. Como ya se ha mencionado, él o ella se encargará de seleccionar la información más adecuada para la terapia, agregando nuevo conocimiento o transformando el que ya había adquirido.

Esta nueva adquisición de conocimiento o transformación se enlaza a esa estructura conceptual, por lo que se hace posible la selección de información, y asimismo se dice que:

Esta selección es la que pauta, por medio de las distinciones pertinentes, nuestra epistemología, nuestra forma de conocer el mundo, y es desde esta donde como terapeutas elegimos un modelo teórico, avalado por una teoría determinada. La teoría entra en nosotros y nosotros entramos en la teoría, y así esta se construye en nosotros. (Ceberio, 2000, p. 2)

Explicando un poco lo anterior, dadas las particularidades de cada persona, formadas por el modo en que se aprende o la forma en que el sujeto crece, se elige un modelo teórico que se adapte más a esa forma en que se percibe el sujeto a sí mismo y en que percibe su entorno. El profesional hará frente a su elección responsablemente, cargando con su pasado, que a su vez trae consigo un código familiar, propio de la familia de origen y raíz de la identidad personal del terapeuta (Ceberio, 2000):

Los elementos de sus rasgos de personalidad [...] conformarán un estilo personal que se pondrá en juego en el plano de lo pragmático; por lo tanto, es inevitable que el modelo que adopte sufra las modificaciones que promueve su estilo personal. (p. 3)

Cuando se refiere a la pragmática, se refiere al significado que se da en la comunicación con el otro o los otros. Entender esto se hace esencial para la práctica del ejercicio profesional clínico, dado que en una terapia clínica, siempre se van a encontrar con dos partes fundamentales, lo que dice el paciente y lo que interpreta el terapeuta. Sumando a esta interpretación, la identidad que conforma todo su pasado y el modelo teórico escogido tienen como resultado un estilo personal para intervenir en terapia.

A lo que quieren llegar estos autores es a tratar de plantear que los modelos existentes tienen una estructura epistemológica que, a su vez, constituye una teoría de ensayo y error, unos lineamientos que se siguen para hacer que una intervención funcione; pero se complementan con la esencia de

la persona. Cada uno lo hace a su forma, debido a los diferentes factores anteriormente presentados (Ceberio, 2000).

Corbella *et al.* (2009) plantean que el estilo personal del terapeuta es un conjunto de condiciones singulares que lo conducen a operar de un modo particular en su tarea. El estilo terapéutico es dinámico, multidimensional y refleja las predicciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona.

Para Minuchin *et al.* (1998), el terapeuta cuenta con recursos interpersonales que pueden desarrollarse como instrumentos efectivos en la terapia. Reconoce el entrenamiento, la supervisión y el acompañamiento en la formación del terapeuta y su estilo personal.

Castañeiras *et al.* (2006) proponen que el estilo personal del terapeuta (EPT) alude a un constructo multidimensional integrado por un conjunto de funciones que, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su trabajo clínico y en cada acto terapéutico. Se considera estable en el tiempo, aunque no es necesariamente constante y puede modificarse como resultado del entrenamiento recibido, por cambios evolutivos o circunstancias vitales del terapeuta; en forma transitoria o permanente en función de la intensidad y el tipo de moduladores involucrados.

Ceberio y Linares (2005) plantearon que definir el estilo de un terapeuta no significa determinar y aplicar el modelo teórico que se elige para el proceso, sino que es un proceso de indagar constantemente en la epistemología (lo que no solamente se remite a la esfera del conocimiento, sino también a la lógica interna de los procesos emocionales [Simon *et al.*, como se cita en Ceberio y Linares, 2005]) con la que se trabaja, y revisar los elementos prácticos se están desplegando en ese momento en esa intervención.

Por otro lado, Castañeiras *et al.* (2008) proponen las siguientes categorías para evaluar el estilo personal del terapeuta (EPT):

- **Función instruccional o establecimiento del *setting* terapéutico:** se refiere a las conductas que lleva a cabo el terapeuta, para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Incluye el establecimiento del sistema de normas y reglas (horarios, honorarios, ámbito de trabajo, formas de negociar los cambios en el dispositivo), así como la prescripción de

las tareas que deben cumplirse en el curso de las sesiones; qué tan flexible o rígido puede ser el interventor.

- **Función expresiva o de comunicación emocional:** se refiere a las acciones que emprende el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente (empatía, regulación emocional). Se manifiesta a través de la intensidad del intercambio afectivo que facilita, o el nivel de tolerancia a la exposición frente a sus propios estados, o ante las reacciones emocionales del paciente; el rango entre distancia y proximidad emocional.
- **Función de involucración o de grado de compromiso:** alude a las conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que está dispuesto a asumir el terapeuta en su actividad y con sus pacientes, así como el lugar que ocupa su trabajo en el contexto de su experiencia vital; menor grado y mayor grado de involucración.
- **Función atencional o de focalización:** se trata de una función básica relacionada con la búsqueda de la información necesaria para operar terapéuticamente. Esto es, en qué medida cada interventor moviliza los mecanismos atencionales y su capacidad receptiva frente a lo que manifiesta el paciente, y a hacerlo de una manera más o menos activa. Escuchar y preguntar son las acciones dominantes que constituyen esta dimensión; apertura y focalización de la atención.
- **Función operativa o de implementación instrumental:** incluye las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas y con las técnicas utilizadas. Se expresa a través del grado de influencia o de directividad con que el interventor opera, y/o por su preferencia para utilizar procedimientos pautados o espontáneos.

Casari (2017) plantea que el estilo personal del terapeuta (EPT) surge como constructo en el año 1998, donde se lo considera como un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su ejercicio profesional, como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su accionar y de los requerimientos específicos de la tarea (Fernández *et al.*, 1998, p. 352).

Zicavo *et al.* (como se cita en Bezanilla, 2007) plantean algunas sendas que debieran considerarse a partir de los siete saberes necesarios para la educación del futuro (Morín, 1999, citado por Bezanilla, 2007). Algunos de los aspectos que el autor comenta son los siguientes:

- **La ceguera del conocimiento, el error y la ilusión.** Genera una crítica frente al conocimiento inmutable que se tiene de la realidad producto de un proceso de enseñanza rígido, a partir de lo que señalan los autores y las investigaciones. Es una mirada del mundo desde sus propias percepciones y reflexiones, sin considerar que la construcción del mundo es un proceso de cambio permanente. El autor sugiere que se considere en la formación la capacidad de autoobservación, procesos de autocrítica y reflexión sobre las posturas personales frente a sucesos de la realidad. Agrega que la enseñanza es dogmática, se prepara para ver los problemas que hacen alusiones a las teorías, sin considerar las herramientas fundamentales para enfrentar la incertidumbre de esta realidad que está en permanente cambio.
- **Los principios del conocimiento pertinente.** El autor se pregunta cómo los estudiantes y docentes se están preparando para enfrentar problemáticas complejas. Recomienda que el profesional debe contextualizar su saber, tener una mirada amplia y flexible de la realidad que se caracteriza por su complejidad y lo multidimensional.
- **Enseñar la condición humana.** Algunas preguntas esenciales son formuladas por el autor. ¿Qué tan abierta está la psicología para reconocer la condición y la diversidad humana, qué tan cerrada en sus conjeturas y teorías se encuentra? La crítica se realiza hacia los docentes, que presentan una mirada estrecha, sectaria, y a los estudiantes, quienes poseen una actitud pasiva. El peligro que percibe el autor es mirar la realidad desde las teorías aprendidas sin actualizar esta mirada.
- **Enseñar la comprensión.** Es un gran desafío educar para la condición humana. Esto tiene que ver con los distintos niveles de comprensión humana e intersubjetiva. Muchos son los problemas producto de una serie de actitudes que se generan a partir de la incomprensión del ser humano: la intolerancia y la exclusión son dos fenómenos que de manera permanente causan daños a las diversas sociedades. La capacidad de ponerse en el lugar del otro, el abandonar el egocentrismo, el socio-centrismo y el profesionalismo, son actitudes que tienden a considerarse el centro del universo, excluyendo todo lo que se aleja de nuestras concepciones, como también todo fanatismo ideológico, intelectual y religioso que no deja ver otras realidades.
- **La ética de la especie humana.** Esto implica, por una parte, asumir la condición biopsicosocial humana dentro del contexto de la complejidad, desarrollar un elevado grado de humanización y conciencia de la propia naturaleza y asumir el incierto destino personal y humano con sus

paradojas y plenitudes; todo esto en un contexto en que la ética sea el proceso conductor esencial.

De esta forma, nos acercamos a los aportes que, desde la epistemología sistémica compleja, se han hecho a la psicoterapia y a la formación de terapeutas.

Alguien siente, piensa y hace. Hace, siente y reflexiona sobre lo que hace. Piensa y siente, mientras hace. Sea como fuere, la secuencia es recursiva y se particulariza de acuerdo con las personas y situaciones, valores, creencias, pautas socioculturales y familiares, entre otros, son los elementos que componen la estructura cognitiva personal, andamiaje que posibilita obtener mapas de la realidad. (Ceberio y Linares, 2005, p. 21)

Es importante aclarar que pensar en recursos y en estilos terapéuticos se convierte en un proceso, no solo por todas las dimensiones que se ponen a consideración teóricamente, sino por el ejercicio personal que corresponde a cada terapeuta y que se va afinando con la experiencia.

Temores y expectativas del terapeuta en formación

La comprensión del *self* del terapeuta debe incluir, según White (2002), a la exploración de las historias que permanecen subyugadas en las estructuras profundas de su identidad. En otras palabras, son las historias asociadas a la individualidad, la familia, la cultura y la idiosincrasia del terapeuta lo que configura la composición policromática de su *self*. Muchas de ellas ocultas a su propia vista, pero presentes durante los encuentros con los consultantes, y un prisma indispensable con el cual el terapeuta percibe e influye en la realidad de quien busca su ayuda.

De Pablo Urban (2017) plantea que puede presentarse que los terapeutas experimenten dificultades a la hora de la intervención, por motivo de su propia historia, por lo cual esta toma control del proceso y se triangula con la realidad del paciente. Ello provoca la evasión de algunos temas o aspectos relevantes para el caso, lo que termina sustituyendo la necesidad del consultante por la de quien interviene, y se presenta una sustitución de intereses que pueden enmascarar o frenar la evolución el proceso.

Es claro que la perspectiva tradicional de las disciplinas terapéuticas en la psicoterapia ha mantenido una autoconfianza y autosuficiencia basadas en el procedimiento formativo y en la adquisición de conocimientos, para determinar los modelos de intervención; de modo que desoye algunas de las narrativas e historias propias que traen los terapeutas al encuentro con los pacientes. En este sentido, la tarea de la comprensión del terapeuta en formación se construye de procesos que reconozcan materiales de reflexión, como los miedos y expectativas que están presentes en el profesional de la terapia.

El miedo es comprendido en esta investigación a la manera de Chomsky (como se cita en Moscoso y Azócar, 2019), como una incitadora forma de reconocer en la historia personal aquellas características que posibilitan la entrada en relación con la misión terapéutica. El reconocimiento de los temores que vive el terapeuta en formación es, por tanto, una tarea necesaria y un compromiso con sus consultantes, con quienes comparte una existencia única.

En otro sentido, mantiene Maturana (2006) que las expectativas no suelen cumplirse; en lugar de este término, hace uso del concepto de esperanza, debido a que las expectativas se encuentran fuera del sujeto. En concordancia con esto, según Coromidas y Pascual (1998), la palabra expectativa procede del griego *προσδοκία* (*prosdokia*), interpretada como anticipar. De otra manera, la raíz latina se encuentra compuesta por dos expresiones, el prefijo *ex* (fuera) y *spectare* (esperar o retraso). En cualquiera de estos idiomas la interpretación del vocablo apunta a precisar que la expectación del terapeuta es lo que no ha llegado a ser parte de su historia, pero constituye sus relatos.

El estudio adelantado por Gómez (2019) en España revisa la importancia del aporte del equipo en los procesos formativos durante la supervisión para los terapeutas. Allí se puede apreciar cómo el terapeuta está vinculado a un equipo que le proporciona seguridad, promueve su reflexión y además hace evidente una vinculación anterior con su grupo familiar. El aporte de este primer vínculo grupal con la familia de origen hace que el terapeuta reconozca la ambigüedad y contradicciones de otros contextos, en relación con el suyo propio, frente a los cuales sus temores se hacen palpables y se manifiestan en el ejercicio terapéutico, de manera que la postura de experto es reemplazada por la de oyente y aprendiz del saber propio del sistema consultante.

Así, el profesional es responsable de exponer su persona, sus conocimientos y su trabajo. Debe tener la capacidad de automirarse y autocriticarse. Lo anterior, en la medida que el supervisor y su equipo de trabajo promueven la interacción de manera respetuosa, armónica, propositiva y siempre encaminada al crecimiento, lo cual promueve la auto- y heterorreflexión, que son pilares básicos de todo proceso formativo en psicoterapia.

De este modo, se destaca que la relación supervisor-estudiante es un espacio vital donde se entrecruzan historias de vida, emociones y sentimientos. Es un trabajo que se inicia en el proceso formativo y que se debe extender a lo largo de la vida. En un primer momento es el docente y el supervisado quienes construyen esta cadena de procedimientos que se constituyen en una filigrana donde todos los miembros del grupo se enriquecen con las vivencias, carencias y limitaciones de los otros, y aprenden de sus fortalezas para replicarlas, ya sea a nivel terapéutico o en su vida profesional. Al terminar los estudios de pregrado o posgrado siempre se debe disponer de un espacio para la reflexión en el sí, ya sea por medio de su propio trabajo terapéutico, en conversaciones con colegas, en equipos de reflexión o en consultorías sobre casos específicos.

A su vez, Cruz (2009) indica que se requiere acompañar continuamente el proceso, estimulando al estudiante a no desistir, a avanzar cada vez más, a proponerse cambios, conocer y valorar sus recursos. Durante la formación es probable que el estudiante entre en crisis derivada de examinar su propia historia, y por la confrontación que pueda hacer de esta no se sienta apto para atender la consulta de otros, porque ha encontrado sus limitaciones personales o porque al desenmascarar sus propias crisis tenga necesidad de enfrentarlas primero. Es por esto que pasado un tiempo del proceso formativo piense sobre sus relaciones de pareja, replantee la postura frente a la crianza de sus propios hijos, establezca nuevos límites con sus familias de origen, entre otras múltiples posibilidades.

Vethencourt (2018), en el contexto mexicano, profundiza en la vivencia emocional de los terapeutas en formación, y en cómo síntomas relacionados con los temores aparecen a través de la presión social del éxito profesional y la estructuración de la vida psíquica del terapeuta, de manera que influye en el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente al agotamiento laboral y la ansiedad que genera su éxito profesional. Es claro que la investigación encuentra una correlación entre el ejercicio profesional y el

autocuidado personal. Es pertinente la práctica preventiva, para la cual es necesario que los terapeutas en formación también sean preparados. En esta perspectiva, se encuentra que la supervisión es una etapa formativa propicia para abordar temas como los temores y dudas, y desarrollar las habilidades estratégicas que permiten afianzar los conocimientos teóricos para ser contrastados con la experiencia, a través de la reflexión. De este modo, el reconocimiento de estas experiencias brinda seguridad al momento de intervenir con los consultantes.

Virseda y Espinosa (2014), también en México, investigaron tres grupos de terapeutas a los cuales designan como terapeutas con poca práctica, práctica moderada y práctica variada. Así, el primer grupo corresponde a los terapeutas novatos, que se caracteriza por tener una conducta insegura, depositan la confianza en sus recursos metodológicos para lograr el éxito del proceso terapéutico, y a su vez, se centralizan en los propios esfuerzos cognitivos, lo que dificulta la incorporación de asuntos de su experiencia emocional personal a la terapia.

El segundo es el terapeuta avanzado. El encuentro con el dolor es cansado y tal vez trae decepción sobre el potencial humano para proveer el cambio, de modo que el agotamiento sucede por la falta de observancia de los cambios más pequeños que pasan por lo general fuera de la terapia. El tercero es el maestro, que conoce sus limitaciones humanas y afronta realidades terapéuticas por medio del cuidado de sí, y construye realidades para el cuidado del otro en la intervención clínica. De modo que esta investigación halló que los temores y las expectativas de los terapeutas en formación están ligados tanto a la experticia alcanzada por el tiempo de práctica como al reconocimiento de estilos particulares de su identidad y conocimiento de su historia de vida.

Para llegar a este punto, se requiere de un pilar fundamental, el autoconocimiento, que, según Suárez (2013), abarca la “habilidad, aptitud, capacidad o competencia para autoobservarse y conocerse a sí mismo, es un ejercicio autoreflexivo [...] que permite ser consciente de las propias emociones, sentimientos y pensamientos” (p. 10). En la medida que el terapeuta se reconozca a sí mismo como persona en constante crecimiento, tenga la capacidad de encontrarse con su historia, las situaciones acontecidas en su familia de origen, podrá reinterpretar asuntos de su pasado que pueden suscitar temores en el presente, reinterpretarlos para obtener nuevos significados; y de esta manera actuar con un proceder más tranquilo y ar-

mónico en su práctica terapéutica, que permita no solo la incorporación de la técnica sino también la comprensión de su *self*. En este sentido, podrá acompañar al otro sin que las historias se entrecruzan y generan nudos que no puedan ser desatados *a posteriori* por alguno de los miembros del sistema consultante.

Si lo anterior no se presenta, es posible que aquellas situaciones donde las dudas e inseguridades sobrepasan la intervención, según Lopera y Zapata (2010), se conviertan no solo en un reto para los profesionales, sino en un desafío para poder realizar futuras intervenciones. Es común encontrar en quienes se están formando temor a enfrentar algunas situaciones frente a las cuales tienen prejuicios que han sido infundados en sus familias; también recelo por dañar a sus consultantes, o no saber cómo articular la técnica con las necesidades de los usuarios, o perder la capacidad de escucha por estar enfocados en cómo preguntar. Esto se suma a que su mente se nubla y no sepan cómo proseguir. Todas estas situaciones humanas deben ser acompañadas por un supervisor sensible que permita un reconocimiento de la persona del terapeuta; pero al mismo tiempo lo invite a reflexionar sobre estos y otros asuntos, genere estrategias grupales con el equipo para transformar esos temores y contribuya a que el terapeuta posibilite en sus consultantes el logro de los objetivos.

Sería preciso mencionar que los miedos que enfrentan los terapeutas pueden ir en consecuencia a los encuentros que tienen con sus consultantes, debido a que, como se mencionó, esas situaciones producen sentimientos de angustia e inseguridad; pero al mismo tiempo proporcionan al profesional un 'bonus' de entusiasmo (Vírveda y Espinosa, 2014). Esto podría tener relación con que los estados de preocupación y abatimiento se pueden ver compensados, en la medida en que el proceso de acompañamiento terapéutico avanza. Es decir, en los primeros encuentros que se tienen con la familia es frecuente que el estudiante se sienta absorto ante la sorpresa de no saber que traerá el otro a consulta, y que en ese primer encuentro se limite más a realizar un encuadre terapéutico y escuchar los subsiguientes pedidos, antes de realizar una intervención propiamente dicha, la cual muy seguramente podrá ir construyendo con el paso de los encuentros y la guía de quienes lo acompañan tras la cámara de Gessel. Si esta es la metodología de trabajo, es probable que con el tiempo guarde en su mente los recuerdos de las primeras atenciones y con cierto orgullo pueda venir a su mente ese "bonus" emocional, que lo llevó a trascender las situaciones vividas y convertirlas en capacidades creativas para futuras intervenciones.

Es esperable que en la medida en que encaren sus miedos se aumente la seguridad, autonomía, el desarrollo de destrezas y sobre todo en la conformación de la identidad profesional (Vírveda y Espinosa, 2014). Para el momento del proceso formativo, donde los estudiantes asumen las consultas y atienden personas, familias o parejas en vivo, el superar asuntos que los puedan paralizar en un primer momento es necesario. También es importante contribuir al posicionamiento del manejo de elementos académicos, profesionales, personales y técnicos que contribuyan a ir descubriendo su propio estilo y develando los miedos y temores, lo cual contribuirá a consolidar su identidad como profesional. Es prudente decir que cada persona trae un potencial que le es propio, y que está constituido por situaciones que le dan identidad, como son su carácter, estilo de vida, capacidad de relacionamiento, prejuicios, historias, creencias, valores, entre otros. Esto significa que cada persona en formación será única y tendrá un estilo comparable solo con el de él mismo, que hará a cada terapeuta o psicólogo ser diferente del otro, aunque hayan sido formados en las mismas competencias.

Se requiere de la articulación de teorías, metodologías, técnicas y herramientas, lo que se puede articular, lo cual coincide con la perspectiva de Cruz (2009), quien argumenta que, a diferencia de otras profesiones, ser terapeuta implica “un hacer que surge desde la persona del terapeuta, sus creencias y características singulares. Su estilo personal, el resultado de su trabajo, su historia de vida, su etapa del desarrollo, etc., serán parte integrante de su ser terapeuta” (p. 131). Lo que constituye la generación de la integralidad y posibilita presentar a la sociedad un profesional idóneo en su quehacer futuro.

Proyecto y sentido de Vida

La importancia que las ciencias sociales le han dado al sentido de vida y proyecto de vida, como un proceso cognitivo y emocional importante en la elección y ejercicio profesional, ha ido en aumento, con el desarrollo de las teorías humanistas, fenomenológicas-existenciales y sistémicas, sobre todo en la formación de terapeutas y orientadores familiares y psicólogos.

¿Cuál es el sentido de estar formándose como terapeutas?, ¿cómo el significado que cada uno le otorga a ser terapeuta aporta en su ejercicio profesional e influye en su estilo?, ¿existió alguna influencia familiar y del contexto para elegir profesión?, ¿qué uso le damos a un conocimiento? Son preguntas claves que orientan la exploración de las narrativas sobre el sentido y pro-

yecto de vida y su conexión con el *self* de los terapeutas en formación y sus familias de origen.

Lo cierto es que existe una creciente preocupación en la sociedad moderna por conocer el significado y el valor de la vida y la necesidad de unas teorías explicativas del crecimiento y potencial humano, que han sido fundamentadas inicialmente por los estudios de Maslow (1953). Este es un avance significativo, si se tiene en cuenta que el estudio del significado de la vida ha sido comúnmente ignorado por los científicos sociales, que prefieren datos conductuales y objetivos, en lugar de sentimientos y experiencias subjetivas, producto de una tradición orientada a la patología en lugar de a la salud. Un referente interesante que puede aportar a esta discusión son los primeros aportes de Battista y Almond (1973) que, desde la década de los setenta, centran su interés por la percepción del significado de la vida.

Por otra parte, los científicos sociales, con una orientación teórica y fenomenológica, han desarrollado una literatura no solo con la pregunta ¿cuál es el significado de la vida?, sino también con las preguntas ¿cuál es la naturaleza de la experiencia individual de su vida como significativa?, ¿cuáles son las condiciones bajo las cuales un individuo experimentará su vida como significativa?

Pero el término “vida significativa”, que es comúnmente utilizado, parece no tener una definición clara, precisamente por su carácter subjetivo, pues depende no solo de los significados que cada uno le otorgue, sino de los significados construidos en las familias de origen, enmarcados en influencias culturales. Por ejemplo, Maslow (1964) describió la experiencia de la vida como significativa si está basada en un sentimiento de integración y relación, o un sentimiento de satisfacción e importancia.

Estas concepciones pioneras sugieren que el significado en la vida depende de un concepto de vida y un sentido de realización relacionado con él. Primero, tener un significado de la vida implica estar comprometido, valorar o creer algo. Varios autores, como Fabry y MacLeish (como se citan en Battista y Almond, 1973) han enfatizado la necesidad de fe, compromiso o creencia en la experiencia del significado en la vida. En segundo lugar, el afirmar que uno tiene un significado para la vida es como afirmar que tiene un significado para cualquier otra cosa, e implica que uno lo comprende, enfatizando que esta comprensión de la vida representa un marco, sistema o relación dentro del cual el individuo se percibe a sí mismo como viviendo

su vida. Alternativamente, otros (por ejemplo, Frankl) han enfatizado que esta comprensión representa alguna meta, función o propósito para la vida, que el individuo se ve a sí mismo como luchando para alcanzar aquello que le otorgue significado a su vida (como se cita en Battista y Almond, 1973).

Entonces, ¿podemos conectar este significado de vida, con sentido y proyecto de vida en el marco de unas narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen? La respuesta conecta todas las categorías trabajadas en esta investigación (*self*, recursos y estilos terapéuticos, temores y expectativas, y sentido y proyecto de vida), por cuanto los aspectos que se hayan armonizado para la elección de la profesión y el significado que se otorga al ser terapeuta pueden interferir o no en la construcción de estilos terapéuticos, y en aquellos temores que el terapeuta puede experimentar en su ejercicio.

Como hemos mencionado anteriormente, el sentido y proyecto de vida tiene un carácter subjetivo. Nos ha parecido interesante iniciar por mencionar el índice de orientación de vida de Battista (1973) que contiene los siguientes aspectos:

- **Orientación interpersonal:** enfatiza las relaciones, el amor, el dar.
- **Orientación al servicio:** enfatiza la asistencia, cuidando a algún grupo desfavorecido.
- **Orientación de comprensión:** enfatiza el desarrollo de teorías, pensamiento abstracto.
- **Obtención de orientación:** enfatiza la obtención de posesiones, respeto, responsabilidad.
- **Orientación expresiva:** enfatiza la autoexpresión a través de los sentimientos, el arte, el atletismo.
- **Orientación ética:** enfatiza la vida en términos de creencias políticas, religiosas y sociales.

Pareciera ser entonces que una característica de las personas es la búsqueda del significado en la vida, y esta misma fue la que Yalom (1980) definió como propósito y coherencia, haciendo preguntas como ¿qué estoy haciendo aquí? ¿Para qué vivo? Muchos teóricos (Frankl, 1959, 1986; Requer y Wong, 2012; Yalom, 1980) han afirmado que el significado es esencial para la vida, y que todos los humanos se esfuerzan por alcanzarlo. Frankl (1986) sugirió además que todos los humanos requieren algo por lo que vivir, y la mayoría quiere algo por lo que estarían dispuestos a morir.

La posmodernidad y el sentido de la vida: Rogers (1972) plantea que “el objetivo más deseable para el individuo es ser él mismo”, despojándose de las máscaras que ha asumido para parecer ser lo que los otros le han exigido que sea. Cuando la persona se encuentra consigo misma y logra revelarse a sí misma, está constituyendo la plataforma sobre la cual se puede parar, para avizorar su sentido.

Frankl (1980) señala que no se está enfermo cuando uno se pregunta por el sentido y valor de la vida, sino que es específicamente humano preguntarse por ello.

En este sentido, la vida como la tarea de cada persona para construir o resignificar, tener presente y claro o incluso no las razones por las cuales se levanta de la cama cada mañana (Ruiz, 1980) propone pensar que el interrogante que nos debe ocupar se relaciona con él adónde y el para qué de la existencia, cuya dirección y finalidad nos preocupan lo suficiente como para pensar seriamente en su respuesta.

Para Arango y Mesa (2002), el sentido de la vida tiene sentido si está presente a cada momento salvando al hombre de una rutina que no le lleva a nada. Hacemos claridad que la cotidianidad no desaparece, porque a fin de cuentas somos seres de hábitos, costumbres y rituales. Pero siendo conscientes de esto, estamos llamados a que estos hábitos, costumbres y rituales no se conviertan en un cascarón con sonido hueco que conduzca a la vacuidad existencial.

Psicoterapia y proyecto de vida: Sobernigo (1990) plantea que el proyecto de vida llega a poseer cierta naturaleza intuitiva que deja vislumbrar el desarrollo futuro, una hipótesis, un interrogante, una invitación, sobre todo un sentido que dar a la vida. Un esbozo de respuesta a los grandes interrogantes existenciales: ¿por qué he venido al mundo? ¿Qué sentido tiene la vida y la muerte? ¿Cuál es el sentido del universo que me rodea?

Arango y Mesa (2002) plantean el concepto de proyecto de vida como la ubicación del individuo en un hoy. Es el eje central, el punto de apoyo alrededor del cual la personalidad va construyéndose, estructurando como principio unificador de las propias aspiraciones. Se constituye en un punto sobre el cual se comienza a caminar con sentido.

El individuo es consciente de lo que es. Esto significa que es capaz de dar cuenta de sus valores, cualidades, potencialidades y capacidades. Asimismo, de reconocer sus defectos, miedos, frustraciones y bloqueos; puede trazar un proyecto realista y dar una respuesta de sentido con los pies sobre la tierra, ya que el proyecto de vida tiene como punto de partida el propio yo (Arango y Mesa, 2002).

Arango y Mesa (2002) comprenden que aquel que es capaz de establecer su proyecto de vida, haciendo uso de su autonomía y su libertad, se compromete consigo mismo para que el ideal se haga realidad, y se constituya como hacedor de su vida, sin olvidar que es un ser en relación.

El concepto proyecto de vida es definido por D'Angelo como "la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, lo que implica decisiones vitales, con perspectivas anticipadas a los acontecimientos futuros en una determinada sociedad" (2000, p. 271). Es también el resultado de modos de enfrentamiento y experimentación de la historia de vida personal, en el contexto en el que las actuaciones han tenido lugar, tomando como referente la propia estructura de la realidad en que se ha desplegado la actividad individual (Seve, 1975).

Para D'Angelo (1989), el proyecto de vida es productivo si constituye un canal para la autoexpresión personal verdadera y la revelación de su sentido social; si es una puerta abierta al mundo, un medio de realización en él y de construcción de la vida propia, tomando en cuenta quién es y las opciones que le presenta la sociedad.

Los proyectos de vida —entendidos desde la perspectiva psicológica y social— integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación-aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo. (D'Angelo, 1994, p. 7)

Son estructuras psicológicas que expresan las direcciones esenciales de la persona, en el contexto social de relaciones materiales y espirituales de existencia, que determinan su posición y ubicación subjetiva en una sociedad concreta.

El proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del comportamiento del indi-

viduo, que contribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal, y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad.

En el proyecto de vida se articulan las siguientes dimensiones de situaciones vitales de la persona (D'Angelo, 1998):

- Orientaciones de la personalidad (valores morales, estéticos, sociales, etc., y fines vitales)
- Programación de tareas-metas vitales-planes-acción social.
- Autodirección personal: estilos y mecanismos psicológicos de regulación y acción que implican estrategias y formas de autoexpresión, e integración personal y autodesarrollo.

Bugental (citado en Yalom, 1984) propone que el hombre tiene una consciencia, con la cual puede percibir a nivel experiencial sus valores, propósitos y significados a la hora de actuar o no actuar. En algún grado, esta experiencia de ser consciente de las propias intenciones y sentidos pretendidos hace que el ser humano pueda ejercer algún peso de decisión sobre su experiencia.

De Castro *et al.* (2012) proponen que se debe concebir al hombre no solo como un producto del pasado, del medio o de la determinación biológica, sino también, y sobre todo, como un ser que “tiende hacia”, o sea, como un ser intencional que siempre apunta a alguna significación. Por tal motivo, al estar el ser humano siempre de cara al futuro, es un ser inacabado, y solo se podrá crear coherentemente a sí mismo, cuando integre en su experiencia el deseo y la voluntad. Debe captar aquello que “quiere” a nivel racional, pero también aquello que “desea” afirmar o preservar a nivel afectivo. La intencionalidad, de esta manera, orienta o guía el proyecto vital, ya que implica aquello que se pretende ser, pero que aún no se ha logrado alcanzar en su totalidad.

De Castro *et al.* (2012) muestran algunas preguntas que podrían hacer posible aclarar la forma en que la persona puede ser consciente de su experiencia personal, deseos o sentido de vida: ¿qué obtiene a nivel experiencial la persona al negar cierta información? ¿Qué evita asumir en esa misma situación; volver a experimentar deseos que arrastra consigo desde la infancia? ¿Qué función tiene para la persona aceptar o bloquear su acceso a

sus deseos? A nivel experiencial, ¿qué busca obtener o pretende alcanzar una persona al dirigirse hacia algún sentido específico?

En otras palabras, para estos autores, cuando el ser humano alcanza, afirma, preserva o defiende algo que considera valioso o importante para su proyecto de vida, obtiene simultánea e implícitamente una sensación de sentido, sea este último sano o patológico. Esto quiere decir que toda intencionalidad está dirigida u orientada hacia un valor que la persona considera primordial o de suma importancia para sí misma. A su vez, cuando la persona logra o es capaz de afirmar un valor, obtiene inmediatamente una sensación de sentido, que incluso se puede vivenciar corporalmente en algún grado consciente.

De este modo, se podría decir que la intencionalidad y el sentido se implican mutuamente: por un lado, la intencionalidad orienta a la persona hacia formas específicas de valorar las situaciones y ante las nuevas posibilidades de sentido, mientras que, por otro lado, pero simultáneamente, la intencionalidad se desarrolla a partir de y con base en el proceso de valoración y en el sentido experienciado que se vaya obteniendo. La intencionalidad, dado que apunta a un sentido concreto, lleva a la persona a establecer (explícita o implícitamente) un centro de valores desde el cual trata de obtener, alcanzar o preservar un sentido, que en algún grado dé la sensación de organización o coherencia a la experiencia (De Castro *et al.*, 2012).

La intencionalidad así entendida, es decir, con una base afectiva, orientada al tiempo presente-futuro, y ubicada en un ser concreto y una situación específica, permite a los seres humanos la posibilidad de otorgar un sentido consciente a todos sus actos, al poder comprender que en toda decisión siempre está implicada una estructura de valores que nace y se desarrolla a partir de necesidades e intenciones afectivas que orientan el proyecto vital de los seres humanos. Esta estructura hace palpable una postura o posición psicológica (explícita o implícita) ante la propia experiencia en la relación consigo mismo y los otros. De esta forma, se entiende la intencionalidad como la estructura afectiva desde la cual el ser humano otorga significados a sus experiencias en su relación con el mundo y los demás seres.

En este sentido, retomando los aportes de D'Angelo (2003) el proyecto vital, si está basado en un autoconocimiento adecuado y revela la autenticidad personal, puede ser un proyecto efectivo autorrealizador, que se

fundamenta en una sólida autodeterminación personal y se construye sobre las siguientes premisas:

- Desarrollo de la imaginación y la anticipación de eventos y escenarios futuros.
- Representación clara de las metas y aspiraciones, así como las motivaciones que las inspiran. Elaboración adecuada de los conflictos.
- Elaboración de estrategias de realización que promuevan su logro.
- Formación de una disposición a cumplir las tareas y planes. Tenacidad, disposición al riesgo y al fracaso. Todo ello requiere tomar en cuenta la experiencia, y autorregular, rectificar o modificar las metas, planes y acciones de acuerdo con las nuevas situaciones presentadas y los límites de las posibilidades propias.

Algunas de estas características las podemos encontrar en las investigaciones que se han realizado en Estados Unidos y Europa relacionadas con el sentido y proyecto de vida para convertirse en terapeuta.

Encontramos relativamente pocas investigaciones sobre los significados personales y profesionales que los cuidadores de salud mental atribuyen a sus vidas y trabajo. Uno de los pocos estudios realizados en este campo involucró a psicólogos clínicos y psicólogos estadounidenses (en su mayoría blancos europeos-estadounidenses), y descubrió que percibían el significado de su vida en términos de amor, ayuda o compasión por los demás. Las relaciones íntimas, la familia y las amistades fueron dominantes en su experiencia personal de significado en la vida, mientras que ayudar a otros a vivir vidas más satisfactorias fue significativo en su trabajo profesional (Kernes y Kinnier, 2008).

Hill *et al.* (2013; 2015), en psicoterapeutas experimentados por estudiantes de doctorado en psicología de asesoramiento (Hill *et al.*, 2015) y estudiantes universitarios de psicología en los Estados Unidos (Hill *et al.*, 2013), encontraron que los participantes adquirieron un significado personal en la vida a partir de las relaciones, de ayudar a los demás y del crecimiento personal.

Steger *et al.* (2006) diseñan el cuestionario de sentido en la vida, un esquema de 10 ítems diseñado para medir dos dimensiones de significado en la vida: (1) presencia de significado (cuánto los encuestados sienten que sus

vidas tienen sentido), y (2) búsqueda de significado (cuánto se esfuerzan los encuestados por encontrar significado y comprensión en sus vidas). Los encuestados responden a cada ítem en una escala de tipo Likert de 7 puntos, que varía de 1 (absolutamente verdadero) a 7 (absolutamente falso).

Las respuestas fueron: 1. Entiendo el significado de mi vida. 2. Estoy buscando algo que haga que mi vida sea significativa. 3. Siempre busco encontrar el propósito de mi vida. 4. Mi vida tiene un claro sentido de propósito. 5. Tengo un buen sentido de lo que hace que mi vida tenga sentido. 6. He descubierto un propósito de vida satisfactorio. 7. Siempre estoy buscando algo que haga que mi vida sea significativa. 8. Estoy buscando un propósito o misión para mi vida. 9. Mi vida no tiene un propósito claro. 10. Estoy buscando sentido en mi vida.

Por otra parte, Farber *et al.* (2005, citados por Hill *et al.*, 2013) proporcionaron una extensa revisión de la literatura sobre las motivaciones de los terapeutas practicantes para ingresar a la profesión terapéutica. El tema más destacado encontrado se asoció con que los terapeutas se sintieron “aislados, solos, tristes o heridos en su infancia, y entraron en la profesión para satisfacer algunas de sus necesidades insatisfechas de atención e intimidad” (p. 1013). Estos terapeutas a menudo habían asumido el papel de padres, cuidadores o mediadores con familiares y amigos, y asumieron el papel de brindar apoyo a los demás.

En su revisión, Farber *et al.* (2005, citados por Hill *et al.*, 2013) también indicaron que los terapeutas practicantes generalmente tenían un alto nivel de curiosidad intelectual, la necesidad de comprender a los demás, y eran de mentalidad psicológica (es decir, orientados a la comprensión). Además, cuando eran niños, los terapeutas eran a menudo observadores e intérpretes de los comportamientos y motivaciones presentes en ellos mismos y en los demás. En relación con esto, Dlugos y Friedlander (2001) descubrieron que los terapeutas tenían un equilibrio en sus vidas, podían crear límites entre sus actividades profesionales y personales, eran adaptativos y abiertos, tenían una sensación de trascendencia y humildad (por ejemplo, consideraban que proporcionar terapia era algo social responsable), y compromiso con el aprendizaje intencional.

y a los demás; proporciona un trabajo personalmente significativo e impactante; se ajusta a la visión de ser una persona generosa y afectuosa, y permite que uno sea genuino y auténtico en las interacciones con los demás.

La profesión fomenta la autonomía profesional (capacidad de establecer sus propios horarios y honorarios, ser el propio jefe, evolucionar teórica y técnicamente), ofrece estimulación intelectual y permite la participación íntima con los demás. Del mismo modo, Kramen-Kahn y Hansen (como se citan en Hill *et al.*, 2013) descubrieron que los terapeutas podían disfrutar de sus carreras al limitar los riesgos (por ejemplo, no asumir grandes cargas de trabajo), amplificar las recompensas (por ejemplo, sentirse efectivos) y participar en comportamientos que sostienen su carrera (por ejemplo, tener un sentido del humor y participar en actividades de ocio). Además, Stevanovic y Rupert (2004) encontraron que las conductas que sostienen la carrera profesional (por ejemplo, pasar tiempo con la familia, equilibrar el trabajo y la vida personal, el humor) se correlacionan con la satisfacción laboral.

Teniendo en cuenta lo anterior, resultó importante para esta investigación explorar el sentido y proyecto de vida del terapeuta en formación, orientándose a los aspectos que pudieron influir en la elección de profesión, como familia, realidades contextuales, los significados personales y experiencias frente al ejercicio terapéutico. Cuando hablamos del sentido de vida, nos podemos referir a dos aspectos: el trabajo psicoterapéutico orientado a la búsqueda de sentido en el proyecto de vida, y el ejercicio de la psicoterapia como parte de dicho sentido.

Lo metodológico

¿Cómo lo hicimos?

La investigación se desarrolló con un corte cualitativo, y se fundamentó en el método biográfico-narrativo, por sus posibilidades metodológicas en función del logro de los objetivos investigativos. De hecho, como lo mencionan Susinos y Parrilla (2013), el método biográfico-narrativo se fundamenta en la concepción que tienen todos los seres humanos sobre su experiencia y la de los otros, cómo la leen e interpretan el relato; por lo que sus narrativas permiten dar sentido e identidad en la construcción de su propio yo.

Las narrativas de las personas participantes fueron entendidas en sus posibilidades para la emergencia del significado de los pensamientos, sentimientos y acciones. De este modo, fue posible profundizar en la dimensión subjetiva (experiencias, deseos, interpretaciones personales, etc.) de los acontecimientos vitales, al rescatar al estudiante en práctica clínico-terapéutica como protagonista de su realidad. Por esta razón, los resultados de esta investigación pudieron adentrarse en la realidad íntima de cada participante, sin desconocer la importancia de identificar rasgos comunes entre todos ellos que pudieron explicarse desde el contexto sociocultural de las universidades participantes.

La información biográfica que cada uno proporcionó en el marco de las técnicas utilizadas no pretendió acercarse a la generalización formal, sino poner de manifiesto los significados singulares de cada caso. No obstante, tal como lo definen Bolívar y Segovia (2018), puede otorgar comprensión de otros casos similares, y en esa medida poder ser generalizado en algún grado. La riqueza y profundidad de la información que pudo obtenerse fue más un proceso de descubrimiento que de búsqueda, que incorporó un significado subjetivo, según los planteamientos de Pujadas (2000).

En síntesis, las contribuciones metodológicas de las técnicas narrativas que se utilizaron resultaron de gran pertinencia para contextualizar las pretensiones de esta investigación, en la que participaron universidades de contextos culturales diversos en el interior del país (Pereira, Medellín, Santa Marta) y también de Estados Unidos (Texas).

Algunos de los alcances investigativos que permitió el proceso metodológico estuvieron relacionados con la posibilidad de comprensión de la experiencia de vida, en un marco de atribución de significados múltiples, en el cual las personas participantes pudieron reflexionar y reconstruir la propia historia. De este modo, cobran trascendencia las posibilidades de investigación-intervención de este método, pues tiene bajo sus principios la recuperación del actor social como protagonista no solo de su realidad, sino también del propio proceso investigador, al tomar en consideración la visión particular y subjetiva con la que se da sentido y se interpreta lo propio y lo de los demás. Al decir de Biglia y Bonet-Martí (2009), “implica las conjugaciones ‘expresivas’ de las personas y las exigencias de ‘racionalidad’ para acomodarse al mundo exterior” (p. 11).

Diseño metodológico

El proceso investigativo se planteó por fases en las que se muestra paso a paso la manera en que se desplegaron las técnicas utilizadas.

Fase 1: acercamiento y selección de participantes

En esta primera fase, el equipo investigador de cada una de las universidades participantes procedió a realizar la socialización de las pretensiones y características de la investigación con los estudiantes que reúnan los siguientes criterios:

- Estudiantes en formación terapéutica que se encuentren en su proceso final, cursando sus prácticas clínico-terapéuticas.
- Ser estudiante de pregrado o posgrado.
- Disponer de tiempo para participar en el proceso investigativo.
- Dar el consentimiento informado frente al uso de la información personal, de manera anónima y para fines investigativos.

En la tabla 2 se muestran algunas características de la población participante según cada una de las ciudades:

Tabla 2. Distribución por universidades

Ciudad	Universidad	N.º de participantes	Rango de edad	Modalidad de práctica clínico- terapéutica
Medellín	Pontificia Bolivariana	14	25-55 años	Formación terapéutica I y II en: Centro de Familia. Maestría en Terapia Familiar.
Pereira	Católica de Pereira	9	18-20 años	Práctica clínica en: Centro de Atención psicológica. Pregrado psicología
Santa Marta	Sergio Arboleda	4	19-21	Práctica clínica en: Centro de Rehabilitación. Pregrado psicología
Estados Unidos	Louisiana State University Shreveport	1	48	Practicante de Ph. D. en Consejería

Fuente: Creación propia

Es importante destacar que, si bien es cierto el nivel de formación es diferente, estas diferencias permitieron un nivel de complejidad reflexiva importante, porque dan cuenta de cada una de las experiencias humanas relacionadas con las expectativas, temores, estilos y construcción del *self* profesional. También es cierto que esto no determinó un cambio radical en las categorías de análisis ni en los resultados.

Desde esta perspectiva, la cultura y el contexto propio de los terapeutas y sus familias, la conceptualización de la familia y las narrativas sobre las situaciones que en el espacio familiar se vive es mucho más clara en el nivel posgradual de las narrativas que surgieron en las Universidades Pontificia Bolivariana y Louisiana State University Shreveport.

Cabe decir que, desde los estudios de Gutiérrez de Pineda en las décadas de los sesenta y los setenta hasta hoy, la concepción de la familia tiene relaciones y diferencias fundamentales en su estructura. Estas son los tipos

de filiación, tamaño y participación de sus miembros en las labores del cuidado que, por diversas regiones del territorio colombiano y aún más de los países de habla hispana, tiene diferencias en la generación de alternativas de solución a los dilemas internos que allí surgen (Bernal *et al.*, 2022). Esto influye en la narratividad, emocionalidad y expresión de los contenidos, y en cómo se logró evidenciar en la investigación que dio origen a este libro que se comparte con el lector.

Un lector que seguramente también está interesado en describir y conocer la participación de su familia en la creación del estilo particular de vida, el desarrollo de su profesión y el proceso de integración entre la vida laboral y la familiar. En este sentido, las partes de las vidas exploradas en este trabajo responden al objetivo de comprender las relaciones entre la familia de origen y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas, reconociendo el contexto que aporta significados a sus vidas, pero que genera interrogantes frente a otros modos de ver la vida tras de las cortinas del consultorio.

Cabe resaltar que, para el caso de Estados Unidos, se contaron con algunas dificultades institucionales, al no coincidir factores relacionados con los calendarios académicos y el fenómeno de la pandemia de COVID-19, se dificultó la participación de otras personas que inicialmente se seleccionaron en esta fase. Sin embargo, este estudio de caso se adhiere a la metodología planteada. Se hace necesario el respeto a la idiosincrasia y origen del investigador conservando los aportes de este y la participante en el idioma original, procurando no colonizar las explicaciones y los relatos en el idioma español, con el cual escriben los demás investigadores.

Fase 2: construcción y ajuste de las técnicas

El equipo investigador estableció los criterios y directrices orientadoras frente al desarrollo de las técnicas investigativas que se utilizaron; para ello, se construyeron los manuales orientadores de cada una, y se realizó una prueba piloto en cada ciudad para depurar y refinar.

Se procedió a recoger la información a través de las técnicas e instrumentos que permitieron triangular el proceso teórico con la experiencia biográfica y narrativa de los participantes. Para ello, los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

Autobiografía: consistió en la narración de la vida hecha por las personas participantes. Para el caso de esta investigación, la instrucción compartida para la realización de esta historia se focalizó en narrar a partir de la experiencia que ha tenido el estudiante, en su familia de origen. Uno de los instrumentos que se pidió desarrollar en esta autobiografía fue el genograma familiar, mostrando la composición, la estructura y las relaciones; se pretendió realizar hasta tres generaciones precedentes. La escritura de la historia de vida fue complementada luego, por el relato autobiográfico que se realizó a través de entrevista entre cada estudiante participante y el/la investigador/a.

Esta modalidad es denominada autobiografía asistidas, en las que fue posible profundizar en los acontecimientos (experiencias, sucesos) como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia que, para el caso de esta investigación, estuvo focalizada en la relación que tiene su familia de origen (anexo 1.1), con el sentido de ser terapeuta/clínico, su estilo, temores y expectativas. Para Sanz (2005), la vida y la personalidad dependen en gran medida de la visión que se tiene del pasado.

Las experiencias históricas y los modos de existencia de los que participa el sujeto y en los que se halla inserto condicionan su comportamiento, su personalidad, la narración de su propia vida y la significación atribuida a cada experiencia vivida u oída; los cambios en los relatos, el énfasis, los juicios de valor que surgen con la evocación de los recuerdos responden a una lógica retrospectiva que organiza los sucesos y les da un significado según la percepción global que el sujeto tiene de su vida pasada. (p. 106)

Álbum familiar: para Sánchez (2012), es una técnica visual y narrativa que da cuenta del ser humano en referencia a hechos, acontecimientos y relaciones. El álbum configuró una relación espacio-temporal en la remembranza de referentes emocionales y afectivos, que representó un fragmento de esta realidad del grupo familiar, que pudo ser reflexionada para encontrar explicaciones a ciertas situaciones, de las características del *self* del terapeuta, según el primer objetivo que nos planteamos en la investigación (anexo 1.2).

Diario personal: fue un instrumento de investigación y de autoformación que permitió hacer una evaluación introspectiva para configurar y recrear los pensamientos, sentimientos y, sobre todo, el sentido de la palabra sobre

los asuntos fundamentales de esta investigación, y que permitieron un repertorio de gran sentido en el plano personal por la carga reflexiva y emotiva de su contenido (Jurado 2011). El diario personal posibilitó la recogida de datos significativos (anexo 2), además de la reflexión sobre estos, su análisis y sistematización. Ello favoreció tener unos referentes que reflejaron la realidad sentida de los estudiantes participantes, en relación con sus temores y expectativas frente al ejercicio clínico-terapéutico.

Esta información fue relevante en cuanto condujo a un estado consciente de las propias actuaciones. Sirvió como retroalimentación, al permitir evaluar la práctica en general. La utilización de esta técnica permitió al equipo investigador contar con narrativas escritas que pudieron ser exploradas y profundizadas con los estudiantes, a través de entrevistas en profundidad, y así comprender los factores de la familia de origen implicados en los temores y expectativas del ejercicio clínico-terapéutico.

Equipo reflexivo: esta técnica ha tenido su origen en las ideas constructivistas que han dado origen a nuevas prácticas, que ponen énfasis en procedimientos investigativos tales como el empleo de conversaciones reflexivas que permitan ver nuevas descripciones y explicaciones que emergen con la utilización de esta técnica (Pereira, 2014).

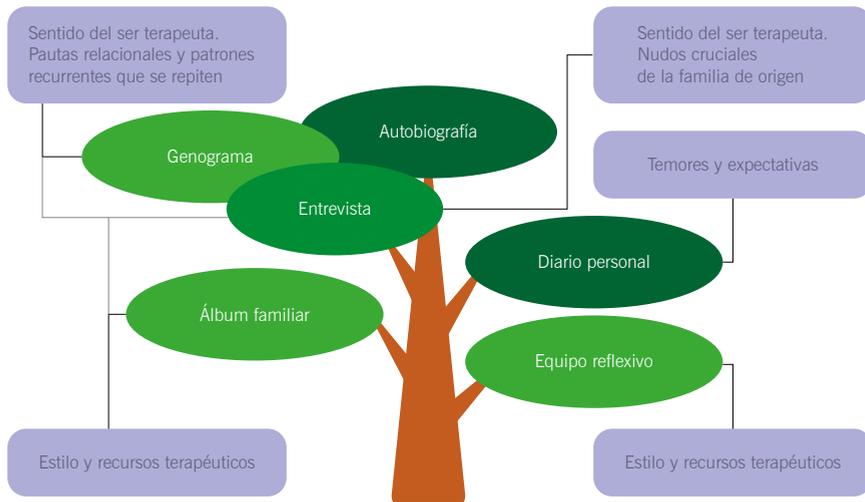
El empleo de esta técnica estuvo planteado en un esquema de tres momentos: 1) el terapeuta/practicante realiza la sesión con el sistema consultante, siempre que hayan consentido para ser observados por el equipo y bajo el conocimiento de los fines investigativos que le subyacen. 2) El equipo reflexivo (investigadores) observa y escucha atentamente tras el espejo el papel del estudiante en su práctica terapéutica/clínica; en este caso, el foco de atención estuvo centrado en los recursos y estilo terapéutico. 3) Terminada la sesión, el equipo reflexivo (investigadores) y el estudiante cambian de espacio físico: el estudiante pasa detrás del espejo y el equipo reflexivo pasa a la sala de atención psicoterapéutica. El equipo reflexivo (investigadores) hicieron comentarios de sus observaciones, ideas y preguntas en primera persona, referidas a lo observado y escuchado, cuidando de mantener un ambiente respetuoso, en el que surgió un abanico de visiones respecto al estilo y recursos del terapeuta.

Entrevista: la entrevista semiestructurada puede considerarse en este proceso como una técnica complementaria y de apoyo en la construcción de las narrativas que emergieron en el desarrollo de técnicas como relato au-

tobiográfico, genograma y álbum familiar. Gracias al encuentro interactivo a través de la entrevista, fue posible profundizar en datos importantes para la profundización y exploración en los focos de las categorías investigativas (características del *self*-estilo terapéutico-recursos-miedos-sentido de la profesión). Para el caso del estilo terapéutico, resultó fundamental el referente de la fundación AIGLÉ que ha desarrollado desde hace varios años un instrumento para la clasificación del estilo, el cual fue retomado en preguntas tipo escala de Likert, y que en últimas favoreció la exploración de este objetivo.

En la figura 2 se pueden apreciar las técnicas que se concretaron a la hora de considerar la recolección de la información:

Figura 2. Técnicas de recolección de información



Árbol de técnicas y categorías de estudio

Fuente: Creación propia

Fase 3: recogida de la información

La recolección de la información, tal como se mencionó anteriormente, estuvo precedida de un encuentro de sensibilización y motivación que se di-

rigió a los estudiantes de práctica clínico- terapéutica, en el que se informó de manera amplia y detallada las pretensiones investigativas del proyecto. También fue la oportunidad para puntualizar en los alcances, beneficios e implicaciones de la participación. Por lo anterior, una vez se tuvieron definidas las personas participantes, se concretaron los pormenores del proceso a través de la discusión y firma del consentimiento informado, según lo que se describió en la fase de sensibilización.

El proceso de recogida de la información implicó de parte del equipo investigador diseñar una matriz de operacionalización categorial en la que se plasmaron los objetivos, las categorías y subcategorías investigativas definidas, así como las preguntas derivadas de estas. Esto permitió garantizar coherencia investigativa y pertinencia en el uso de las técnicas e instrumentos. En la tabla 3 se puede identificar este proceso.

La recolección de la información propiamente dicha se desplegó en un proceso que fue apoyado por la realización de tres talleres formativo-investigativos que fueron complementados con entrevistas en profundidad y equipos reflexivos (ver anexo n.º 1. Talleres investigativos. Anexo n.º 2. Instrumentos de recolección de información). Cada una de las universidades participantes desarrolló una dinámica particular para dar cuenta de esta fase. Incluso para el caso de Estados Unidos, en los que al final de todo el proceso solo se pudo contar con una sola persona que siguiera de principio a fin todo el desarrollo investigativo.

Estos elementos se constituyeron en el primer cuerpo documental que el equipo de investigadores revisó, para la construcción de las preguntas orientadoras de la entrevista en profundidad, la cual es grabada y transcrita.

Tabla 3. Matriz metodológica

Objetivos	Categorías teóricas	Subcategorías (definición)	Preguntas investigativas
<p>Identificar las características del <i>self</i> personal del terapeuta, de los estudiantes en formación.</p>	<p>Self del terapeuta: El <i>self</i> del terapeuta, según Canevaro (2017), hace referencia a la construcción de sí mismo a partir de sus experiencias, sus conocimientos, emociones, las relaciones con el otro, sus creencias, prejuicios y su cultura. Para Páramo (2008), el <i>self</i> del terapeuta no solo es una invitación a comprender propiamente las emociones en terapia; es otro de los objetivos del <i>self</i> del terapeuta, pues gracias a esto el mismo sujeto en posición de terapeuta conoce sobre sus límites, sus ventajas y las posibilidades que tiene en la orientación clínica (Aguilar y Zapata, 2009).</p>	<p>Self personal: En el <i>self</i> personal se encuentra la influencia de la familia de origen y de la familia actual. Ambas tienen su peso relativo; pero con el paso del tiempo la segunda comenzaría a tener más relevancia, sin desconocer que la familia de origen deja su huella en la personalidad del terapeuta y su influencia, tanto en la vida privada como en la vida profesional.</p>	<p>¿Cómo sería el nombre-título que signifique algo para usted y su historia familiar? Autobiografía. ¿Cuáles son las historias dominantes (se hablan y se transmiten abiertamente en la familia, suelen ser motivo de orgullo) y cuáles son las historias subyugadas (se ocultan, han generado temor, secretos o son motivo de sufrimiento y de silencios) Autobiografía? ¿Qué necesito resolver de mi historia de vida familiar para mi ejercicio terapéutico? Diario personal. ¿Qué prejuicios identifiqué en mí a partir del trabajo terapéutico? Diario personal. ¿Qué características de su ser como terapeuta ha aprendido de su familia de origen? Entrevista. ¿Qué cosas debo enfrentar a nivel familiar que hoy por hoy me causan dificultad para el ejercicio terapéutico? Entrevista. ¿Qué he logrado clarificar respecto a mí mismo/a y a mi historia familiar que me ayude hoy por hoy? Entrevista. ¿Qué patrones se repiten en su historia de vida familiar? ¿Cómo repercuten en su quehacer como terapeuta? Autobiografía y entrevista.</p>
<p>Identificar los elementos de la historia de vida familiar en la construcción del estilo terapéutico y recursos que emergen en la intervención de los estudiantes en formación.</p>	<p>Estilo terapéutico: El estilo personal del terapeuta es un constructo multidimensional, el cual se encuentra ligado a una serie de dimensiones que permiten medir esta multidimensionalidad de las características de una persona y cómo las pone en función de una terapia. El estilo personal, para Ceberio y Linares (2000), se trata de un conocimiento personal ligado a las experiencias, y estas se entrelazan al campo clínico donde se evidenciará con un rasgo propio y único de hacer terapia. Consiste en la particular instrumentación del modelo por parte del interventor o terapeuta.</p>	<p>Instruccional: Seguimiento de los lineamientos emanados del enfoque teórico. Es el método para evidenciar a un terapeuta en su rigidez y flexibilidad teórica. Operativo: se relaciona con la utilización de técnicas del modelo. Expresiva: habilidad para expresar emociones, afectividad o distancia emocional con el paciente, o si es más distante. Atencional: mide la focalización y búsqueda de información. Se trata del foco de atención que proporciona el terapeuta a la intervención. Involucración: Compromiso de vincular explícito o implícito (Casari et al., 2013; Fernández-Álvarez et al., 2017)</p>	<p>Preguntas generales ¿Qué los llevó/llevará a escoger su modelo de intervención? Entrevista. ¿Qué habilidades cree que debería desarrollar más en el ejercicio terapéutico? Entrevista. ¿Cuáles han sido/serán las limitaciones que han encontrado en la aplicación del modelo escogido? Entrevista. ¿En qué aspectos puntuales usted ha identificado que los patrones familiares han influido en su estilo terapéutico? Entrevista. ¿Cuáles de los patrones que ha identificado, le han funcionado y cuáles necesita modificar? Entrevista. Las preguntas a continuación se plantean en una entrevista. Instruccional: ¿La fundamentación teórica de su enfoque representa para Ud. una guía en el proceder terapéutico? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). Operativo: ¿Usted utiliza técnicas de un enfoque terapéutico diferente al suyo en el momento que se encuentra con algún estancamiento? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). Cuando se encuentra ante alguna dificultad, ¿busca apoyo en algún colega de otro enfoque terapéutico? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca) ¿Siente que tiene la habilidad para flexibilizar el uso de las técnicas terapéuticas que normalmente utiliza? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca) Expresiva: ¿En el desarrollo de la terapia, Ud. se siente cómodo/a en las expresiones de cercanía física? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿En el desarrollo de la terapia, Ud. se siente cómodo/a con sus manifestaciones de sentimientos, emociones? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿En el desarrollo de la terapia, Ud. se siente cómodo/a, en los procesos de autorreferencia? (Conectarse consigo mismo para devolver al consultante). (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca).</p>

Objetivos	Categorías teóricas	Subcategorías (definición)	Preguntas investigativas
			<p>Atencional: ¿Con qué frecuencia siente usted que sus pensamientos están más enfocados en las preguntas que va a realizar que en la narración del consultante? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿Durante la consulta ha sentido que no tiene más preguntas para hacer? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿Al momento de realizar el cierre de una sesión tiene la habilidad para recoger las narraciones del consultante y realizar una buena síntesis? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿Al finalizar la consulta, siente que hay elementos que logra recordar con facilidad? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca).</p> <p>Involucración: ¿En su vida cotidiana piensa en las situaciones y dilemas de sus consultantes? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿Si un consultante le llama para preguntarle algo sin tener cita, usted le atiende? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿En el proceso terapéutico, le resulta fácil poner límites a sus consultantes? (La mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca). ¿Puede/podría mencionar tres características que vayan ligadas a su estilo terapéutico?</p>
	<p>Recursos: son las competencias que se adquieren en función de la incorporación del rol terapéutico, considerándose este rol en función a la corriente psicológica a practicar (López, 1994).</p> <p>Ceberio y Linares (2005) plantean un tercer elemento en la construcción del estilo, el filtrado: cómo el estudio teórico y el sesgo para incorporar los conocimientos, los factores cognitivos influyen en los factores emocionales y pragmáticos. Este filtrado le otorga colorido al modelo, enmarcándolo con un sello de singularidad.</p> <p>Molero (2010), Galfré, y Frascino (2007) señalan los factores que afectan a un terapeuta en tres niveles: personal, profesional y contexto sociocultural.</p>	<p>Reflexividad (autorreferencia): según López (1994), es la existencia de una canalización que permite conectar con las propias experiencias emocionales y con las propias respuestas a sucesos significativos.</p> <p>Habilidades interpersonales: son un conjunto de comportamientos que se extienden a un contexto interpersonal y también no verbal para expresar deseos, creencias, pensamientos, etc.; y que son socialmente aceptados según como estos sean expresados, tales como respeto, empatía y genuinidad. (Ibáñez <i>et al.</i>, 2011)</p>	<p>Ordene del 1 al 12 los siguientes recursos terapéuticos, según su estilo personal de intervención con sus consultantes, donde 1 es la menor puntuación y 11 la máxima calificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresar emociones • Flexibilidad • Observar el lenguaje analógico del consultante • Pragmático y directivo • Creatividad • Curiosidad • Capacidad de hablar en el lenguaje del consultante • Identificar oportunidades • Capacidad de confrontar/preguntar abiertamente • Contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis • Humor • Mediación <p>¿Describa brevemente cuáles son sus capacidades para transformar sus debilidades en herramientas para el trabajo terapéutico? Entrevista.</p> <p>¿Qué mecanismos utiliza como terapeuta para conocerse a sí mismo? Entrevista.</p> <p>¿Considera que los conflictos que surgen en la sesión están relacionados con su historia de vida familiar? Entrevista.</p> <p>¿Dentro de su proceso de formación qué estrategias le han ayudado a reconocer las dificultades y anclajes que provienen de su historia de vida? Entrevista.</p> <p>¿En qué momento de su ciclo vital está su familia de origen y actual? ¿Cómo cree que esto influye en sus habilidades terapéuticas? Autobiografía.</p> <p>¿De qué manera ha logrado transformar mitos y tabúes de su familia de origen en busca de favorecer el proceso terapéutico? Entrevista.</p> <p>¿Mientras realiza la sesión, reconoce los sentimientos y pensamientos que emergen de su propia vida? Diario personal.</p> <p>Mi mayor cualidad en la práctica terapéutica es... Entrevista.</p> <p>¿Qué tipo de intervenciones en las sesiones terapéuticas considera que le salieron mejor? Diario personal.</p> <p>De acuerdo con todas las preguntas anteriores, mencione cómo estos recursos habilidades y/o capacidades se vinculan con su familia de origen y su familia actual. Entrevista.</p>

Objetivos	Categorías teóricas	Subcategorías (definición)	Preguntas investigativas
<p>Reconocer el sentido del ejercicio terapéutico en el proyecto de vida personal.</p>	<p>Sentido–proyecto de vida: “La razón que nos motiva y nos impulsa a vivir haciendo que las circunstancias sean abordadas con ímpetu y entereza” (Arango t Meza, 2002, p. 6).</p>	<p>Dimensión afectiva: “Valor que un individuo da a su existencia y a la existencia de los demás” (Arango y Mesa, p. 3).</p> <p>Dimensión sociopolítica: relación con los otros.</p> <p>Dimensión profesional: “Hace referencia a los valores de trabajo que genere realización” (Arango y Mesa, p. 27).</p> <p>Dimensión trascendente: “Representa las convicciones en que está fundamentada la fe y que anima su vida” (Arango y Mesa, p. 28)</p>	<p>¿En su elección por su profesión, hubo algún miembro de la familia que influyó positiva o negativamente? Álbum familiar.</p> <p>¿Cómo reaccionó su familia con la noticia de la elección de esta profesión? Álbum familiar.</p> <p>¿Qué realidades sociales de su contexto influyeron para la elección de su profesión? Álbum familiar.</p> <p>¿Por qué eligió esta profesión? ¿Qué vivencias o experiencias familiares le llevaron a esta elección? Álbum familiar.</p> <p>¿Qué sentido tiene para mí ser terapeuta? Álbum familiar.</p> <p>¿Desde qué campo encontraría el sentido de su elección profesional? Álbum familiar.</p>
<p>Explorar los temores y expectativas con respecto al desarrollo del ejercicio terapéutico de los estudiantes en formación clínico- terapéutica.</p>	<p>Temores: Según Sören Kierkegaard (2019), el miedo es una experiencia vital que genera significados profundos en el desarrollo de la persona. La experiencia del temor al error genera la inquietud por el método y la adecuación entre la experiencia y conocimiento. Filgueira (2014) dice que los miedos no constituyen una experiencia aislada en la vida del terapeuta; al contrario, hacen parte de la necesidad de reconocimiento de la subjetividad y de crecimiento en el proceso formativo profesional. Descubrir la influencia de estos temores que proceden en su mayoría de la vida personal, a través de una puesta en escena, permite la autorreferenciación y el cuidado de la identidad del profesional en terapia.</p> <p>Expectativas: Maturana (2016) dice que este término hace uso del concepto de esperanza, ya que las expectativas se encuentran fuera del sujeto.</p>	<p>Bernal <i>et al.</i> (2018) plantean que los miedos están en relación con las historias familiares, el tiempo, las posturas intelectualizantes, la búsqueda de un estilo propio, la responsabilidad sobre la asistencia, los cambios y las alternativas futuras para los consultantes; incluso temores frente al ejercicio contractual de su labor, honorarios, estabilidad y promoción de su profesión.</p> <p>Temores internos: Hacen referencia a los miedos existenciales y subjetivos que se unen a la experiencia familiar y personal</p> <p>Temores externos: son aquellos que se relacionan con experiencias circunstanciales, como edad, condición social, tiempo de experiencia laboral en el campo específico, condiciones institucionales, condiciones laborales.</p> <p>Prejuicios: estas son ideas que perduran en el tiempo y dan forma a las prácticas terapéuticas, desarrollando un temor particular que se relaciona con el modo de percibir las experiencias con los consultantes de manera amenazante.</p>	<p>¿Cómo me siento hoy para enfrentar el proceso terapéutico en mi práctica? Diario personal</p> <p>¿Qué temores experimentó frente al ejercicio terapéutico? Diario personal</p> <p>¿Qué o quién me genera tensión para mi práctica? Diario personal</p> <p>¿Qué me genera ser observado en el proceso de supervisión? Diario personal</p> <p>¿Qué efectos puede tener mi intervención en el consultante? ¿Pensar en esto que le genera? Diario personal</p> <p>¿Qué tipo de temores siento que están relacionados con mi estilo terapéutico? Diario personal.</p> <p>¿Qué le genera pensar en su futuro profesional? Diario personal.</p> <p>¿Hay alguna situación no resuelta en su experiencia familiar que le genera temor para la atención como motivo de consulta? Diario personal.</p> <p>¿Qué prohibiciones mentales o tabúes de su familia de origen encuentra como obstáculo en su proceso terapéutico? Diario personal.</p> <p>¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes de los consultantes que le generan temor en su práctica terapéutica? Diario personal.</p> <p>¿Qué sentimientos le generan cuando estos prejuicios, tabúes y prohibiciones son traídos a terapia? Diario personal.</p>

Fuente: creación propia

Fase 4: Análisis de la información

Este momento investigativo está implicado desde la recopilación y lectura de textos hasta la hermenéutica de estos. Es decir, el análisis es una “actividad intelectual que le implica al investigador separar lo principal de lo accesorio y lo trascendental de lo pasajero o superfluo” (Sarduy, 2007, p. 4). Esta idea coincide con que el análisis de contenido es una lectura textual, pero también la producción del dato (Abela, 2002). En este orden de ideas, el procesamiento y análisis de la información implicó dos retos: por una parte, la evolución de la capacidad analítica para obtener lo esencial; y por otra, la asociación única de datos y hechos que pudieron explicar y sostener la coherencia con los objetivos investigativos planteados, lo que representó la puesta en evidencia de la construcción del “dato”. Es decir, superar la descripción del sentido común para trascender en el análisis crítico, capaz de establecer relaciones y develar lo que a simple vista no es claro, “por lo tanto surge por sí un valor de uso que otros no disponen; convirtiéndolo en un documento estratégico para el desarrollo de los objetivos y metas investigativas” (p. 6)

De manera pormenorizada, se podría decir que el análisis de la información supuso varios momentos o etapas que no necesariamente fueron lineales; pero que, para fines organizativos, se pueden puntualizar en recolección de datos, preparación del material para el análisis, revisión de datos, lectura y observación, organización de la información, codificación de las unidades de análisis, generación de teorías y explicaciones.

Afirman Schettini y Cortazzo (2015) que muchas veces se confunde la codificación con el análisis; codificar es agrupar la información en categorías de temas semejantes para el análisis posterior, los códigos son etiquetas para identificar dichas categorías y describir el sentido de un hallazgo. En últimas, en el análisis se trató de identificar posibles contradicciones, ausencias o presencias, intenciones explícitas o implícitas, énfasis, contextos, etc.

Las unidades de análisis fueron los segmentos que generaron interés según los objetivos investigativos. Estas mismas unidades fueron susceptibles de ser expresadas y desglosadas en categorías y subcategorías, de modo que el *self* del terapeuta y la familia de origen se convirtieron en las unidades fundamentales. Por un lado, el *self* se entendió como la adecuación del sí mismo en la historia, a través de las narraciones de la experiencia de cada sujeto (Foucault, 2010), las cuales constituyen la biografía que es

un recurso que devela la identidad. Por otro lado, la familia de origen es el contexto en el cual la historia individual es un mapa que contiene la estructura general de las relaciones (White, 2016).

Es preciso anotar que las narrativas de las personas participantes de la investigación se codificaron utilizando códigos alfanuméricos, con el fin de salvaguardar el anonimato de sus identidades. Para Estados Unidos, los resultados fueron presentados como un estudio de caso; por tratarse de una sola persona, se utiliza el seudónimo de María.

Consideraciones éticas

En todo momento, se mantuvo la ética como una acción implícita y explícita en el manejo de la información suministrada por los participantes, la cual se manifestó en escucha activa, grabación autorizada, transcripción realizada por los investigadores y uso de seudónimos, como se mencionó anteriormente. Además, se firmó un consentimiento informado que, según Cañete *et al.* (2012, p, 1), se convierte en una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica. El consentimiento informado fue, adicionalmente, una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales que permitieron garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación.

Respecto a las fuentes citadas, en todo momento se monitoreo que estas fueran de calidad académica, de contenido acorde a los objetivos planteados y al rigor investigativo. Además, siempre fueron citas con rigurosidad, y en ningún momento se hizo apropiación de los investigadores frente a lo dicho por los referentes académicos. Las normas APA fueron la estrategia utilizada para traer a colación dichos autores.

Comprensiones sobre el *self* del terapeuta y su familia de origen

En el siguiente apartado, se muestran los hallazgos del proceso investigativo que dan cuenta de los cuatro aspectos seleccionados del *self* del terapeuta y su familia de origen, y que contribuyen a la construcción de su estilo, recursos terapéuticos, miedos y el sentido de la profesión en su proyecto de vida. Estas características se expresan de manera diferente en los y las terapeutas participantes en la investigación, como se expresó en la metodología. Al ser de contextos y condiciones vitales tan diferentes, marcaron un horizonte particular que le dio sentido singular a sus narrativas. Por este motivo, en lo que respecta a la presentación de los resultados, se muestra de manera diferenciada por ciudad y por categoría investigativa. Para el caso de los hallazgos de Texas, se presentan al inicio todos juntos, al tratarse de una sola persona participante, y en el idioma del investigador.

La experiencia de vida narrada por los y las terapeutas corresponde a una forma de asumir una postura distinta de neutralidad y con la que se pretende abandonar el anonimato del terapeuta (Szmulewicz, 2013). La neutralidad entendida tradicionalmente como una manera de distanciarse de la vida de los consultantes evita que se reconozca la riqueza de la experiencia personal del terapeuta y se dejen de lado expresiones valiosas de su *self* personal. Al entrar respetuosamente en la intimidad de su familia, se identifica que el *self* del terapeuta es producto de su historia y aún más de las diferentes experiencias; es una apuesta investigativa por el reconocimiento de las historias de los terapeutas en formación.

En primer lugar, se presentan los hallazgos de Estados Unidos, un proceso integrado a las dinámicas propias de esta investigación, pero que, debido a las particularidades expuestas antes, se realizaron las conversaciones y talleres con una participante. De manera seguida, se presentan los hallazgos en Colombia, específicamente en las ciudades de Medellín, Pereira y Santa

Marta, los cuales entran en diálogo con la teoría expuesta por expertos, y que desde otras latitudes también encuentra sentido. De esta manera, el lector/a está invitado/a a ser copartícipe de la construcción que se da entre párrafos, en los cuales se comparte la narración de los participantes con ecos de hermenéutica de los autores que contrastan las historias con el contenido de la teoría.

Si bien las narraciones de los terapeutas están orientadas a los objetivos propuestos en este trabajo, no se puede desconocer la utilidad en los procesos de acompañamiento y formación terapéutica. Como dice White (1997), las historias narradas por otros son voces que resuenan en la vida de quienes escuchan estas historias, y sirven para desarrollar mejores métodos de formación, así como para atender al cuidado de los propios profesionales en los momentos de agotamiento, lo que seguramente aportará a las propias construcciones del lector.

A medida que se avanza por los hallazgos y entre cada acápite, se presentan figuras que permiten hacer una comprensión resumida del texto, teniendo en cuenta las categorías de la investigación. Se incluye un apartado de reflexiones finales que recoge las similitudes y diferencias de las ciudades, en un intento por mostrar un eje articulador de reflexiones y conclusiones.

Una mirada a María a partir de la historia de su vida familiar. Texas, Estados Unidos

A Look at Maria from Her Family Life Story. Texas, United States

Being a therapist offers the opportunity to better understand oneself and others. It also provides personally meaningful and impactful work that fits the vision of being a giving and caring person. Understanding oneself often requires self-reflection on family-of-origin and one's upbringing, exploring lived experiences that can influence self, both personal and professional. Being a therapist also requires reflection on one's therapeutic style and the resources used to better manage fears and expectations, as well as improving our understanding of our sense of what it is to be a therapist. Canevaro *et*

al. (2017) stated that a good therapist is one who uses personal elements in professional work and then uses it as a resource in the therapeutic context and, in turn, strengthens the elements that maintain the therapeutic session. This is known as tension that takes place in therapy. Further, Castañeda *et al.* (2006) claim that self-reference becomes a resource for managing and understanding the emotional processes that emerge when a therapist is in contact with family and social dilemmas that could be very painful, such as sexual abuse, mistreatment child, and other forms of family violence. Additionally, Corbella *et al.* (2009) state that the therapist's personal style is a set of singular conditions that lead them to operate in a particular way in their task. Their therapeutic style is dynamic, multidimensional, and reflects the behavioral predictions that the therapist uses to communicate with another person. Finally, therapists-in-training have internal struggles between their awareness and willingness to confront how difficult therapy is with those they seek to help. Client families that are similar in structure and behavior to that of the therapist can generate a cognitive fusion in the professional, requiring the therapist to take ownership of their family history. If a therapist has learned to use himself as a therapeutic instrument, then self-reference becomes a tool for generating new possibilities (Chouy, 2007). This research study seeks to illustrate that phenomenon.

Not much research has been published recently on how a therapist-in-training gives meaning to their life goal of becoming a therapist, and the factors that could influence their choice of profession, like their family-of-origin, contextual realities, personal meanings and lived experiences. The purpose of this case study was to investigate the self of the therapist-in-training, as well as their therapeutic style, therapeutic resources, their fears and expectations, and their sense of being a therapist. One must be aware of the family history to better understand the self, since it is through the bond that one has with these people. Family members can provide reasons to generate different emotions, sensations, thoughts, feelings in the therapist such as satisfaction, euphoria, fear, anguish, happiness, etc., and this gives the therapist emotional stability and self-control between what happens to them in their personal and professional life (Molero, 2010). To effectively understand this phenomenon, qualitative methods were used. These methods allowed for a more comprehensive description from the viewpoint of the therapist-in-training who is embarking on licensure as a professional counselor.

This chapter describes the data that was collected for the case study, categorized, and thematically analyzed. Results were provided under four

apriori themes of the study: self, style and resources, fears and expectations, and sense of being a counselor. A summary of this single-case study findings is presented. The participant in the study has a strong self-concept and self-esteem, despite being raised in a chaotic and abusive environment. She relies on past resilience to promote empathy and works within a humanistic and cognitive behavioral therapeutic framework and style. She reconciles her childhood fears by attending to her own therapy and her desire to work with at-risk families from abusive households. She also provides a safe space for her clients to find closure to challenging lived experiences.

Limitations were present in this study that include the timing of the data collection during the start of the Covid pandemic, lack of student participation, and job loss. I am a mental health counselor educator and licensed professional counselor and clinical supervisor who was teaching as an adjunct at Columbus State University. Universities went through a difficult time when the Covid pandemic forced our country into a lockdown. My adjunct contract was not renewed after the first year of the pandemic due to low student enrollment. The Covid pandemic also made it difficult to recruit student-in-training participants for this study due to program interruptions.

Case Presentation – Maria: The purpose of this study was to learn more about the family-of-origin of therapists-in-training and childhood experiences that give meaning to both their personal and professional self, as well as their sense of being a therapist, their therapeutic style, resources, fears and expectations. Maria (a pseudonym) was a doctoral student-in-training pursuing her licensure in professional counseling in the state of Georgia when she agreed to participate in this research. Maria is a Haitian immigrant in her mid 40's who migrated to South Florida during the early 1980's to live with her grandmother, then later to be raised by her abusive father. In getting to know her immigration story, she mentioned that she was not in communication with her mother and had very limited communication with her father and step-siblings. She reported:

My family will hold grudges for years and then they'll see each other, for example, like five years later and it would be like nothing happened. I think that is very weird. But we do that, and I don't know why. I guess we get that from our dad. But that's another thing that I've noticed.

Past research has suggested stressors such as poor language fluency, cultural differences in religion, family life, and socioeconomic status, as well

as involuntary migration can increase the risk of mental illness during post-migration (Lyubansky, 2000; Mydans, 1993). Additionally, the health and well-being of immigrants can be impacted by discrimination and prejudice whether real or perceived, and can lead to anxiety, high blood pressure, isolation, and psychosomatic symptoms (Andrichuk, 2010; Jasinskaja *et al.*, 2006). Although some conflict and stress are expected when making big changes, most can get through it by adopting new cultural norms. Berry *et al.* (2002) believed that an immigrant can successfully integrate into the new host country if the bicultural person's mental health is intact, and immigrants with poor mental health who are marginalized are at risk for developing behavioral health problems. Maria shared that her mother was diagnosed with bipolar disorder and demonstrated poor mental health.

Past research also highlights two studies regarding the therapist's construction of self. Cabral & Sales (2019) stated that the work of therapists-in-training is rooted in two dimensions of the personal and the professional that highlights the value of self-reference and provides the space for constant reflection on their clinical work. Likewise, López *et al.* (2020) stated that the therapist's self is a relevant phenomenon, since it is the fusion between the theoretical framework acquired formatively and the result of the experience of their environment, such as family, contextual, cultural, personal, and other factors. Maria shared that her family-of-origin does influence her work as a therapist in that she is aware of her biases when working with children from abusive families. Maria shared her immigrant story of her birth mother leaving her in Haiti with a family friend from birth until she was around six years old. Upon arriving in South Florida, Maria moved in with her maternal grandmother and lived with her until she was a teen. Maria shared that her mother was not interested in a mother-daughter relationship and assumed the reason was due to the 15-year age difference between them. As a young mother, she never had an opportunity to bond with her daughter in Haiti because she had migrated to the United States to work and send money back. Maria's background and family of origin situation made her at-risk for developing behavioral health problems. Maria did not come to know her father until she was in South Florida and their relationship was poor. She reported that he was a narcissist, a womanizer, and an abuser. Maria also reported that she has started to speak again with her father but stated that it wasn't easy. She stated the following:

Yeah. And my dad, I actually just started talking to him lately because growing up going through all of that, he would tell me constantly,

he was an alcoholic, and I spent a lot of time alone in my room. So at night he would kind of, and I would sit by my windows. And my window, I had his big window and I'd just look at the stars and just wish and hope and pray I could get myself out of this. And so one night he came to my window and I was just sitting there and he would often say I'm going to be a whore like my mom and I'm not going to amount to anything and I'm going to have a bunch of children and I'm never going to be anything but a whore. So that's what I grew up hearing. So when I finished [my doctorate degree] and I went, that was like my fuck you to him. Yeah. That was my big fuck you. Yeah. I raised all my kids, not a whore, ¿and guess what? I'm a doctor. And just to see his face was just, ugh, it was great!

Reasons for child abuse can include socio-economic issues (i.e. poverty, unemployment), familial stress (i.e. immigrating to a new country), substance abuse (i.e. cocaine in South Florida during the 80's), lack of family support systems (i.e. no mom or dad present as a child), lack of community support systems (i.e. language barriers), religion, family of origin issues, and the cycle of family violence. Maria shared an abusive situation with her dad and how she was able to turn a personal matter into motivation for a professional pursuit of helping others:

I got the last laugh. Yeah. And before I had left and I told you that I ran away, when that whole thing had happened. And he did the same beating on me and he kicked me and I was sitting on the floor in my closet. And just recently, my brother went and read my book. And so he was asking me these questions because he didn't know it was that bad for me. And as I sat there in that closet, my father came to me and actually spit on me and threw my passport in my face and told me to get the fuck out of his house. And that, I swear, that is my motivation right there. That was my motivation, when that man spit on me. And I know he probably doesn't even remember. And that's the thing that gets me that goes back to that question that you asked me. It's pointless for me to even bring it up because that impacted, that, what he did impacted my whole life, the whole trajectory of everything that I do, how I act, how I interact with people, why I'm so compassionate because of that. Yeah. Just I felt like nothing to have your own father spit on you.

Despite her mother and father mocking her desire to become a psychologist, she did receive some support from those family members who were more “americanized” and understood the importance of a college education, regardless of if her studies were in psychology. The college classes required inner work and Maria reported that she relied on talk therapy, journal writing, and working with at-risk clients and their families for working through her past childhood trauma. She stated:

When I encountered clients, like I said, that have the background of abuse and stuff like that, I would go to therapy. I would. I would talk to close friends that know my story. And at that time, I would write it down because talking about it with family is kind of hard. Yeah. So that’s what I did back then.

As Rogers (1972) stated, “the most desirable goal for the individual is to be themselves”, shedding the masks they have assumed to appear to be what others have required them to be. When the person finds themselves and manages to reveal themselves, they are constituting the platform from which they can stand, to envision their meaning in life. Maria’s chaotic and abusive childhood was unfortunate, but it molded her into being a more authentic and transparent therapist, coming out of the darkness of abuse and neglect and shining light onto the world.

Self of therapist

The therapists’ self is an important instrument in session with the client. It becomes an ethical practice to work on oneself as it is always in formation (Pérez *et al.*, 2019). Maria shared that she is forthcoming with parts of her story as it is a source of strength for her, especially now after completing her doctoral studies. Her strengths are compassion, resilience, and problem-solving. She reported that her family-of-origin experience has led her to talk therapy and a big driver for becoming a licensed professional counselor. She believed her experience plays a big reason why she is good at her job:

I would say one of my characteristics, I know for sure, is my compassion. I’m very compassionate. And I think that that has been because of my experience with my family and that has impacted that part of me a lot. Because of my experiences with my parents and my family, I’m more compassionate towards the situation. My patients, I kind of have

like a better understanding of where they're coming from, because of some of their experiences, all depending on the situation. I could sympathize more with them because I understand what it's like. In certain situations. Of how they feel and sometimes how they react to certain situations.

Trauma can impact one's sense of self. For example, there was an incident at school involving the child welfare authorities removing Maria from her father's home because of abuse. When asked if she currently was in communication with her parents, she stated the following:

Yeah, it's [parent communication] a work in progress. I would kinda say it's like being an addict or alcoholic-something. It's kind of like a work in progress; it's continual. I haven't lately been able to work on it [parent communication] because of life, but I've seen therapists, read books, tried to figure it out myself and try to get a better understanding of it. Because in... How can I put this? Sometimes it's better to talk to the person, to sit down and talk to my parents. But it would be difficult for them to even understand where I'm coming from, because for them, they don't define it as abuse. They define it as us raising you. And this is what it is because that's all they know. So they don't really understand where I'm coming from. They think I'm influenced by the Western world because I'm in America. So I view it as abuse, but that's how they raise children. So it's kind of hard to, in some areas, to get past it. My family tends to not want to communicate about difficult things.

Three distinct types of depression that included the following were found in a foundational study on Haitian immigrants: (a) *Douleur de corps*, which is pain in the body, (b) *Soulagement par Dieu*, which is relief through God, and (c) *Lutte sans victoire*, which is fighting a winless battle (Guerda *et al.*, 2007). The pain in the body reflected the most common form of depression among Haitian immigrants and is the first type of depression. Physical symptoms of weakness, faintness, digestion issues, headaches, and stomach problems, as well as feelings of helplessness and hopelessness, which were often first presented to medical practitioners without any luck of successful treatment are the symptoms associated with this type of depression (Nicholas *et al.*, 2007). Relief through God reflected the Haitian immigrants' ability to conceptualize their depressive symptoms, which are relieved by their faith with God, and it is the second type of depression. In other words, God would soon relieve them of these depressive symptoms because they were not as

bad. Finally, fighting a winless battle reflects the need to accept the fate that comes with living a negative life resulting from suffering, tragedies and trauma was the third type of depression. This type of depression reflects a dysthymic diagnosis because they take little pleasure out of living and often talk about their impending death among Haitian immigrants (Nicholas *et al.*, 2007). Maria reported that her history of depression is the more common type, especially feelings of helplessness and hopelessness after graduating from high school and living on her own at the age of seventeen. Maria reported: “I would do a lot of meditation; that helps me a lot”.

Wellness and self-care are important for therapists to practice because of the type of work that is involved in working with others with mental health challenges. The work of listening to the problems and life narratives of those seeking help all while providing an enormous amount of empathy requires therapists to be in good mental and physical health. Maria reported using meditation, journal writing, and talking to others as ways to maintain her self-care. As a therapist-in-training, she understands the value of taking care of oneself because she is the most important instrument that she uses in her practice, but she deals with putting herself first.

Therapist Resources and Style

Past researchers have stated that one's strengths are related to life satisfaction, positive affect, academic achievements, and both physical and mental health (Leontopoulou & Triliva, 2012; Littman-Ovadia & Lavy, 2012; Park & Peterson, 2009). Additionally, those who choose to use their strengths experience positive outcomes such as enhanced well-being, meaning in life, happiness, and positive affect (Gander *et al.*, 2012; Littman-Ovadia & Lavy, 2012; Littman-Ovadia & Steger, 2010; Quinlan *et al.*, 2012; Seligman *et al.*, 2005). Further, since there is a strong relationship between one's strengths and meaning in life, it can also be inferred that there is a strong relationship between one's strengths and meaningful work (Littman-Ovadia & Steger, 2010; Peterson & Park, 2012; Peterson, *et al.*, 2007).

Maria often volunteers her time to work for cultural organizations to keep a connection to Haiti which is a demonstration of meaning in her personal life. Additionally, her volunteer work with the cultural organizations also influences her meaningful professional work as a therapist-in-training working with members from the same Haitian community. Haitian spirituality and religiosity are cultural practices known to help Haitians cope with health-

related problems, emotional and mental, their strength and their well-being. Being a Haitian immigrant and therapist-in-training, Maria's involvement with cultural organizations creates a symbiosis of the self, both personal and professional.

Mental illness, in general, has been seen as taboo for Haitian immigrants and can be a source of stigma for the family and community, as well as a challenge for them to seek out mental health care (Guerda *et al.*, 2007. Additionally, higher socioeconomic Haitians have been known to seek support from a medical practitioner/psychiatrist who deals with mental illness from a biomedical approach (Desrosiers & St Fleurose, 2002). Maria reported numerous times that she was in therapy at different times during her childhood and young adulthood. By understanding the importance of self-work, Maria continues to model help-seeking behaviors to other Haitian immigrants who may not be comfortable asking for help, breaking the stigma seen in the culture. In other words, she uses her life narrative of seeking and undergoing therapy as a resource to help other Haitian immigrants.

Maria reported that she just completed her doctoral degree after working on it for the past four years. She believes that the journey not only brought her a sense of accomplishment but also proof that she had a gift to share with the world. Maria is also a single-mother and reported that her kids are a source of inspiration and motivation. She is an independent person who enjoys travel and a drama-free lifestyle. Maria reported that her counseling style is framed by person-centered and cognitive behavioral therapy. According to her:

Cognitive behavioral therapy, I guess, is like the foundation of everything that I draw from, depending on the situation, I would say. Also, definitely person-centered. I'm consistent with that. In terms of my therapeutic style, I'm not quick to solve their problems. No. When it comes to my patients, my clients, I like to have them work it out because I think when they work it out themselves, they stick to whatever conclusion they come up with. And it's better because they figure it out, they dissect it, and we go through it. And I like that because I want them to gain a better understanding of whatever it is. Yeah. So I think that influence comes from my family, I think. Okay. Because we don't do it and it hurts too much for us to do it, so I tend to do it with my clients.

Maria is an eclectic therapist-in-training who uses both cognitive behavioral techniques and humanistic, person-centered interventions. The therapist

does not work in a narrow manner of carrying out their professional practice because they are constantly learning and evolving professionally and are responsible for selecting the most appropriate manner to work with the problems presented by their client. It is Maria's sense of meaning that she has given to her life personally and professionally that allows her to evolve as a therapist-in-training. Her gift to the world is her empathy that she demonstrates with her clients during sessions. Her doctoral degree formalized her education and provided the means to provide that kind of work in the most autonomous way.

Fears and Expectations

It is necessary for the therapist-in-training to overcome issues that can paralyze performance during sessions. Personally, the difficulties surfacing during a session because of past experiences can impact the client and derail the session or ignore an important part of the client's history. For example, Maria shared that she found it difficult to initially work with at-risk families who were dealing with violence and neglect because it reminded her of her life story. By attending therapy with a counselor during her formation, Maria was able to work on those paralyzing feelings and built confidence to accompany the client while processing the feelings. Professionally, it is also important to manage the academic, professional, personal, and technical skills that contribute to discovering her own style and revealing her fears. For example, Maria shared that she was able to consolidate her identity as a professional by sharing some of her graduate school challenges and past childhood experiences with her clinical supervisor.

Each person brings a potential that is their own and that is constituted by situations that give them identity, such as their character, lifestyle, ability to relate, prejudices, stories, beliefs, values, among others. Each therapist-in-training is unique and will have a style comparable only to their own. The topic of hugging clients came up in the interview. The participant is from a culture where physical expression is the norm. Maria shared that she was coached by a supervisor to not give hugs to clients because it was seen as getting too close to them. She disagreed. She mentioned the following:

Even when I went through internship and my boss at the time, the director of the place, and she was just like, "Maria, what are you doing?" I was working with adolescents, like teenagers that were court-ordered to therapy. So they were caught with pot or whatever. And one of the

guys I was working with, he was like 17, his father was in jail and her mother was a single mom. And he was trying to figure life out. And I so understood the frustration that he was going through, and we really connected. And at his last therapy, his mom came and just like, "Maria, thank you so much". The first couple of sessions, he didn't want to open up. But by the third session, we were best friends. And we were really talking. By the last session, he brought me flowers and gave me a big hug and, oh my God. So I got coached on that. We're not supposed to do that. You're getting too close to your patients. What is this about? I'm like, "I'm a person. How are you not supposed to feel?" It's just, I don't know. I don't know. I mean, I don't see how to let that part of you go or how to suppress it. I don't know. Do you suppress it? Do you? I have that photo of little Maria, and I'm holding me because I so wish I had that. I'm honest, I didn't get a hug until Ms. Smith hugged me, and at that time I was 15. So, having her hold me felt really weird, but it felt good. I kind of leaned in, and I didn't want her to stop. So, when I am with my clients and we get to those certain topics, and they're expressing themselves, and you can feel the pain, it's weird. I could just feel it, and I just give them a hug because I wish I had that, yeah. So, I guess that's one of the patterns, that when you... And I didn't know. So, that's one of the things: we never hugged in our family. And if somebody has a problem with it, they can tell me. But nobody's going to have a problem with it in my practice, because I'm in charge of my practice. And until somebody brings it up, yeah, I'm not going to worry about that. And it really matters, too. I think it really matters because we need hugs. You need that connection because these people are coming from abuse and all kinds of things, and just to have that personal. To have someone put their arms around you that don't want anything from you.

Maria's expectation of giving hugs to her clients is something that is influenced by her family-of-origin (and the lack of them) and it is something that she gives when clients consent to them. The lack of nurture and love was a part of Maria's chaotic and abusive upbringing and is something that she is coming to terms with now as a therapist-in-training. According to *Rodríguez, Pérez & Bedoya*. (2019), the professional is responsible for exposing themselves as a person, their knowledge, and their work; they must have the ability to look at themselves and criticize themselves; to the extent that the supervisor and their work team promote interaction in a respectful, harmonic, purposeful manner. The interaction is aimed at personal and professional growth. Maria's decision to give hugs to clients when they

consent is exposing herself as a Haitian-immigrant, one that believes in the power of touch and who provides a safe space for her clients, as well as a humanistic therapist-in-training, who believes in modeling authentic behavior to lead the most fulfilling life. Additionally, Maria stated that she can feel when her clients are in pain, which highlights the important skill of empathy. Her experience from childhood was fearful and therefore she understands when clients present the same background.

Maria also reported typical novice professional worries (i.e. self-doubt, crying, misunderstandings) and expectations (i.e. client wants to change, I can fix client, and client will get better). She reported that she would be working under supervision for the next 2 years. Her desired population to work with is women who are single-parents or who are going through divorce. She also reported that while she has worked with children in abusive families, that she has had difficulty in the past, as stated:

I would say that working with children that have been abused is a real sore spot for me. I'm trying to work past it because I was abused myself. And I know that that is where that comes from; it's a trigger for me. So I have worked with abused children before, and I did not know at first that it would be so triggering for me. So I kind of pulled back from that demographic and I work more with adults than children. But I want to work past that. So I'm still working with myself to get past that so that I can work with that demographic because really that's where my heart is.

According to Vírveda & Espinosa (2014), fears that therapists face can happen during the sessions with their clients because these situations produce feelings of anguish and insecurity, while simultaneously providing the therapist with a bonus of enthusiasm. Maria reported that she is still a work in progress especially in the area of family abuse and neglect, because her desire is to work with these families more consistently. A potential challenge for her in the future could be the possibility of talking to her mother again, who deals with an untreated mental health illness. She shared that it could negatively impact her development as a therapist-in-training by flooding her with childhood memories.

Sense of being a therapist

The concept of life project is defined by D'Ángelo (2000) as "the structure that expresses the person's openness towards mastery of the future, leading

to vital decisions, with perspectives in advance of future events in a given society” (p. 271). Likewise, the mental health profession fosters professional autonomy (i.e. ability to set their own hours and fees, be their own boss, evolve theoretically and technically), offers intellectual stimulation, and allows intimate participation with others (Hill *et al.*, 2013). Additionally, Stevanovic & Rupert (2004) found that career-supporting behaviors (i.e. spending time with family, balancing work and personal life, humor) correlate with job satisfaction. Maria reported that she would not be working in any other profession. She was destined to help others in this lifetime:

Which being a therapist, I like, because then I'm able to tackle some of those conversations with my patients. And within those conversations, they find closure, enlightenment; they're able to release whatever it is that's holding them back and causing them some challenges. And that part of my job, I really do like. Because of our lack of communication in our family. We don't like to open Pandora's box because we are afraid of what might actually be spoken.

Maria's sense of being a therapist is rooted in her current phase of life, which is that of being in midlife, with an adult child and a child in grade school. She is committed to becoming a licensed professional counselor soon and therefore has no other plans in life than to become what she has studied over the past six years of graduate school. Her decision to become a therapist is rooted in her life experiences during childhood that included immigrating to South Florida from Haiti and enduring abuse and neglect during childhood. Maria is learning more about herself as she evolves as a therapist-in-training such as creating a more personal style with her clients and giving hugs to those consenting clients who she believes needs one. By doing so, she creates a safe space for her clients to express difficult feelings. Her doctoral degree also provides her the future opportunity to conduct scholarly research regarding protective factors of mental illness of Haitian immigrants who migrate to the United States. The ability to teach, research, and practice counseling provide her the autonomy to pursue further career development.

A closing mode

As stated earlier, not much research has been published recently regarding how a therapist-in-training gives meaning to their life goal of becoming a therapist, and the factors that could influence their choice of profession, like their family-of-origin, contextual realities, personal meanings, and lived

experiences. Investigating the self of the therapist-in-training, as well as their therapeutic style, therapeutic resources, their fears and expectations, and their sense of being a therapist were the objectives of this case study. Results were provided under four apriori themes of the study: self, style and resources, fears and expectations, and sense of being a counselor.

1. **Self:** The therapist-in-training has a strong self-concept and self-esteem despite being raised in a chaotic and abusive family household.
2. **Style and resources:** The therapist-in-training relies on past resilience to promote empathy within a humanistic and cognitive behavioral style when working with families.
3. **Fears and expectations:** The therapist-in-training reconciles her childhood fears from family of origin by going to therapy and writing in her journal.
4. **Sense of being a therapist:** The therapist-in-training provides a safe space for her clients to find closure to challenging lived experiences within their family of origin.

Maria is from an immigrant family household in Georgia who was forced to grow up fast as well, but under different circumstances. The common experience for understanding herself as a clinician was by having the courage to face her family-of-origin influences, the good and the bad. As Minuchin & Fishman (2009) stated:

In all cultures, the family imprints its members with selfhood. Human experience of identity has two elements; a sense of belonging and a sense of being separate. The laboratory in which these ingredients are mixed and dispensed is the family, the matrix of identity.

The student participant believed her childhood made her resilient and gave her the strength of working with families because she can connect with their experiences, especially if they come from abusive backgrounds. Connecting with them also provides her a sense of belonging to a profession that fulfills her life purpose. Additionally, it was because she created a healthy identity focused on her self-care, without her parents and siblings in her daily life.

Características del *self* personal del terapeuta

Medellín

En el proceso formativo de los estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar, se aborda al profesional en formación desde una perspectiva integral; es decir, se desarrollan aspectos teóricos, técnicos y emocionales. Este último ítem se centra en abordar a la persona del terapeuta como una estrategia para que el profesional identifique sus recursos y fortalezas, pero también sus prejuicios y temores, con el fin de ayudarlo en el aprendizaje a descen- trarse de sí mismo, y así poder brindar apoyo a los consultantes desde una dimensión ética y estética.

En el módulo denominado formación terapéutica, los estudiantes mani- fiestan inquietudes que trascienden cuestiones teóricas y técnicas. Dichas inquietudes están relacionadas con prohibiciones mentales, tabúes y pre- juicios familiares. Las preguntas más frecuentes se relacionan con aspectos que están ligados al *self* de cada estudiante, ya que al compartir el contexto cultural con los consultantes puede generar que en algunas ocasiones existen vivencias que son semejantes a la historia de vida del terapeuta. Por lo tanto, formar a un profesional con capacidad para la autorreflexión es de vital importancia, ante la necesidad en el aprendizaje de delimitar vida y emocionalidad de la historia de los consultantes.

En este capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en la categoría *self* del terapeuta y la relación que tiene con su familia de origen. Para hablar de la persona del terapeuta, es necesario remitirse a su historia y experiencias vitales, pues ha de entenderse que los profesionales en formación son el producto de sus vivencias, emociones y observaciones, es decir, de subjetivi- dades, donde cada uno, acorde a su experiencia, adquiere una identidad personal que permite estar en relación con los otros.

En el trabajo de Rodríguez y Kerr (2011), se encontró una discusión interesante donde se argumenta la importancia de abordar a la familia de origen del terapeuta como eje esencial en la formación. Estos autores se centran en los aportes de Bowen, quien en los años ochenta identificó que las interacciones de las personas se enmarcan desde un contexto simbólico, donde cada individuo crea una “realidad”, según sus experiencias y reglas familiares. En efecto, cada persona se reconoce como miembro de una familia en particular, y con ese grupo se comparte una ideología que marca la pauta para interactuar con los demás.

Es importante mencionar que, en la literatura revisada, se evidencia que la relación y/o patrones de interacción construidos desde la familia de origen inciden en la construcción de su estilo terapéutico. En la búsqueda por comprender cómo median los aspectos personales en el quehacer profesional, Vázquez y Gutiérrez (2015) mencionan que el estilo del terapeuta se construye a partir de tres elementos: la posición socioprofesional del terapeuta, su situación vital y los modos dominantes de comunicación que el terapeuta utiliza en su labor.

En relación con lo anterior, se comprende que las experiencias adquiridas a través de la familia de origen se convierten en un insumo importante para la consolidación del *self* y estilo del terapeuta, pues en él entran características personales aprendidas a lo largo de la vida. Siguiendo a Vázquez y Gutiérrez (2015), el estilo personal del terapeuta es definido como “las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea como resultado de su particular manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y los requerimientos específicos que le exija la intervención” (p. 134).

Dentro de las técnicas utilizadas, se realizó la presentación de los genogramas como la oportunidad para que los estudiantes describieran de una manera pictórica y con unas convenciones internacionales la descripción de sus familias, teniendo algunas premisas como incluir al menos tres generaciones, identificar fechas, motivos de fallecimiento y vincular relaciones entre los miembros tanto de la familia materna como de la paterna. Es de resaltar que en cada ciudad esta actividad fue acompañada por el investigador, y que cada, uno bajo unos parámetros generales, ponía en esencia su estilo para llevar a cabo el ejercicio.

En la exposición del genograma, los estudiantes tuvieron la oportunidad de narrar su historia de vida familiar desde una postura autorreflexiva, donde

expresaron lo que significaba para ellos la familia. EE1M definió a su familia como, “familia imperfecta y feliz”; el EE2M, “mis raíces y venas por donde viene mi ser y mi yo”; el EE3M, “huellas que dejan buenos frutos”; el EE4M, “comprensiones y contrastes”, y el EE5M, “evolución y trascender”.

Las definiciones que los estudiantes hacen de sus familias y lo que significa para ellos es una narrativa llena de significados y evidencia la importancia de la familia en la construcción de la identidad. Es interesante observar cómo estas definiciones se relacionan con el reconocimiento de sus antepasados, considerándolos como personas que han dejado huellas en sus actitudes presentes, pero también reconocieron la necesidad de comprender su historia familiar desde una manera más consciente y apreciativa para trascender en el ámbito profesional.

En Orellana *et al.* (2016) se plantea que dentro de los objetivos de formación se debe abordar a la familia de origen:

La meta de la supervisión es incrementar la habilidad del terapeuta para permanecer reflexivo y no reactivo frente al proceso emocional de la familia con la que trabaja clínicamente. Ello significa ayudar al terapeuta a fortalecer la diferenciación de su propio sí-mismo. (p. 21)

Por lo tanto, resulta fundamental el conocimiento de la propia persona y su familia de origen; situación que ayudará al terapeuta y al supervisor a enfatizar y afianzar situaciones que toquen con aspectos no resueltos o favorecedores que se pueden poner en función del supervisado y su proceso de intervención con los consultantes, que muy seguramente redundará en su propio *self*.

Se evidencia en la investigación que los estudiantes reconocen la necesidad de desarrollar habilidades que les permitan la diferenciación de sus consultantes, y en efecto, reflexionan sobre su propia familia y los aprendizajes adquiridos a través de su trayectoria de vida. Cabe decir que las creencias y las narrativas creadas a lo largo de la vida moldean los comportamientos de las personas, y en esa dirección se observó que las historias dominantes que son descritas desde las técnicas narrativas tienen una alta influencia en el relacionamiento que los estudiantes manifiestan tener con otras personas. Se reconoce, en Rodríguez y Kerr (2011), que la diferenciación del *self* también es entendida desde la forma en que las familias se relacionan entre sí, es decir, qué tan cohesionadas o individualizadas se mantienen

a lo largo del tiempo. Lo anterior fue muy importante para esta investigación, ya que permitió identificar patrones de relacionamiento, vulnerabilidades del terapeuta en la generación de alianzas y/o triangulaciones con los consultantes y preferencias en el relacionamiento, con relación a tres categorías: dilemas de la infancia, legados maternos y paternos y vínculos actuales con los padres.

Dilemas de la infancia

Al agrupar las categorías analizadas se encontró algunas que podrían corresponder a lo que los investigadores nombraron dilemas de la infancia. En la exploración de las narrativas de los estudiantes el EE1M, se identificó el abandono y/o negligencia del padre; esta experiencia vital ha tenido implicaciones en los vínculos que construye con los hombres. A razón de lo anterior, utiliza la siguiente metáfora para describir a sus figuras parentales:

Mi mamá se casó con mi papá, él desde el principio un hombre alcohólico, digamos que era la oveja negra de esa familia, y mi mamá, una mujer muy bonita. Yo le digo a ella que se casó... parecían la bella y la bestia. Ella era una mujer hermosa, y mi papá era un hombre feo. (EE1M)

En la historia del EE2M llama la atención el siguiente relato: “En mi familia hay múltiples separaciones e hijos de diferentes uniones [...] también hay familias simultáneas, o sea el abuelo se iba para un pueblo, después para otro pueblo, cada cierto tiempo va y las visita”. Por otra parte, el EE3M dijo: “Soy parecida a mi papá, es muy colérico, tiene mal genio; y pongo las manos como mi mamá”. El EE4M compartió sobre su familia lo siguiente: “Las mujeres son las que llevan las riendas del hogar, jefaturas femeninas, mujeres trabajadoras y fuertes”. Finalmente, el EE5M expresó: “Mi papá y mi mamá me metieron en un círculo, con mi papá me sentía plena”.

Hablar de la familia de origen hizo evidente en esta investigación la percepción que tienen los estudiantes sobre sí mismos y sobre lo que significa ser familia, descubriendo con ello aquellas historias que en el contexto familiar se conciben como reglas, tabúes o secretos familiares. Así mismo, se observó cómo algunos estudiantes realizan cuestionamientos a su familia de origen, y se percibe en ellos el dilema de construir relaciones distintas, que buscan hacer conciencia para no repetir patrones de interacción

Como se mencionó, la familia de origen también es la fuente de temores e inseguridades. Kottler y Parr (2000) aportan a la discusión al referir que las “experiencias dentro de la familia de origen afectan nuestro trabajo con las familias”. Esto último lo argumenta al tener una postura desde el constructivismo social, reconociendo que los seres humanos crean una “realidad” según sus experiencias. En el campo de la terapia familiar/psicoterapia, esto es comprendido como una vulnerabilidad del terapeuta, ya que hacer lectura de la vida de los consultantes sin diferenciar sus necesidades y expectativas familiares le puede hacer caer en un punto ciego, y explican que “nuestros puntos ciegos pueden presentar dos riesgos principales para nuestros clientes: podemos infundir nuestro (asunto inacabado) en sus historias, y no podemos unirnos a ellos de ninguna manera significativa, dejando sus historias sin cambios o al menos no mejoradas” (p. 144).

Al continuar con los hallazgos, se develó que en la mayoría de los estudiantes se presentan historias relacionadas con dilemas de la infancia, como ser hijos parentalizados, experiencias relacionadas con el abandono y/o negligencia de los padres (hombres), y de inequidad entre los cónyuges, donde el rol masculino ha ejercido la autoridad desde una figura hegemónica en el interior de la familia. Estas situaciones han tenido repercusiones en la forma en que los estudiantes aprendieron a vincularse con las demás personas y ha influenciado la construcción y el relacionamiento en sus familias actuales. Al preguntar por los patrones de comportamiento familiar que repercuten en el quehacer laboral, el EE1M refirió: “Soy mujer sensible, que se preocupa más de la cuenta, dominante, controladora, inteligente, humana, sensible al dolor [...] me veo como una mujer positiva que oculta sus miedos y debilidades para que los demás no se asusten”.

A esta narración se puede incluir la de EE3M, quien manifestó:

Ver de pronto la figura masculina como figura de autoridad, siento que atender a una familia con esa figura tan marcada me hace eco, ruido y me recuerda a mi papá que ha sido la figura de autoridad y dominante. Entonces cómo reconocer que, si hay un padre ausente o periférico, cómo reconocer esas otras posibilidades, o que hay una madre que tenga la autoridad y que el hombre puede asumir otras figuras; es decir, que las mujeres también pueden tener autoridad. Entonces, es permitirme que la figura de autoridad también esté en otras personas diferentes al padre, porque en mi familia es algo muy marcado.

Por su parte, el EE4M expresó: “La separación de mis padres y la poca comunicación que tuve, nunca tuve y no tengo con mi padre”; y complementa:

Yo vengo de una familia donde la figura femenina florece y es muy bonita porque es una forma de pensar los roles de la mujer [...] A mí a veces me cuestiona, sí me llega una familia o un consultante que tenga ese mismo vacío o ese mismo proceso donde no ha hecho el duelo por la ausencia del padre a mí eso me va a costar, y no sé cómo trabajarlo ahora, entonces ¿sería ligar ese patrón a la consulta, si no he trascendido lo mismo?

Estos testimonios abren la discusión sobre la vulnerabilidad del terapeuta y la fragilidad que este puede experimentar si se encuentra con situaciones que toquen sus fibras familiares, lo que se puede convertir en un isomorfismo o punto ciego para el terapeuta. Ampliando este concepto, Ludwig von Bertalanffy (1976) identificó que los isomorfismos se originan cuando en dos sistemas diferentes existen similitudes estructurales. Para el campo de la terapia familiar, lo anterior quiere decir que un isomorfismo se presenta cuando en dos unidades familiares diferentes se desarrolla una correspondencia frente a las historias, patrones de interacción, emociones, etc. Lo que significa que el terapeuta deposita su emocionalidad en los consultantes, intentando resolver situaciones de su historia familiar; situación que puede afectar los objetivos propuestos en consulta.

Al revisar las inquietudes iniciales de los estudiantes, se comprende que los profesionales llegan a la consulta con su propia historia y con sus representaciones. Se percibe con las preguntas realizadas en este trabajo investigativo que los estudiantes evidenciaron sus temores, prejuicios y prohibiciones mentales que le dificultan el relacionamiento con otros, especialmente con los hombres. El hecho de ser consciente sobre las propias emociones y pensamientos abrió la posibilidad para que estos identificaran otras alternativas de interacción.

Al preguntar a los estudiantes por aquellos aspectos que han logrado clarificar respecto a su historia familiar y que les ayudé en la actualidad a relacionarse de manera distinta, el EE1M respondió: “Comprendí que siempre intentaba minimizar a los hombres; a mi esposo lo veía como un encarte y no como un complemento, ahora estoy trabajando en el concepto que tengo de lo masculino”. El EE2M dijo: “A pesar de toda esa realidad del

matrimonio, yo no los voy apartar de su idiosincrasia, de su cultura, yo los acompaño y los escucho, yo no los obligo a cambiar”. Respecto a la pregunta, el EE3M manifestó:

Me irrito fácilmente, soy muy psicorrígida, me exijo mucho y pienso que también no valoro todo lo que hago o lo que doy. Quisiera trabajar con más ahínco: El carácter y ser un poco más flexible, darme la oportunidad de equivocarme, me cuesta mucho aceptar que me equivoco.

El EE4M dijo observar lo siguiente: “Con la familia de mi mamá siento que está todo, lamentablemente con la familia de mi papá nunca hemos encontrado esos espacios bonitos para estar; creo que hemos encontrado más procesos de rivalidad y relaciones hostiles”.

Finalmente, el EE5M aportó:

La sobreprotección que tuve en mi familia, mis papás, abuelos, mis tíos no permitían que nada llegara a mí, también en mi seguridad influye mucho los engaños de parejas antiguas y para completar todo eso de lo que soy ahora cuando se murió mi papá.

Lo anterior indica que los aprendizajes adquiridos en la familia de origen aportan en la forma en que cada persona comprende el mundo. Entonces la vivencia de situaciones marcadas por el abandono, la negligencia y la sobreprotección entre otros hizo que cada uno construyera categorías muy limitadas sobre “lo que significa la familia”. A razón de lo anterior, es necesario que desde la academia se orienten los procesos de formación donde los educandos cuenten con el espacio para reflexionar y resignificar su historia familiar. Este espacio debería tomarse como una oportunidad para formar profesionales libres y capaces de reconocer sus aportes personales a la consulta y como una postura ética para la intervención profesional

Legados familiares

En esta categoría se identificaron algunas historias que son apropiadas por los estudiantes a modo de aprendizaje y/o legados, y en efecto se convierten en valores y principios significativos que hacen parte fundamental de la identidad de los participantes. En el análisis de resultados se identifican aquellos legados que para los estudiantes son útiles para la intervención terapéutica.

En la pregunta sobre ¿cuáles son los aportes que realizó su familia en la construcción del *self*?, el EE1M expresó: “Me gusta la mujer en la que me he convertido, me siento afortunada, me gusta mi perseverancia, mi fuerza, mi sensibilidad y positivismo”. El EE2M hizo visible el estrecho vínculo que tuvo con su abuelo, quien le enseñó muchos de los valores y principios: “Mi abuelo es pilar en mi formación, en mi crecimiento hasta la juventud, inclusive hasta que el día de hoy”. Adicionalmente, mencionó que su familia de origen ha sido fuente en el desarrollo de algunos recursos personales que a su vez trascienden en su vida profesional: “Soy sensible, a la vez fuerte y estratégico. A pesar de que dicen que soy duro... me considero estratégico y fuerte”. Los relatos del EE2M reflejan lo trascendental que es la familia de origen en la construcción de su identidad; de ahí que la nombre y signifique como “mi familia, mis raíces y venas por donde viene mi ser y mi yo”.

Por otra parte, el EE3M dijo que de su familia aprendió: “La empatía, capacidad de escucha, capacidad de generar reflexiones en cuanto al otro y su forma de concebir el mundo, aceptación incondicional, autenticidad, confianza, habilidad de clarificación, conocimiento y aceptación de las propias emociones”. Complementariamente, argumentó que estos recursos se vinculan con su historia familiar, porque “en el interior de mi familia se ha dado la oportunidad de realizar preguntas y generar cuestionamientos, lo que me ha forjado y ha sido escuela para mí que hacer de terapeuta.

EE4M resalta que en su familia se dieron espacios para aprender a ser una persona “observadora, curiosa, de preguntar abiertamente, de ser creativo, flexible, de expresar mi emocionalidad y de poner parte de mi humanidad en el acompañamiento que puedo realizar con el otro”. EE5M reconoce varios legados significativos, ya que aprendió mucho de su padre, como la generosidad, el amor, la paciencia; sin embargo, siente que aún está en proceso de descubrimiento y que por ende no puede hablar con mucha claridad sobre el tema, y argumenta que para aumentar sus capacidades y destrezas en el campo profesional es necesario resolver los siguientes aspectos de su historia familiar: “Cebo trabajar mi dependencia a los cuidados masculinos, apego a la pareja y dificultad para establecer límites”.

En ese sentido, también reconoció que para consolidar su *self* profesional es necesario seguir fortaleciendo “el amor propio, la autoestima, la seguridad y la confianza en mí y los demás y ese manejo de la seguridad y el dominio de la mente. Quisiera trabajar la ansiedad y la inseguridad”. Se

percibe en esta estudiante el deseo por resignificar el legado familiar para construir una identidad que le permita asumirse con mayor seguridad en el campo profesional.

La familia de origen en la actualidad

Para este subtítulo se condensaron aquellas respuestas tendientes a identificar cómo los aprendizajes adquiridos sirven de base para reinterpretar a sus familias o tener nuevas comprensiones de estas basados en las teorías que vienen estudiando; por lo tanto, permite asignar otros significados a sus vivencias. En este punto, se evidenció que los estudiantes en formación constantemente intentan vincularse de manera diferente con sus parientes, buscando con ello poner en práctica sus aprendizajes. La EE1M expresó:

Esta Ana María se fue formando así a través de la vida y con el apoyo de mi mamá; conversamos delicioso y todo [...] hay cosas que no quiero. He tratado de hacer todo lo contrario, decía yo. Ahora, me siento orgullosa porque todo mi panorama pinta que yo no sea igual a ella.

Al leer a la estudiante se comprende que ha desarrollado la capacidad para no generar expectativas en las actuaciones de la madre, y por ende ha tenido la posibilidad de relacionarse desde la cercanía y el afecto, reconociendo su individualidad.

El EE3M dice que en la actualidad sostiene una relación cercana con su familia de origen y familia extensa, argumentando que la tradición viene de sus abuelos, quienes procuraban por tener una familia numerosa, unida y con vínculos fuertes. Mencionó:

El legado de él son huellas que dejan buenos frutos, es la unión y a cada uno de nosotros nos dejó la unión. Obviamente es una familia muy diversa, una familia de muchos caracteres, donde hay más afinidades en unos con otros, pero siempre dicen que la unidad no se puede perder. Inclusive el encuentro de la familia es ahora en marzo, de la familia, agregados y pegados.

Por su parte el EE4, se refiere a las relaciones actuales como: “Los tres tenemos una personalidad muy bonita, pero mi base es mi hermano gemelo y mi mamá... ella es mi todo”. En este estudiante aún se observa una he-

rida relacionada con el abandono del padre, la cual se refleja en su actitud actual frente al ejercicio de esa paternidad:

Yo siento que aún no es el momento de llamarlo y decirle ve, soy tu hijo, pero sé que va a pasar y lo siento porque la vida pasa súper rápida y quizás en el momento que quiera hacerlo él no esté, entonces quedaría uno con ese proceso ahí sin sanar.

Es importante destacar que, con la investigación, el estudiante inició la contemplación del perdón y reencuentro con el padre.

El caso de la EE5M es bastante diferente al de los demás estudiantes, ya que apenas se encuentra en el periodo de individuación de su familia de origen:

Apenas hace como dos semanas me dijo (hija yo ya aprendí que usted tiene que hacer su vida, usted es la que decide, yo la acompaño hasta donde usted quiera). Apenas pasó eso en mi vida, que mi mamá como que me soltó.

Para este caso se observa a una familia aglutinada y se hace evidente que, según el ciclo vital familiar por el cual atraviesa, el terapeuta se ve mucho más influido por la familia de origen, ya que se encuentra en etapa de desprendimiento de los hijos del hogar. Por ende, las relaciones actuales se encuentran en una etapa de transición, donde el estudiante manifestó que está transitando de la sobreprotección familiar a la autonomía.

Para Guy (1995), convertirse en terapeuta requiere que el profesional tenga apertura para realizar ajustes personales: “Este periodo de transición implica una reorganización de las expectativas personales y de las autopercepciones. Ya no es aceptable alegar ignorancias cuando se enfrenta uno con la necesidad de los pacientes” (p. 136). Como se evidenció en este capítulo, la mayoría de los estudiantes tiene una relación cercana con su familia de origen y se constituye en un eje esencial en la vida de toda persona. Entonces, para pensar en una práctica ética de la formación es necesario que desde la academia se apoye a los discentes a diferenciarse de su familia de origen y/o familia actual. Como sostienen Orellana *et al.*, (2016):

Un terapeuta más diferenciado distingue con claridad lo que siente y lo que piensa, su actuar está supeditado a la reflexión, incluyendo aque-

llo que siente, pero no terminándose por ello, pudiendo ser consciente de su autonomía respecto a sus consultantes. (p. 21)

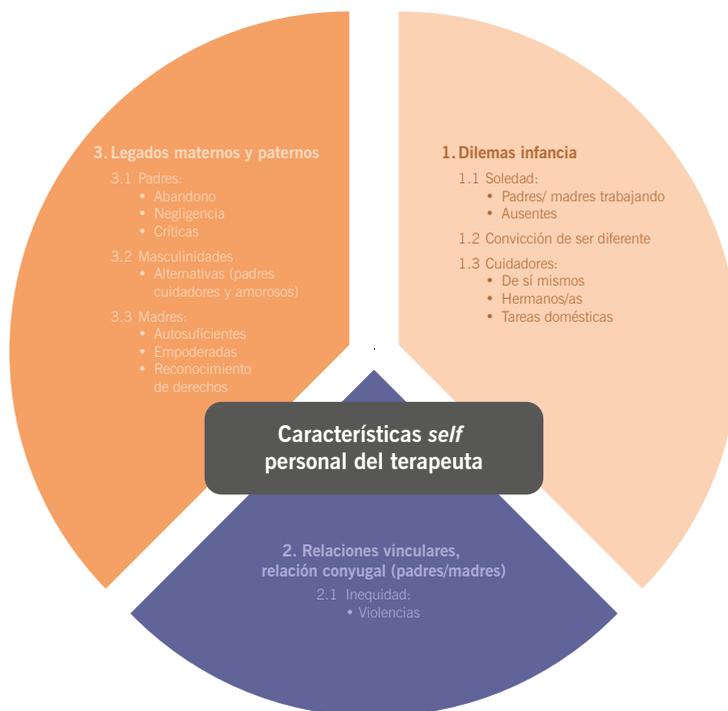
En efecto, se espera que los hallazgos obtenidos en este trabajo puedan contribuir en la formación de futuros profesionales, donde se tenga en cuenta la importancia de la familia de origen en la consolidación del *self* personal y en la elección del estilo terapéutico.

De este modo, podemos resumir lo anterior. El *self* del terapeuta se ve influenciado por el *self* personal, es decir, los aprendizajes adquiridos en su familia de origen son un factor determinante en la visión que el profesional tiene de familia, en la apropiación de recursos, en sus temores y prohibiciones mentales.

Hacer un proceso de diferencia en el proceso de formación es fundamental, para que los estudiantes aprendan a delimitar su vida y experiencias, de las historias de los consultantes, que por el contexto pueden surgir algunas similitudes. Verse a sí mismo también se concibe como un aporte ético al ejercicio profesional, ya que el profesional está en la capacidad de enfocarse en las necesidades de sus consultantes.

Cuando el terapeuta fortalece y se apropia de la autorreflexión, aumentan la seguridad y capacidad para desplegar sus recursos en la terapia. Se identifica un proceso emergente en la consolidación del *self*, el aporte del trabajo en equipo, debido a que las intervenciones de los otros estudiantes contribuyeron a disolver estancamientos en el proceso de formación de otros estudiantes, lo cual puede ser tenido en cuenta como estrategia de formación en otros programas académicos.

Figura 3. Hallazgos Características del *self* personal del terapeuta Medellín



Fuente: creación propia

Pereira

Los hallazgos que se presentan en esta parte ponen en cuestión algunos interrogantes vinculados con el objetivo central de la investigación, en cuanto la necesidad de comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y las características del *self* personal del terapeuta. Surgen cuestionamientos como ¿es el terapeuta un producto netamente académico?, o por el contrario, ¿es la familia un fundamento experiencial importante para la formación de un terapeuta? Estas preguntas permiten mantener la idea del presente capítulo como una ventana hacia la comprensión del *self* personal del terapeuta, desde la relación que tiene su historia de vida familiar.

En la primera parte de estos hallazgos, se recogen los resultados sobre las apreciaciones que tienen los terapeutas sobre la influencia de su familia de origen en su quehacer terapéutico. Coinciden en afirmar distintas maneras en que se manifiesta esta correlación: consecuencias negativas y positivas en su actuar; isomorfismos entre los dilemas no resueltos de su propia vida y las de los consultantes. Bajo este hallazgo que permite identificar un reconocimiento de dicha influencia de la familia de origen, se detallan tres asuntos: dilemas de la infancia, legados maternos y paternos y vínculos actuales con los padres.

Cabe aclarar que dicha influencia se da en vías de lo que podría considerarse aspectos negativos y positivos, que se relacionan con el tema de las resonancias, al convertirse en recursos a favor del proceso terapéutico y que son adquiridos en los modelos e interacciones familiares. Así, se convierten en fuentes de inspiración y desarrollo de capacidades en el quehacer terapéutico. Una muestra de ello es la narrativa de EE2P, al señalar la influencia de su madre en ciertas cualidades que reconoce en él y la construcción de su *self* profesional:

Lo más importante es resaltar que mi madre es psicóloga de profesión, así que por ese lado ha jugado un rol muy importante, al mostrarme el valor de la empatía, a mi madre le gusta mucho tener amistades y ser empática en las relaciones.

Esta influencia familiar que es evidenciada en la anterior narrativa es sopor-tada por autores como Pérez y Vargas (2007), quienes consideran que es justo en este ámbito de interacción que se construyen las relaciones más significativas que, a su vez, permiten la formación del individuo. Todo ello es entregado y compartido a través del lenguaje, los rituales y los reglamentos, lo que crea una identidad y pertenencia al grupo familiar donde se desarrolla. De este modo, puede verse la injerencia del sistema familiar de EE2P en la constitución de su identidad, lo que podríamos circunscribir en el *self* personal del terapeuta y la forma como dicha construcción identitaria pasa a vislumbrarse claramente en cualidades que el joven identifica en su *self* profesional.

En las características del *self* del terapeuta, para el caso de los resultados de Pereira, se configura desde tres grandes categorías que abordan los dilemas de la infancia donde se muestran experiencias en esta etapa de la vida que han configurado una huella importante en las características del *self*, tales

como las soledades y los roles de cuidadores que les tocó asumir con sus hermanos. La segunda categoría muestra la influencia de la relación conflictiva de los padres, marcada por las inequidades y las violencias. En el tercer gran resultado aparecen los legados maternos y paternos que operan como patrones de interacción que se repiten en ellos.

Dilemas en la infancia

Los resultados que se identifican en esta categoría muestran situaciones que aquejan a los/as terapeutas en formación durante su niñez. Es aquí donde se han forjado situaciones dolorosas y críticas que en gran medida permean la personalidad de estas personas participantes. Como menciona Milmaniene (2011), las funciones parentales resultan ser esenciales para la constitución subjetiva cuando hay un adecuado despliegue de estas, cuanto mayor sea la distancia entre los roles y las funciones entre padre-madre/cuidador, y se dé un cumplimiento efectivo por parte de estos, habrá menores conflictos en el niño/a.

En los resultados de la investigación se identifica que estos dilemas de la infancia están relacionados con aquellos asuntos por resolver, especialmente con los padres, por ejemplo, en el tema del abandono y la soledad derivada de la ausencia del padre, por una separación conyugal y el distanciamiento de este a los hijos/as. A lo anterior se suma otra de las situaciones relacionadas con la soledad de los hijos/as, donde solo queda la mamá a cargo de la familia, tanto económica como afectivamente. Valdés (2007) mencionaba que se tiene que negociar la manera en que se van a cumplir las demandas económicas y de la crianza. Una de las narraciones de las personas participantes de la investigación lo ilustra bien:

No culpó a mi mamá por dejarnos solas a mi hermana y a mi [...] gracias a que mi mamá trabaja, es que tenemos las comodidades que tenemos, pero hizo falta ese acompañamiento [...] Siento que ha causado dificultades en mi forma de ser. (EE3P)

Las perspectivas que ofrece EE3P en su narrativa ponen en contexto las condiciones bajo las cuales muchos de los participantes han tenido que asumir el rol de cuidadores de sí mismos y de sus hermanos/as menores, incluso en todo lo relativo a las tareas domésticas como cocinar, limpiar, etc. La misma participante lo muestra cuando dice que:

En semana mi hermana y yo estamos muy solas, porque a mi mamá le toca viajar todos los días, entonces como yo soy la mayor siempre he cuidado de ella, cocinando y limpiando la casa... muy sola en ese sentido. (EE3P)

Estas experiencias tempranas de las personas que posteriormente eligen ser psicólogos ponen en evidencia las posibles huellas en la configuración del *self* del terapeuta. Incluso podría asumirse que las oportunidades tempranas de desempeñarse como cuidadores de otros, aunque no sean las funciones a las que estarían llamadas desde su ciclo evolutivo, pueden jugar a favor, en razón de la motivación inconsciente de prolongar esta función de cuidado, a través de la elección de una profesión que de alguna manera permita continuar con esta tarea.

La segunda categoría que se encuentra en los resultados de la investigación, que va configurando las características del *self* del terapeuta, está asociada con la relación de los padres y la manera como las vivencias de estos, en su estilo relacional, marca un hito importante en las sensibilidades frente a las violencias de género y las inequidades.

Relaciones vinculares de los padres

Las historias dominantes de las personas participantes en relación con la configuración de su *self* terapéutico, que surgen en este caso, están vinculadas especialmente con el subsistema conyugal de su familia de origen, en el que se resaltan asuntos relacionados con la equidad de género y las luchas generadas en el reclamo de derechos, experiencias de maltratos, violencias y en general replanteamientos sobre el papel de hombres y mujeres en una relación de pareja y de familia en general.

El tema de la inequidad en la relación conyugal ha sido evidente cuando las historias narradas conllevan problemáticas asociadas a la violencia intrafamiliar, donde los padres y madres tienen una constante disputa y controversia, lo que deja una implicación en el *self* del terapeuta. Aguilar (1990) ha comentado al respecto que las pautas de interacción que se van adoptando en las relaciones familiares no suelen provenir de análisis informados y profesionales, sino que comúnmente provienen de estrategias que en ocasiones se han ido transmitiendo de generación en generación (con algunas adaptaciones a la “época”). En la siguiente narrativa se muestran las implicaciones de estas situaciones:

Por motivo de la violencia entre mis padres, he hecho evidente durante la carrera mis inclinaciones por el movimiento feminista, y los derechos de las mujeres [...] hace como dos semanas justamente me llegó un caso de una señora que contaba haber sufrido precisamente violencia intrafamiliar y por supuesto sentí como que algo hizo clic, porque me hizo conectarme con mi historia a nivel personal. (EE4P)

También se identificaron asuntos relacionales que se repiten en varias generaciones, como es el caso de pautas machistas o de dependencia emocional que se han vivenciado en generaciones anteriores y que hermanos o incluso los mismos terapeutas repiten. Aparecen también los modelos en cuanto a forma de ser de los padres que se han imitado y/o valorado como positivos para el ejercicio terapéutico.

Las respuestas sobre la vinculación de estos patrones con el ejercicio terapéutico van muy relacionadas con la manera como se ha entendido. En algunos casos, se identifica la relación con el estilo terapéutico, donde aparecen comentarios como el miedo a dejarse ver y un estilo más reservado, la implicación con el consultante. También aparecen otros recursos y cualidades como el respeto, la planificación de las sesiones, la perseverancia. Estos estilos y/o cualidades constituyen también recursos para el terapeuta, y son desarrollados en la categoría de legados.

Legados maternos y paternos

En estos hallazgos se ha clasificado aquello que se “trae” en la configuración del *self* del terapeuta, desde los referentes de las figuras significativas, en la mayoría de los casos, con los padres. Tal como se mencionaba arriba, estos aspectos están relacionados con la valoración de ciertas características de estos legados, que se ponen en escena en el sistema terapéutico, a manera de retos o reivindicaciones frente a lo que se puede hacer por otros: “Nosotros sí tenemos una historia de violencia intrafamiliar, por eso me gustan los temas de género, para ayudar a otros, ya que no pude hacerlo con mi propia familia” (EE4P).

También aparecen los dolores y abandonos que vivieron en su familia de origen. En estos se han encontrado características particulares que atañen al padre, como abandono, maltrato, críticas. Esto se pone de manifiesto con las siguientes narrativas: “Por parte de mi familia paterna, tengo esa parte de abandono, de distancia” (EE2P).

Surgen en los hallazgos características del *self* del terapeuta altamente valoradas, como el hecho de reconocer el protagonismo y posibilidad de decisión del/la consultante y una perspectiva de respeto que resulta de la propia vivencia con su madre, los valores familiares que infundieron en estos, y, entender la posición de sentirse “capaz”. Un ejemplo de ello es el papel de la madre, valorada como una figura de empoderamiento que se transmite de generación en generación: “Yo me siento muy orgullosa de mi mamá, porque ella siempre salió adelante sola, ella siempre me ha enseñado a mí como esa independencia” (EE3P).

La experiencia de EE3P en la valoración que hace de su madre y en el legado de independencia que reconoce, gracias a ella, implica unas conexiones vinculantes de estas historias y saberes con los consultantes, que en últimas se traduce en una cercanía guiada por el sistema familiar. “La fuerza del vínculo estaría potenciada por todas las interacciones empáticas que el terapeuta ha sostenido con todos y cada uno de los miembros del sistema familiar” (Orellana *et al.*, 2016, p. 49). Por ejemplo, con esta narrativa se ilustra significativamente lo mencionado: “Desde mi abuela puedo decir que ella no necesitó ayuda de nadie, es decir como ese apoyo masculino, teniendo en cuenta el contexto de ese momento, eso nos enorgullece como familia” (EE6P).

Lo anterior permite comprender que el *self* del terapeuta se encuentra estrechamente ligado a sus dos dimensiones (personal y profesional). Los elementos familiares del terapeuta direccionan dinámicas vinculantes a modo de conexión emocional con los consultantes; y así mismo, viabilizan una forma de hacer terapia, es decir, que el vínculo terapéutico está guiado por la interacción, por el *self* personal, y repercute en la forma de hacer terapia, en el *self* profesional.

Según Orellana *et al.* (2016), el vínculo terapéutico no solamente supone interés en el *self* personal, sino desde el elemento profesional, pues permite vincular a un consultante en una diferenciación respecto a los roles, al favorecer que el terapeuta, desde su autonomía y perspectiva práctico-profesional, comprenda empáticamente el motivo por el cual un consultante asiste a terapia. En tal idea, la empatía se hace relevante como un constructo a florado desde el sistema familiar del terapeuta, lo que da a entender que existen diferencias en el quehacer profesional clínico, al entablar una conexión empática, pues se parte del hecho de que esta se encuentra impregnada de elementos del sistema familiar.

En línea con lo anterior, se menciona que el vínculo terapéutico, desde su incidencia en el *self* personal, podría tener efectos de relación en el sistema terapéutico, ya que podrían manifestarse asuntos como atracción, repelencia, inhibición o impulsividad (Orellana *et al.*, 2016). Con lo anterior, se hace evidente la complejidad del sistema terapéutico desde las personalidades en cuestión, pues si bien el consultante se inscribe como consultante, el terapeuta en algunas situaciones puede tener efectos directos de la terapia en su propio cuerpo; es decir, que es muy común que el terapeuta manifieste efectos a modo de sensaciones o sentimientos para la terapia, pues puede haber elementos de resonancia que se autoatribuye. En la experiencia de EE4P se ve reflejada esta conexión: “Hace como dos semanas justamente atendí una señora con un caso de violencia y acoso sexual, y por su puesto si me sentí conectada con esa historia a nivel personal” (EE4P).

Orellana *et al.* (2016) proponen que los saberes del consultante y del terapeuta, desde el *self* personal y profesional, hacen que se realice un diálogo de saberes. Es en tal relación dialéctica en que se comparten puntos sensibles que pueden generar retos y efectos en el sistema terapéutico; motivo por el cual el factor ético se hace relevante al mostrarse como una forma reflexiva durante toda la intervención clínica.

En este sentido, se encuentran dentro de los resultados investigativos los aprendizajes para el quehacer terapéutico que surgen en los participantes desde sus apreciaciones en relación con la familia de origen, en varias direcciones. Por un lado, los modelos de los padres frente a determinadas características, como reserva frente a sentimientos, capacidad para relacionarse con otros, ser sinceros y expresarse, etc. Otra dirección que surge está relacionada con las habilidades desarrolladas, en contraposición a lo que no son características que se vivan en la experiencia de familia, y que por distintos motivos se reconoce y valora como muy significativas:

Creo que he aprendido, pero no por ellos, sino por no ser como ellos [...] mi familia es muy poco empática, entonces yo me considero una persona empática [...] la escucha, demostrar esa importancia que uno debe tener en los pacientes, que a uno sí le importa la situación de ellos. (EE8P)

Estas experiencias que refiere EE8P en su vivencia familiar está relacionada con lo planteado por Hill *et al.* (2018), al hacer referencia a la importancia de la reflexividad desde la empatía con los consultantes. Existen algunos

elementos contenidos en el consultante, que, desde la resonancia, implican una identificación en el terapeuta. Con esto se hace notable la conexión o el vínculo terapéutico, pues es este mismo sistema el que permite identificar y revelar sentidos en el terapeuta desde una perspectiva autobiográfica:

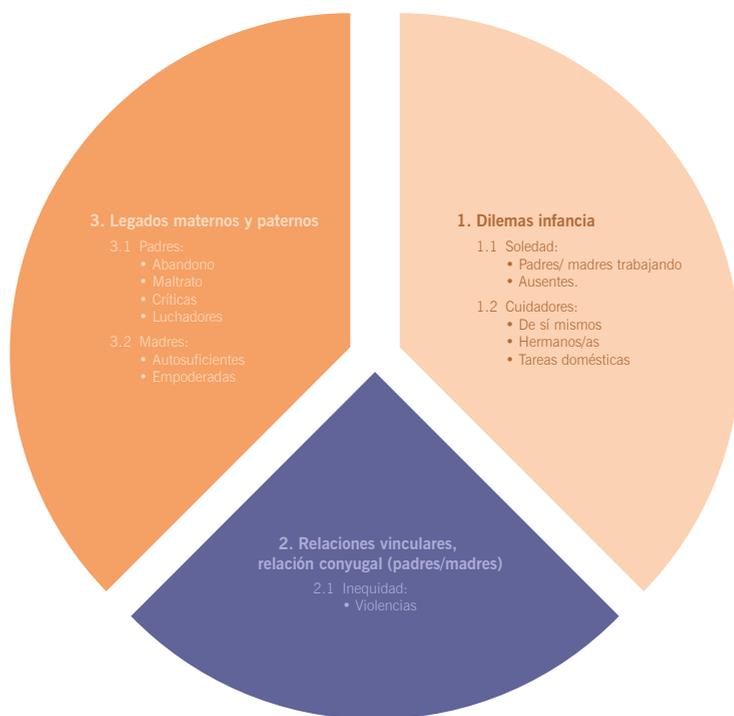
Que mi abuela paterna en su época logra divorciarse a pesar de las repercusiones que tenía eso. Es una experiencia que se habla con orgullo y se intenta que se reproduzca en la familia para que todas tengamos esa autonomía e independencia y no tengamos que depender de ningún hombre. (EE7P)

Es bien sabido que la familia es el núcleo fundamental de la identidad, y es desde esta institución donde se ejecutan una serie de roles y de comportamientos con función en la socialización y convivencia. En tal sentido, las relaciones por parte de los miembros de la familia de manera afectiva, y a su vez, en algunos casos de manera implícita, conllevan aprendizajes significativos para la vida de los sujetos:

En el lado materno encontré siempre una lucha, como ese cuestionamiento a esos pensamientos machistas, veo a mi mamá interrogar esas formas de pensamiento y tiene mucho que ver con la historia de vida de ella y la de mi abuela incluso [...] Valoro que haya algo más allá de preguntarse. (EE1P)

En conclusión, se puede decir que la familia de origen constituye un punto crucial en la construcción del *self* personal del terapeuta, en cuanto sus miembros se afectan profundamente unos a otros en sus pensamientos, sentimientos, acciones, estilo de vida y patrones de vinculación a lo largo de todo el curso de vida. Según Orellana et al. (2016) y Canevaro et al. (2017), estos aspectos determinan el nivel básico de diferenciación que alcanza el *self* personal del terapeuta, y giran esencialmente alrededor de tres aspectos relacionados con la familia de origen: el *self* de los progenitores; el grado de ansiedad presente en la familia en el momento de su nacimiento, infancia y adolescencia, y las relaciones de la familia nuclear con otros subsistemas.

En la figura 4, se puede apreciar de manera sintética los hallazgos de esta categoría:

Figura 4. Hallazgos Características del *self* personal del terapeuta Pereira

Fuente: creación propia

Los resultados que se muestran en este capítulo corroboran una línea de despliegue que de manera tímida ha venido cobrando relevancia por el reconocimiento de la responsabilidad ética y profesional que comporta la mirada del *self* personal del terapeuta. En ella recae toda la carga incidente que tiene el despliegue de su *self* profesional. Queda evidenciado que la familia de origen del terapeuta está tras la cortina de la sala de sesión en la que el terapeuta se enfrenta con los dilemas humanos de sus consultantes.

El no reconocimiento de estos personajes que, como fantasmas, se pueden entrometer en la sesión llevaría, como ya se ha dicho, a entrampamientos, isomorfismos o resonancias que requieren reconocerse y asumirse de manera ética y responsable, desde un ejercicio reflexivo que lleve al terapeuta a una mirada permanente sobre sí mismo, para cuidar y transformar en direcciones diversas su historia personal y familiar, y la realidad de su pre-

sente; de tal manera que pueda decantar los mejores recursos, en pro del consultante y sus necesidades.

En este sentido, se podría decir que el terapeuta, desde su formación, necesita de un proceso de autoconocimiento, ya que desde lo académico se le asignan explícitamente una serie de elementos correspondientes a un saber teórico. Sin embargo, el saber experiencial, el de su perspectiva individual y vital, también es relevante para su formación. Lo anterior supone un reto, puesto que la formación no solo debe desplegarse de la fundamentación disciplinar-teórica, sino también comprender lo holístico de su experiencia vital. Así lo afirman Espinoza (2017), Zapata (2012) y Cabral y Sales (2019), cuando enuncian que revisar el origen de los vínculos emocionales dentro de las familias permite al terapeuta hacer consciencia de sus puntos ciegos para contrarrestarlos y reconocer las resonancias que provoca la historia del consultante.

Lo que se presenta como imprescindible a la consideración teórica, práctica o incluso epistemológica respecto al *self* del terapeuta es su comprensión más amplia y más profunda desde la reflexividad, puesto que si bien, en la formación, o en la vida cotidiana, un terapeuta no presenta autocríticas, o no supone dudas a sus procesos, se vuelca la tensión hacia una relevancia ética, de la cual se exponen notables consecuencias legales, morales y disciplinares. El *self* del terapeuta invita a la duda propia, en relación con el mejoramiento y avance constante, puesto que enuncia la noción de nuevos aprendizajes (González *et al.*, 2019).

El vacío de conocimiento hacia la comprensión del *self* del terapeuta trajo consigo algunas cuestiones relevantes a indagar, pues es bien sabido que la persona como individuo tiene un fundamento desde la relación familiar. En tal sentido, el *self* puede ser comprendido como un medio de autorregulación y autoconocimiento, donde se da cuenta de las dinámicas familiares en el propio ser, lo cual, a su vez, en una consideración desde un quehacer práctico y clínico, permitiría pensar que el *self* del terapeuta puede ser una herramienta útil, ya que permitiría dar cuenta de aquello que el individuo contiene desde su familia y desde su formación profesional.

Quedan sobre la mesa los retos de las universidades encargadas de la formación y entrenamiento disciplinar de los terapeutas, en la necesidad de incluir en sus propios currículos y estrategias pedagógicas una constante pregunta sobre su familia de origen. Al respecto, Bowen, ya desde la década de los

ochenta, proponía como estrategia pedagógica la realización del genograma familiar como punto de partida para el reconocimiento de la historia y los eventos vitales que la caracterizan. Es decir, representa una radiografía relacional muy ilustrativa de la vida del estudiante. Este desarrollo del genograma es una experiencia para aquel profesional que la pone en práctica, pues puede verse dentro y fuera de su guion familiar; es decir, que empieza a estructurar su vida desde una perspectiva que tal vez no había tenido en cuenta, al reconocer que el guion que ha estado actuando hace parte de una novela más amplia, escrita por diferentes manos y por diferentes generaciones.

Santa Marta

En los hallazgos en Santa Marta, encontramos una diferencia con los terapeutas en formación en las ciudades de Medellín, Pereira y Texas (EE. UU.): el proceso de “descubrir” el *self* y conversar por primera vez para identificar aquello que proviene de sus familias, el papel fundamental que resulta de las experiencias relacionales familiares y su función en el proceso de construcción del *self* del terapeuta.

Características del *self* personal

En este punto, iniciamos la identificación de las características del *self* personal con el adelanto de una segunda conclusión: para los terapeutas en Santa Marta, este proceso fue todo un “descubrimiento del *self*”, que implicó en principio reconocer la historia personal y aquellos dilemas de la infancia que pueden influir en la práctica profesional:

La infidelidad de mi padre y esa especie de duelo no resuelto de mi madre de alguna manera hizo que fuéramos tan unidos, y yo me haya convertido en el que siempre está allí [...] Una característica que aprendí de mi familia y que me ha servido mucho es la escucha activa y la paciencia, las aprendí de tanto escuchar a mi mamá. (EE1S)

En estas narrativas podemos identificar dos características del *self*: una personal, la capacidad de escucha y paciencia, y una familiar, la lealtad e identidad familiar. Esto resulta importante no solo por lo que implica para su proceso formativo, sino porque se inicia el camino de conocimiento de sí mismo, que resulta muy interesante dada la etapa del ciclo vital en el cual se encuentra nuestro terapeuta: salida de los hijos del hogar.

Lo anterior nos indica los aspectos a tener en cuenta a nivel del *self* personal, como en su momento mencionan Galfré y Frascino (2007): cuánto se conoce el terapeuta a sí mismo, las dificultades y anclajes que puedan provenir de su historia de vida, en qué momento de su ciclo vital está: sus familias de origen y actual, la capacidad de relación del terapeuta y su calidad de su red social, cómo maneja los conflictos y los mitos que trae desde su cultura y experiencias de vida:

Necesito aprender a creer más en mí, sin enfocarme en los comentarios de mi familia, que en algunas circunstancias logran causar impacto negativo y me hacen perder las esperanzas en mí, identificar las falencias que estos comentarios causan y mejorarlas sin intervenir de manera abrupta en mi proceso. (EE2S)

En esta narrativa podemos dar cuenta de que descubrir del *self* no siempre resulta agradable. Es encontrarse con un sí mismo, con los miedos propios, algo que resulta extraño; sin embargo, una vez se aceptan como parte del proceso, pueden identificar las narrativas familiares que les causan malestar emocional y personal, reconocer los recursos propios y aumentar la confianza en sí mismos.

Encontramos un primer elemento importante para la reflexión de los terapeutas en formación, el “descubrimiento del *self*”, como aquel proceso que les ha permitido identificar los aspectos experienciales y cognitivos que provienen de sus familias, sus experiencias personales y su influencia en el ejercicio terapéutico, la apertura a la metacognición del porqué hacen las preguntas que hacen, descubrir las razones por las cuales se sienten incómodos o no con ciertos motivos de consulta, de dónde surgen las hipótesis, el para qué del plan de intervención que realizan, entre otras reflexiones.

Entonces, para esta categoría podemos decir que las características del *self* identificadas giran alrededor de dos grandes aspectos:

- **Personal:** capacidad de escucha, paciencia, capacidad de reconocer los recursos propios y aumento de la confianza en sí mismo.
- **Familiar:** Lealtad, identidad y narrativas familiares que generan malestar emocional.

Estas características resultan importantes por cuanto al ser terapeutas que inician su ejercicio terapéutico en un contexto de formación, les permite

un elemento de reflexividad no solo frente a su quehacer, sino en lo relacionado con las perspectivas que puedan ir construyendo para sí mismos. Con esto, se destaca el papel fundamental que resultan ser las experiencias relacionales familiares y cómo estas tienen una función en este proceso de descubrimiento y fortalecimiento del *self*.

Los legados familiares y su influencia en el *self* profesional

El *self* profesional, para este caso, está relacionado con la capacidad operativa que Canevaro (2003) menciona como la fe en sí mismo, la claridad, la facultad de llevar a cabo un buen *joining* y la posibilidad de una adecuada estimulación de la interacción terapéutica.

Por otro lado, encontramos la capacidad relacional, que trata de la empatía, del humor, de la calidez y de la integración afectivo-comportamental. La interdependencia entre las dos es fundamental: “La capacidad operativa sin lugar a dudas es importante para desarrollar un proceso terapéutico, más la capacidad relacional haría la diferencia entre un resultado mediocre y un resultado excelente” (Canevaro, 2003, p. 8).

El terapeuta no solo debe ser capaz de considerar su propia subjetividad dentro del proceso terapéutico, sino además promover conversaciones con sus pacientes en donde se incluya la experiencia de ellos respecto de la subjetividad del terapeuta. La intersubjetividad que se inaugura en el contexto terapéutico provoca la actualización de subjetividades únicas que generan, a su vez, comprensiones únicas. (Szmulewicz, 2013, p. 62)

El terapeuta necesita tener claridad sobre su actuar profesional, en cuanto no solo la aplicación de un método en particular, sino en observar la importancia de la interacción con los consultantes como un recurso terapéutico valioso. En este sentido, descubrir las pautas de interacción y si estas cambian o no dependiendo de factores como motivo de consulta, edad de los consultantes, aspectos físicos, ideas, creencias, y si estos tienen una relación directa con algún aspecto de la familia de origen, es esencial.

También resulta interesante tomar en consideración el concepto de lealtades invisibles propuesto por Boszormenyi y Spark (2014), donde plantean que toda relación con la familia de origen conlleva lazos de lealtades más o

menos inconscientes que constituyen un sentido de pertenencia y de identidad familiar, y por extensión, personal, que se constituyen en un dilema para el terapeuta una vez los ha podido descubrir. Esto se ve como una fortaleza y al tiempo como una condición para el papel que ocupa dentro de su familia, tal como lo pudimos leer en las características del *self*.

Los dilemas familiares nos llevan a pensar en un segundo aspecto: el *self* del terapeuta se convierte casi en la columna vertebral de todo lo que motiva sus interacciones. En un significado más amplio, los elementos de experiencias familiares que se conectan y se repiten en los diversos contextos con los cuales la persona que ejerce la labor como terapeuta interactúa. Son un elemento importante las emociones que surgen en esas interacciones; tal como lo plantea De Pablo (2017):

Este reconocimiento emocional es una excelente información para el terapeuta. Las emociones sentidas en el proceso no solo hablan de las emociones sentidas en su propia historia, sino que también funciona como barómetro de las emociones que están presentes en la familia con la que se interviene. (p. 243)

Este ejercicio no siempre resulta fácil; implica aceptar que el terapeuta no es aséptico a lo que sucede con su mundo relacional familiar, ni con el mundo relacional de los consultantes, ni mucho menos lo que sucede cuando la historia personal del terapeuta se encuentra con las historias de los consultantes. Así, se forma un sistema terapéutico, que siempre se necesita cuidar como un ecosistema delicado, tal como nos narra EE1S:

Algunos temas de abuso sí me cargan bastante, porque son temas relacionados con la figura paterna. Se esperaría que deberían ser buenos padres, pero no, y está relacionado con la historia de mi familia, la infidelidad de un esposo y un padre ausente.

Como leemos, esta parte de la historia familiar representa un gran dilema para EE1S, pues su construcción de lo que podemos llamar la función parental, o lo que se espera de un padre, está marcado no solo por la sensación de ausencia, sino por cómo la familia se reorganizó a través del fortalecimiento de las lealtades invisibles. A su vez, cómo este hecho influye cuando los consultantes también presentan problemas con la función parental. Este es un punto que ha sido importante resaltar para EE1S, pues inicia a cuestionarse sobre su *self* profesional y esos dilemas familiares, tal como nos

narra a continuación: “Prefiero no atender mujeres mayores, las relaciono con mi mamá, porque pasé mucho tiempo escuchándola hablar de mi papá y su infidelidad” (EE1S).

Aquí se evidencia mucho más el tema de las lealtades invisibles, en esa capacidad de escucha desarrollada a partir de ser el hijo mayor que entra en función de apoyo a una mujer que no ha podido sanar las heridas emocionales causadas por la infidelidad de su pareja. Casi que podríamos decir, un hijo atrapado en medio del conflicto conyugal. En la siguiente narrativa podemos encontrar este proceso: “He descubierto que somos una familia con tendencia a la dependencia emocional, la familia materna es un sostén emocional, y pensar eso a veces me preocupa en caso de querer irme del país u otra ciudad de Colombia” (EE1S).

Relación con los padres/madres

Pudimos denominar los hallazgos de los legados familiares y la relación con los padres/madres como la lucha por la libertad personal, a través del ejercicio profesional. Las narrativas han sido reconocidas alrededor de cierto tipo de dependencia y lealtad familiar, que una vez reconocidas, fueron asumidas como el compromiso personal para no permitir que estas les impidan su ejercicio profesional, sobre todo a la hora de querer migrar a otras ciudades o países, para seguir la formación profesional.

Es posible también conectar estos legados familiares con la escogencia de un modelo terapéutico en particular, pues ciertos modelos terapéuticos pueden ser más proclives a llevar una especie de lista de chequeo, con los cuales, a nivel técnico, los terapeutas pueden sentirse más seguros. Aunque si bien es cierto, en la formación la mayoría de los profesores pueden ser proclives a un modelo en particular; la balanza se equilibra un poco, cuando durante la formación se les presentan otros modelos terapéuticos para que puedan escoger.

Esto se relaciona con lo planteado por Linares y Ceberio (2005), en cuanto a las variables a tener en cuenta a la hora de aplicar un modelo en particular, tales como las personales: cultura, mitos, valores y creencias, debido a que el terapeuta debe conocer los propios para tenerlos en cuenta y flexibilizar su acción personal y profesional. Otra variable son las características relacionales, para que el terapeuta pueda comprender sus reacciones ante ciertos comportamientos expresados por los consultantes:

Por ejemplo, la ira que puede expresar un terapeuta ante la tentativa de manipulación emocional por parte de un miembro de la familia en terapia. El reconocimiento de que ello puede conducir a reacciones desproporcionadas, le ayudará a salir mejor del trance. (p. 61)

Siguiendo con este proceso, resulta importante el surgimiento de otros legados familiares, tal como nos narra EE2S: “Necesito trabajar en los prejuicios relacionados con el manejo de emociones en las relaciones familiares [...] Una parte de mi historia de vida familiar que necesito resolver es la comunicación familiar”.

Estos dilemas están relacionados con los estilos de comunicación familiar; una función muy sensible en las familias, y que tiene una influencia directa en la forma en que nos relacionamos con otros, con compañeros, supervisores y finalmente con los consultantes.

Los legados en torno a la relación con los padres/madres como figuras de autoridad, que influyen en los estilos de comunicación, representan un verdadero reto para los terapeutas en formación, tanto así que pueden generar temores en el momento de la supervisión y también en el de comunicar, hacer intervenciones en el ejercicio terapéutico.

Nos encontramos entonces con los siguientes legados familiares que influyen en el *self* profesional: los dilemas construidos alrededor de la función parental no cumplida; los dilemas familiares que implican los conflictos conyugales no resueltos; los dilemas familiares de las lealtades familiares y la lucha por la libertad personal, y los dilemas familiares de los estilos de comunicación y control de las emociones.

Canevaro (2017) nos recuerda que es necesario incorporar el propio *self* no solo resolviendo temáticas personales, sino más bien reconociéndose y trabajando en sí mismo. Esto le otorga al terapeuta, por un lado, mayor libertad para el trabajo con los consultantes, y por otro, ver cuándo y cómo se ve inhibido o entrampado. La congruencia entre lo personal y lo profesional del terapeuta constituye uno de los elementos más curativos de la terapia: “La maestría de la terapia depende de la maestría del terapeuta de sí mismo tanto como su conocimiento y habilidad” (Aponte, 1985, p. 13, citado por Canevaro, 2017).

En este mismo sentido, Silva *et al.* (2018) concluyen que:

El terapeuta se percibe a sí mismo como parte del sistema consultante con el cual interactúa, sabe de sus propias presiones, expectativas, anhelos; por lo tanto, las asume, es consciente de ellas y no se “empanatana” en la supuesta neutralidad y la omnipotencia terapéutica [...] no es ajeno a su realidad ni a la realidad que el sistema consultante trae a ese espacio. (p. 265)

En Santa Marta, podemos decir que en cuanto a la identificación de las características del *self* y de los dilemas familiares asociados al *self* profesional, los terapeutas se encuentran en un primer nivel de identificación de su *self* personal. Tal como Montoya *et al.* (2020) nos comentan: “Pasa por un proceso de ser consciente en cada terapeuta. El terapeuta es un ser humano que tiene una personalidad, supuestos filosóficos, prejuicios, creencias y mandatos de su familia de origen” (p. 119)

¿Cómo iniciamos este proceso? En nuestro caso, fue el *self* profesional el que nos sirvió de hilo conductor para poder dar cuenta de los elementos personales y familiares que se entrecruzan en el ejercicio terapéutico, lo que termina siendo un gran “descubrimiento”, pues por la formación teórica recibida, este aspecto de lo personal/familiar se había presentado como todo lo contrario a la objetividad y neutralidad terapéuticas.

Esta capacidad de reflexión sobre la historia familiar y su eco o influencia en la construcción de su *self* profesional lo podemos asociar al concepto de autorreferencia, en principio asumiéndolo desde lo planteado por Castañeda y Parra (2006). Es decir, esa competencia básica para el control y comprensión de los procesos emocionales que emergen cuando un terapeuta está en contacto con dilemas familiares y sociales que pudiesen resultar muy dolorosos. Por ejemplo, el abuso sexual, maltrato infantil y demás modalidades de violencia familiar, que remueven su historia de vida como ser espiritual, axiológico, cognoscente, ético, estético, entre otros.

La autorreferencia, entonces, aparece como la posibilidad que tiene el terapeuta de evaluar el impacto de su intervención, a partir de la observación de su relación con el consultante, poniendo en juego su sistema de creencias construido a partir de prejuicios, constructos personales, mitos familiares

y valores culturales. Es decir, el referente para autochequear su quehacer, en términos del sentir, pensar y actuar, está centrado en su relación con la familia de origen, reconociendo que esta relación, como se ha venido planteando, está atravesada por sus experiencias de vida; experiencias que le han permitido construir historias sobre su familia de origen.

El reconocer que el *self* del terapeuta está compuesto por el *self* profesional y el *self* personal, que se encuentran en constante relación, resulta importante, pero no siempre evidente, e incluso genera temores, pues entra en choque con aquello que se les ha repetido hasta el cansancio en la formación, “hay que ser objetivo”. Lo que podríamos asociar de manera casi arbitraria a la negativa de los estudiantes de psicología en Santa Marta a querer conversar sobre ciertos aspectos de su historia familiar y personal, por considerar que “no estamos acostumbrados a incluir las familias y nuestras emociones en las prácticas” (EE1S).

Lo anterior nos lleva a plantear que no es una casualidad que el *self* personal y el *self* profesional sean interdependientes, lo que constituye un insumo para la necesidad de trabajar en la formación en búsqueda de estrategias pedagógicas que nos permita identificar, asumir y convertir en recurso terapéutico lo que se trae de la historia personal y familiar.

La formación de profesionales en ciencias sociales ha estado permeada por la preponderancia que se le ha otorgado al aprendizaje de teorías y metodologías para el ejercicio profesional, pero no se ha tenido en cuenta el trabajo del *self*, ni conversado sobre la influencia positiva o negativa que pueden tener las familias de origen en el desempeño profesional, tal como EE1S plantea como conclusión: “A uno le han vendido la idea que la objetividad es ser ético y no, lo ético está en saber manejar el *self*; primero facilitar la conexión con uno mismo y nuestra historia familiar”

El reconocer que una parte del ejercicio profesional se centra en la importancia de asumir la historia personal y familiar, y cómo esta puede interferir en la elaboración de las hipótesis terapéuticas y el planteamiento de la estrategia de intervención es importante. Además, confirma que, para ciertos niveles de formación, el puente para poder conversar sobre el *self* personal es el *self* profesional.

Es considerar el encuentro de historias de vida tanto del sistema consultante como la del terapeuta mismo. Durante el proceso, se devela la necesidad de

estar atento no solo a lo que trae el consultante o consultantes, sino a los elementos cognitivos, emocionales que se suscitan en el terapeuta desde el motivo de consulta e historia del consultante. Por esta razón, el control de los procesos autorreferenciales incide en el éxito o no de un proceso terapéutico.

Por supuesto, esto implica, a nivel profesional, tener un sentido de ética y responsabilidad, ya que se trata de ofrecer una orientación a los consultantes desde sus propias necesidades y no desde las necesidades del terapeuta, como suele suceder cuando no se entrena la capacidad de autorreferencia.

El *self* del terapeuta es un concepto, un elemento de formación, un recurso personal, terapéutico y deontológico a la vez, que requiere, si se nos permite decirlo, pasar por varios niveles:

1. Identificar los elementos del *self* personal
2. Asumir los elementos del *self* personal
3. Fortalecer la capacidad de autorreferencia
4. Integrarlo a la práctica terapéutica (*self* profesional)

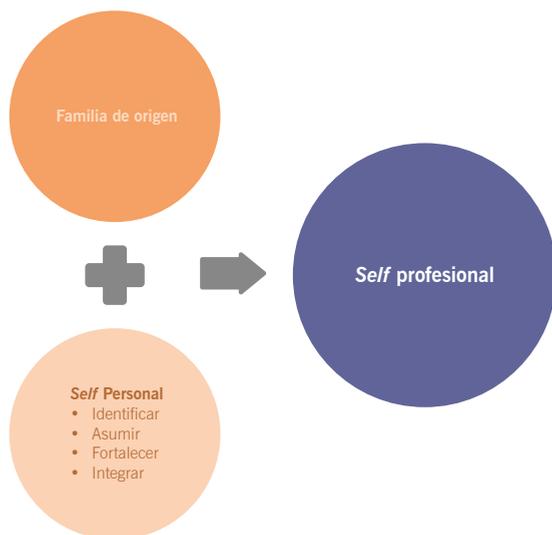
En cuanto a aspectos más formales, que nos han sido develados durante las entrevistas y equipos reflexivos, podemos pensar en los siguientes aspectos:

1. **Estrategias pedagógicas en autorreferencia:** se partirá del principio de importancia de la autorreferencia en la práctica en cualquiera de los campos de acción en los que un terapeuta opera. Será necesario que los terapeutas reconozcan que su formación no solo debe ser teórica, sino también personal, reconociendo sus nudos emocionales, para trabajarlos; y sus recursos personales, para potenciarlos.
2. **Desarrollo de competencias terapéuticas:** permitirá identificar las competencias que deben tener los profesionales que se dediquen a la psicoterapia.
3. **Desarrollo de estrategias didácticas:** trabajar hacia el diseño e implementación de talleres de formación del *self* a nivel nacional.

Finalmente, podemos decir que el *self* debe ser entendido como un proceso de cuidado del sí mismo, en construcción permanente, pues se va fortaleciendo en la medida en que el terapeuta va integrando esa capacidad de autorreferencia, durante su ejercicio terapéutico, que le permita identificar lo que le es propio y qué dilemas familiares son tocados por el motivo de consulta de los consultantes. A su vez, cómo vigila aquello que ha elabora-

do como objetivo e intervención terapéutica que se ajuste a las necesidades del consultante y no a las propias.

Figura 5. Hallazgos Características del *self* personal del terapeuta Santa Marta



Fuente: creación propia

Reflexiones generales sobre el estilo y recursos del *self* del terapeuta

Una de las principales conclusiones que provienen de los hallazgos en las cuatro ciudades donde se desarrolló la investigación está relacionada con las implicaciones que tiene la historia de vida familiar en el *self* profesional de las personas participantes. En todos los casos, es clara la huella de los dolores y sufrimientos que han debido afrontar, en la manera en que despliegan su hoy por hoy en la terapia. También será necesario mencionar que los padres y las circunstancias que rodearon su primera infancia y adolescencia se convirtieron en referentes para el despliegue de cualidades y habilidades terapéuticas importantes que se reconocen y valoran.

Uno de los aspectos en que coinciden los resultados de las cuatro ciudades es lo relacionado con la proveniencia de familias marcadas por las violencias, abusos, parentalización de los hijos/as, sobreprotección, negligencia, entre otras. También aparece la función parental transversalizada por los abandonos, especialmente de la figura paterna. En relación con la madre, desde otros aspectos no necesariamente negativos, tales como trabajadoras, independientes, autosuficientes, empoderadas, entre otras. La no repetición de estas pautas de relación y su resarcimiento operaron para los terapeutas como la posibilidad de reivindicar, sanar y compensar estas situaciones, a través de su profesión. Incluso en algunos casos aparece el interés por esta como un hacer con otros lo que no se pudo hacer en casa.

Sobresale en los resultados, especialmente para Pereira y Santa Marta, la novedad que supone para los practicantes la relación entre su historia de vida familiar y el ejercicio de su profesión. Ello posiblemente está relacionado con la edad de los participantes y el nivel de formación (pregrado), lo que contrasta con los resultados de Medellín y Estados Unidos, en los que se trata de personas adultas y con niveles de formación distinta (posgrado). La experiencia profesional, la madurez y otros aspectos han podido favorecer

mayores niveles de observación y reflexividad sobre la historia personal. Es como si se dijera que han tenido más tiempo y oportunidades para resignificar y procesar estas historias.

Con todo lo anterior, queda sobre el horizonte el reto en el que se ha venido insistiendo a lo largo del texto: la necesidad de que las instituciones de educación consideren, de manera consistente y formal, la formación del *self* del terapeuta en sus dos dimensiones: personal y profesional. Solo de esta manera se puede avanzar en lo que se ha insistido, desde varios autores, respecto a la capacidad del terapeuta para reconocer su propia historia y distinguir claramente lo que siente y piensa, de tal forma que se pueda avanzar en autonomía respecto a sus consultantes. Se logra con ello que el estudiante en formación pueda reconocer, en su historia de vida personal y familiar, el bagaje que le sirve como equipaje terapéutico en el ejercicio de su profesión: fortalezas, cualidades y habilidades en general; pero también aquello que se presenta como una oportunidad para superar y sanar.

Recursos y estilo terapéutico

Medellín

En Colombia, las disciplinas psicoterapéuticas son de reciente aparición, del mismo modo que preguntarse por quién es la persona detrás del escritorio en la consulta terapéutica. Los estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar llegan con experiencias personales que describen narrativas sobre sus familias, en el periodo de formación denominado formación terapéutica, en ellos emergen preguntas sobre los constructos teóricos y epistemológicos que han adquirido y de qué manera se entrecruzan con ideas dominantes atribuidas a su *self* y su historia: ¿puedo ser un buen terapeuta? ¿Qué pasará en mi primer encuentro con la familia? ¿Será mejor que llegue un solo consultante o varios? ¿En el encuentro terapéutico encontraré las palabras apropiadas para llegar a los usuarios? ¿Cómo saber cuándo echar mano a una técnica u otra? ¿Como terapeuta podré ser totalmente fiel a un enfoque? ¿Me quiero parecer a tal o cual terapeuta conocido, o al autor que he leído, o al profesor que he visto en el espacio terapéutico? Estas y otras preguntas aparecen latentes y guardan una estrecha relación con la consolidación del estilo terapéutico, que será uno de los objetivos a ser trabajados durante su entrenamiento. Ahora se presentan las ideas halladas de los estudiantes vinculados a esta investigación como participante en los que se evidencia la búsqueda de un estilo y recursos para la atención.

Este capítulo presenta algunas narrativas que los participantes presentan sobre cómo la familia de origen influye en la construcción del estilo terapéutico propio y la relación que tiene con los recursos personales usados en terapia. Siguiendo a Orellana et al. (2015), la familia de origen deja un sello en la personalidad de cada individuo, y este sello se refleja tanto en la vida privada como profesional.

La tarea del terapeuta es llevar a la reflexión y suscitar herramientas para cambio de comportamientos mediante preguntas movilizadoras, usando un estilo personal; les fue inquietante toda vez que en ese proceso de descubrimiento también se hallaba un proceso de sanación interna sobre su vida personal. Dicen Orellana *et al.* (2016) pag.113 que “lo que describe el psicoterapeuta surge en una intersección entre su entorno y él mismo: no puede separar sus propiedades personales de la situación que describe”. Por ende, surge la articulación entre *self* personal y *self* profesional.

Estilo y enfoque: es importante mencionar que al posgrado en terapia familiar llegan estudiantes con una formación de base en ciencias humanas y sociales. En ese sentido, los participantes expresaron que algunos han construido desde sus experiencias profesionales un estilo de orientador, de consejería y/o directivo. Así mismo, es importante comprender la motivación por la cual eligieron este proceso de formación.

Para el caso de los estudiantes en terapia familiar, definir su estilo se convirtió en un aprendizaje de deconstrucción, toda vez que tuvieron que movilizar sus experiencias para adquirir una postura más apreciativa, donde no se centraran en el déficit de la familia que consulta, sino en sus recursos y posibilidades. Además, la formación implicó que los estudiantes se ubicaran en una posición de humildad, y reconocieran que como profesionales no tienen un poder especial sobre los consultantes. En ese sentido, la EE10M mencionó que:

El compartir un espacio de formación con mis compañeros y la docente me permitió reflexionar sobre mi familia de origen y las relaciones que establecí con mis padres y mis hermanos, en donde el rol asignado y asumido siempre estuvo orientado a darles soluciones, consejos que les permitiera a ellos tomar decisiones, desde una posición controladora y en ocasiones hasta posesiva, donde mi palabra tenía gran peso.

Para el caso de esta estudiante, reconocer su *self* implicó un arduo trabajo desde su familia de origen, y una vez que reconoció sus creencias e historias que ha perpetuado a lo largo de su vida, logró ubicarse en una posición abierta, al permitir que su relación con la familia sea distinta a la dominación y el uso del poder, tanto con su familia como con las familias consultantes:

El ejercicio de pensar en mis relaciones con la familia de origen permitió la confrontación para realizar cambios en la relación con ellos; siendo mucho más respetuosa, validando sus emociones, sus intereses y sus decisiones, en la medida que se acercaron para encontrar soluciones, los recibí con preguntas que les posibilitan reflexionar, pensarse a ellos mismos y encontrar sus propios recursos. (EE10M)

Teniendo en cuenta el proceso de deconstrucción en el cual se encontraban los estudiantes, al momento de indagar por un estilo en particular, la mayoría argumentó que se encontraba en proceso de identificación, tal como lo expresa el EE1M: “Aún no tengo claro mi modelo de intervención, apenas lo estoy explorando”. Seguido el EE4M que menciona: “Me atrevería a decir que me acomodo con las terapias posmodernas”. Estas afirmaciones hacen eco en la conversación en la medida que permiten entretejer otras discusiones que guardan relación con el cómo llegar a poner de relieve en la consulta los lineamientos de algunos modelos sobre los cuales se sienten más identificados, haciéndose planteamientos como el siguiente expuesto por EE3M: “Debo tener mayor curiosidad ante lo que expone, relata, narra y describe el cliente; así mismo, capacidad de conectar lo que él dice con el contexto en el que está”.

Lo anterior deja entrever que identifican no solo la importancia de lo que sucede en la consulta en el aquí y el ahora, sino también las conexiones contextuales de la o las personas que atiende y la relación con la vida misma a través de la palabra. Posterior a esto, el EE4M sostiene:

Creo que debería desarrollar habilidades relacionadas con el manejo de mi emocionalidad; siento que en procesos que he acompañado como terapeuta en formación la emocionalidad me ha jugado y no de la mejor forma. A veces siento que cuando la emocionalidad me juega, me quedo sin habilidades y/o herramientas para continuar.

Ello permite hacer una conexión palpable entre la identificación de su *self* y los isomorfismos que puedan surgir en el acompañamiento terapéutico. Por esta razón, es necesario adentrarse en los dilemas existenciales de los estudiantes, al acompañarlos en una resignificación de los acontecimientos familiares para que sean más conscientes y plenos al momento de escuchar a los consultantes.

Patrones familiares: realizando una conexión con el apartado anterior, se evidencia la necesidad de poner la mirada en otra arista, los aspectos puntuales que han identificado en los patrones familiares que influyen en el estilo terapéutico. Al respecto, EE3M enuncia: “Al momento de colocar límites con los clientes, buscar generar empatía y calidez en la consulta, pero también crear un respeto y un límite de la relación.” Manifestó que esta ha sido una actitud aprendida en su familia de origen, en la cual las relaciones se establecen de manera amorosa pero firme. Ella quiere trasladar esa perspectiva a la terapia, y cree que funciona bien. Otro de los profesionales en formación terapéutica que, a lo largo del módulo, ha sido enfático en mostrar a su madre y hermanos como eje fundamental de su proceso de crianza, por la exclusión voluntaria del padre en esos asuntos, anota:

A veces pienso que mis patrones familiares de cierta medida han influido en mi estilo terapéutico. El acompañamiento que siempre nos hemos brindado con mis hermanos, mi mamá y yo, me han permitido tener habilidades para trabajar con familias en cualquier momento del ciclo vital. (EE4M)

El proceder de una familia en la cual se han entrecruzado varias generaciones y que el valor de la fraternidad siempre fue primordial le da herramientas para comprender ahora a sus consultantes en diferentes transiciones familiares, y muy al estilo de cómo su madre y hermanos actuaban en el proceso de crianza. Esto es consecuente con lo dicho por EE5M, “en la forma de crianza”, lo cual resulta significativo, puesto que da reconocimiento a la idea que quienes se forman en las ciencias sociales y más específicamente en familia son privilegiados, por la introspección permanente que pueden hacer de esta y de la autorreferencia como técnica terapéutica.

La postura anterior les permite reconocer cómo hay asuntos sobre los cuales también deben pensar y replantear, en términos de lograr modificaciones para llegar a ser profesionales con un estilo más definido; entre ellos está: “La capacidad de escucha, la serenidad”, dicho por EE2M, que hace sinergia con EE3M: “Capacidad de conectar y observar al cliente”. Y EE1M: “Volver preguntas mis pensamientos”. Todas estas acciones están relacionadas con los aprendizajes teóricos y motivados por el docente en el acompañamiento, durante la formación que los docentes han identificado como habilidades clave a desarrollar, si quieren llegar a realizar su trabajo con experticia. La capacidad empática, la escucha comprensiva, el arte de preguntar, los

distintos niveles de preguntas, la capacidad de hipotetizar se convertirá en factores clave durante el encuentro con las personas, parejas y familias.

Los estilos y su clasificación: hay algunos atributos que se han descrito en los apartados teóricos previos. En la revisión de antecedentes se halló la clasificación de la fundación Aiglé, quien ha identificado cuatro estilos dominantes al momento de realizar un proceso psicoterapéutico o de acompañamiento desde la terapia familiar. Los estilos definidos tienen que ver con asuntos instruccionales, operativos, expresivos y atencionales que les fueron planteados a los estudiantes para responder en una escala de valores, teniendo en cuenta el siguiente direccionamiento: calificar con uno (nunca), dos (casi nunca), tres (algunas veces) y cuatro (la mayoría de las veces). Se obtuvo la siguiente información (ver Tabla 4):

Siguiendo con las atribuciones que los terapeutas en formación hacen sobre el desarrollo de su estilo, se encuentran los recursos. Estos son, por un lado, parte de la historia personal y familiar; y por otro, pertenecen a las contribuciones sociales y culturales originarias de la persona del terapeuta. En este punto, es de aclarar que los recursos del terapeuta aluden en este capítulo a las habilidades y talentos aprendidos a lo largo de la vida que, en distintas situaciones, son puestas al servicio del ejercicio profesional para la solución o el encuentro con las alternativas de los modos de ser y de vivir de los consultantes que entran en diálogo constructivo con la experiencia personal del terapeuta. Por lo tanto, la historia personal del terapeuta hace parte del proceso formativo, el cual se mezcla con el terreno de los conocimientos técnicos de la profesión, el encuentro con otros personajes, modelos y sus teorías que le son afines, su práctica en vivo con consultantes, sumado a la experiencia de consolidación en compañía de sus pares y formadores.

Tabla 4. Resultados de encuesta sobre estilos

Instruccional	¿La fundamentación teórica de su enfoque representa para usted una guía en el proceder terapéutico?	3, 4, 4, 4, 4	Aquí se puede identificar cómo el enfoque teórico es un punto de referencia para el terapeuta en formación. Es el momento del encuentro de varios años de formación teórica para ponerla al servicio de sus consultantes, y se convierte en una guía para su actuar, lo que le permite seguridad, mantener una línea de acción y concretar ideas que transitan por su mente.
Operativo	¿Usted utiliza técnicas de un enfoque terapéutico diferente al suyo cuando se encuentra con algún estancamiento?	4, 3, 4, 3, 4	Aquí se puede ver una distribución entre algunas veces y la mayoría de las veces. Se pudiera pensar que los estudiantes aún se encuentran en un proceso formativo en donde prefieren no hacer muchos movimientos conscientes y prefieren conservar un equilibrio en el modelo que van identificando como de su preferencia.
	Cuando se encuentra ante alguna dificultad, ¿busca apoyo en algún colega?	4, 4, 4, 4, 4,	Es importante destacar estas respuestas tendientes a la mayoría de las veces, lo que guarda coherencia con un proceso colaborativo y constructivo en el cual están siendo formados, lo que les permite acceder a los saberes de sus compañeros, colegas o profesores en busca de ayuda cuando la necesitan.
	¿Siente que tiene la habilidad para flexibilizar el uso de las técnicas terapéuticas que normalmente utiliza?	4, 4, 4, 4, 4,	Una respuesta unánime de 4, para quienes fueron entrevistados permitiera ver que para este grupo es fácil adaptar sus competencias terapéuticas en la utilización de diversas técnicas. Por esto se sienten flexibles ante los movimientos que deban realizar y la apropiación de otras metodologías terapéuticas.
Expresivo	¿En el desarrollo de la terapia, usted se siente cómodo/a en las expresiones de cercanía física?	4, 3, 4, 4, 3	Aquí se podría intuir que este es un aspecto que se encuentra en construcción, frente a lo cual los profesionales en entrenamiento están evaluando sus posturas en torno al manejo de la emocionalidad y las expresiones de cercanía.
	¿En el desarrollo de la terapia, usted se siente cómodo/a, con sus manifestaciones de sentimientos, emociones?	4, 3, 4, 3, 4.	Al igual que la respuesta anterior, estas puntuaciones podrían tener relación con los aprendizajes previos en los que fueron formados y la asimilación que hacen de los nuevos enfoques.
	¿En el desarrollo de la terapia, usted se siente cómodo/a, en los procesos de autorreferencial?	4, 4, 3, 3, 4	Es una de las metas en la formación terapéutica el fortalecimiento del <i>self</i> y la comprensión y resignificación de sus historias de vida. Esto posibilita que paulatinamente puedan identificar situaciones en las que puedan utilizar la autorreferencia.
Atencional	¿Con qué frecuencia siente usted que sus pensamientos están más enfocados en las preguntas que va a realizar que en la narración del consultante?	2, 2, 3, 2, 2,	Es claro aquí ver cómo durante el tiempo de formación el ejercicio en la formulación de preguntas a todos los niveles debe ser un ejercicio cotidiano, con el fin de lograr una danza perfecta entre las narraciones y las interpelaciones.
	¿Durante la consulta ha sentido que no tiene más preguntas para hacer?	2, 3, 3, 2, 3	Durante el entrenamiento es común escuchar a los terapeutas en formación que su mente se quedó en blanco y que no saben cómo proseguir con la entrevista, teniendo que echar mano a otros recursos o incluso a buscar ayuda en su docente supervisor. Lo que hace que sea prioritario dirigir acciones enfocadas al fortalecimiento de este aspecto.
	¿Al momento de realizar el cierre de una sesión tiene la habilidad para recoger las narraciones del consultante y realizar una buena síntesis?	3, 3, 4, 3, 3	Es fundamental destacar aquí que esta es una de las acciones más complejas y en las cuales se tarda una mayor cantidad de tiempo para su consolidación, por esto la importancia del trabajo en equipo y la construcción de devoluciones colectivas que favorezcan este aprendizaje.
	¿Al finalizar la consulta, siente que hay elementos que logra recordar con facilidad?	4, 4, 4, 4, 3	La habilidad en escuchar, preguntar, reconstruir pasajes de la vida con los usuarios es permanente durante el proceso de formación, lo que hace que se logren conexiones y pensamientos que se preservan en el tiempo.

Recursos y familia de origen: la integración de las narrativas (White, 2002) de la vida del terapeuta es un proceso que conlleva el reconocimiento del poder potenciador de la historia:

Somos producto de una historia, nos hacemos en comunidad, cuando salimos de la familia constituimos otro marco social y con las historias que nos encontramos con los problemas con varias posibles soluciones. Esto puede ser una oportunidad o una herramienta para encontrarse con el otro, sentir el dolor, no para caer en la debilidad, sino en la reciprocidad, ya dos o tres son un camino para uno y encontrar nuevas soluciones. (EE2M)

La historia es un recurso en los terapeutas, donde convergen el pasado remoto, el presente inmediato y el futuro próximo. Allí tienen lugar las situaciones de dolor y debilidad como momentos que se actualizan en el espacio terapéutico por medio del diálogo entre consultantes y terapeutas que usan sus habilidades personales, profesionales y contextuales para dar fuerza de esperanza a las palabras.

De forma que entre las habilidades personales encontramos algunas como la flexibilidad, la expresión emocional, la curiosidad y el humor. Al respecto, un terapeuta en formación menciona cómo los recursos asociados a su experiencia personal son el resultado de un proceso de flexibilidad e integración de otras vivencias junto a su familia de origen, lo que genera la posibilidad de vincularse con facilidad a las historias contadas por los consultantes:

Mi familia de origen siempre fue una familia comprensiva, abierta a cambios, flexible, pero a la vez con respeto a la norma y unos límites claros, lo que me ha permitido ser una persona que se vincula con facilidad, que entiende las situaciones y busca en cada una de ellas una opción para salir adelante, ser una persona que se sume en el consultante teniendo así la posibilidad de hablar su mismo idioma y tener un vínculo más cercano. (EE5M)

En esta perspectiva, la flexibilidad es uno de los recursos profesionales valorados en el ámbito de la terapia de los participantes en esta investigación. La flexibilidad entendida como capacidad para adaptarse a los cambios, modificar e incorporar aprendizajes nuevos con los ya adquiridos. Sin embargo, la habilidad de ser flexible es puesta a prueba en el espacio terapéutico. Es en ese momento que un recurso se convierte en capacidad.

Dice Nussbaum (2005) que el concepto de capacidad está ligado tanto al conocimiento de una destreza específica del ser como a la oportunidad de usarse en la cotidianidad. De esta manera, el recurso es una puesta en acción de los recursos vitales, y aparece en forma de una capacidad personal o profesional cuando ante distintas situaciones se convierte en alternativa para asumir temores, aventuras, retos y nuevas construcciones sobre el sí mismo, sobre el otro y el mundo que los rodea. A propósito de lo anterior, una estudiante añade que:

Uno es un ser humano y todo lo que uno es emerge en la terapia, uno no puede meterse en un nochero e irse a hacer terapia [...] por lo tanto parte de la ética debe ser estar emocionalmente bien para no hacerle daño a los consultantes. Muchas veces uno sí patina en ciertas historias porque hay asuntos que no están resueltos. Entonces es importante que pensemos, que vayamos a terapia, porque no somos salvadores, pero sí somos esperanza para los consultantes. (EE3M)

La capacidad de autoobservarse es el resultado del recurso de una perspectiva histórica. La historia personal es un recurso valioso que se basa en el reconocimiento del desarrollo personal. Dicho de otro modo, a las capacidades profesionales anteceden las personales y contextuales. El valor que cada terapeuta otorga a su experiencia personal contribuye, en igual medida, al bienestar de los usuarios, lo que supone que el cuidado de la historia personal sea un comportamiento ético.

Si bien recursos como el humor o la capacidad de simpatizar son de aparente poca atención en el ejercicio de la terapia, son un aporte que complementa los conocimientos sobre métodos y técnicas que durante la formación adquieren los terapeutas. La psicoterapia tiene un movimiento integrador que evidencia la necesidad de que el terapeuta participe con toda su experiencia vital del ejercicio de su profesión al encontrarse con sus consultantes. Las conductas, pensamientos, narraciones de vida y las actitudes emocionales son parte de los recursos que en la situación se destacan como capacidades.

Adicional a los recursos personales, se encuentran los profesionales, que tienen que ver con las habilidades producto del encuentro con teorías, estrategias y modelos de intervención. Entre ellos se destacan el uso del lenguaje analógico, pragmático y directo; la identificación de oportunidades

y mediación. Con relación a lo anterior, se halla que un terapeuta, en las sesiones, hace uso del lenguaje metafórico, que le resulta fácil por su estilo:

Me sale mejor la metáfora, siempre las utilizo y esclarezco mucho. [La metáfora] permite que la persona se aclare, desde lo sencillo, teórico-práctico y desde los recursos que tienen los consultantes; me parece interesante identificar cuando no está el problema, cuando la gente conversa e identifica cuando no está el problema. Siento que ayuda mucho al proceso y cuando pregunto por las soluciones, creo que ha sido muy importante en los procesos que he acompañado hasta el momento.

Los recursos profesionales son parte de las técnicas que, usadas según los modelos teóricos, más aún, influidas por el *self* personal y las circunstancias preceden a este conocimiento. [...] Estos recursos se vinculan con mi historia familiar en muchos de ellos de manera directa, en la capacidad de escucha, de retornar y hacer devoluciones en la misma vía. (EE3M)

Para hacer otra referencia a anterior, dice otra estudiante que:

Crecí en una familia amorosa, donde he sentido siempre apoyada y respetada en cuanto a las decisiones que he tomado, algunas circunstancias de mi vida me han llevado a ser resiliente, a aprovechar las oportunidades, ser fuerte, creativa, recursiva; entre los miembros de mi familia existe confianza, amor, respeto y buena comunicación. (EE1M)

Si bien el estilo terapéutico adquiere una estructura con base en las tecnologías del yo (Foucault, 2010), es decir, que parte de las necesidades profundas de cuidado de la identidad, es importante reconocer la influencia de la organización cultural, de la comunidad idiosincrática que aporta significado a las habilidades sociales del terapeuta. Entre estos recursos contextuales se encuentran la capacidad de hablar el lenguaje del consultante, el identificar y anticipar situaciones de riesgo para realizar contención. Estos recursos son aportados por instituciones, personas y situaciones sociales que contienen hallazgos significativos para la vida del terapeuta. En relación con lo anterior, dice otro terapeuta en formación:

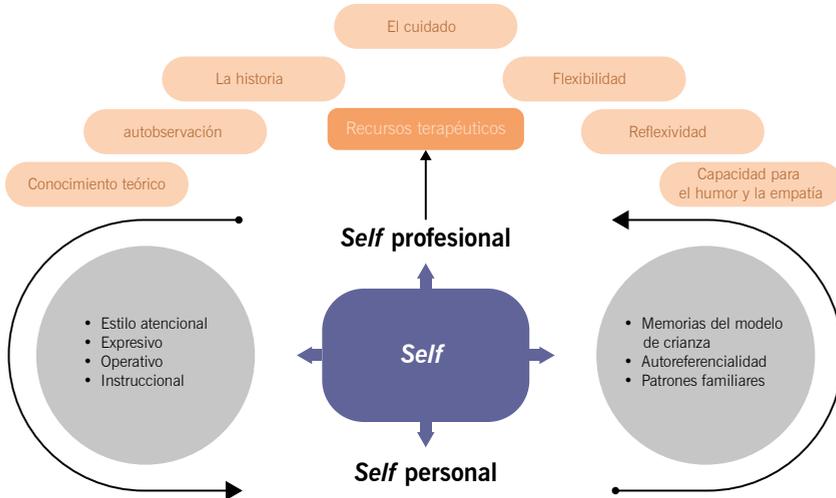
Yo estudié en un colegio cooperativo porque cuando a uno lo marca el pueblo, uno no deja su indicio [...] Entonces un factor de riesgo es si

uno no está sólidamente convencido de conocerte a sí mismo, y si no te abres, entonces abra el ojo porque nos tenemos que conocer para estar feliz y es ayudar a los demás. (EE2M)

El terapeuta llama indicio a aquellas historias de su vida que influyeron en el pasado y se convierten en senderos. Es un término coloquial que indica origen y recorrido del terapeuta, su idiosincrasia, las palabras propias de una cultura que permiten mantener un lenguaje adaptado a las personas que comparten dicha cultura. La habilidad para comunicar que desarrollan los terapeutas se origina en su zona de desarrollo próximo, como lo argumentó el propio Vygotsky (2009). La adquisición del lenguaje está en relación con su cultura y contextos específicos; de modo que la capacidad de conectar el lenguaje con la experiencia juega un papel primordial.

Para finalizar, cabe resaltar que el acompañamiento íntegro y ético que debe estar fundamentado en los currículos que profundicen la mirada en el *self* personal, gracias a la compañía de profesores expertos con habilidades no solo académicas sino también humanas, que sean capaces no solo de conectar asuntos propios de los terapeutas en formación, sino también factores asociados a su ser que redunden en su bienestar personal y en acompañamiento que se realiza a los consultantes, para que todos, como sistema terapéutico, salgan favorecidos. Al respecto de una capacidad ética para afianzar el *self* del terapeuta, se encuentra el cuidado de sí como una propuesta centrada en la perspectiva femenina y enmarcada en las llamadas éticas de la responsabilidad, en las cuales la reflexividad, la autoobservación y el cuidado de sí cobran relevancia.

De modo que para alcanzar la meta de ser un terapeuta auténtico y capaz, sería necesaria una articulación entre teoría y práctica, y un trabajo en equipo colaborativo en medio de un ambiente seguro que permita la confianza, serenidad y el acceso a la historia familiar y personal que aporte al desarrollo de recursos y capacidades orientadas hacia el bien común.

Figura 6. Hallazgos estilo y recursos del *self* del terapeuta Medellín

Fuente: Creación propia

Pereira

Los hallazgos que acá se presentan dan cuenta de los resultados obtenidos respecto a los recursos y estilo terapéutico y su relación con la familia de origen de los practicantes de clínica del programa de psicología. En un primer apartado, se muestran los motivos que impulsaron a elegir el enfoque psicológico desde el cual optaron en su formación académica, y por ende el curso de actuación en la realización de su práctica. Estas elecciones resultan importantes para comprender algunas particularidades que se evidencian en los resultados, según el estilo prevalente en cada enfoque. Seguidamente, se hace una presentación de los estilos, según la clasificación que ha realizado la fundación Aiglé: atencional, involucrativo, instruccional, expresivo, operativo.

En el tercer apartado se muestran los recursos identificados en los terapeutas, tales como la reflexividad y la autorreferencia; ambos en las estrategias y mecanismos que utilizan para desplegarlas, tales como consulta psicológica, escribir, conversar con colegas y amigos/as. Finalmente, se concluye el apar-

tado mostrando varios aspectos en los que se pone en evidencia el papel de la familia de origen en la configuración del estilo terapéutico: patrones de interacción y cualidades valoradas y aquellas que surgen precisamente de asuntos que no se desean repetir y que han generado dolores y rechazos.

Para dar cuenta de los anteriores resultados, será necesario precisar que varios autores coinciden en reconocer el papel de la familia en la configuración del *self* del terapeuta, en cuanto es el lugar primordial donde se comparten y gestionan los vínculos más entrañables en la vida de un ser humano. En este orden de ideas, se destaca que la familia participa en la generación de la existencia humana en contexto cultural, religioso y político, con el cual se anida una relación de mutua interinfluencia, lo que muestra el carácter de agencia, en cuanto papel transformador que puede tener la familia dentro y fuera de su ámbito (Gómez y Guardiola, 2014).

En este ámbito familiar, se gesta el bagaje interior desde las percepciones que se tienen de las personas significativas, junto con el estilo de relación que se despliega con ellas. De este modo, se configuran los legados familiares y los patrones de interacción con los que se opera internamente; es decir, “con esas interactuamos a nivel ‘real’, pero las conexiones que establecemos a ese nivel conectan con la familia interna y nuestras experiencias pasadas” (Eizaguirre, 2014, p. 76). En esto concuerdan otros autores, como Negrete (2016), al considerar que las necesidades y dilemas no resueltos por parte del terapeuta son factores que “salen a relucir” en su práctica terapéutica:

Toda interacción interpersonal está influida por los sentimientos y actitudes que tenemos con respecto a nosotros mismos [...] si estamos faltos de dicho autoconocimiento, es probable que no seamos capaces de establecer el tipo de relación terapéutica más idónea para el cliente. (p. 31)

Siguiendo esta línea, lo que se da también desde la familia de origen es que, según Ceberio (2005, pp. 2-3):

Este futuro terapeuta se posicionará ante su elección, con la carga de su historia, o sea, como portavoz de un código familiar, de *patterns*, de normas, de una serie de estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales y solamente desde allí podrá elegir. Entra así en un modelo y el modelo entra en él, la construcción está por comenzar.

Es decir que si bien la familia de origen ha sido la guía constante del terapeuta, es también una base de códigos que quedan inscritos en el quehacer del terapeuta.

El estilo terapéutico está cargado, por tanto, con el pasado y es raíz de la identidad del terapeuta. Todos los elementos de sus rasgos de personalidad [...] conformarán un estilo personal que se pondrá en juego en el plano de lo pragmático, por lo tanto, es inevitable que el modelo que adopte, sufra las modificaciones que promuevan su estilo personal. (Ceberio, 2000, p. 3)

En este sentido, queda claro que los modelos existentes tienen una estructura epistemológica que, a su vez, constituye una teoría de ensayo y error, unos lineamientos que se siguen para hacer que una intervención funcione, pero se complementan con la esencia de la persona. Cada uno lo hace a su forma, debido a los diferentes factores anteriormente presentados. De este modo, se irá conociendo la dinámica y las estrategias que le favorecen en su intervención.

Autores como Castañeiras *et al.* (2006) coinciden en afirmar que el estilo personal del terapeuta no es un componente que se forma en un día, como tampoco, una vez formado, se queda inamovible. Se considera estable en el tiempo, aunque no es necesariamente constante y puede modificarse como resultado del entrenamiento recibido, por cambios evolutivos o circunstancias vitales del terapeuta. Es por ello que mirar hacia adentro en una perspectiva histórica de lo que han sido las experiencias personales y familiares del terapeuta resulta una tarea insoslayable. La historia familiar del terapeuta es un andamiaje clave dentro de la formación y constitución del ser humano, pues en este ámbito se genera toda una serie de procesos psicológicos necesarios para el crecimiento y desarrollo del individuo, por lo que la familia de origen del terapeuta no podrá ser la excepción.

Estilo y enfoque: una de las primeras pistas acerca del estilo terapéutico de las personas participantes de la investigación está relacionada con los motivos que los llevó a elegir el enfoque teórico. En las narrativas de los terapeutas se expresa que estos motivos están vinculados de manera muy estrecha con el pensum de la universidad donde cursan la carrera. En este caso, desde la universidad Católica de Pereira, que ofrece psicoanálisis y cognitivo-conductual. Para los estudiantes, en su mayoría eligieron este

último por considerarlo de mejor comprensión y aplicabilidad que el psicoanálisis. Así lo expresa una de las participantes:

La terapia cognitivo-conductual me llamaba más la atención por sus técnicas, y veía que servía mejor para ayudar a las personas en sus problemáticas, mientras que en psicoanálisis veía que era solo el diálogo, solamente era hablar y hablar, y en realidad a mí me gusta más lo dinámico. (EE3P)

Lo anterior pone en evidencia uno de los planteamientos más importantes en torno a las elecciones que hacen las personas de su enfoque, sus rasgos de personalidad y el estilo terapéutico. Ceberio (2000) comenta que “la elección de un estilo de psicoterapia depende de un complejo proceso de abstracciones, particulares e inherentes a la funcionalidad cognitiva del terapeuta” (p. 2).

Esta elección es importante, en cuanto permite diferenciar teorías y procesos y asimismo hacer intervenciones conscientes de acuerdo al enfoque escogido. Al decir de Ríos (2019), no hay un estilo netamente puro, es decir, que siga al pie de la letra cada lineamiento o instrucción propuesta en un enfoque o un modelo, pero de lo que sí puede haber una seguridad es que los terapeutas adoptan estos lineamientos agregando, además, características propias. “Existen terapeutas que adhieren a ciertas líneas, pero no líneas “encarnadas” en terapeutas”. Ceberio (2000) comenta que:

El terapeuta, como todo ser humano, en su proceso de “hacer historia”, realizará cada uno de sus actos perceptivos sumando abstracciones que le posibilitará conformar estructuras conceptuales, siendo estas mismas las que dibujarán un mapa determinado de su realidad. Es este mapa el que convierte a las futuras percepciones en selectivas, tratando de amoldar los nuevos pensamientos a la estructura conceptual de modo que no se contradigan. (p. 2)

Desde estos aportes de Ceberio, es posible comprender la dinámica circular que supone la construcción del estilo, en un devenir que se retroalimenta de manera permanente entre el *self* personal y el *self* profesional. Un ejemplo de ello es el caso de EE5P, en el que cobra sentido esta dinámica dialéctica entre estos aspectos que conforman el todo del *self* del terapeuta: “El hecho de catalogar, de meter el paciente dentro del diagnóstico, de darle

un nombre cuando muchas veces no lo tiene, y la verdad yo no encuentro un sentido a eso de los manuales”

Explicando un poco lo anterior, dadas las particularidades de cada persona, formadas por el modo en que se aprende o la forma en que el sujeto crece, se elige un modelo teórico que se adapte más a esa forma en que se percibe el sujeto a sí mismo y cómo percibe su entorno. Estas preferencias por los enfoques teóricos no están exentas de unas reflexiones críticas sobre las limitaciones que identifican en el ejercicio de lo clínico. En algunos casos, por asuntos más personales, como ciertas dificultades en la clarificación de su enfoque de abordaje y habilidades en la aplicación de baterías de evaluación, se deja entrever allí los temores e inseguridades que sienten frente a su enfoque por cuestiones de formación y aplicabilidad de lo aprendido. También aparecen otras limitaciones más en perspectiva a lo que supone la aplicación misma de lo procedimental y diagnóstico según los manuales establecidos por las comunidades académicas. Otro aspecto mencionado es la crítica frente a las condiciones del ejercicio de la clínica en contextos institucionales, que en muchas ocasiones no favorece las mejores oportunidades para el ejercicio de este.

Parte de los aspectos que permiten una alianza terapéutica se encuentra la involucración que tiene el terapeuta, esto implicado desde el nivel emocional, donde a partir de lo que él pueda captar lo va a interiorizar y buscar un plan específico. Por ello, se reconoce que es importante que el terapeuta se preocupe por su mundo interno, historia y contexto, trabajando en sí mismo para profundizar en el conocimiento de su propia personalidad, para cautelar que no exista un efecto negativo en las intervenciones, sino, por el contrario, que se puedan transformar en recursos para el trabajo (Ricci, 2005; Szmulewicz, 2013; Winkler *et al.*, 1989, citado por Polanco *et al.*, 2019, p. 235). Para lograr ese nivel de involucración, él o ella (el terapeuta) debe alcanzar un control a nivel emocional y cognitivo propio, y esto pueda favorecer el proceso terapéutico (Polanco *et al.*, 2019).

Recursos

La autorreferencia y reflexividad: para Varela (como se cita en Garzón, 2008) el concepto de autorreferencia estaría con otras categorías que están entrelazadas entre sí, que son la reflexividad como anillo lógico en la

operación de los sistemas, la reflexividad como clausura operacional y, por último, la cibernética de segundo orden, implicada en la reflexividad.

La reflexividad como clausura operacional hace referencia a la manera en la que los sistemas sociales se establecen como entidades autónomas que se autoorganizan para lograr un equilibrio. Iglesias (2007) expone que los sistemas cerrados o clausurados deben tener la capacidad de distinguirse uno del otro ante su entorno; en esa medida, esta distinción permite que se entrelazan, es decir, que la clausura no se entiende como cierre o ausencia de interacción, más bien se entiende como ese sistema que permite la autoorganización para dar paso a la existencia. Un ejemplo de ello es el concepto de autopoiesis, definido de igual manera por Varela (como se cita en Garzón, 2008).

Estas definiciones que ofrecen los autores anteriores permiten traer a colación la manera como se puede expresar la reflexividad en el terapeuta, en cuanto su capacidad para distinguir su propio horizonte de sentido y la de los consultantes. En este sentido, las cualidades que se identificaron en los hallazgos de esta investigación, que están ligados a estos recursos, están nominados por los participantes como reflexión, racionalidad y análisis crítico sobre sí mismo, y sobre su práctica. Así se identificó que cuentan con la oportunidad de comprender y disponerse para la atención a los consultantes, en una posición de construcción y aprendizaje constante. Así lo relata uno de los participantes: “El estar cuestionando sobre lo que he hecho con mis consultantes me permite ver en qué fallé y transformarlo para otras sesiones y así redirigirlo” (EE1P).

Esta capacidad para reconocer los sentimientos y pensamientos que emergen de la propia vida del terapeuta durante la sesión implica la posibilidad de sintonizarse con los sentimientos, recuerdos y similitudes de la experiencia personal y familiar. Reconocen conscientemente sus sentimientos y pensamientos, y se dan cuenta de ellos no solo en el espacio terapéutico, sino también por fuera de este.

Esta capacidad para estar al tanto de lo que vivencia de manera personal en el encuentro terapéutico la reconocen de manera explícita; e incluso manifiestan la disposición de no permitir que dichos anclajes permeen de manera negativa el proceso que llevan a cabo. Trabajan en ello y en ocasiones asumen que pueden estar irresueltos. Así lo ilustra una participante:

Yo reconozco siempre lo que emerge en mí en el proceso con el consultante, inclusive esta semana me llegó una consultante que presentaba un significante de incapacidad para hacer sus trabajos; y ese significante hace clic en mí, porque es algo en lo que me identifico y eso tiene que ver con mi historia de vida familiar [...] me identifico, pero intento distanciar esas cuestiones, no mezclar las cosas. (EE4P)

Una de las cuestiones que se presenta en este nivel de conciencia de las similitudes entre la experiencia de vida familiar y los procesos de atención a los consultantes es el reconocimiento de las coincidencias. Es posible inferir a partir de lo anterior que esta estructura del sí mismo experiencial del terapeuta está constituido, entre otras cosas, por su vivencia de familia, pues tal como lo afirma Bowen (1991): los miembros del sistema familiar se afectan tan profundamente unos a otros en sus pensamientos, sentimientos y acciones que parece como si vivieran bajo la misma piel emocional. Es así como se entiende el proceso de proyección familiar en el que la forma en que los padres se comportan y el ambiente emocional que generan en la familia hace que estos tiendan a buscar en sus hijos/as mecanismos emocionales que, de algún modo, reconocen en ellos mismos, y convierten su percepción en lo que se denomina profecía autocumplida. Las consecuencias de esta proyección serán notables en la estructuración del *self* personal del terapeuta, en cuanto está implicada en la dimensión emocional de este, lo que supone, como se ha venido mencionando a lo largo de este texto, la importancia de la reflexividad y autorreferencia del terapeuta en la resolución de sus propios dilemas. Una muestra de esta capacidad está referida en JS5 cuando comenta que:

Yo hago una introspección constante de lo que estoy haciendo en lo clínico, de saber que si estoy haciendo x o y cosa [...] este proceso de práctica clínica ha desembocado la necesidad de ir a análisis. Al finalizar cada sesión me preguntaba ¿qué es lo mejor para él o ella?

Esta capacidad de reflexionar sobre la propia experiencia, en función de desplegar lo mejor para el consultante, es lo que ha considerado como un recurso a implementar durante la atención, pues brinda la aclaración de la influencia que tiene para los sujetos, desde la constitución de un sistema basado en la observado. Es justo este proceso lo que le permitirá al terapeuta realizar un ejercicio constante de coevaluación del sistema, como necesaria para lograr avances en el consultante y también, en cuanto a la

experticia que se adquiere como terapeuta. Esto da cuenta de una relación donde gana el consultante y el terapeuta reconociéndose a sí mismo, cuidando de sí mismo y avanzando en experticia durante la atención.

Los mecanismos que utilizan los participantes para conocerse, y en una perspectiva del rol que asumen en la terapia, están centrados principalmente en la reflexión, autocrítica e introspección que realizan. Para avanzar en estos procesos, se recurre a diversos medios, como procesos terapéuticos propios, hablar con amigos/as y escribir. Una de las participantes lo muestra del siguiente modo:

Yo tengo un cuaderno en el que escribo qué es lo que me hace sentir, qué pensamientos tengo antes y después de las sesiones con los consultantes. El escribir y hacer este tipo de ejercicios me ha hecho caer en cuenta de cosas. (EE5P)

Dado lo anterior, se reconoce la necesidad del psicoterapeuta de ocuparse de su historia y el contexto en el que esta ha sido dada, con el fin de reducir los efectos negativos que puedan traer consigo las resonancias que se le generan al psicoterapeuta durante sus consultas. Es por eso que durante la formación de los terapeutas se deben concebir a sí mismos dentro de un sistema circular, ya que ellos hacen parte del mismo sistema terapéutico (Chouhy, 2007 citado por Polanco *et al.*, 2019).

Garzón (como se cita en Páez *et al.*, 2018) expone el recurso de la autorreferencialidad como eje fundamental durante la formación clínica:

El proceso de formación y de la terapia desde la autorreferencia se considera como principio organizador del conocimiento experiencial que se construye en espacios de formación y en terapia y también como estrategia de generación de recursividades entre dominios emocionales, experienciales y cognitivos asociados a las dinámicas relacionales de los terapeutas, consultantes y los sistemas de formación. (p. 160)

Uno de los retos que esto supone es aprender a utilizar las percepciones y su emocionalidad en pro de la terapia, sacándole provecho y potencial a ello. Para este propósito, sirve la autorreferencialidad en cuanto permite introducir nueva información al sistema circular de la terapia. De no hacer esto, el psicoterapeuta terminaría replicando las pautas interaccionales del

consultante o los consultantes que asistan a su terapia, lo que impide la posibilidad de generar un cambio mediante este proceso.

Negrete (2016) se refiere a la importancia para el terapeuta de concentrarse no solo en la información que le proporciona el consultante, sino también en la dinámica relacional en sí misma y lo que le producen las emociones, pensamientos e ideas expresadas por este, con el fin de ser abordadas y que estas no interfieran su intervención con el consultante, a menos que esta situación pueda ser usada con este fin. De igual manera, Araya y Porter (2017) consideran que, para escuchar y comprender de manera genuina a los consultantes, resulta necesario escucharse y comprenderse a sí mismo, sus limitaciones y la responsabilidad que tienen con su autocuidado.

El anterior proceso está construido sobre la base de múltiples posiciones del yo: uno que refleja el sí mismo experiencial del terapeuta, y otro que refleja el sí mismo profesional. El sí mismo experiencial lo remite a los recuerdos, a las imágenes y a las fantasías que surgen en lo que observa, y el sí mismo profesional lo remite a las hipótesis que prepara para intervenir en la terapia: “Ambos se entrelazan de manera que puedan tener algún sentido para el subsistema consultante, creando así un espacio reflexivo” (Rober, 2005, citado por Szmulewicz, 2013, p. 490).

Cualidades y recursos terapéuticos

En los resultados presentados en este apartado se encuentran las cualidades que los/as psicólogos resaltan en su ejercicio clínico. Las más representativas están sobre la base del carisma personal y la capacidad de escucha. Sobresale también un sentimiento de autoeficacia cuando el/la consultante hace una retroalimentación de cómo se han sentido en el proceso y los avances que ellos consideran como logros de este.

Ortega y Lema (2017) consideran que es necesario que los psicoterapeutas puedan generar mayor cercanía emocional con sus consultantes para tener una mirada apreciativa acerca del sufrimiento, lo que hacen para intentar sobrellevarlo, las circunstancias contextuales, los recursos, los aprendizajes y posibilidad de transformación. Una de las narrativas que ilustra esta experiencia es la siguiente: “Creo que el carisma es mi principal cualidad porque, desde el primer día, mis consultantes han estado siempre, entonces pienso que algo debo estar haciendo bien para que eso pase, también el ser respetuosa” (EE7P).

El respeto manifestado en la construcción de la relación con el consultante resulta uno de los recursos fundamentales en el contexto interpersonal para expresar deseos, creencias y pensamientos, que existen en el repertorio del individuo, a fin de lidiar de manera competente con las demandas de las situaciones que viven. Barraca (2009) considera que las habilidades tradicionales que los terapeutas deben poseer son las de escucha, clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis; habilidades de acción verbal como saber, preguntar, confrontar, ofrecer información, aportar análisis o interpretaciones y habilidades de conocimiento del enfoque específico. En la terapia de ACT (terapia de aceptación y compromiso), por ejemplo, se promueven habilidades como capacidad de crear metáforas con fines explicativos, fluidez en ejercicios experienciales, manejo de técnicas como el *role-playing*, etc.

En la siguiente tabla se puede observar una síntesis de las cualidades que reconocen las personas participantes, separadas según su enfoque.

Tabla 5. Síntesis de cualidades terapéuticas

Psicoanalítico		Cognitivo-conductual	
Características relacionadas al EPT	Cualidad en la práctica	Características relacionadas al EPT	Cualidad en la práctica
Atención, curiosidad e interés en escuchar	La escucha	Empatía, flexibilidad y escucha	Responsabilidad
Intervención, transferencia, escucha	Atención flotante	Escucha activa, empatía y comunicación recíproca	Poder comprender la percepción del consultante
Escucha, silencio, ética	La escucha	Escucha y observación	Atención al consultante
Apertura a lo que viene del otro, atención y reflexión.	Apertura a la diferencia, a lo singular.	Escucha activa, sin prejuicios y poca cercanía.	Buena escucha

Fuente: creación propia

El anterior panorama permite un recorrido por las destrezas, habilidades o recursos. Si bien existen cambios específicos con relación al enfoque, las destrezas tradicionales se mantienen y siguen siendo fundamentales para adquirir y así llevar a cabo el ejercicio profesional. Hernández (2007) expone que es necesario considerar la influencia que ejerce el profesional en el proceso terapéutico a través de las palabras que utiliza, las entonaciones

en las palabras y en los gestos que realiza; puesto que esto tendrá gran relación con los resultados obtenidos en dicho proceso.

En este mismo sentido, Escudero (2009, citado por Ortega y Lema, 2017) considera que los profesionales deben contar con herramientas o técnicas que les permitan tener manejo terapéutico, es decir, la forma de actuar ante situaciones de hostilidad y vulnerabilidad emotiva que puedan evocar los consultantes. Se hace importante la gestualidad, los tonos de voz, las preguntas o aseveraciones que se realizan por parte de los terapeutas, y así poner en juego sus capacidades para realizar cada una de estas acciones antes mencionadas en el momento preciso y de forma oportuna, con el fin de recolectar más información acerca de los consultantes y, asimismo, movilizarse para poner en marcha los recursos con los que cuentan para adquirir otros.

Estilo terapéutico, recursos y familia de origen

El estilo y recursos de los/as terapeutas en formación para todos los participantes tienen una clara vinculación con la experiencia en la familia de origen. Estas habilidades surgen no solo en el plano del aprendizaje de los padres por características valoradas, como cuestionamiento crítico, silencio, irreverencia, respeto, etc. También surgen habilidades desde la vivencia de experiencias difíciles y conflictivas que les ha implicado a los terapeutas desarrollar capacidad de escucha y mediación, el otorgarle un reconocimiento activo y autónomo al consultante. En la narrativa que se considera a continuación, aparece un ejemplo de una característica que el terapeuta valora como positiva y que surge justamente del dilema y conflicto con una madre controladora y autoritaria. “Mi principal recurso terapéutico lo vincularía con no imponer a las personas como formas de pensar o deber ser en su forma de actuar, precisamente porque es algo con lo que he tenido discordia en mi familia” (EE5P).

Estas experiencias de la vida familiar pueden representar unos patrones que se configuran en el estilo y recursos del terapeuta. Esto lleva a los participantes a cuestionar nuevamente las relaciones con sus padres y aquellos asuntos que han señalado como aprendizaje de ciertas características, como, por ejemplo, la ansiedad por quedar bien y la necesidad de llevar procesos ordenados, sistemáticos y directivos. De la relación con la madre, surge también un deseo por dar un lugar protagónico al consultante, al

reconocerle en posibilidad de libertad y autonomía; es decir, un coconstruir del proceso terapéutico.

Aparecen también habilidades como la escucha, la empatía y la organización de una intervención; en sus respuestas, algunos participantes manifiestan que no toman nada de su familia de origen. Sin embargo, en sus narraciones dan cuenta de que hay algo más allá de eso que no mencionan directamente; pero que forja su estilo de tal manera que se pueden describir como directivos o no, como aquellos que le dan un lugar al otro, o como quienes tienen el control en las sesiones porque saben aquello que tienen que hacer. Esto lo ejemplifican con lo que han aprendido en sus familias de origen. Un ejemplo de esto es la siguiente narrativa que se viene desarrollando de EE5P:

No pretender tener el conocimiento, sino que ese conocimiento se construye a partir de la interacción con el paciente, y bueno, en esa medida darle un lugar al paciente, no ser estricto, ni cerrado, darle el lugar a él dentro del espacio. (EE5P)

Esta narrativa si bien no lo afirma de manera explícita, está en estrecha vinculación con lo que el terapeuta menciona en apartados anteriores sobre los conflictos con la madre por el control y la imposición para que las cosas se hagan a su manera. Otras voces complementan y permiten vislumbrar cómo los patrones vividos en la familia de origen emergen en el contexto terapéutico de manera contraria. Se podría decir que representa la oportunidad de aprender desde los dolores o dificultades vividas en la experiencia familiar, para resignificar su sentido en el contexto terapéutico. Un señalamiento de esto se encuentra en el aporte de EE4P:

De pronto hay una característica que yo creo que sí he desarrollado mucho y tiene que ver con esa posición en la que me ubiqué en mi familia, y es esa capacidad de escucha [...] pues en una familia como la mía, donde todo el mundo se queja, se grita, se violenta y pues de una persona que se posiciona como mediadora, pues sí que se desarrolla esta capacidad.

Otro de los casos que ilustra ciertos patrones de interacción que se reconocen como una especie de legados familiares que, al observarlos y reconocerlos críticamente, es posible para el terapeuta alejarse de estos y desarrollar otras cualidades, en contraposición a dichos legados. Así lo muestra EE2P

en su narrativa: “Mi madre, es muy directiva en los ambientes clínicos y también en la casa, entonces creo que no me identifico en la terapia con eso para nada”.

Lo anterior da cuenta de cómo las acciones autorreferenciales se sitúan en contextos definidos, en espacios específicos del trabajo terapéutico donde se desarrollan en actos comunicativos y dinámicas que involucran tanto reglas propias del contexto histórico del terapeuta como aquellas reglas que emergen como resultado de sus procesos reflexivos. Dichas circunstancias son las que dan el marco y la organización para reflexionar, conversar, metaobservar y, en últimas, permitir la emergencia de otros significados en el quehacer del terapeuta.

La otra variante que se muestra en las características y recursos del estilo terapéutico y su vinculación con la familia de origen surge de la identificación que hace de los patrones familiares positivos, como el carisma y la capacidad para establecer relaciones cercanas y de acogida, la creatividad en las estrategias de intervención y la capacidad de escucha. Así, estas características que se reconocen desde el contexto familiar operan en este caso como asuntos deseables y funcionales para el desarrollo de sus cualidades para el ejercicio terapéutico: “Realmente nosotros en mi familia somos muy carismáticos y empáticos, lo cual me facilita mucho el no poner una barrera con los consultantes (EE5P).

Esta capacidad reflexiva frente a los recursos que emergen de los patrones de interacción de la familia de origen permite a los terapeutas retomar elementos y escucharse a sí mismos, ya sea para considerar los recursos favorecedores para el ejercicio terapéutico, como en el caso anterior; o, por el contrario, despojarse de prejuicios y creencias que pueden generar incomodidad e irrumpir con el proceso con el fin de conseguir un avance o una transformación para el consultante (Sánchez, 2014).

Sánchez y De Ávila (2018) coinciden con lo anterior, al señalar que las resonancias y las emociones pertenecientes a la familia del terapeuta pueden convertirse en un atascamiento o en la mejor herramienta en el trabajo, siempre y cuando de parte del terapeuta exista un compromiso y voluntad constante de su propia existencia. Por tanto, existe la necesidad, desde la ética del profesional, de encargarse de manera responsable sobre sí mismo y su familia, con el fin de estar seguro de que su funcionamiento para con el otro sea óptimo:

El terapeuta que no asume esta responsabilidad o falla en dicha empresa es más vulnerable al corte emocional, a la triangulación, a experimentar altos niveles de ansiedad, y a proyectar aspectos disfuncionales hacia su sistema familiar y hacia el sistema consultante. (Luna, *et al.*, 2003, p. 28)

Esta situación se explica en cuanto la persona del terapeuta contiene en sí misma historias y experiencias de vida que pueden presentarse en similitudes y resonancias con las situaciones problemáticas de sus consultantes, lo que comporta la emergencia de sentimientos y emocionalidades que se ponen en juego. Incluye también ideas y creencias propias que pueden colisionar con las del consultante, sus características de personalidad y aprendizajes teóricos suponen también mandatos de sus lugares de pertenencia sobre cómo trabajar en relación a sus estilos personales y, en definitiva, ponen en juego su palabra, sus actos y sus actitudes. Así lo señala EE4P:

¡Similitud total! Hay uno que me movilizó, me chocaba la idea e hice un gran esfuerzo, porque veía que se dejaba manipular [...]; entonces, yo me puse a pensar en la historia de mi mamá y de mi abuela y eso es lo que yo siempre rechazo, el no tener el equilibrio.

Es posible que lo importante resulte en que el reconocimiento de la historia familiar ayuda, pero su desconocimiento hace que se pierda operatividad, con riesgo a la reactividad, en la relación con el consultante. Esta idea es corroborada por Ortega y Lema (2017), cuando afirman que los:

Bloqueos o conflictos irresueltos, las dificultades para manejarse con determinadas figuras de mi familia de origen o con los sentimientos que, en la relación, ellos despertaban en mí, van a estar en la sala de terapia si entro allí cargado únicamente con mis bagajes técnicos, por precisos que estos sean. Es como si me escondiera detrás de lo técnico, para soportar el aumento de intensidad que trae consigo el encuentro terapéutico. (p. 154)

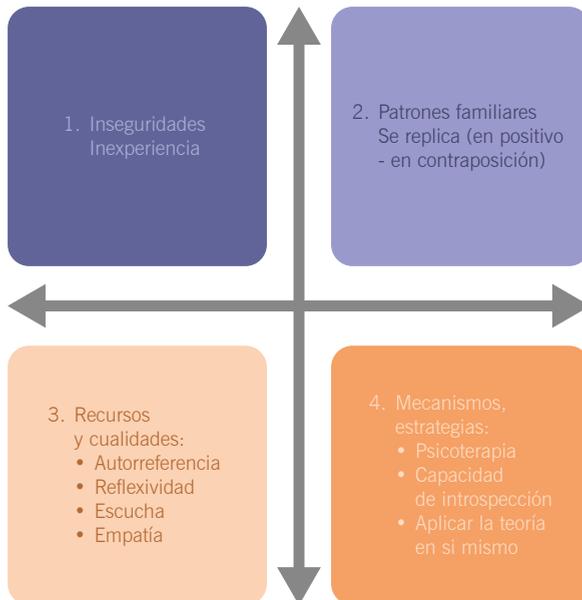
Una condición que propone Elkaim (2008) para resolver estos dilemas es que el terapeuta acepte que sus historias son inseparables de sí mismo, y de aquello que la constituye. Agrega esto un elemento muy importante que da sentido a la manera como la historia de vida del terapeuta es gatillada en el sistema consultante, en cuanto permite el surgimiento de esta resonancia. Es por ello que el terapeuta se ve enfrentado de manera permanente a

realizar una metacognición para posicionarse con respecto a tales vivencias, de tal manera que pueda evitar que su respuesta sea la reiteración de la pauta relacional y reforzar las creencias profundas que han alimentado el malestar a lo largo de la vida del consultante.

Por lo anterior, el terapeuta deberá, al decir de Estupiñán *et al.* (2017), “comprender su vivencia no solo como referencia a su propia historia, sino también analizar la función presente de esa vivencia con respecto a los consultantes” (p. 95). Esta tarea permite una comprensión de lo que no es resonancia. Así se puntualiza que esta no es empatía ni contrarreferencia ni reacción en espejo, dado que surge en un contexto de interacción humana, en donde cada uno responde de una cierta manera, porque es sensible a lo que el otro le transmite.

En la siguiente figura, puede apreciarse de manera sintética los hallazgos de esta categoría:

Figura 7. Hallazgos estilo y recursos del *self* del terapeuta Pereira



Fuente: creación propia

Los resultados que se presentan en este capítulo permiten concluir que el estilo personal del terapeuta es un constructo que tiene implícita la doble dimensión del *self* del terapeuta (personal y profesional), en cuanto resulta claro que no son suficientes las habilidades teóricas o técnicas para determinar una dirección del estilo terapéutico, dado que influyen también la visibilización y la elaboración de los conflictos con la propia familia de origen. Lo anterior se soporta en la idea de que las terapias son llevadas a cabo por personas, y de que el cambio terapéutico se sitúa en una relación personal que comprende las vidas de los participantes del sistema. Esta afirmación justifica en gran medida la idea de que es necesario desarrollar la formación clínica, tanto en aspectos técnicos como elementos personales de la vida, bajo el supuesto de que un terapeuta efectivo es aquel que utiliza el conocimiento de sí mismo en el desarrollo personal y en la evolución del tratamiento del consultante.

Es así como puede evidenciarse lo que se ha venido mencionando anteriormente en relación con la responsabilidad que tiene el terapeuta de ocuparse de sus propios conflictos personales para avanzar en sus posibilidades de intervenir con mayor grado de elección, introspección y creatividad en la vida de sus consultantes.

De este modo, el incorporar el propio *self*, no solo resolviendo temáticas personales sino más bien reconociéndose y trabajando en sí mismo, le otorga mayor pertinencia en el proceso terapéutico, lo que evita entrapamientos. Esta congruencia entre lo personal y lo profesional del terapeuta constituye uno de los elementos más curativos de la terapia. Es el camino hacia el conocimiento personal un proceso que no tiene fin, pues mientras se viva se sigue teniendo experiencias. También el ensamblaje terapéutico es continuo, de modo que la tarea de ver/entender al otro va unida con la tarea de verse/entenderse.

Los recursos que se identificaron en los terapeutas en formación tienen una marcada línea en lo que Agudelo (2005) y Ceberio (2000) muestran como el proceso autorreferencial; es decir, el reconocimiento y la autoobservación como ruta en la construcción y deconstrucción de los terapeutas. Este recurso de la reflexividad ha implicado a los terapeutas reconocer sus propios pensamientos, emociones, sentimientos e incluso otros aspectos que se circunscriben en los sistemas culturales y sociales en el que se han formado; de manera que les ha sido posible distinguir los tabúes, prejuicios

e incluso temas vedados para la atención, por asuntos no resueltos de su familia de origen.

Esta capacidad de reflexividad les ha permitido a los terapeutas lo que Martínez (2015) llama evolución. Para estos autores, confluyen diferentes niveles de funcionamiento, que interactúan y son producto de la historia evolutiva:

El primero es el nivel emocional, que es más instintivo, automático, inconsciente y primitivo; el segundo es el nivel afectivo, más tardío en la evolución, en el que lo emocional se elabora y se hace consciente a través de representaciones cognitivas; y el tercero es el cognitivo o intelectual, que comprende las ideas, la razón y la capacidad de autoobservación y juicio. Este representa el último escalón filogenético, propio y específico del ser humano. (p. 6)

Uno de los aspectos en que se evidencia esto en los hallazgos tiene que ver con los mecanismos que reportan los participantes de la investigación, para dar cuenta de su autorreferencia. Aparecen allí el diario personal, la consulta al terapeuta y las redes de amigos.

Lo anterior implica la posibilidad de reconocer la propia narrativa y mitología familiar del terapeuta, en un ejercicio de reflexión y autorreferencia con respecto a todo aquello que le precede y en el cual está inserto, para desde allí explorar el propio perfil terapéutico, las intervenciones que resultan más fáciles de desplegar y aquellas con las que se experimenta más dificultad. Esta condición permite la posibilidad de consolidar las primeras y clarificar aquellas que resultan más difíciles. De este modo, la autorreferencia deja de ser una limitación para convertirse en una posibilidad, en cuanto el terapeuta haya aprendido a utilizarse como instrumento terapéutico en la medida en que logra generar nuevas posibilidades para el sistema (Miechimsky, 2021).

Todos estos desarrollos investigativos y teóricos van consolidando, en el horizonte de la formación del terapeuta, la necesidad de la revisión de los elementos personales, en cuanto permite ponerlos al servicio del proceso terapéutico con los consultantes. Es por ello que se afirma que existe una mutua influencia entre el conocimiento que posee el terapeuta de sí mismo y su propia familia de origen, y los consultantes de su práctica clínica.

Por lo anterior, es importante que los estudiantes aprendan a ser autónomos, reflexivos y con capacidad para la introspección, para garantizar la constante construcción de su ser, en cuestionamiento por su existencia, valores, entorno y aquello que falla en los sistemas de interacción de su consultante. Una premisa fundamental que moviliza la necesidad de cuestionarse por el sí mismo desde el rol como terapeutas surge del cuidado que se debe tener acerca de sí mismo y de la propia construcción, por lo que resulta tan esencial la consideración por la formación de los futuros profesionales, en su dimensión *self* profesional y *self* personal.

En este orden de ideas, todos los elementos desarrollados a lo largo de este capítulo, con respecto a la historia de vida familiar en relación a los recursos y estilos terapéuticos, ponen en evidencia que los procesos de formación del terapeuta suponen necesariamente que se aborde experiencias, tanto teóricas como prácticas, que le permitan al estudiante generar una imagen de sí mismo en coherencia con su saber hacer. Se alinea en este reto afirmar que gran parte del trabajo terapéutico debe pivotar en la integración de las emociones, no solo aquellas que surgen del sistema consultante, sino también aquellas pertenecientes al terapeuta. El aprendizaje y lo que implica la formación terapéutica en torno a sí mismo permiten que cualidades, habilidades y creencias del terapeuta, luego de un proceso reflexivo, aporten en el ejercicio de su rol profesional, usando de este modo su sí mismo como medio de trabajo.

Santa Marta

Identificar los recursos terapéuticos, para después trabajar en fortalecerlos, permite a los terapeutas acercarse al concepto de inteligencia terapéutica propuesto por Linares (2012), en el que hace referencia a:

La capacidad de utilizar los recursos propios, innatos y adquiridos por el aprendizaje, al servicio de una eficacia en la intervención terapéutica [...] la inteligencia terapéutica pretende demostrar que un buen terapeuta es aquel que sabe sacar partido de sus recursos, más que el que hace acopio de ellos con afán coleccionista o con académicas pretensiones de excelencia. (p. 104)

Podemos decir, entonces, que la inteligencia terapéutica es el espacio en el que se integran la capacidad de reconocer la vida emocional del terapeuta

(autorreferencia) con los recursos terapéuticos que emergen, bien sea para tratar temas personales/familiares, o para crear un sistema terapéutico benéfico para los consultantes, a nivel teórico y relacional. Es decir, identificar, asumir, aprender a utilizar lo que emerge de la autorreferencia, y a partir de allí, construir un estilo terapéutico único. Acercarse a este proceso fue algo que ubicó a los terapeutas en un nuevo nivel dentro de su formación. Aquello que hacemos no solo está determinado por una teoría y/o método, sino que está inmerso en un mundo relacional propio y el mundo relacional en el que se convierte todo sistema terapéutico; es decir, en parte se cumple con el proceso de filtrado propuesto por Ceberio y Linares (2005), en el que lo teórico, los factores emocionales y los recursos personales le otorgan un sello único al ejercicio de cada terapeuta.

Resulta importante recordar que, para esta investigación, se categorizaron los siguientes recursos terapéuticos: expresar emociones, flexibilidad, observar el lenguaje analógico del consultante pragmático y directivo, creatividad, curiosidad, capacidad para hablar el lenguaje del consultante, identificar oportunidades, capacidad de confrontar/preguntar abiertamente, contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis, humor y mediación. Vale recordar que en la encuesta realizada se otorgaron valores de 1 al 12, para que los terapeutas pudiesen elegir en esa escala cuáles creen utilizan más y cuáles menos.

Recursos terapéuticos emergentes en la intervención de los terapeutas

De los primeros resultados podemos decir que encontramos diferencias a nivel individual. La EE4S utiliza menos los recursos terapéuticos de curiosidad, capacidad de hablar en el lenguaje del consultante, identificar oportunidades, capacidad de confrontar/preguntar abiertamente, contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis, humor.

Para EE1S, EE2S y EE3S, el reconocimiento de todos los recursos terapéuticos oscila entre 8 y 12: la flexibilidad, observar el lenguaje analógico del consultante, pragmático y directivo, la mediación, curiosidad, capacidad para hablar el lenguaje del consultante; es decir, son los que han podido reconocer y utilizar más.

Lo anterior permite pensar en la posibilidad de desarrollar estrategias que potencien recursos terapéuticos tales como identificar oportunidades, expresión

de emociones, creatividad, capacidad de confrontar/preguntar abiertamente, contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis y humor. Sin embargo, nos aventuramos a inferir que estos recursos terapéuticos son potenciados en gran medida por la confianza que genera la experiencia terapéutica, por lo que en terapeutas novatos, es esperable este resultado. En la tabla 6, se pueden ver los recursos terapéuticos que los terapeutas utilizan más y cuáles creen han sido los menos utilizados.

Tabla 6. Recursos terapéuticos

Recursos terapéuticos más utilizados	Recursos terapéuticos menos utilizados
Flexibilidad	Identificar oportunidades
Observar el lenguaje analógico del consultante	Expresión de emociones
Pragmático y directivo	Creatividad
Mediación	Capacidad de confrontar / Preguntar abiertamente
Curiosidad	Contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis

Fuente: creación propia

Este proceso de identificación de los recursos terapéuticos implica cierta reflexividad, pues, en un contexto de formación que le ha dado importancia a la teoría/método y pocas veces se les ha pedido a los terapeutas hacer reflexiones sobre sí mismos o de sus potenciales recursos, esta posibilidad los lleva a conectar con su historia personal y familiar. Esto permite el desarrollo de la autorreferencia como un proceso en el que no solo se identifican las emociones propias que surgen en el espacio terapéutico, sino aquellos recursos emergentes que les permita dar una respuesta a la dinámica relacional del sistema terapéutico. Los podemos dividir en dos aspectos, los recursos terapéuticos emergentes y las cualidades terapéuticas, que, aclaramos, son interdependientes, tal como se ve en las siguientes narrativas:

Puedo aprovechar mis capacidades sociales de una mejor manera cuando estoy en consultorio con un solo paciente [...] Sí, porque considero que es importante para la empatía y vínculo con el paciente [...] Algunas temáticas de psicoanálisis me confrontaron con mi historia familiar. (EE1S)

A partir de esto, podemos decir que existen ciertos recursos terapéuticos que emergen como nuevos descubrimientos de los terapeutas, orientados a dos aspectos particulares. El primero se relaciona con las habilidades sociales del terapeuta, y el segundo con la habilidad del terapeuta para conectar las teorías explicativas que le permita comprender su historia familiar.

El segundo aspecto, reconocer su mayor cualidad terapéutica, representó un ejercicio interesante para los terapeutas, pues implicó salir un poco de la teoría y pensarse a sí mismos, en aquello que han descubierto de sí mismos como recursos emergentes convertidos en cualidades terapéuticas. Ello varía según como cada uno lo pudo asumir, tal como nos narran: “escuchar a los pacientes y manifestar una gran receptividad” (EE2S); “el *rapport*, y el vínculo terapéutico” (EE3S); “escucha activa, flexibilidad, empatía, paciencia” (EE1S); “comprensión, comunicación verbal y no verbal y de escucha activa” (EE2S).

Encontramos, entonces, un recurso emergente en común. Los terapeutas han dado cuenta de este durante los espacios reflexivos: el establecimiento del vínculo terapéutico. Este recurso emergente lo podemos asociar con la experiencia primaria como terapeutas y las dudas iniciales que tuvieron a la hora de “enfrentarse” a su primer paciente: ¿me irá a aceptar el paciente? ¿Podré ser capaz de ganarme su confianza? ¿Cómo reaccionaré ante alguna dificultad durante la terapia? ¿Podré ser capaz de saber qué decir en el momento exacto? ¿Y si no sé qué más preguntar? Estas y otras preguntas pudieron aclararse en la medida que contrastaba la experiencia terapéutica con la teoría, y fueron adquiriendo más confianza en los recursos que en un momento pensaron que no poseían. En la tabla 7 podemos verlos de manera más concreta.

Tabla 7. Recursos terapéuticos emergentes

Recursos terapéuticos emergentes	Mayor cualidad terapéutica
Escucha activa	Establecimiento del <i>rapport</i> y vínculo terapéutico
Conectar la teoría con la experiencia terapéutica	Paciencia
Vínculo terapéutico a través de la teoría	Escucha activa
Comunicación y empatía	

Fuente: creación propia

Elementos de la historia de vida familiar en la construcción del estilo terapéutico

Continuando con esta idea de inteligencia terapéutica, la lección aprendida por nuestros terapeutas se concreta en pensarse a sí mismos con un estilo particular para llevar un proceso terapéutico. Entonces ya resulta imposible pensar en un estilo terapéutico sin aquello que cada terapeuta ha reconocido traer de su historia de vida personal y familiar.

Hablar que las familias de origen tienen una influencia en el ejercicio terapéutico puede resultar disonante en un contexto de formación en el que, como hemos mencionado, se les ha dado importancia a la técnica y su aplicación, dejando a un lado la persona del terapeuta, sus emociones y su familia de origen. Ciertamente, esta delgada línea necesita ser comprendida y desarrollada de manera más amplia en la formación de terapeutas, sobre todo en la Costa Caribe colombiana. Así pues, podemos pensar en este capítulo desde los estilos terapéuticos y su conexión con la familia de origen del terapeuta, a partir de la clasificación propuesta por la Fundación AIGLÉ, que contiene 5 dimensiones: atencional, involucramiento, instruccional, expresiva y operativa.

En primer lugar, identificamos que los terapeutas en práctica, por tendencia en la formación, acogieron como modelo de intervención el cognitivo-conductual. Les parece que es un modelo en el que se sienten más cómodos, por el hecho de seguir un proceso en el que no es posible tener mucho margen para “equivocarse”, en cuanto a las intervenciones que consideran les salieron mejor, y que podemos asociar con las dimensiones instruccional y operativa. Lo anterior, por la aplicación de un modelo y sus técnicas, como evidencian las siguientes narrativas: “duelo, se realizó un entierro simbólico y trabajo con ideas irracionales” (EE1S); “se me facilita llevar a cabo la psicoeducación, potencializando cambios adaptativos que consoliden una rutina que haga que el paciente tome conciencia y realice sus actividades asignadas” (EE4S); “diálogo socrático, reestructuración de los pensamientos, atención y escucha activa” (EE3S); “preguntas estructuradas, escucha activa, enfocado en el aquí y ahora, técnicas de relajación” (EE4S).

Los terapeutas EE1S y EE2S consideran tener, la mayoría de las veces, una fundamentación teórica clara, que representa una guía para su proceder terapéutico. Mientras que para los terapeutas EE2S y EE4S, un modelo en particular puede ser útil algunas veces, una interpretación podría ser a me-

dida en que haya una apropiación de un modelo terapéutico en particular. Los ayuda a sentirse más seguros de sí mismos y de sus recursos. Hay posibilidad de ser más flexibles en cuanto a las realidades de los consultantes, y que no necesariamente todos pueden encajar en un modelo terapéutico en particular, es decir, la dimensión instruccional.

Por otro lado, el tema de lo instruccional nos remite a un aspecto importante y común a todo proceso psicoterapéutico, el método de intervención y su eficacia. Es decir, comprobar que la psicoterapia tuvo efectos positivos es una discusión interesante entre los terapeutas, sobre todo los que están en etapas iniciales: ¿cuál método psicoterapéutico se basa en la evidencia científica? ¿Cómo nos damos cuenta de la eficacia de nuestro modelo de intervención? Sales (2009) nos plantea lo siguiente:

Es necesario desarrollar métodos de evaluación de modalidades psicoterapéuticas que se puedan protocolizar y que sean impartidas en contextos reales; igualmente, plantea, para los abordajes, designados como práctica clínica basada en la evidencia (*evidence-based practice*) o estrategias de gestión de los resultados (*outcome management research strategies*), permitan integrar la investigación en la rutina de la actividad psicoterapéutica, disminuyendo la distancia entre la investigación y la práctica clínica. (p. 397)

Lo anterior es fundamental, porque hace parte del estilo terapéutico y permite al terapeuta enfrentarse a su temor: saberse conocedor de un modelo que permita una mejor en la calidad de vida de quienes solicitan su ayuda profesional.

Frente a la posibilidad de utilizar otras técnicas conocidas, EE1S y EE3S podrían hacerlo en algunas ocasiones, mientras que EE4S lo haría la mayoría de las veces, y EE2S casi nunca ha tenido esa necesidad. Esto se puede relacionar con la dimensión operativa, la flexibilidad para utilizar un enfoque terapéutico diferente y en la búsqueda de apoyo en otros colegas, cuando sienten algún “entrampamiento” durante el proceso terapéutico. Nuevamente, lo conectamos con la confianza en sí mismos y la habilidad para ser flexibles, teniendo en cuenta las particularidades de cada consultante, lo que implicaría también el que los terapeutas puedan tener las claridades epistemológicas y teóricas de cada enfoque terapéutico, no para hacer mezclas entre enfoques, sino para poder aprender, ajustarse y comprender sus limitaciones terapéuticas.

Así mismo, buscar apoyo y ayuda en otros colegas es un indicador de una flexibilidad que parte del reconocimiento de ser falibles como terapeutas. Por lo tanto, EE1S se permite buscar esa ayuda externa la mayoría de las veces; EE2S y EE4S, algunas veces, y EE3S, casi nunca. Algunos parten del supuesto de no “querer equivocarse” y la necesidad de ajustar su proceso de formación terapéutica; algo que sucede en los espacios de supervisión. Es la idea la relacionamos con la identificación de los temores y emociones que pueden generarse ante la idea de equivocarse en el proceso. Después de todo, al ser el terapeuta se asume no solo una responsabilidad con el consultante, sino con el cumplimiento de las expectativas personales, y sobre todo de las familiares. Un hijo o hija terapeuta, profesional, por el que se ha “luchado” mucho, para pagar la universidad y se espera que todo ese esfuerzo sea recompensado de alguna manera. Lo que nos conecta con la relación entre el estilo para aplicar cierto modelo de intervención aprendido y la interacción con los consultantes, que no solo trata de recursos terapéuticos para establecer el *rappor*t, sino de aquellos que se requieren para identificar y controlar las emociones que surgen en el terapeuta durante las sesiones.

La dimensión expresiva tiene que ver con sentirse cómodo con la posición de cercanía, con la manifestación de emociones y sentimientos propios del terapeuta durante la sesión y con todo lo relacionado con la autorreferencia. Es posible observar que este proceso varía según las características individuales de los terapeutas, pero también está asociado a qué tanto se ha desarrollado la autorreferencia, que para el caso de quienes están en un proceso psicoterapéutico, como EE1S, que le resulta más fácil autorreferenciarse, a diferencia de EE2S, EE3S y EE4S, que aún no han iniciado psicoterapia

Fabregó y Viñas (2010) nos plantean en cuanto a la posición de cercanía:

El uso del cuerpo (acercamiento, lejanía, la posición), el contacto físico, la mirada, los gestos, el tono de voz, etc., llegan a ser herramientas que permiten al terapeuta expresar y utilizar sus emociones. Todos reconocen utilizarlo, pero aparecen dos posturas interesantes por tener en cuenta, que se repiten también en otros apartados de la entrevista: el uso de las emociones (en este caso a través del lenguaje analógico) desde una perspectiva de genuinidad o desde una perspectiva estratégica, no necesariamente coherente con lo que el terapeuta está sintiendo en este momento. (p. 144)

Fabregó y Viñas (2010) nos cuentan que el reconocimiento de la metacomunicación es una técnica útil para trabajar con las emociones del terapeuta. Es decir, la posición que asuman les funciona a los terapeutas para tomar distancia de lo que están sintiendo en un momento particular de la sesión, pero también pensando que será útil para el sistema y no solo para tranquilizar al terapeuta.

Otro aspecto interesante en esta dimensión expresiva es que, dependiendo del motivo de consulta y la conexión con su historia de vida familiar, EE3S se siente cómodo con la manifestación de sentimientos y emociones durante el desarrollo de la sesión, la mayoría de las veces, mientras que EE1S se siente cómodo algunas veces; y EE2S y EE4S dicen no sentirse cómodos nunca. Lo anterior apunta a qué tan desarrollada se encuentra la capacidad de autorreferencia, en relación con la identificación de aquellos dilemas familiares que los terapeutas aún no hayan podido identificar y/o resolver; igualmente, a la posibilidad de reconocer esos pequeños cambios corporales, como movimientos repetitivos, una postura en particular, alguna reacción corporal (calor, cosquilleos, tensión muscular, tensión en la mandíbula, aumento de la respiración, otros) que indiquen esos momentos emocionales. Por ejemplo, como terapeuta me sucede que cuando siento que la oreja está comenzando a “calentarse”, algo de lo conversado con el sistema consultante me está generando rabia e inmediatamente comienzo a autorreferenciarme, y utilizó la autorrevelación, si lo considero necesario.

El estar atento a las emociones durante el proceso terapéutico resulta importante para el desarrollo de la dimensión atencional, en la que el terapeuta está más ocupado por el tipo de preguntas que va a realizar que por la dinámica misma de la sesión, si percibe que no tiene más preguntas por hacer o si ha estado lo suficientemente atento para hacer una buena devolución, o si al cierre, puede recordar elementos claves de la consulta.

En nuestros terapeutas encontramos que la frecuencia en que sienten sus pensamientos está más enfocada en las preguntas que van a realizar que en la narración del consultante. Esto puede coincidir con el mismo momento de su formación como terapeutas. Ya al principio habíamos comentado una serie de preguntas que se hacían sobre si serían capaces o no de conducir una sesión terapéutica y de si preguntarían lo correcto en el momento correcto: EE1S y EE3S, algunas veces; EE2S, casi nunca, y EE4S, la mayoría de las veces.

En relación con su capacidad para plantear hipótesis, y en este sentido orientar el proceso de preguntar, también encontramos algunas diferencias. EE2S y EE4S dicen que algunas veces han sentido que no tienen más preguntas para hacer; EE1S, la mayoría de las veces, y EE3S, casi nunca. Esto nos dice que, como todo recurso terapéutico se desarrolla a partir de la experiencia y en el caso de nuestros terapeutas, lo relacionamos con el haber asumido su rol como terapeutas estando en un contexto de formación y supervisión clínica. Es decir, qué tan cómodos se sienten en su rol en las primeras experiencias como terapeutas. Nuevamente los conectamos con esos dilemas familiares no resueltos que, de una u otra forma, les están impidiendo a los terapeutas ganar confianza en sí mismos.

En relación con tener la habilidad para recoger las narraciones del consultante, realizar una buena síntesis en el cierre de una sesión y recordar con facilidad elementos de la consulta al finalizarla, EE1S, EE2S y EE4S dicen poder hacerlo la mayoría de las veces; y EE3S, algunas veces. Estamos viendo que ciertos recursos terapéuticos se pueden asociar a la capacidad de abstracción y análisis, más como una necesidad propia del terapeuta de repasar en la mente “si lo he hecho bien o mal”, que como un aspecto importante dentro de todo proceso terapéutico. El cierre permite a los consultantes dar cuenta de los elementos importantes trabajados en la sesión y como apoyo terapéutico.

Al respecto, Casari *et al.* (2017) nos invitan a comprender que esta dimensión atencional es la que define en qué medida el terapeuta utiliza toda su capacidad atencional y receptiva para la búsqueda de información relevante, en donde escuchar y preguntar son las acciones dominantes, teniendo en cuenta que se requiere de una apertura y de focalización de la atención.

La dimensión de involucramiento está relacionada con las conductas por parte del terapeuta, tanto explícitas como implícitas, relacionadas con el compromiso que está dispuesto a asumir en su actividad y con sus pacientes, así como el lugar que le otorga a su trabajo en el contexto de su experiencia vital (Castañeiras *et al.*, 2008, citado por Vázquez y Gutierrez, 2015, p. 135).

Podemos decir que es una dimensión muy cercana a la autorreferencia, y está mediada también por las historias familiares del terapeuta, aquellos dilemas de los consultantes que piensa en la vida cotidiana: EE1S, algunas veces, EE2S, nunca, EE3S, la mayoría de las veces, y EE4S, casi nunca. Lo

mismo aplica a si les resulta fácil poner límites a sus consultantes durante el proceso terapéutico: EE1S y EE4S, la mayoría de las veces, mientras que EE2S y EE3S, algunas veces. Esto también lo asociamos a la experiencia del terapeuta, y a ese deseo de “ser aceptado” por el consultante, teniendo en cuenta que algunos dilemas con la historia de su familia de origen están relacionados con los conceptos de estas alrededor de la psicología (para el caso de Santa Marta).

Sin embargo, también existen factores contextuales que influyen en esta dimensión de involucramiento, pues en el caso que un consultante llame sin tener cita, por las características de la institución en la cual realizan su práctica terapéutica, la respuesta es algunas veces (EE1S, EE2S, EE3S y EE4S). Al ser un centro de rehabilitación, incluso los horarios de las consultas pueden variar mucho o por emergencias psiquiátricas que deba atender la supervisora, o por el cambio de horarios en sus pacientes, o simplemente, el paciente asignado ha sido dado de alta.

Podemos hablar de estilo propio, cuando varios de los elementos personales se repiten en el desarrollo de las sesiones terapéuticas, y, aun así, el terapeuta podrá ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios que requiera hacer, teniendo en cuenta el contexto, el tipo y nivel de intervención: orientación, asesoría, consejería, psicoterapia (individual, de pareja, familia y/o grupal).

Nos encontramos en este punto con un dilema: no nos es posible identificar un estilo terapéutico para nuestros terapeutas. Solo podemos decir que, en un primer nivel de formación y práctica terapéutica, resulta importante el poder realizar un proceso autorreferencial inicial, que permita a los terapeutas identificar no solo sus recursos personales y familiares, que pueden ser susceptibles de convertirse en terapéuticos, sino también de poder identificar esos dilemas familiares que influyen la construcción de ciertos estilos terapéuticos. Hasta ahora vemos que las dimensiones instruccional, operativa y atencional son las que más han podido desarrollar nuestros terapeutas, tal como le vemos en la tabla 8.

Tabla 8. Estilos y recursos terapéuticos hallados

Dimensiones del estilo terapéutico	Recursos terapéuticos
Instruccional	Claridades epistemológicas Habilidades en entrevista clínica Habilidades para el diagnóstico y aplicación de pruebas Habilidad para construir hipótesis Manejo de técnicas terapéuticas Capacidad de adaptación Trabajo en equipo/ coterapia Supervisión
Operativa	Habilidad para plantear el plan de intervención Flexibilidad en la intervención según las características del consultante Búsqueda de supervisión Experiencia en el abordaje de diferentes problemas Capacidad de adaptación Trabajo en equipo/ coterapia Supervisión
Atencional	Habilidades para la comunicación (síntesis, paráfrasis, clarificación) Devolución y cierre Tareas terapéuticas Manejo de los tipos de preguntas. Supervisión
Expresiva	Autorreferencia personal y familiar. Autorrevelaciones Resonancias personales y familiares. Capacidad de elaboración Supervisión
Involucramiento	Escucha activa Empatía Espontaneidad Características del contexto laboral Autorreferencia personal y familiar Capacidad de elaboración Supervisión

Fuente: creación propia

Como hemos podido evidenciar, los recursos y estilos terapéuticos son dos elementos interdependientes, lo que nos permite situar que, en todo proceso de formación, no solo basta conocer una teoría o método en particular, sino que se requiere, en primer lugar, un proceso de conocimiento personal, así como la necesidad de ir reflexionando sobre las experiencias terapéuticas acumuladas y los cambios inherentes a cada proceso.

Tal como señalan Ceberio y Linares (2005), el estilo es constantemente dinámico, pues está ligado a múltiples factores que pueden ser tanto personales como contextuales:

- **Personales:** cultura, mitos, valores y creencias, ideología política, ciclo vital, historia y características personales y relacionales del terapeuta.
- **Contextuales:** clase social, nivel sociocultural, atención en contexto público o privado, historia y características personales y relacionales del paciente.

Sin embargo, resulta importante agregar un tercer factor, las historias y los dilemas familiares, con los cuales el terapeuta aprende a entretejer y crea su propio estilo, partir de un proceso de supervisión, como estrategia pedagógica, cuya función es acompañar al terapeuta en formación en la medida que vaya avanzando en este proceso.

En cuanto a estilos terapéuticos, el hilo metodológico para tejer los hallazgos en todas las ciudades fueron los propuestos por la fundación AIGLÉ: Atencional, involucración, instruccional, expresivo y operativo. En este caso, Pereira realizó una conexión entre los estilos y los enfoques, pues a nivel formativo tienen los enfoques psicoanalítico y cognitivo-conductual. En Santa Marta, hay un predominio del enfoque cognitivo-conductual, mientras que en Medellín la formación de terapeutas a nivel posgradual es desde el modelo sistémico, por lo que no necesariamente podemos hacer una relación directa entre el enfoque de los terapeutas y los estilos terapéuticos.

Para el caso de Texas, se utiliza la terapia cognitivo conductual, con el desarrollo de un estilo no tan directivo y más de acompañamiento, en el que se permite que sean los consultantes los que resuelvan su problema, bajo el supuesto de que se apegan más a cualquier conclusión a la que lleguen. Ello tiende a un estilo de involucración, con la idea clara de que es algo que proviene de su familia de origen.

En Medellín, los hallazgos orientan hacia la identificación de los patrones familiares que influyen en el estilo terapéutico; les permite reconocer que hay asuntos sobre los cuales también deben pensar y replantear en términos de lograr modificaciones para llegar a ser profesionales con un estilo más definido, lo que no sucede en Santa Marta y Pereira, pues recién se encuentran en el proceso de descubrir que tienen la posibilidad de ir construyendo

su estilo terapéutico, en la medida que van asumiendo sus realidades familiares y personales e integrarlas a su ejercicio terapéutico.

Encontramos entonces que todo proceso de formación de terapeutas (pregrado y posgrado), teniendo en cuenta un contexto particular (en nuestro caso, cuatro ciudades), requiere tener en cuenta dos aspectos fundamentales: identificación de los recursos aprendidos en la familia de origen que de manera positiva o no tan positiva puedan influir en la construcción de los propios recursos y estilos terapéuticos, y el proceso de supervisión como parte importante en la formación de terapeutas, que acompañe el descubrimiento y construcción de recursos y estilos terapéuticos

Temores y expectativas en la práctica clínica

Poner sobre la mesa el tema de temores y expectativas del terapeuta, en principio, resulta necesario; pero también implica ciertos riesgos para nosotros, los terapeutas: ¿estamos dispuestos a hablar abiertamente sobre nuestros temores como terapeutas y de dónde surgen? ¿Qué sucede cuando nuestras expectativas no coinciden con la realidad? Aurón (2009) plantea un interesante cuestionamiento:

¿Por qué ocuparnos de los temores de los terapeutas y no solo de los consultantes? ¿Por qué pensar sobre esta situación en psicoterapia? ¿Acaso el proceso terapéutico no se refiere exclusivamente a la atención de los que consultan? En mi experiencia, muchos terapeutas ven afectados o interrumpidos ciertos momentos del proceso terapéutico al experimentar emociones de angustia o temor que les resulta difícil compartir; suelen generarse cuestionamientos frente a su papel y su competencia; en la medida en que forman parte del sistema terapéutico se ven afectados por este al tiempo que influyen en el mismo. (p. 90)

Pereira

El objetivo de este capítulo es mostrar los temores y expectativas que experimentan los estudiantes en formación, en relación con el desarrollo del ejercicio terapéutico. Uno de los autores que ayuda en la comprensión de dichos temores es Soentgen (2019), quien considera que dichos temores hacen parte de una experiencia vital que genera significados profundos en el desarrollo del terapeuta frente a su quehacer y el desempeño, en relación con el método y la adecuación y pertinencia que pueda tener entre la experiencia y la fundamentación. Otros temores de los terapeutas se crean desde estereotipos sobrevalorados, donde se considera el responsable de

los cambios y la continuidad de los consultantes en el proceso, lo que genera una carga por hacer las cosas bien, lo que genera angustia, agotamiento y miedo al fracaso.

De esta manera, la pregunta por los temores que enfrentan los terapeutas en formación refiere a la intimidad y subjetividad que les rodea al ejercer su profesión. Se instalan en su propia historia y reúnen la posibilidad de hallar en la particularidad de su existencia e incluso recursos para el desarrollo de su labor. Justo en esta línea, Ceberio et al. (2019) encontraron que algunos temas de la historia personal de los terapeutas pueden convertirse en un recurso útil en el proceso, justo por las coincidencias entre las experiencias de ambos (terapeuta y consultante). Un ejemplo de ello son las historias de dolor que han experimentado los terapeutas, que les puede facilitar establecer vínculos de solidaridad con la persona que sufre una pérdida o una frustración.

Filgueira (2014) comenta en su investigación que los miedos no constituyen una experiencia aislada en la vida del terapeuta; al contrario, hacen parte de la necesidad de reconocimiento de la subjetividad y de crecimiento en el proceso formativo profesional. Si bien el temor inicial es causado por la búsqueda de referentes que sean la simiente para los aprendizajes de su proyecto de vida; también es cierto que los miedos expresados con ideas como “no estar a la altura”, “quedarse solo” denotan la inseguridad que rodea a los terapeutas al inicio de su ejercicio profesional.

Resulta útil reconocer que los motivos que generan temores a los terapeutas no son una experiencia estática; cambia con el paso del tiempo, a través del desarrollo de su experiencia profesional y del contexto histórico que los rodea, por lo que es necesario que los terapeutas conozcan sus propias historias, con el objeto de construir un estilo propio que les posibilite conectar a las vidas de los consultantes y desplegar los recursos personales, para identificar y hacer frente a cada situación que desafía el ejercicio profesional de la terapia.

En este orden de ideas, Virseda y Espinosa (2014) encontraron que los recursos hallados en el reconocimiento de las historias previas son generadores de resiliencia, y se encuentran asociados a los conocimientos adquiridos a través de la formación. También el cuidado de sí como proceso de reflexión y autorreferenciación de la experiencia y la mayor autonomía en el uso de estas experiencias en el ejercicio profesional.

Dice Desanik (2013) que las representaciones sociales que viven los terapeutas al lado de sus consultantes los ayuda a desarrollar actitudes empáticas y comunes que facilitan el cambio. Estas transformaciones identitarias tienen lugar tanto en los consultantes como en los terapeutas, al movilizar sus estructuras internas. Es así como la aparente objetividad en la intervención deja sin un soporte al terapeuta; al desconocer su propia experiencia como fuente de las representaciones mentales que comparte con sus consultantes.

Los hallazgos para el caso de los terapeutas en formación de la Universidad Católica de Pereira se plantean desde los dos componentes articuladores del *self* del terapeuta, que son personales y profesionales. En la primera se encontraron asuntos como experiencias no resueltas relacionadas con su ciclo vital y similitudes con su familia de origen. En el *self* profesional, dos aspectos: temor por los prejuicios de los/as consultantes y la supervisión.

Self personal

López *et al.* (2020) dicen que el *self* del terapeuta es una construcción basada en experiencias, conocimientos, prejuicios y creencias construidas a lo largo de la historia personal, familiar y por supuesto profesional, en un determinado contexto social y cultural. Así, dichas relaciones y experiencias constituyen un punto de partida del proceso terapéutico, y gracias a él, el terapeuta es partícipe de manera activa en las conversaciones terapéuticas.

En los temores referidos en los hallazgos, se encuentran asuntos relacionados con el *self* personal, que dan consistencia a la identidad y al sentido de la existencia subjetiva, que se reconocen desde un horizonte de los procesos de autoobservación y autorreferencia. También se encuentran temores respecto de la relación con los otros y su cuidado, como una ética enmarcada en la corresponsabilidad. Y por último, aquellos que surgen a partir de la relación institucional, comunes a la mayoría de los profesionales de las ciencias sociales, en los cuales el valor del ejercicio y el reconocimiento de la labor también influye en la generación de expectativas.

Características personales: para que la participación del terapeuta se considere efectiva en términos de vinculación, es necesario que desarrolle un estilo personal basado en la reflexión sobre su sí mismo, el cual está conformado por los “patrones habituales únicos de cada persona, relacionados con la visión que se tiene de sí mismo y el mundo” (Chazenbalk citado por

López *et al.*, 2020, p. 98), que hacen parte del reconocimiento de sus habilidades y fortalezas adquiridas no solo por la formación, sino por la historia de vida del propio terapeuta. Es justamente este bagaje el que se pone a prueba en la experiencia de la terapia y que genera toda una serie de cuestionamientos y temores, frente a la necesidad y el deseo de hacer las cosas lo mejor posible. Esto se evidencia con la siguiente narrativa:

Mi vivencia frente al ejercicio terapéutico ha sido una pregunta constante acerca de que de pronto no pueda organizar bien lo que voy a realizar en el momento de la consulta, y si hay una persona supervisando no me gusta sentirme observada. (EE3P)

Este interrogante desde el cual el terapeuta manifiesta sus temores subyacentes está implicando una perspectiva interesante alrededor de su condición de reflexividad en su función observadora y autoobservante. De acuerdo con esta perspectiva, el terapeuta afronta la necesidad de desarrollar un modo de vivir la terapia, lo que demanda sus recursos alcanzados en su vivencia personal y profesional, para movilizarse de manera segura con el consultante.

Una de las formas en que se avanza en este proceso es la supervisión que, pese a que la terapeuta entrevistada señala como un motivo de disgusto, se convierte en una oportunidad de reflexión sobre quiénes somos, qué hacemos y cuál es la esperanza frente al futuro. En él se hacen evidentes y comprensible muchos de los temores que deben afrontar los terapeutas en formación para constituirse como personas autónomas y seguras en su desempeño profesional. Ante esto, hay algo importante que señalar, y es la narrativa frente al impacto que la terapia puede generar en el consultante.

Yo creo que mis temores en mi práctica como psicólogo están en llegar a causar un impacto negativo y ninguno positivo, o que ese mal sea mayor que el bien que se pueda generar en el espacio terapéutico; creo que eso sí me da mucho miedo. (EE1P)

Estos temores de no poder dar la “talla” en lo que el terapeuta entrevistado asume como no poder causar un impacto positivo es reconocido en la idea de Espinosa (2018), quien menciona que el proceso formativo genera muchas expectativas frente al desempeño profesional en un contexto en que se asume la responsabilidad por velar por el desarrollo de la salud mental de otros. De manera que los terapeutas en formación deben adquirir seguridad al explorar de manera creativa las personas que consultan. Por este

motivo, las instituciones de educación superior tienen la misión de apoyar el desarrollo de las habilidades cognitivas y personales de los terapeutas para facilitar un aprendizaje situado en la realidad contextual.

Lo anterior supone un proceso formativo que integra las narrativas de la historia personal del terapeuta y las narraciones culturales, sociales y familiares que dan sentido a los diálogos con los consultantes. Por esta razón, se deduce que los temores se instalan en el bajo reconocimiento de las conexiones que tiene el ejercicio del terapeuta, con su *self* personal y profesional, en el que estos marcos son los paisajes donde se sitúan de acuerdo con un conocimiento teórico y un recorrido vital.

Experiencias no resueltas (ciclo vital y casos de consultantes, similares a los de su familia de origen). Otro de los hallazgos importantes en estos resultados está directamente relacionado con situaciones especiales vividas en su familia de origen, sobre las que se desarrolla un trabajo personal o simplemente se reconocen como dolores o heridas por sanar, especialmente localizados en la relación con los padres. Se muestra una clara prevalencia por lo que ellos identifican como aspectos sobre los que necesitan trabajar y solucionar. Es claro el reconocimiento para estos participantes de los peligros de un anclaje o entrapamiento con los consultantes, justo en aquellos aspectos que aún no se han resuelto de sus propias experiencias. Una participante lo expone de la siguiente manera: “Por ejemplo la señora que llegó por una situación de violencia intrafamiliar, me dio temor, de implicarme demasiado en este caso, porque tiene que ver también con situaciones que yo viví” (EE4P).

Los temores a los cuales se hace referencia en esta narrativa están en relación con las historias familiares, y lo que ha implicado en la construcción personal del terapeuta. Refleja de manera interesante un ejercicio de autorreferencia de parte del terapeuta, que le puede permitir asumir un reto en su ejercicio profesional, para garantizar el despliegue de los mejores recursos personales y familiares.

También se encuentra que los temores surgen de su propia persona alrededor de los dilemas y crisis personales, que puedan afectar e influir negativamente al consultante. Así lo muestra EE6P cuando dice que:

Mi único gran temor es que se le desencadene tremenda crisis y yo no pueda parar eso y entonces termine yo mal. Hay momentos en los

que yo misma tengo crisis y eso me baja mucho el estado de ánimo, entonces me da miedo que eso llegue a influir en que yo me desconecte y que el paciente quede en otro lado. (EE6P)

Esta preocupación por no causar daño al consultante puede evidenciarse como un compromiso ético y responsable en el ejercicio de la terapia. Surgen allí preocupaciones que van en la vía de lo personal respecto a sus propios dilemas, pero también en las certezas respecto a un proceder enmarcado en un soporte teórico-científico que garantice la pertinencia e idoneidad. Así, el saber versus el hacer es un tema de mucha complejidad, que genera temores cuando sienten que tal vez eso que saben no es aquello que sirva para lo que el/la consultante necesite. El principal temor es no saber cómo afrontar esa posible equivocación al momento de ayudar al otro con respecto a una situación en específico: “Me da pánico que por mi culpa pueda llegar a pasar algo y que se pueda ver afectada la vida de una persona, el que esté la responsabilidad ahí implicada hace que yo sea muy cuidadosa siempre en mi proceder” (EE7P).

Estos sentimientos que experimentan frente a las intervenciones y lo que allí pueda gestarse se mueven entre el temor, culpa, responsabilidad, incertidumbre por las consecuencias que la intervención pueda dejar. Se evidencia con estos procesos una clara responsabilidad y deseo de hacer las cosas bien. La responsabilidad de estar a cargo de un proceso que implique el bienestar, el cuidado y la protección de otro, un constante temor acerca de tener incertidumbre en relación con lo positivo o negativo del proceso.

Sí me da cierta sensación de culpa y responsabilidad pensar que de pronto no lo hice muy bien, pero también pensaba en que, no siempre o no en todo momento, digamos la responsabilidad, de si un consultante decide o no continuar con la terapia, debe ser necesariamente del terapeuta. (EE4P)

Estas preocupaciones por el proceder se entienden como parte del proceso de incorporarse a la experiencia real y las consecuentes incertidumbres cuando se inicia la experiencia profesional. Aparece la necesidad de probar que, con dichos conocimientos, se obra en el escenario terapéutico de la mejor manera.

En conclusión, en esta categoría de este hallazgo se identifica que los motivos que se reportan como generadores de temores están relacionados con

algunos posibles temas de consulta vinculados con su historia familiar y con las propias capacidades o características personales que les puede predisponer a estados emocionales que denominan como crisis, y esto pueda interferir con el consultante. En estos casos se menciona no contar con los suficientes elementos para responder a la situación motivo de consulta, o incluso que la intervención genere algún inconveniente o mal al consultante. El proceso de reconocimiento de sí mismo podría servir para ubicar estrategias o herramientas que canalicen estas tensiones, que en su mayoría devienen de situaciones que los aquejan a ellos mismos. Lo otro está relacionado con temas y motivos de consulta que, desde lo que ellos perciben de sí mismos, puede no ser positivo al momento de atender al consultante.

Temores relacionados con el *self* profesional

En los hallazgos de este componente se encontraron dos aspectos: por un lado, los temores relacionados con los prejuicios que puedan tener los/las consultantes, frente a la juventud, apariencia física y, por tanto, la idoneidad-capacidad. Estos temores frente a las percepciones del otro no solo se ubican en relación con el consultante, sino también al supervisor/a de la práctica. Así lo muestra EE1P cuando dice que: “Me da miedo sentirme atacado porque como uno se ve joven y mechudo, luego creerán que uno no sabe nada, como sentirse juzgado, atacado e incluso infravalorado por eso”.

Estos sentimientos de inseguridad y temor por sentirse juzgado y señalado no solo se experimentan en relación con el consultante, sino también con respecto al supervisor/a de práctica. La vivencia de ser observado/a en la sesión por parte del supervisor genera temor, ansiedad e inseguridad por el miedo de no estar haciendo las cosas de manera correcta. Para otros, por el contrario, esta supervisión genera seguridad por el hecho de ser acompañados/as y corregidos en su proceder. EE1P muestra sus temores frente a la supervisión de la siguiente forma: “La supervisión me genera sentir mucho malestar fisiológico, psicológico y afectivo, incluso hasta me doy cuenta de mi respiración en esos procesos”.

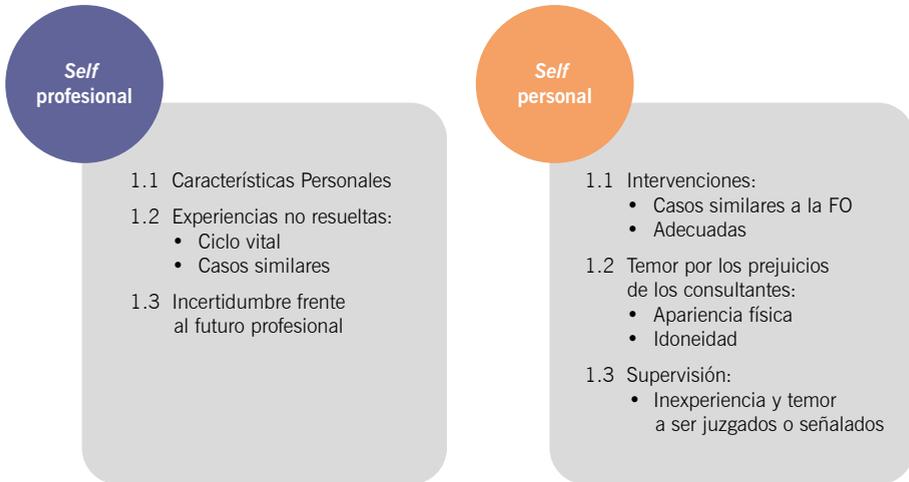
Sánchez y Escobar (2009) afirman que la supervisión se asocia con conceptos como la enseñanza, la reflexión y la asesoría, entre otros. Este proceso colaborativo tiene la finalidad de fortalecer la seguridad del estudiante, lo que significa atender de manera cuidadosa a los temores que surgen y que están en proporción a su seguridad de cara al uso de la autorreferencialidad como un recurso terapéutico.

Además, la supervisión puede darse de manera grupal, para permitir la amplitud de la discusión en un equipo de personas con diferentes historias o en pareja con el supervisor en situaciones que requieren una atención especial. La supervisión se convierte así en un elemento formativo que permite revelar al propio terapeuta, los contenidos sobre su historia personal y sus vivencias, para el acompañamiento generativo frente a los temores que surgen, y que en últimas puedan aportar al desarrollo de potencialidades para afrontar nuevas transformaciones vitales y profesionales.

Para ayudar al terapeuta en formación, la supervisión se convierte en una herramienta pedagógica que orienta las habilidades y el reconocimiento de su propia historia. Este último aspecto resulta fundamental en la construcción de una ética del cuidado; finalmente, las historias no forman caminos cerrados, sino un continuo cruce de caminos que ofrecen al terapeuta la oportunidad de elegir por donde quiere transitar.

Los temores se constituyen en fortalezas dolorosas por explorar. Al respecto, Guy (1995) argumenta que en la tradición de los “curanderos”, la fortaleza y la credibilidad de su acción curativa residía en la intensidad de su propio sufrimiento. De modo similar, el terapeuta atraviesa por sus temores al reconocer que su propia experiencia es fuente de esperanza para su modo de actuar en el ejercicio de su profesión, en la cual cumple la función de ser recurso para la atención del otro. Por esta razón, la terapia se presenta como una esperanza frente al dolor de otros y del mismo terapeuta.

Cabe anotar que la esperanza libera de los prejuicios acontecidos en el proceso terapéutico. Todos ellos se constituyen en saberes previamente incorporados al conocimiento del terapeuta sobre los que se discute en los ambientes profesionales (Begum, 2019), y carecen de la fuerza transformadora en la experiencia particular. De manera simultánea, Bernal *et al.* (2018) dicen que los prejuicios se superan en la medida en que la experiencia toma sentido y amplitud para permitir la entrada de otras voces al sistema terapéutico con las que se contrastan estáticas. Por consiguiente, al introducir nuevas voces no reafirma que su saber es superior y se responsabiliza de cambios que eviten la responsabilidad del consultante. En la figura 8 puede apreciarse de manera sintética estos hallazgos:

Figura 8. Hallazgos Temores y expectativas en la práctica clínica Pereira

Fuente: creación propia

Los temores de los terapeutas están transversalizados por el grado de reconocimiento y aceptación de la propia historia, las condiciones de seguridad, tanto personal como institucional, que favorecen el afrontamiento de situaciones y condiciones propicias para afrontarlos. Los temores frente al estilo terapéutico se conectan directamente con el panorama de las habilidades y limitaciones. Así surgen narrativas interesantes alrededor del sentido de responsabilidad, la concentración en la narrativa del consultante o no encajar en el estilo con este; por ejemplo, en el tema de la cercanía. También surgen otros interrogantes como no saber manejar ciertos momentos de silencio o incluso desconocer cómo proceder en el caso.

Es así como el temor por el correcto desempeño se convierte en perspectiva a vencer en la formación de los terapeutas como el afrontamiento de situaciones diversas que cuestionan los discursos sociales tradicionales, el éxito profesional, el desarrollo de habilidades para la adhesión de los consultantes a través del vínculo empático suscitado por el terapeuta, el desarrollo de la identidad, el estilo y el modelo teórico afines con las técnicas aprendidas durante el desarrollo de la carrera.

Medellín

Acceder a la memoria emocional del terapeuta en formación es un acto de responsabilidad y reconocimiento de su interioridad (De Pablo, 2017), de su historia y sus construcciones relacionales. Es decir, las resonancias que suscitan en el encuentro con el sufrimiento humano, a través del cuerpo del terapeuta en una coreografía relacional entre los consultantes y el mismo terapeuta (Ceberio, 2009). En esta confrontación entre el sentir y el reconocer las emociones durante el proceso formativo del terapeuta, su vida personal constituye un recurso fundamental en el desarrollo de su ejercicio profesional. De esta manera, la familia constituye una fuente de aprendizajes, temores y expectativas que se experimentan durante la formación.

Así, ante la escasa exploración y comprensión de la experiencia interna del terapeuta, el propósito de este capítulo es presentar los hallazgos en la formación profesional de terapeutas familiares en un nivel de formación posgradual, y cómo de la consolidación de su *self* surge la posibilidad de descubrir y tratar sus temores y expectativas personales y profesionales. Esta es una invitación a escuchar mejor el mundo interno del propio terapeuta. Las conversaciones con los formandos dejan entrever las preocupaciones, los miedos y los prejuicios que desafían al estudiante en la terapia, los cuales son un tejido delicado con la historia personal y familiar, de donde procede cada estudiante. En otras palabras, los temores son el producto de la consolidación profesional y aún más de la vinculación con una cultura, una familia y una historia particular. Por una parte, la historia personal del terapeuta es imagen de su capacidad intrapsíquica, y por otra, la familia de origen es la resonancia personal que se revela en una cultura y en un tiempo determinados.

La resonancia está relacionada con capacidades como autoobservación y referencialidad (Polanco *et al.*, 2019) que le prepara al encuentro con el otro. Dice Kierkegaard (2003) que salir de la comodidad del territorio conocido implica un doloroso desprendimiento y la valentía de abandonar la comodidad hacia un territorio desconocido, que en este caso resulta siendo el otro, significa salir del lugar de la tranquilidad del sí mismo para aventurarse en el examen la vida en diálogo con el otro. La presencia del otro (como sistema que consulta) causa temor y temblor, y por supuesto, en esta salida se experimentan varias sensaciones, como la duda, el cansancio y finalmente el miedo de salir a su encuentro. Otro que es inesperado e interpretado aquí

como el sistema consultante compuesto de individuos, parejas o familias. En este sentido una terapeuta dice:

Mi emoción más duradera dentro del proceso de formación es el miedo, miedo al primer contacto con el consultante, miedo a no cumplir las expectativas del consultante, de la docente o los compañeros. Luego pude ir sintiendo tranquilidad y confianza a medida que iba avanzando la formación y la práctica, y actualmente siento amor y placer por lo que hago, y muchas ganas de seguir aprendiendo y fortaleciendo mi *self*. (EE5M)

El encuentro con el territorio del otro trae esperanza y fortalecimiento al *self* del terapeuta. Los participantes en esta investigación expresan sentimientos relacionados con el temor de formas distintas, temores reales en la construcción de su identidad terapéutica y temores sociales como la pertinencia de su elección profesional y la apertura del campo de acción que compense su inversión económica. En los testimonios se hallaron expresiones que recogieron el pensar de algunos terapeutas en formación; otros expresados en actitudes, formas de actuar o pensar. Lo cierto es que los temores dan nombre y valor a experiencias que fortalecen su *self*, y pueden ser considerados como una oportunidad para construir una identidad terapéutica.

Para algunos estudiantes de psicoterapia y terapia familiar, el temor es una idea siempre presente en las historias que escuchan de los consultantes; esto es, sinónimo de prejuicios personales, rudeza en el trato, bloqueo del desarrollo personal y relacional. Para otros, el temor es un camino de incertidumbre que se nombra como un camino desconocido, un punto de partida difuso que inicia en el encuentro con su propia historia personal y familiar. Por ejemplo, otro terapeuta familiar en formación dice que su miedo fue una oportunidad para despertar la curiosidad por el consultante:

El día que realicé mi primera intervención terapéutica, al inicio tenía mucho miedo que en el transcurso de la terapia se convirtió en ansiedad por saber mucho más de la vida de la consultante, después sentí [una] gran conexión con su vida, sentí su impotencia, su rabia y al final de la consulta sentí su paz y tranquilidad. (EE4M)

El terapeuta concluye que al permitirse contactar con estas emociones, la incertidumbre del encuentro terapéutico se transformó en curiosidad,

hasta el punto de sentir necesidad urgente de hacer conexión; ello lo llevó a percibir el encuentro con aquella familia consultante como proceso un sistema cercano y con posibilidades de transformar su propia experiencia en lo que dura este encuentro.

En práctica de intervención terapéutica es un requisito indispensable la figura del supervisor dentro de la formación profesional. Su presencia representa una compañía para fortalecer tanto la estructuración teórica como la integración del *self* profesional y personal en la experiencia. La relación con el supervisor puede estar influida por una sensación de asimetría y temor a la desaprobación, por lo que es indispensable establecer sentimientos de empatía, solidaridad y diálogo directo con el estudiante. La figura del supervisor representa conocimiento y autoridad, pero es indudable que su presencia debe allanar el camino al ejercicio profesional, además de aportar a la superación del temor en sí mismo del estudiante. En uno de los testimonios se halló que un terapeuta en formación pensaba que el temor está representado en el supervisor, y así lo expresa:

La figura de supervisor me da temor, pues no saber si estaré realizando bien las preguntas, si son circulares y lineales [...] el temor se funda en el hecho de sentirme observada, pues el tema de la terapia, la generación de empatía, el encuadre son aspectos que domino, pero luego de pasados los 30 minutos siguientes que preguntar, qué decir, qué devolución hacer, genera temor y ansiedad.[...] El mayor temor que se experimentó en esta sesión fue sentirme observada y a su vez calificada indirectamente. (EE3M)

Por lo anterior, es importante prestar atención a las funciones de la supervisión como catalizadoras de vínculos efectivos en el proceso formativo, para fortalecer en el estudiante capacidades para el cuidado del otro, pero fundamentalmente en el cuidado de sí (Osorio y Ossa, 2021). La construcción de la confianza es una tarea inaplazable, la relación de aceptación mutua y la generación de políticas que contribuyan a la justicia y la igualdad. Lo anterior orienta a que los estándares académicos obtengan una mejor cualificación mediante la autoevaluación como el principal factor de mejora continua individual para el terapeuta. El resultado de hacer avances en estos procesos, dice una practicante en terapia: “Sentí mucha paz de mostrarme como soy y lo bonito que fue ser observada por la supervisora, es que pude ponerles nombre a mis miedos” (EE4M).

Ser terapeuta significa desarrollar habilidades en la interpretación y adquirir posturas reflexivas (Cardona y Osorio, 2016) como hacer anotaciones en el lenguaje sobre las conductas, adquirir conciencia del tiempo, desarrollar una curiosidad para preguntar de la manera más respetuosa, valorar la capacidad para silenciarse, hacer frente y generar significados distintos a los patrones habituales, cultural y socialmente válidos y significativos. Por este motivo, la reflexión del terapeuta sobre sí mismo lo ubica en un territorio desconocido que le permite hallar habilidades y recursos derivados de su propia historia; en este sentido, el proceso formativo se convierte para el estudiante también en un proceso terapéutico.

Una terapeuta en formación logra incluir en su repertorio profesional ideas que derivan de la reflexión acerca de la experiencia que tiene de su familia de origen:

Desde el núcleo familiar, desde mi familia de origen considero que directamente no se tienen prohibiciones o tabúes, pues consideramos que todo ser humano es valioso, merece y debe ser tenido en cuenta como un ser humano con dignidad; sin embargo, considero que desde mi familia no puedo negar [que] hemos sido una familia con costumbres tradicionales y conservadoras, lo que conlleva a guardar ciertos valores y principios, pero no quiere decir que rechace o desplace a quien no quepa bajo estos parámetros. (EE3M)

El aprendizaje es fruto de las experiencias vividas en el entorno familiar o el entorno cercano. Por este motivo, muchos de los temores de los profesionales en terapia surgen al hacer frente a una experiencia familiar para la cual no se está preparado. En este sentido, la historia de la familia juega un papel fundamental en la tarea de dejar las antiguas tierras para aventurarse en el conocimiento de nuevos terrenos donde hay personajes gigantes representados por los prejuicios personales del terapeuta en formación.

Me genera tensión encontrarme con situaciones que no pueda manejar (siento que aún no estaría preparado para trabajar procesos con familias donde se evidencie la ausencia del padre por lo que en historia familiar representó) [...]. También me genera temor trabajar con familias en las cuales identifique jefaturas femeninas (no porque no tenga la habilidad de hacerlo, sino porque vengo de una familia con jefaturas femeninas y respeto mucho la autoridad femenina). (EE4M)

El estilo familiar puede ser el resultado de los prejuicios del terapeuta, los cuales son una óptica con la cual observa las realidades que viven sus consultantes. Esta es la razón de hacer visibles dichos lentes, a través de los que se amplía o reduce la mirada terapéutica. Dificultades para aceptar y tolerar las diferencias, las tensiones en las relaciones con otros miembros, los temas o las ideas que permanecen subyugadas a lo largo de la experiencia con la familia origen del terapeuta son escenarios que, al estar en el campo de visión del terapeuta, se convierten en temores o prejuicios a superar en la relación terapéutica. Por este motivo, un participante de esta investigación describe que la emoción del miedo está ligada a la expresión transformadora del *self* como posibilidad para movilizar sus emociones hacia la identificación de recursos.

Los temores que tengo radican en que quizás en ocasiones pueda generar dolor o daño al otro [...] Siento que los prejuicios, los consultantes que se sienten obligados a ir a una terapia. También me genera temor encontrar consultantes que no acepten la diferencia y la diversidad del otro. [...] sí tiene que ver, obviamente uno es un ser humano y todo lo que uno es emerge en la terapia. Creo que esos asuntos llegan a uno con la terapia y puede ser un arma de doble filo no resolverlos, me parece interesante como cuando nos dicen en psicología, “si usted no está en condiciones para atender un caso, hay que remitir”; por lo tanto, parte de la ética debe ser estar bien emocionalmente para no hacerle daño a los consultantes, muchas veces uno sí patina en ciertas historias porque hay asuntos que no están resueltos [refiriéndose a la familia de origen]. Entonces es importante que pensemos, que vayamos a terapia, porque no somos salvadores, pero sí somos esperanza para los consultantes. (EE4M)

El lenguaje metafórico sirve para generar esperanza, permite hacer una lectura amplia, libre de los prejuicios del terapeuta y ayuda a construir una realidad (Gergen, 2006) que aporta al cambio del problema. El terapeuta participante y coautor de la vida del otro contribuye a la construcción de esta realidad por medio del lenguaje; tiene el compromiso de explorar la perspectiva del terreno del otro (White, 2016) con el otro. De manera que su terreno se amplíe, así como la información que tienen de sí mismos. Lo anterior concuerda con lo que un terapeuta dice: “Siento temor al tomar rumbos que sean abruptos para el consultante; realizar preguntas lineales que no generen más información acerca del sistema familiar” (EE3M).

Por consiguiente, el temor se constituye en la posibilidad de reescribir una realidad representada en principios éticos del cuidado de sí y del otro. El cuidado es la posibilidad de obtener protección y auxilio; además, es una actitud auténtica que facilita la interacción entre terapeutas y consultantes para recorrer los terrenos de su propia vida. En este mismo sentido, el temor resulta ser una experiencia para aprovechar y prevenir el daño emocional del consultante; la actitud respetuosa y reflexiva debe suscitar preguntas que ofrezcan más información al sistema para cambiar su realidad y no sólo como información lineal que comprometa solo lo meramente formal. Es usual en los terapeutas en formación que la información recolectada busque observar criterios diagnósticos; sin embargo, al interesarse por el cuidado, las acciones están orientadas hacia la reflexión y la autoría del sistema (White, 2016).

Algunos terapeutas expresan sus temores en términos de las responsabilidades del proceso. La interacción con sus pares les permite observarse en los ojos de sus compañeros; un terapeuta en formación al respecto relata:

Hay que seguir trabajando para mejorar es la inseguridad interior y, al trabajarla con el ánimo y la valentía de lanzarse al ruedo, estoy convencido de que la única forma de aprender a nadar es metiéndose al agua y aprender a manejar bicicleta es subiéndose en ella, así se cometan errores, porque de ellos se sacan vivencias y aprendizajes. (EE2M)

El error es una oportunidad para el aprendizaje junto al miedo y la inseguridad; es parte del proceso de aprendizaje. Por esta razón, el uso que el terapeuta le da a la bicicleta se asemeja en la metáfora al proceso general del aprendizaje. Este proceso permite al estudiante relacionar y resignificar su quehacer profesional con modos de vivir que aprendió en el pasado y le preparan para continuar hacia el futuro. Experiencias como el “nadar” o “manejar bicicleta” expresan en este terapeuta en formación la comprensión del fenómeno denominado fragilidad. La fragilidad no es algo ajeno a la persona del terapeuta, y, por lo tanto, el temor a sentirse débil tampoco lo es. La experiencia humana dotada de situaciones límite que imponen un desgaste adicional al ejercicio profesional son un riesgo para la salud del terapeuta.

Los prejuicios juegan un papel importante en la forma en que los terapeutas se relacionan con los consultantes. Ellos son conclusiones acerca de las experiencias previas que permanecen en los discursos subyugados de

las familias, como la familia de origen del terapeuta lleva consigo historias conclusivas sobre el poder, el género, la violencia, la enfermedad, la infidelidad, la pobreza, el hambre o la muerte, entre otras que ponen en duda sus conocimientos y sus capacidades del terapeuta en el encuentro con otras historias similares. Así se halla en el testimonio anterior el reconocimiento de la terapeuta sobre su historia familiar y cómo influye en su encuentro con otras familias. El temor hallado aquí en la historia personal puede poner limitantes a la expresión de un lenguaje profesional claro sobre los fenómenos que ocurren en otras familias. En otro testimonio de la misma terapeuta en formación se halla lo siguiente:

Siento que los prejuicios me pueden generar temor al encontrar consultantes que piensen que la terapia no es lo mejor [...] es decir, consultantes que se sienten obligados a ir a una Terapia. También me genera temor encontrar consultantes que no acepten la diferencia y la diversidad del otro. (EE4M)

Consecuente con lo dicho en el párrafo anterior, el prejuicio se conforma de aquellas vivencias que permanecen atrapadas en la historia y en el lenguaje. Los terapeutas reconocen este fenómeno como tabú; en otras palabras, estas experiencias se convierten en historias que permanecen subyugadas (White y Epston, 1993), narraciones que hacen parte del pasado, pero no son inaceptables o dominadas por historias aprobadas por la cultura y una sociedad específicas. Los terapeutas familiares son llamados a hacer frente a estas historias, y con razón, porque ellas constituyen un vínculo fundamental con las familias que están dispuestos a recibir en consulta.

Dice White (2002), que estas consideraciones sólo someten a una duda permanente y a un miedo constante que cuestiona las acciones del terapeuta. Es controversial que en la formación terapéutica aún existan tabúes, sobre la formación y el modo de asumir la historia personal dentro del proceso formativo. Al respecto dice una terapeuta que:

Para mí siempre fue muy marcado el “¿qué dirán?”; de ahí mi afán por estar cumpliendo las expectativas que tiene todo el mundo, dejando a un lado lo que yo quiero hacer, pensando solo en responder a lo que los demás quieren ver de mí; esto lo asemejo al miedo de no cumplir las expectativas del consultante o los docentes, siendo un obstáculo para mi formación. (EE4M)

Para la estudiante, la estandarización del conocimiento parece ser algo importante, por las expectativas del consultante, que parece confiar su vida a las fuerzas de la terapeuta y los estándares sociales que esperan de ella los máximos resultados de su intervención. Esto es visto por la terapeuta como un obstáculo que no sólo le impide cumplir con las expectativas propias de su proyecto de formación, sino que además limita las posibilidades a su propia curiosidad en cada caso.

En este punto es importante registrar cómo las experiencias profesionales a las que temen los terapeutas en formación están influidas por sus familias de origen. Dice un estudiante acerca de su familia en relación con su elección profesional:

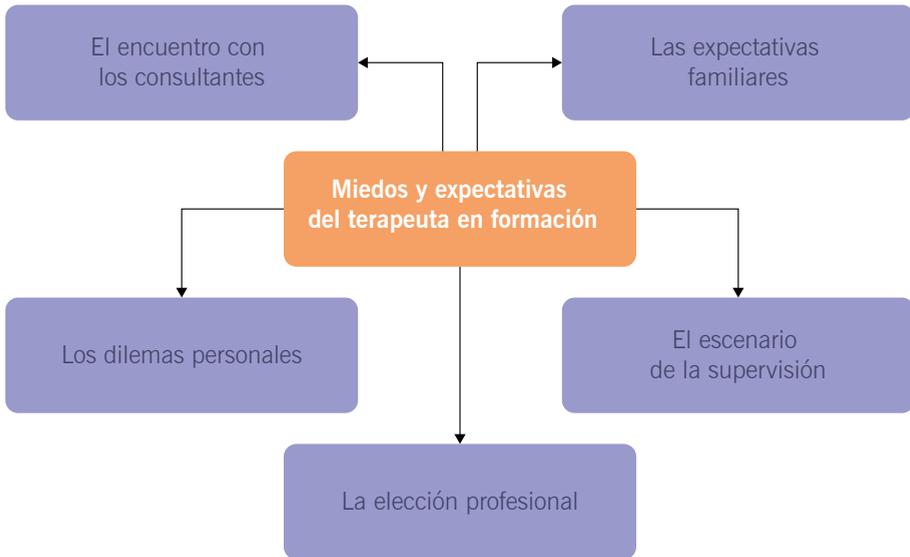
Parezco la mamá de los pollitos, la cuidadora de toda mi familia. [...] me gusta controlar todo [...] soy un producto de esas historias, patrón de mujer berraca, bella, salvadora, dominante y controladora. Por eso en consulta, cuando los consultantes no hacen las tareas que les recomiendo, eso me da una cosa muy horrible, los que me conocen saben que yo soy muy comprometida y cuando eso no pasa me da de todo [...] entonces yo pensaba, ¿qué pasa? Y siento que se me iba a salir lo mandona. Con eso logre desarraigarme y saber que la terapia no es un paso a paso, ellos [los consultantes] en ocasiones se pueden devolver. Me di cuenta de que la gente no deja de hacer las cosas porque sí, hay una razón, si yo hubiera dejado que esa característica de mandona hubiera afectado el proceso. (EE1M)

La influencia de la familia del terapeuta repercute en la construcción de una identidad, en el estilo de sus intervenciones y en los temores que lo abordan durante su proceso de formación. Al concebir que la terapia tiene estándares fijos, su respuesta emocional puede representar cansancio y agotamiento. Es cierto que el terapeuta familiar tiene un conocimiento y una experticia en su área, pero al abordar personas, sólo es un terrícola más en una tierra extranjera, en la que el consultante es el verdadero poseedor del terreno de su vida.

A partir de los argumentos anteriores, recogidos en las conversaciones con los terapeutas en formación, se resaltan los temores como maneras de expresar una condición de angustia; asimismo, destaca la necesidad de encontrar en sus temores nuevas oportunidades para avanzar en su proceso de

profundización en su historia personal y de establecimiento de estrategias para la atención de las familias.

Figura 9. Hallazgos Temores y expectativas en la práctica Medellín



Fuente: creación propia

Santa Marta

El tema de los temores al fracaso del terapeuta no es un tema nuevo. Incluso ya Haley (2010) en “El arte de fracasar como terapeuta”, frente a la idea del fracaso terapéutico y el buen uso de la paradoja, menciona: “Una serie de procedimientos que permitirán aumentar la probabilidad de fracasar a cualquier terapeuta” (p. 77).

Lo que nos permite decir que los temores y expectativas del terapeuta están de alguna manera transversalizados por una palabra, “fracaso”, visto desde el sentido y proyecto de vida, la unión entre las expectativas de las familias de origen, y más específico, cómo los terapeutas traducen a través

de su trabajo esas expectativas de la familia de origen, que a su vez han convertido en propia.

Este camino al fracaso puede resumirse en una serie de ideas como restarle importancia al problema que trae el consultante y descartarlo como un mero síntoma; rehusarse a tratar el problema y dar explicaciones sobre las “raíces” del síntoma, evitando con esto afrontar el problema que el consultante necesita resolver; insistir en que si un problema se alivia, aparecerá algo peor, lo que fomenta el miedo en el consultante para mejorar; confundir el diagnóstico con psicoterapia, parecer un experto científico sin llegar a la psicoterapia; apoyarse en un solo método terapéutico sin considerar las diferencias individuales y contextuales, si un consultante no cuadra en su método, es intratable; poseer una teoría sobre el cambio terapéutico ambigua e indemostrable; insistir en que muchos años de psicoterapia cambiarán al consultante; frenar los cambios del consultante concentrándose en el pasado; concentrarse en hacer surgir la culpa en el consultante para que se quede en psicoterapia a resolver esa culpa; negarse con firmeza a establecer un objetivo terapéutico y, entre otros, rehuir a la evaluación de los resultados de la terapia (Haley, 2010, pp. 78-83).

Las paradojas que Haley (2010) nos propone resultan un interesante punto de análisis sobre esos temores implicados en el ejercicio de la psicoterapia. Podemos considerarlo como un producto de la reflexividad durante el proceso de formación, en el que nos ocupamos no solo de la teoría y la técnica, sino de cómo se siente el terapeuta, si tiene algún temor en relación con su práctica terapéutica, cuáles serían esos temores, en qué áreas y, finalmente, sus expectativas, qué espera de su ejercicio terapéutico y los diversos factores que pueden influir o no para decir que se alcanzó no solo el éxito terapéutico, sino el triunfo sobre esos temores y expectativas. En este sentido, Kottler y Blau (como se citan en Bustos, 2018) nos dicen lo siguiente:

El terapeuta puede experimentar temor a causar daño al consultante, aunque este miedo puede ser saludable porque mantiene el respeto por el daño potencial que el terapeuta le puede causar al otro. También puede resultar perjudicial para los terapeutas que se censuran a sí mismos constantemente, asegurando que lo que hicieron o dijeron es incorrecto, llegando a experimentar sentimientos de culpa por lo que le sucede al consultante. Los terapeutas también pueden experimentar temor a perder el autocontrol y actuar, impulsos sexuales, de rabia, o frustración hacia las personas que acuden a consulta. (p. 20)

Kottler y Blau (como se citan en Bustos, 2018) plantean que los terapeutas también pueden experimentar temor al fracaso, suscitado por la sensación de que el trabajo terapéutico no funciona acorde a lo esperado.

Algunos terapeutas temen observar sus propios fallos y errores por temor a ser considerados incompetentes, por lo cual, cuando la psicoterapia no funciona, el terapeuta puede culpar a la patología, o a la imposibilidad de cambio por parte del consultante. Esta situación puede generar que el terapeuta disminuya los esfuerzos para comprender al consultante, perdiendo la capacidad para ser empático. Además, el profesional puede enmascarar los sentimientos de miedo, rabia y frustración con una resignación superficial con relación a la terapia. Los temores del terapeuta se pueden aminorar a través de supervisión y terapia personal. (p.76)

En últimas, es intentar responder al objetivo de explorar los temores y expectativas con respecto al desarrollo del ejercicio terapéutico de los terapeutas en formación clínico-terapéutica, lo que constituye una invitación, en primer lugar, a una búsqueda y reconocimiento de los propios temores y expectativas en cuanto al ejercicio de la terapia (en este caso, de terapeutas en formación en la ciudad de Santa Marta), y en segundo lugar, comprender la relación entre las familias de origen de los estudiantes en formación clínico-terapéutica y sus temores y expectativas.

Para orientar mejor esta comprensión relacional entre familias de origen, temores y expectativas, en el caso de Santa Marta, organizamos los hallazgos encontrados en los siguientes aspectos: temores frente al estilo terapéutico; temores frente a la supervisión; expectativas y sentimientos frente a los efectos de la intervención realizada; creencias de la familia de origen; estereotipos y prejuicios culturales y temores y expectativas frente al futuro profesional.

Temores frente al estilo terapéutico

En este aspecto vemos una relación entre los sentimientos de preparación para ejercer la psicoterapia, los temores asociados a su estilo terapéutico, los temores frente al ejercicio terapéutico, tal como se evidencia en las siguientes narrativas:

Seguro y decidido. (EE1S)

Me siento listo y preparado, teniendo en cuenta todo el abordaje teórico que poseo, además de los nervios iniciales, dado que todo primer paso da miedo y el primer encuentro con un paciente o cliente pone en duda todo aquello que has aprendido durante estos años, pero siempre tengo presente la ética, la empatía y la autoevaluación que debo realizar en estos en los primeros pasos del proceso. (EE2S)

Muy a la expectativa, debo estar muy atenta a cada gesto y/o palabras que me ayuden a desencadenar algún problema en mi paciente para identificarlo y así mejorar las técnicas a aplicar y ser más asertiva en el proceso. (EE4S)

En estas narrativas, encontramos un elemento articulador para sentirse preparado a la hora de iniciar su práctica terapéutica: la importancia de tener claridades teóricas, de los métodos y sus técnicas. El sentimiento de dominio teórico y de tener un mapa de orientación mental que les permita conducir la entrevista y estar atentos a los diversos procesos que suceden durante una sesión terapéutica.

En cuanto a los temores que asocian a su estilo terapéutico, este segundo aspecto ya nos lleva a un nivel diferente; es decir, en primer lugar, encontramos que tener la claridad teórica nos regala un sentimiento de estar preparados para iniciar una sesión terapéutica; sin embargo, en el segundo nivel que implica la relación entre un saber hacer y los aspectos del *self* asociados a su estilo terapéutico, plantean un reto y/o temor adicional, que se evidencian en las siguientes narrativas: “un miedo que siento respecto a mi estilo terapéutico es el miedo a no gustarle al paciente” (EE2S); “la inseguridad de no saber si lo que estoy haciendo está del todo bien al momento de platicar con mi paciente, pues él confía en lo que yo estoy diciendo” (EE4S).

Temores frente al ejercicio terapéutico

Al igual que en el aspecto anterior, en estas narrativas se entretajan el *self* personal y la confianza en las competencias adquiridas; en este caso, relacionado con la construcción de la alianza terapéutica, tal como lo narran:

Que una crisis personal me haga dañar algún proceso terapéutico. (EE1S)

El primer miedo que sentí fue antes del encuentro con el paciente: te haces muchas preguntas “¿cómo empezar la sesión?, ¿qué decir?, ¿cómo comportarte?, ¿qué esperará de ti tu paciente?, ¿le gustará?, ¿se creará vínculo? Hasta que llega la hora, te sudan las manos, sientes calor en el cuerpo y te sientes perdido, sin saber qué hacer. La incertidumbre de no saber qué va a pasar genera miedo, también otros miedos serían el miedo a no gustarle al paciente, a que confíe en mí. (EE2S)

La experiencia inicial, al no saber bien cómo sería la actividad terapéutica, pero ya luego de un tiempo he mejorado la fluidez y solo permitirme ser en cada sesión para abordar las temáticas aprendidas. (EE4S)

Los aspectos encontrados en las narrativas de temores frente al estilo y ejercicio terapéutico están relacionados con el *self* personal y de competencias terapéuticas (aplicación de técnicas y construcción de la alianza terapéutica). Esto nos plantea la necesidad de un proceso formativo permanente que acompañe el desarrollo de la formación y práctica terapéutica, lo que posibilita la diferenciación entre los temores cuyos orígenes sean personales, y aquellos cuyo origen sea de apropiación de competencias terapéuticas.

Temores frente a la supervisión

Relacionamos en este punto los temores frente a la supervisión y la tensión que se genera en la práctica, pues, en el caso de Santa Marta, nos permitimos inferir que al ser su primer encuentro con un consultante y el sentirse observado/evaluado, por lo sucedido en las sesiones, ciertos temores surgen: “Me genera incertidumbre el saber si está bien o no lo que estoy realizando, además me sale dispersarme un poco acerca de lo que se está trabajando con el paciente” (EE2S).

En estos contextos, el manejo que el terapeuta le dé a lo que siente o piensa, la supervisión resulta un ámbito privilegiado que acompaña el proceso de formación. Si un terapeuta está para atender a un consultante, el supervisor y/o equipo de supervisión está para acompañar ese proceso, y este varía según el modelo desde el cual se lleve: ¿quién supervisa? ¿A quién debo intentar explicar lo que hice o sentí durante una sesión? ¿Me evaluarán bien o mal si digo esto o aquello? Se comprende que el supervisor, en contextos

formativos, es visto como una figura de autoridad con la cual el terapeuta en formación se relaciona de manera positiva o negativa, dependiendo de su historia con otras figuras de autoridad, sus padres o cuidadores, por un aspecto importante resaltado por Aurón (2009), las reglas de silenciamiento:

El silenciamiento y la dimensión social atraviesan permanentemente cada célula de la sociedad y dan cuenta de la reproducción de pautas y patrones en distintos sectores del sistema, el silenciamiento era impuesto, se acataba, pero representaba una actitud de salvaguarda, de cuidado. (p. 97)

Me permito ilustrar esta idea de autoridad y cómo alguien puede limitarse para decir o hacer algo, con un fragmento de Kafka (2008) en *Cartas al padre*:

Querido padre: hace poco tiempo me preguntaste por qué te tengo tanto miedo. Como siempre, no supe qué contestar, en parte por ese miedo que me provocas, y en parte porque son demasiados los detalles que lo fundamentan, muchos más de los que podría expresar cuando hablo. (p. 18)

O siguiendo en la misma línea con Bonnet (2021)

Impulsada por una fuerza que no acababa de entender regresó a su apartamento y se sentó a escribirle una carta a su padre diciéndole cosas que nunca antes había sabido que pensaba y notificándose que no quería volver a verlo [...] unos años después su padre hizo que la llamaran para despedirse, no quiso ir, no fue por quitarle la ayuda que rompí con él, fue por disfrazar de amor toda una vida de egoísmo [...] y cómo te sentiste cuando te avisaron que murió. Libre y muy triste (pp. 48-49)

Los fragmentos anteriores nos ilustran este asunto de la autoridad, que puede influir en aquello que el terapeuta en formación se permita decir o no, cuando se encuentra en supervisión, ya sea por temor a ser calificado mal o que se ponga en duda su conocimiento o recibir alguna descalificación por parte del docente-supervisor. Esto implica la necesidad de construir un espacio de supervisión de confianza, y que el supervisor también se cuestione sus propios significados sobre el proceso.

En relación con lo que genera tensión en la práctica

Las tensiones en la práctica no solo se relacionan con las competencias para aplicar un saber, el proceso de supervisión, sino con el contexto mismo del ejercicio terapéutico, que en cierto punto mide la capacidad de adaptación de los terapeutas en formación a este contexto y qué tan flexibles pueden llegar a ser en cuánto a aquello que se les enseñó.

En este punto se resalta que el contexto de la práctica clínica es en un centro de rehabilitación, por lo que un elemento importante es el tiempo y su manejo, lo que genera cierta tensión para los psicólogos psicoterapeutas, tal como lo narra EE2S:

Lo que más me genera tensión es el hecho de tener en cuenta el tiempo que debe durar el encuentro con el paciente que, por lo general, es máximo 30 minutos, en lo que muchas veces se pasan rápido, así que se debe saber planificar y sintetizar en los aspectos que se quieren tocar y tratar.

Ha llamado la atención que frente a estos elementos los otros participantes decidieron no responder, lo que nos lleva a plantearnos, a costa de la subjetividad de la investigadora, si pudiese estar relacionado con un no hablar sobre el escenario de prácticas, en el sentido de los procesos de confidencialidad que allí se manejan o de cuestionar sus competencias terapéuticas, precisamente por los temores alrededor de estar iniciando el ejercicio terapéutico, pero también puede estar relacionado con el no cuestionar las competencias del supervisor en el centro de rehabilitación.

Expectativas y sentimientos frente a los efectos de la intervención realizada

En este punto, entramos a lo que consideramos un nivel de apropiación de competencias terapéuticas y confianza en los resultados del proceso. En relación con los efectos que pueden tener su intervención en el consultante y los sentimientos que les genera, nos cuentan:

Teniendo en cuenta la población con la que he estado trabajando considero que mi intervención puede tener incidencia en: 1. El aumento de la salud y bienestar de las personas. 2. La prevención y modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos psicosociales. 3.

Reducir la probabilidad de recaídas. 4. El control de estrés, manejo y proyección de plan de vida. Pensar en esto me genera en parte felicidad y gratificación, dado que de una u otra forma se está impactando en el bienestar de la salud mental en determinada población. (EE2S)

Considero que un efecto positivo en la parte emocional debido a que soy una persona fuera de su contexto diario, que brinda una actividad extra a realizar a los pacientes y un diálogo especializado distinto a su tratamiento en el establecimiento. Me genera satisfacción saber que puedo brindar mejora en un proceso ya establecido. (EE4S)

En principio, parece ser que estas narrativas nos indican la existencia de una claridad sobre el objetivo terapéutico, teniendo en cuenta el contexto particular de la práctica, lo que expone que contemplamos como importantes los aspectos de rigidez o flexibilidad como parte de sus competencias o como recursos terapéuticos.

Creencias de la familia de origen

En este aspecto, nos encontramos en el nivel de conexión entre lo que la familia espera del profesional y la necesidad de aceptación del terapeuta en formación, conectarlo con los tabúes o las prohibiciones mentales de la familia de origen y cómo pueden influir no solo en su práctica sino en el propio proceso terapéutico del terapeuta en formación resulta todo un reto. Nos encontramos en principio con que dentro de los equipos reflexivos, dos participantes no pudieron identificar estos aspectos y respondieron “ninguno”; otro se abstuvo de responder, y EE2S nos narra:

Uno de los tabúes que más me he topado en mi familia es, “si vas al psicólogo es porque estás loco [...] también que está prohibido hablar de ciertos temas, por ejemplo: el aborto de un familiar, consumo de drogas por parte de un familiar, muerte de un hijo, etc. O bien de una temática general que se considera tabú (Ej., el sexo

Igualmente, parece ser que hablar o tocar aspectos de creencias o tabúes familiares no resulta del todo sencillo, pues frente a la pregunta de si hay alguna situación no resuelta en su experiencia familiar, que le genera temor para la atención como motivo de consulta, dos de los participantes han respondido que no, y otros se abstuvieron de contestar. Podríamos entonces hacer una inferencia y relacionarlo con lo mencionado en proyecto y sentido

de vida como las lealtades familiares. ¿Es posible que hablar sobre la familia sea considerado como una traición?, o ¿en la formación misma, parece ser que lo personal es impensable conectarlo con la historia familiar?

En este punto, podemos afirmar, aunque no esté del todo claro para los terapeutas en formación, su actuar primero está relacionado con las expectativas de las familias frente a lo que significa “ser profesional”, y el segundo, a los temores propios de no poder cumplir con esas expectativas familiares y fracasar en su labor como terapeutas, como lo habíamos mencionado al principio de este capítulo.

Resulta importante destacar que el temor al fracaso puede llegar a influir no solo en el nivel personal, de competencias terapéuticas y de aplicación de técnicas, sino también en la elaboración misma de los objetivos terapéuticos. Los terapeutas novatos no son capaces de comprender que el éxito terapéutico depende de muchos factores, y en caso de fracasar, no podrán verlo como una experiencia de aprendizaje.

Prejuicios o estereotipos culturales

Identificar los prejuicios que le puedan generar temor en su práctica terapéutica, y asimismo los sentimientos que surgen cuando estos prejuicios, tabúes y prohibiciones son traídos a terapia resulta un ejercicio terapéutico importante. Al tener claras estas construcciones sociales que terminan en estereotipos o prejuicios en relación al terapeuta y su labor, pueden ser un valioso recurso terapéutico, personal, y de paso para aliviar un poco el temor a no cumplir con las expectativas que les han sido asignados, no solo por la sociedad y un contexto cultural en particular, sino por la familia de origen. Aguilar-Morales (2011, citado por Ordoñez, 2018) nos aclara un poco más esta idea, desde su definición de estereotipos:

Un conjunto de creencias, ideas, prejuicios, actitudes y opiniones preconcebidas, que tiene la sociedad, que se han fijado previamente, transmitiéndose de generación en generación, afectando las percepciones sociales y el comportamiento, además una vez que las personas que son estereotipadas enfrentan una segunda preocupación: la amenaza de que su comportamiento confirmará un estereotipo negativo (amenaza de estereotipo) lo que puede provocar ansiedad y entorpecer el desempeño en una variedad de tareas. (p. 74)

En la misma línea, Ordoñez (2018) evidencia que si conectamos la experiencia previa con un terapeuta y los estereotipos sobre estos, facilita “la búsqueda de ayuda profesional”. Si existe una experiencia previa y la formulación de estereotipos positivos acerca del terapeuta, también existe la probabilidad de buscar la ayuda de uno y, por supuesto, se lo ve como necesario en la vida de las personas. En cuanto a los prejuicios más frecuentes de los consultantes, que le generan temor encontrarse en su práctica terapéutica, nos cuentan lo siguiente: “los tatuajes, me quiero tatuar, pero siento que me perjudicará a nivel profesional” (EE1S); “solo me sucedió una vez, una paciente no aceptó continuar con las sesiones porque decía que no era una profesional sino una estudiante que no debía experimentar con ella” (EE4S).

Estas narrativas están asociadas a lo que se ha construido “como debe comportarse o vestirse un profesional o su edad”, para poder ser aceptados o encajar con la idea que se tiene sobre un terapeuta.

El prejuicio más frecuente que me genera algo de molestia mas no temor es este de “para qué voy al psicólogo a que me dé consejos, si ya tengo a mis amigos”, dado que con esto se asume que un psicólogo es como una especie de gurú que, sin conocernos más que de una llamada telefónica (o ni eso), va a darnos consejos, tratando de adivinar nuestra circunstancia de vida, por compleja que sea, a modo de mentalista o adivino. Siempre hay que recalcar que los psicólogos no nos dedicamos a dar consejos; para eso, efectivamente, está la gente de nuestro alrededor, que nos conoce y sabe cuál es nuestra situación de una forma más o menos precisa pero que, sobre todo, tiene una vinculación afectiva que le permite aconsejar, cosa que un psicólogo o psicóloga ni tiene, ni debe tener. (EE2S)

Esta segunda narrativa la asociamos al estereotipo sobre el terapeuta y su rol, lo que implica un ejercicio de educación más amplia, sobre lo que hace o no un profesional, de tal manera que su rol no se confunda con otras profesiones.

Lo anterior adquiere más sentido si lo conectamos con los sentimientos que se generan en los terapeutas en formación, cuando estos prejuicios, tabúes y prohibiciones son expuestos en terapia, nos narran lo siguiente: “Impotencia al sentirme infravalorado por tener un tatuaje” (EE1S); “molestia y angustia, dado que recae en nuestro deber salvaguardar nuestro rol y ejecutar de la mejor manera una intervención” (EE2S).

Me sentí un poco sorprendida porque nunca esperé esa respuesta por parte de la paciente, pero debo reconocer que esta experiencia no me generó inseguridad, gracias a que mis tutoras me generaron apoyo, y mediante la explicación de que esto sucede mucho, que cada paciente es distinto y nada está escrito, la experiencia es la que nos enseña a ser mejores y a darnos cuenta de que es lo que nos estamos enfrentando día a día. (EE4S)

Estos elementos en esencia nos conectan con el sentido y proyecto de vida del terapeuta, frente al cual se generan temores y expectativas frente a su futuro laboral, sobre todo si de terapeutas en formación se trata, ya que aún se encuentran bajo el techo de la universidad, y su encuentro con la realidad está contenido en un espacio y lugar específico y bajo las alas de supervisores.

Temores y expectativas frente al futuro profesional

La elección de carrera está permeada por lo contextual, familiar y personal. No siempre resulta fácil escoger una carrera que termina satisfaciendo las expectativas familiares y personales. Podemos conectar esta idea con un elemento tratado en el capítulo de sentido y proyecto de vida: la profesión como el cumplimiento de un deber parental y, por lo tanto, la espera de que el hijo/hija corresponda de alguna manera al esfuerzo parental, así como también se convierte en un indicador de estatus familiar y personal.

Entre estas razones, resulta importante poder reflexionar sobre los temores y expectativas que puedan tener los terapeutas en formación, frente a lo que les genera pensar en su futuro profesional, nos cuentan:

Ansiedad mucha. No me gusta el futuro de la psicología, a nivel económico y también a nivel de prestigio social. (EE1S)

Me genera satisfacción y muchas expectativas el pensar que como profesional del futuro debo ser capaz de crear mi propio perfil profesional único y específico, basado en los valores, la ética, la lealtad, el respeto, la empatía como protagonistas en cada paso de una intervención. (EE2S)

Mucha felicidad el saber que todo lo que he trabajado en este largo tiempo, poco a poco está mostrando frutos mediante la realización de mis prácticas y que pronto esto se convertirá en mi día a día. (EE4S)

En este caso, el entretendido de los temores y expectativas gira alrededor del aspecto económico y de la construcción de estilo profesional. Cuando se traslada la dimensión de las emociones que un terapeuta en formación puede experimentar en la medida que va descubriendo cómo las narrativas de la familia de origen, las de un contexto cultural, las de apropiación de un saber hacer y saber ser, y las propias se entretienen en un espacio terapéutico, podemos pensar en lo propuesto por Aurón (2009), en cuanto a estas tareas muy particulares a realizar como terapeutas:

- Observarnos a partir de las reflexiones respecto de lo que acontece en él o la terapeuta, observador-observado a partir de su interacción con los consultantes.
- Distinguir las distintas tramas que se entrelazan en el proceso terapéutico, las cuales son generadoras de temores y bloqueos.
- Identificar las situaciones de rigidez, confusión y contradicción que se producen en el sistema terapéutico total y cómo inciden en este.
- Entender cómo, a través de conversaciones deconstructivas y externalizadoras, los temores (y expectativas) pueden guiarnos, como el hilo de Ariadna, para la comprensión de las distintas tramas que subyacen. (Aurón, 2009)

Asuntos sobre los temores y expectativas de los terapeutas en formación: para continuar conversando

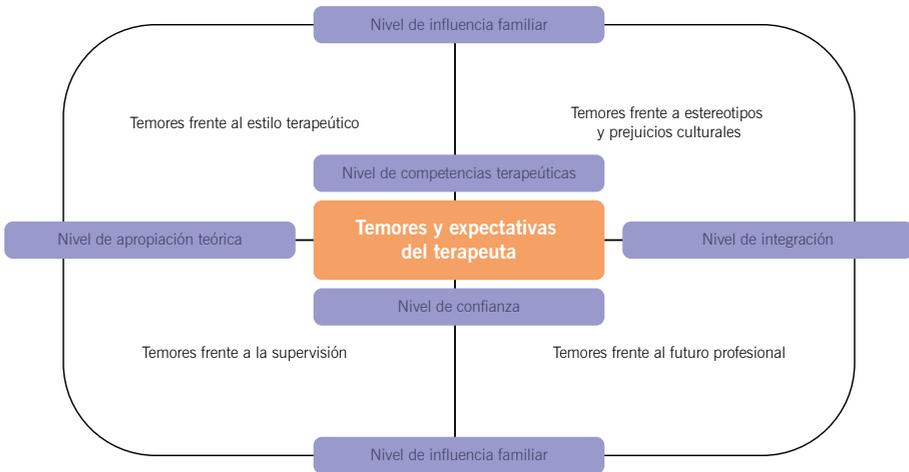
En cuanto al objetivo de explorar los temores y expectativas con respecto al desarrollo del ejercicio terapéutico de los terapeutas en formación clínico-terapéutica y comprender la relación de estos temores y expectativas con las familias de origen, podemos decir que se ha podido cumplir de la siguiente manera:

- Como un primer hallazgo, encontramos que las narrativas de los terapeutas en formación giran alrededor de los temores y expectativas, contienen historias personales y familiares, que se les han revelado en el encuentro e interacción (dentro de un espacio terapéutico) con el

sistema consultante y sus historias, conexión de la cual ha sido posible dar cuenta, por las conversaciones sobre sí mismos en las entrevistas y equipos reflexivos, que les llevó a develar sus propios temores y expectativas frente a su actuar terapéutico.

- La relación entre los temores y las familias de origen las podemos establecer en niveles, que proponemos ir de la siguiente manera:
 - **Nivel de apropiación teórica:** un manejo teórico-práctico, que implica el sentirse seguro a la hora de aplicar los modelos y técnicas conocidas por el terapeuta, a más apropiación teórica, más seguridad y menos temor a fracasar o equivocarse.
 - **Nivel de confianza personal:** relacionado con la confianza mostrada no sólo durante la práctica terapéutica, sino para enfrentar los posibles cuestionamientos que pueden surgir o no durante la supervisión, superando el silencio por miedo a la autoridad.
 - **Nivel de integración:** ha podido vencer el temor a integrar un saber hacer y un ser en psicoterapia, lo que le permite más flexibilidad terapéutica.
 - **Nivel de competencias terapéuticas:** apropiación de sus competencias terapéuticas, uso de los temores como recurso terapéutico y confianza en la construcción de la alianza terapéutica y en los resultados del proceso.
 - **Nivel de influencia familiar:** develar los miedos y los temores, relacionados con el cumplimiento o no de las expectativas familiares y su influencia en el ejercicio terapéutico.

Figura 10. Hallazgos Temores y expectativas en la práctica clínica Santa Marta



Fuente: creación propia

Resalta la importancia de desarrollar un modelo de acompañamiento para este proceso de comprender los temores y expectativas durante la formación de terapeutas, haciendo énfasis en la supervisión.

Reflexiones finales: Temores y expectativas: deconstruyendo el hacer terapéutico

Un acercamiento a la construcción de los temores y expectativas de los terapeutas en formación permite configurar diferencias y similitudes que contribuyen a una mejor comprensión de la temática, que sin duda servirá de base para el acompañamiento de supervisores, docentes, la reflexión de estudiantes presentes y futuros, y a su vez contribuirá a las políticas de conformación de los pensamientos académicos en distintas universidades que ofrecen este tipo de formación.

Al hacer un recorrido por los resultados de Santa Marta, se evidencian unas características que pueden ser propias de todos estudiantes que fueron incluidos en esta investigación, sin importar la ciudad, la edad o el nivel de escolaridad, y que tienen que ver con el temor al fracaso, como una posibilidad de no dar la talla frente a lo esperado de su actuar. También aparecen elementos como el miedo de restarle importancia a la problemática presentada por el consultante, en su afán de centrarse en el sí mismo y sus dilemas, y esto asociado a los sentimientos de culpa que se puedan generar por no haber hecho lo suficiente o incluso no ayudar a la generación de cambio, y antes bien introducir nuevas problemáticas a la familia asociadas con la atención.

Por otra parte, se presentan pensamientos relacionados con la supervisión. El sentirse observados tanto por compañeros como por docentes que tendrían una expectativa frente a su actuar y a su estilo de acompañamiento, y no estar a la altura esperada, es una gran fuente de tensión; pero al mismo tiempo este acompañamiento es visto como un privilegio que contribuye no solo al crecimiento del estudiante, sino también de los consultantes, debido a que tener varias personas analizando su situación es un factor protector y movilizador para el cambio.

Existe otra situación que llama la atención, porque representa un común denominador para todas las ciudades vinculadas a este proyecto en Colombia, y tiene que ver con la expectativa frente a su futuro profesional. Se piensa en las posibilidades de una vinculación laboral que pueden llegar a ser inciertas, si encontrarán un lugar para desempeñarse según los aprendizajes adquiridos y si estos les permitirán ser competentes en los diferentes escenarios laborales. También se asocian, en este sentido, las expectativas que la familia de origen pueda tener en torno al futuro y los ingresos económicos que esta actividad pueda generar.

Hay situaciones con las que llegan los consultantes que están asociadas al *self* de cada uno, y que representan temor en los terapeutas, al verse reflejados en ellas o identificados con uno o varios de los consultantes. Esto alude a la necesidad de continuar trabajando en torno al fortalecimiento de su *self* y la identificación de creencias, estereotipos y prejuicios; reconocerlos ayuda a tomar conciencia de su situación y a descubrir y sanar realidades presentes en su vida que posiblemente deben ser transformadas.

En todas las ciudades es frecuente que se presenten crisis personales durante el proceso de práctica, debido a que la reflexión permanente sobre la vida de otros genera aperturas que posibilitan revisar su propia vida y la necesidad de hacerse cargo de estas situaciones, para poder avanzar en su proceso formativo. Así pues, tanto estudiantes como profesores deben generar acciones conjuntas que favorezcan esta posibilidad. Al parecer en Santa Marta no está incorporada la posibilidad de estas reflexiones en el currículo, y se siente la expresión de cierto malestar al tener que hacerlas explícitas y ahondar sobre ellas, lo cual puede ser visto por los estudiantes como una intromisión, y es usual que pongan límites cuando se pretende dar acompañamiento en este sentido. Se deja entrever una cierta tensión al hablar de sus familias de origen, debido a que esto puede ser visto como romper lealtades familiares o una especie de traición a su estirpe.

Existe, en otra línea, un suceso importante cuando plantean la apariencia física, la cual relacionan con la forma de vestir, la edad, o incluso la utilización de algunos artículos decorativos o tatuajes, que los lleva a pensar en qué dirán los consultantes cuando vean que es una persona más joven que ellos quien los atiende, o quizás si la prenda de ropa que están utilizando es la adecuada, si la forma de lucir el cabello se adapta a la idea que tienen los consultantes sobre su presentación personal.

Por último, se expresa un temor compartido por la totalidad de personas que brindaron sus experiencias, y tiene que ver con el hito que representa la primera atención a personas, familias y parejas, y la tensión que esto genera, lo cual está asociado con la expectativa, el temor a no saber qué preguntar, los pensamientos de incapacidad, el miedo a hacer daño, a no cumplir las expectativas, a tener unos estereotipos definidos frente a su quehacer que, en fin último, se constituyen en la concreción de todas las expectativas y temores cuando es puesto en escena el acto terapéutico.

Existe una coincidencia entre todos los terapeutas participantes de la investigación frente a su miedo de no estar a la altura de los consultantes, perjudicarlos o hacerles daño. Esto hace pensar en la responsabilidad que se asume cuando se trabaja con personas y en la incertidumbre que se enfrenta ante los motivos de consulta, que pueden disparar situaciones no resueltas en sus propias vidas y generar confusiones para el abordaje terapéutico, lo que se convierte en estancamientos en el logro de los objetivos. También se hace una reflexión importante en torno a la seguridad

que deben ir adquiriendo para el ejercicio terapéutico. El solo dominio de la teoría no les da la garantía de poder hacer un ejercicio integral, en donde se conjuga la epistemología en la cual fueron formados, la capacidad de articular todos los elementos aprendidos para la entrevista terapéutica, la utilización de las técnicas, los recursos terapéuticos y la capacidad de identificar el *self* como uno de los atributos importantes en su estilo terapéutico.

Otro aspecto que resulta interesante es la manifestación de que los miedos y los temores no son estáticos. Esto es significativo y sugiere una reflexión importante, y permite entrever que las personas van logrando un grado de madurez en la medida en que transcurre el tiempo de formación. No solo hay avances significativos en la formación del arte de la terapia, sino también en el esclarecimiento de asuntos personales que les permita reconocer sus propias historias, resignificarlas y comprenderlas, lo cual converge en la posibilidad de establecer acciones de cuidado en torno a sí mismo y a los demás, que ayudarán a tener actitudes más empáticas con todos los miembros del sistema terapéutico.

Para el caso analizado en Columbus State University, surgen expectativas asociadas con los principiantes. Quizá quienes estén pasando por esta experiencia y aquellos que las han vivido pueden relacionarlas con las siguientes preguntas: ¿Cuál será la situación problema que plantea el consultante?, ¿el nivel de formación estará a la altura de lo esperado para la atención del caso?, ¿las experiencias de vida previa del terapeuta van a resultar en factores favorecedores? o ¿serán limitantes en el proceso? Esto lleva a la entrevistada a pensar en su historia de vida y en las situaciones de abuso a las que fue sometida en su infancia, lo que la conecta con su ejercicio profesional y la hace tener una postura reflexiva frente a la atención de mujeres y niños en situaciones de vulnerabilidad que conectan con su dolor, lo cual hace que la reflexión en torno a su propio ser sea imperativa durante su formación y posterior a ella.

Para el caso de Medellín, se identificaron aspectos comunes a las otras ciudades: la sensación que genera la atención de la primera familia, pensamientos relacionados a no cumplir las expectativas de todos los involucrados en el proceso e incluso de sus propias familias, situaciones asociadas con el retorno económico de los ingresos que han invertido en su formación posgradual, la consolidación de su formación profesional, lo que esto trae consigo a nivel de responsabilidad social y aporte al trabajo por el bienestar de la salud mental de quienes consulta. Al igual que en los anteriores

grupos, se preguntan por la acción del supervisor y del equipo que los acompaña; reflexionan sobre las sensaciones y los sentimientos que se generan al verse observados.

También cabe mencionar las ideas en torno a la capacidad de escucha, y si está acorde a las necesidades de quienes asisten en la búsqueda de solución a sus dificultades. De igual forma, se presentan dudas sobre si la manera de preguntar incluye en sí misma reflexividad, neutralidad y se ve reflejada la capacidad de hipotetizar, lo cual hace eco en su vida misma, por el temor de verse comprometidos en situaciones similares a las que en su propia vida familiar no han logrado superar. Esto lo nombran una mezcla entre temor y curiosidad: temor por lo que van a enfrentar y curiosidad por adentrarse cada vez más en la situación.

Es de resaltar que surge una variable importante: la sugerencia que hacen los estudiantes de la búsqueda de ayuda de un profesional en psicología o terapia familiar, con el fin de trabajar en sus necesidades personales, y que esto lleve a la resolución de conflictos internos o relacionales que se traduzcan en un mejor estar y una mayor comprensión de su ser y, por qué no, en una reconfiguración de su sentir y su quehacer, todo lo cual se podría resumir en una expresión transformadora del *self*.

También se vislumbra un pensamiento muy humano, imbricado en la fragilidad que se puede llegar a sentir, que está asociado con los prejuicios, el cansancio, el temor de permanecer estáticos y no avanzar, el reconocimiento de inseguridades, la repetición de experiencias previas que han resultado difíciles, la incapacidad de identificar y fortalecer sus propios recursos. Todas estas singularidades llevan a pensar en cómo, desde diferentes posturas y niveles de formación, los estudiantes experimentan situaciones similares que están asociadas con su persona en particular, la familia, la elección vocacional, el contexto social y los consultantes que son para quienes, en fin último, se están preparando. Cabe resaltar que la acción para el fortalecimiento del *self*, la identificación de asuntos familiares y el acompañamiento en el ejercicio de la supervisión son factores pensados, estructurados y conscientes desde las universidades del centro del país y la Columbus State University.

Sentido de ser terapeuta en el proyecto de vida personal

Medellín

Cuando los estudiantes inician su proceso formativo, llegan cargados de expectativas, en especial para el momento en que inician el acompañamiento a las familias, en el módulo denominado formación terapéutica, en el tercer semestre académico. En ellos emergen un sinnúmero de preguntas sobre los constructos teóricos y epistemológicos que han forjado, y estos se entrecruzan con ideas dominantes atribuidas desde su *self* como terapeutas en formación. Llegan a la mente pensamientos sobre el porqué realizaron dicha elección, cuál será su posterior campo de desempeño y si el aporte económico destinado a su formación será retribuido cuando se desempeñen profesionalmente. Además, escuchan voces de familiares y amigos respecto a su decisión (algunos a favor, otros no tanto); y resulta vital para los estudiantes acompañarse de quienes los alientan y, sobre todo, de quienes se volverán su red de apoyo, ya sea en el aporte económico, manutención, cuidado de los hijos, si los hay, o en las labores hogareñas cuando ellos estén inmersos en su proceso de aprendizaje.

Si bien es cierto que en el desarrollo y análisis de la presente categoría no se encontraron documentos que relacionan específicamente el sentido del proyecto de vida de los profesionales en terapia familiar y psicoterapia, sí se consideran otros textos de análisis respecto a la influencia de la familia de origen en la elección de la profesión. Canevaro *et al.* (2017) refieren que muchas veces los estudiantes se motivan a elegir la psicoterapia como una estrategia implícita para resolver sus propias dificultades. En ese sentido, la elección vocacional está mediada por mandatos, creencias y necesidades familiares.

Sin lugar a duda, la elección de la profesión es una decisión trascendental en la vida de cada ser humano. Teniendo en cuenta lo planteado en Ca-

nevaro *et al.* (2017), se hace necesario reconocer las motivaciones de la elección profesional, para descentrar al estudiante de sí mismo, para que así este pueda prestar un servicio sin resolver sus necesidades familiares a través de los consultantes. Tal como lo expresa Canevaro (2003, citado en Canevaro *et al.*, 2017):

Las dificultades en las familias de origen de los mismos terapeutas [...], a menudo, en la base de su elección vocacional, hacen que haya también una reticencia y un temor, a veces racionalizado, de sumergirse demasiado profundamente en las complejidades de los sistemas familiares disfuncionales. Al doble mensaje de la familia del terapeuta: “Infórmate bien para poder resolver nuestras dificultades psicológicas, aun cuando con nosotros no podrás”, sigue el doble mensaje de las familias de los pacientes: “Alívianos de nuestros sufrimientos, pero sin cambiarnos”. Al desafío existencial del primer doble mensaje se sobrepone el desafío técnico del segundo. (p. 2)

Con relación a lo anterior, se evidencia la injerencia de la familia en la construcción del proyecto de vida, sin darse cuenta de su influencia y de las demandas realizadas al individuo que se encuentra en la toma de decisiones. De esta forma, al momento de la elección de su profesión o formación posgradual, generalmente los miembros de la familia se pronuncian y algunos pueden influir de manera positiva y mostrarse muy a gusto; entre ellos se escuchan las voces del padre, la madre, los hermanos, los esposos, los hijos, entre otros, que conversan según sus ideas sobre el camino que va emprender su ser querido. Es frecuente escuchar posiciones variadas: en algunos casos indican que las carreras de las ciencias sociales no resultan rentables económicamente; en otros casos, las familias argumentan estar de acuerdo con la elección y la apoyan incondicionalmente; mientras que otros tantos se tornan neutrales frente a la elección. Uno de los estudiantes consultados, EE1M, expresa:

En mi caso siempre hubo apoyo total de mi familia, porque inicialmente había factores que me desanimaban, como el tiempo, el trabajo, la empresa, y que hace tiempo no ejercía, entonces inicialmente había cosas que me desmotivaban, pero después fue un reto. Siento que estoy haciendo algo que quería hacer, que amo, y siempre he sentido el apoyo de mi familia.

En esta situación, la familia fue un estímulo para vencer los retos, y la posibilidad que el dicente sintiera todo el acompañamiento para tomar la decisión con más tranquilidad. EE4M, por su parte, expresa:

Mi familia nuclear y extensa me apoya en todas las decisiones que tomo, fue una elección libre. Mi abuelo siempre me decía que estudiaría trabajo social; y por ahí me fui yendo, entonces todos lo aceptaron muy bien. Frente a la maestría siempre me apoyaron, a todos les pareció bueno que avanzara en la formación académica.

Al analizar lo indicado por EE4M, se observa que su elección profesional como trabajador social fue promovida por un referente familiar muy significativo, y, en efecto, la recomendación se volvió acción en el estudiante, quien sin darse cuenta construyó una parte de su proyecto de vida a través de un mandato familiar. En ese sentido, cabe decir que algunas familias ven sus sueños reflejados en el estudiante, bien sea porque es el único que ha emprendido la educación superior o el primero que recibirá un título profesional, porque es un mandato familiar y, al realizar la educación universitaria, está honrando este legado, por la felicidad de ver que los suyos cumplen sus sueños, por la satisfacción de la proyección a la comunidad, entre muchas otras posibilidades.

Para algunos, como se lee en el siguiente relato de EE3M, tiene otro significado:

Cuando le dije a mi mamá que iba a estudiar psicología, me pregunto: “¿Eso da plata?”. Yo le dije: “Puede que no, pero me haría feliz”. Con la maestría fue una decisión difícil de tomar, por lo económico, pero dije “es algo que quiero y que me hace feliz”, entonces ellos entendieron.

Es aquí donde se ve reflejado que también existe una motivación propia, y que esta es un factor fundamental para dar el primer paso y mantenerse en el proceso formativo. Posterior al acercamiento inicial de la decisión, lo que se percibe es apoyo total por parte de las familias de todos los estudiantes a los cuales se pudo acceder en esta investigación.

Surge entonces otra pregunta: ¿Qué realidades familiares y del contexto influyeron para decidir cuál sería su profesión, especialización o maestría? Es común escuchar estudiantes decir que su elección vocacional, especialmente en este campo del saber, se debió a la necesidad de superar situaciones vivenciadas en el estilo de vida de su familia y las crisis que enfrentó

en sus trayectorias familiares. Otros expresan su deseo de ayudar a los demás, como una forma de proyección; incluso algunos quieren contribuir con personas que vivieron circunstancias como la violencia, el abandono de los padres o el alcoholismo, para que otros no atravesaran las circunstancias que ellos sobrellevaron, en especial en la infancia y la adolescencia.

EE3M da cuenta de esto:

Cuando estaba en el colegio yo asistí a terapia en el colegio, por asuntos que ni siquiera había sido remitida, sino por voluntad, porque quería saber qué pasaba en ese espacio, y me gustó mucho lo que ahí sucedió. Ahí empezó la curiosidad por conocer la carrera y en el colegio busqué las universidades, y me apasionaba escuchar a otros y ser un instrumento o una guía o una esperanza para aquellas personas que lo buscan.

Este relato muestra que las personas que deciden optar por esta formación buscan compensar en otras situaciones que sienten desestabilizantes, y pretenden ser una guía para quienes pasan por momentos de ansiedad, dolor o sufrimiento. Por esta razón, durante la supervisión es vital la guía del docente, quien debe posibilitar la comprensión de que ellos no serán salvadores de sus consultantes, sino que abrirán caminos o rutas para que, con sus propios recursos, puedan acompañar en la resignificación del síntoma a sus consultantes. Complementariamente, Canevaro *et al.* (2017) mencionan:

Se conoce la repercusión en cada uno de los familiares de la elección vocacional del terapeuta familiar y de cómo en gran parte de los alumnos hay una fantasía salvadora de querer resolver los problemas relacionales en sus familias de origen (FO). Dicha fantasía es, en general, secretamente apoyada por sus familiares, sobre todo las madres, que han tomado al futuro terapeuta como confidente de problemas relacionales familiares o de pareja conyugal y parental. Es importante decir que sacar a la luz dichas motivaciones, en general, no les quita fuerza, sino que las reorienta de un modo más realista, liberando fuerzas para ponerlas al servicio del desarrollo del *self* profesional del terapeuta. (p. 15)

Y las preguntas infaltables serían: ¿Por qué eligió esta profesión? ¿Qué vivencias o experiencias familiares le llevaron a esta elección? Salen a la luz múltiples posibilidades. En la narrativa de uno de los estudiantes que, por

vocación, eligió el sacerdocio como una opción de vida, de una manera generosa lo menciona así:

Un tío me ofreció estudiar medicina, pero ni mi hermano ni yo lo seguimos. Elegí el sacerdocio por mi forma de ser y por el proyecto de vida que tenía, y luego el posgrado se debe a la sensibilidad por ayudar a las comunidades, porque encontraba muchas problemáticas familiares, y así podía buscar estrategias para prepararme y poder ayudar mejor. (EE2M)

Esta corta historia de vida deja leer entre líneas que existe una necesidad de apoyar al otro y de intentar proveer un bienestar, de poder contribuir con sus conocimientos a personas, instituciones, grupos y comunidades que así lo requieran, porque se piensa el ejercicio profesional desde diferentes aristas. Dentro de estas múltiples perspectivas están las que indica EE4M:

El posgrado sí fue una decisión más íntima, más individual, que me permitió conocerme y conocer a personas maravillosas. Ahora que estoy trabajando me doy cuenta de la importancia de transversalizar a la familia en las políticas públicas, porque tengo la posibilidad de trabajar con un equipo interdisciplinario, y qué bonito ver a la familia desde todo punto de vista.

Por su parte, Canevaro *et al.* (2017) sugieren que, a fin de apoyar al terapeuta a consolidar su *self* profesional como parte de su proyecto de vida, es necesario trabajar con la familia de origen de los terapeutas, debido a que de esta manera el profesional logrará intervenir sin temores, podrá afianzar sus recursos personales, pero, sobre todo, ser consciente de sus propias heridas. Estos autores afirman:

El desarrollo futuro de la formación podrá tener en cuenta el papel de la inclusión de las distintas familias como un recurso para facilitar la formación del alumno. Para un terapeuta familiar es obviamente su relación con su familia de origen y con su familia actual la mejor fuente de experiencia para consolidar un *self* personal válido para relacionarse con sus pacientes en una interacción dialéctica con el *self* profesional. Esta interacción enriquece sus competencias sobre todo como ser humano, ya que se cura más por lo que se es que por lo que se hace. (p. 16)

Esta sería una invitación a pensar en el acompañamiento de las personas y las familias desde diversos sectores, en territorio o en un consultorio, con la convicción de un servicio bien prestado desde lo ético, lo estético y lo intelectual. En efecto, un proceso formativo que integre la dimensión emocional del profesional enriquecerá su ser como persona y lo hará un mejor ser humano, lo cual sería una ventaja que solo se vivencia en las competencias formativas de algunas ciencias humanas y sociales, tales como la psicología, el trabajo social, las especializaciones en familia, o la maestría en terapia familiar y de pareja, y otras afines. Estos programas se convierten así en oportunidad y privilegio para los estudiantes, debido a que no solo se están formando profesionalmente, sino que también se están enriqueciendo en su dignidad humana. Aquí se menciona otra posibilidad en la vida de los estudiantes. EE5M indica:

La maestría es porque uno piensa en cómo seguir ayudando a las personas y fortalecer el campo laboral en el que uno se desenvuelve, y como ya hemos visto, la familia es fundamental para la sociedad, y desde lo educativo se convierte en una opción.

De tal manera, los estudiantes empiezan a afianzar sus conocimientos técnicos y profesionales para ponerse al servicio de los demás. Con la experiencia y las interacciones es que la persona va afianzando su identidad o *self* terapéutico. Según González Torres *et al.* (2007):

No hay identidad sin otro; no es posible construir el sí mismo sin la presencia de los demás, espejo que nos devuelve una imagen propia que nos define y nos limita. La construcción de la identidad está indisolublemente ligada a la vinculación con los demás. (p. 3)

Con el fin de contribuir a la consolidación del *self* y al reconocimiento de sus habilidades y recursos, se lleva a cada uno de los entrevistados a pensar qué sentido tiene para ellos su ejercicio como terapeuta, lo cual los confronta con sus vivencias como personas, sus habilidades y capacidades, no solo en el ejercicio profesional, sino en aquellas acciones en las cuales se sienten fortalecidos y que constituyen un eslabón para continuar afinado. Esto lo encontramos en el relato de EE1M:

Como terapeuta, soy una persona cercana, sensible, con mucha pasión por ayudar a las personas, respetuosa, curiosa, con capacidad de

escucha, intuitiva y apasionada con lo que hago. Estas características se irán fortaleciendo a medida que avance mi proceso y mi experiencia, y cada vez me sentiré más segura, más profesional y mejor preparada para atender a quien lo necesite en mis sesiones terapéuticas.

De aquí que podamos concluir que el *self* del terapeuta es una construcción inacabada y permanente, en la cual las personas deben poner énfasis para hacer una revisión cotidiana de su humanidad. Lo anterior es coherente con lo expresado por EE3M, cuando dice: “Considero que he ido forjando y adquiriendo habilidades para el quehacer del terapeuta de familia, habilidades como realizar preguntas circulares pensadas desde la interacción, formular hipótesis, técnicas y recursos que pueden ser de utilidad para los consultantes.” Es claro entonces ver que no solo se requiere ser una persona coherente y consistente con sus principios, sino que además estos deben estar acompañados de una epistemología clara y un enfoque teórico, que le permita a la persona articular todas las dimensiones de su ser y poner al servicio de cada uno los recursos terapéuticos que confluyen con su identidad terapéutica, lo cual posibilitará que cada uno haga un ejercicio diferente de la terapia. Es decir, cada profesional le pone un sello personal al modelo elegido para la intervención.

Sería propicio terminar con la experiencia de EE4M, que hace una invitación a la reflexión:

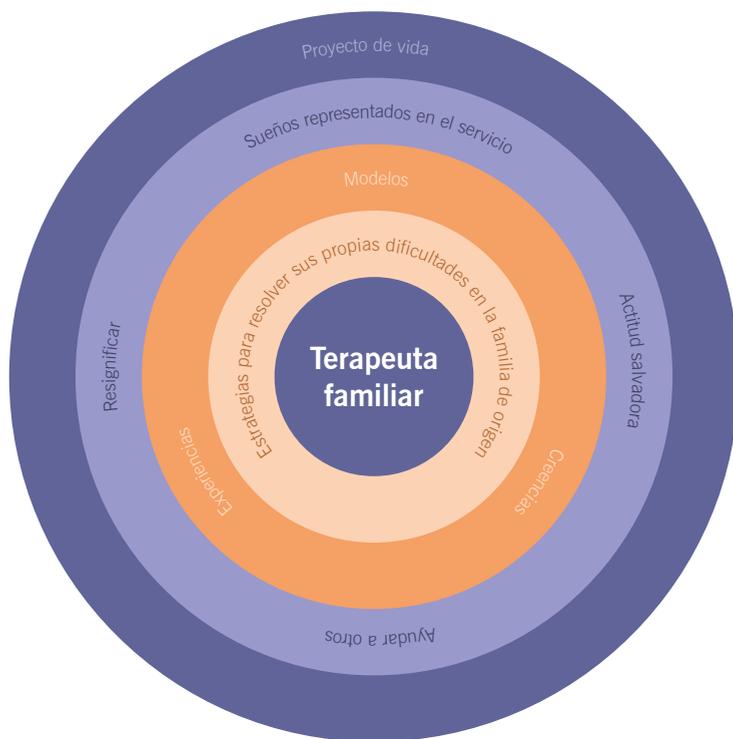
Debemos entender que somos seres que trabajamos con el dolor, la tristeza, el miedo y otras emociones, que somos seres capaces de ser empáticos, creativos, flexibles, con capacidad de ser buenos observadores y de expresar nuestra emocionalidad para poder ayudar al consultante, a la pareja y a la familia a encontrar los medios y posibilidades. Esto aporta identidad a mi *self* como profesional, porque siento que puedo ayudar a significar y resignificar mientras soy parte del sistema.

Pensar en un terapeuta o en el profesional cualificado para atender, acompañar, promover usuarios, consultantes, comunidades, según la especificidad de su trabajo o lugar de desempeño requerirá siempre de una persona que haya pasado por un proceso formativo integral, en el cual se articule el ser con el hacer, que pueda fundamentar la teoría desde diversos autores y perspectivas, y al mismo tiempo consolide su identidad como ser humano en constante crecimiento y transformación. Como argumenta Maturana (1998), para entender al otro hay que mirar sus acciones y sus emociones,

pero, sobre todo, hay que observarse a sí mismo, con el fin de ser responsables, éticos y empáticos en nuestras actuaciones.

Finalmente, cabe decir que el proyecto de vida de los profesionales observados en esta investigación se relaciona con diferentes motivaciones. La primera de ellas es la necesidad de resolver y/o reparar asuntos familiares; la segunda es la motivación por agradar y obedecer a ciertos mandatos familiares, y la tercera se relaciona con la necesidad de ser un soporte emocional para la comunidad, debido a que en el pasado han experimentado situaciones traumáticas a nivel social, personal o familiar.

Figura 11. Hallazgos Sentido de ser terapeuta en el proyecto de vida personal Santa Marta



Pereira

Los resultados de este capítulo muestran el sentido del ejercicio terapéutico, que se atribuye en el marco del proyecto de vida, de los jóvenes estudiantes de psicología que están desarrollando su práctica clínica. Para dar cuenta de este propósito, se despliegan tres grandes categorías: la influencia directa de la familia de origen, la comprensión de lo humano y ayuda a otros, y, por último, el reconocimiento de cualidades personales para ejercer la profesión.

Como se ha mencionado al inicio del capítulo, los sentidos para elegir la profesión, según los estudios realizados en Estados Unidos, están relacionadas con el amor, ayuda o compasión por los demás, lo cual incluye las relaciones íntimas en el círculo familiar, como grandes motivaciones. Gracias a los trabajos de Hill *et al.* (2013, 2015, 2017), fue posible completar este panorama, pues sirven como referente, debido a las coincidencias, para los hallazgos de esta investigación. En Latinoamérica no se encontraron estudios relacionados con el convertirse en terapeutas como parte del sentido y proyecto de vida; sin embargo, existen abundantes referencias sobre los cuestionamientos fenomenológicos y existenciales de las personas que ejercen profesiones de las ciencias sociales. Así, la búsqueda del significado o sentido de vida fue la que Yalom (1984) definió como propósito y coherencia. Muchos teóricos (Frankl, 1986; Yalom, 1980) han afirmado que este es esencial para la vida y que todos los humanos se esfuerzan por alcanzarlo. Frankl (1986) sugirió, además, que todos los humanos requieren algo por lo que vivir y la mayoría, algo por lo que estarían dispuestos a morir.

Sovernigo (1990) plantea que el proyecto de vida llega a poseer cierta naturaleza intuitiva que deja vislumbrar el desarrollo futuro, una hipótesis, un interrogante, una invitación, sobre todo un sentido que dar a la vida, un esbozo de respuesta a los grandes interrogantes existenciales: ¿Por qué he venido al mundo? ¿Qué sentido tienen la vida y la muerte? ¿Cuál es el sentido del universo que me rodea?

Arango y Mesa (2002), igualmente, plantean el concepto de proyecto de vida como la ubicación del individuo en un hoy. Es el eje central, el punto de apoyo alrededor del cual la personalidad se va construyendo y estructurando como principio unificador de las propias aspiraciones. Se constituye en un punto sobre el cual se comienza a caminar con sentido. De este modo, se podría decir que la intencionalidad orienta a la persona en la valoración de las situaciones y la lleva a establecer (explícita o implícitamente)

un centro de valores desde el que trata de obtener, alcanzar o preservar un sentido, que en algún grado le dé una sensación de organización o coherencia a la experiencia (De Castro *et al.*, 2012).

Estos aportes sugieren que el ser humano se transforma de manera permanente entre el pasado, el presente y el futuro; en cuanto seres intencionales, siempre apuntamos a alguna significación. Por tal motivo, al estar el ser humano siempre de cara al futuro, es un ser inacabado, y solo se podrá crear coherentemente a sí mismo cuando integre en su experiencia el deseo y la voluntad. Debe captar aquello que “quiere” a nivel racional, pero también aquello que “desea” afirmar o preservar a nivel afectivo. La intencionalidad, de esta manera, orienta o guía el proyecto vital, ya que implica aquello que se pretende ser pero que aún no se es.

Para Arango y Mesa (2002), el proyecto de vida es un eje central, principio unificador de las propias aspiraciones. Se constituye en un punto sobre el cual se comienza a caminar con sentido. El individuo es consciente de lo que es. Esto significa que es capaz de dar cuenta de sus valores, cualidades, potencialidades y capacidades; de otra parte, también puede reconocer sus defectos, miedos, frustraciones y bloqueos, para trazar un proyecto realista y dar una respuesta de sentido a la elección de su profesión. Así el proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de la vida, tal como lo muestran los hallazgos de esta investigación, en los que se puede develar la influencia que ejercen las experiencias personales y familiares del *self* del terapeuta.

Influencia de la familia: La pregunta por la influencia de la familia de origen en la elección de la carrera evoca en los participantes dos tipos de respuestas: por un lado, los comentarios o reacciones concretas de sus familiares frente a la decisión de estudiar psicología; por otro, evoca las experiencias familiares difíciles que aquejan y que se reconocen con necesidad de resolver, en donde les ha tocado jugar el papel de mediadores/as.

Las reacciones familiares se presentan en una variada gama. Por un lado, está la sorpresa y una dosis de decepción, por el desconocimiento de lo que es la carrera o por la concepción de que los ingresos que se podrían ganar son muy bajos. Para otros, por otro lado, fue una reacción de apoyo, porque ya esperaban este tipo de elección. Por ejemplo, algunos participantes de la investigación dan cuenta de la reacción de orgullo por parte de sus familiares, generada desde el conocimiento de la carrera, como es el caso

de la mamá que ejerce la misma profesión, y que representa un referente de inspiración:

La que más sobresale en mi decisión de estudiar psicología es mi madre, creo que fue ese punto de identificación que tuve para pensar como profesional... Ella fue la me apoyó. (EE2M)

Otro es el caso de la reacción de rechazo, por el desconocimiento del perfil de la carrera y los prejuicios que le acompañan, como el de ser “una profesión que no da plata”, así como lo señalan los siguientes participantes:

La influencia de mi familia fue negativa, porque nadie quería que yo estudiara psicología. Me decían: usted para qué va a estudiar eso, eso no le va a dar plata, usted se va a morir de hambre, eso no le aporta nada al ser humano... cosas por el estilo. (EE8P)

La reacción de ellos fue como: “Eso es de locos”. Siempre intentaron desanimarme, aunque me apoyaron en lo económico, pero no hay un apoyo positivo como: “¡Qué rico, venga cuéntenos!”. (EE3P)

Las anteriores narrativas ponen en evidencia los múltiples estereotipos que pueden tener los padres/madres respecto a una profesión, desde la ayuda y contención, hasta creencias populares que pueden pasar por la locura. En el caso de la última narrativa, también dejan entrever que los vínculos de comunicación entre los padres y la hija no dan muchas opciones de deconstruir dichos estereotipos.

Comprensión y ayuda: Esta segunda categoría surge en respuesta a los sentidos y significados atribuidos por los participantes a su elección profesional. Aquí se identifica que diversas realidades del contexto influyeron en la decisión; algunas estuvieron relacionadas con el interés por comprender lo humano, su singularidad y diversidad. Este cuestionamiento por los otros y por sí mismos está enmarcado en los procesos personales, desde lo experiencial. Así lo muestra uno de los participantes:

Un sentido existencial y de responsabilidad. También el hecho de que las personas tengan la posibilidad de pensarse a sí mismos en un mundo en el que actualmente todo es tan rápido y siempre hay que hacer y hacer, más allá de detenerse a pensar muchas cosas. También esa búsqueda de conocimiento en mí mismo y en los otros. (EE1P)

Estos resultados coinciden con los de la investigación de Russo *et al.* (2019), por cuanto uno de los motivos que son fundamentales para el desarrollo de un sentido de ser consejeros (para nuestro caso, psicólogos/as) se centra en el yo y se refleja en los esfuerzos de los participantes por desarrollarse, comprenderse y alcanzar su potencial personal y profesional. Según estos autores, estos profesionales estaban inclinados a usar la introspección y la reflexión para explorar más a fondo y familiarizarse más con quienes eran, así como para descubrir cómo podían emplear estos conocimientos en la práctica. En esta misma investigación, se encontró que el recordar experiencias tempranas contribuyó a una perspectiva más sensible en razón al deseo de sanar y/o ayudar a otros en situaciones de angustia similares. La siguiente narrativa muestra esta coincidencia con lo encontrado por Russo *et al.* (2019).

Me remite mucho a mi colegio, porque, cuando intenté suicidarme, la supuesta psicóloga nunca hizo nada [...]. ¡A mí me motivó el papel de esta psicóloga que no hizo nada! Entonces yo dije: yo sí quiero ser un buen psicólogo, yo sí quiero poder llegar a las personas y ser un apoyo cuando lo necesiten. (EE8P)

Desde esta perspectiva, es posible afirmar que el *self* de un terapeuta está completamente intrincado en sus decisiones de orden profesional y en la elección de una profesión, en especial en los motivos que lo soportan. En este caso, se podría decir que el participante encuentra en su elección profesional la oportunidad de sanarse, cuidarse, protegerse en el niño/a que fue, a través de un trabajo desplegado en función de reparar y acompañar a otros en sus vivencias.

Farber *et al.* (2005, citados en Hill *et al.*, 2013) proporcionaron una revisión de la literatura sobre estas mismas motivaciones, y encontraron que el tema más destacado era que los terapeutas se sentían “aislados, solos, tristes o heridos en su infancia y entraron en la profesión para satisfacer algunas de sus necesidades insatisfechas de atención e intimidad” (p. 1013). Estas coincidencias entre los anteriores autores y los hallazgos de esta investigación confluyen en un sentido fundante de la elección de esta profesión, en el deseo de ayuda a otros, incluso desde la experiencia de sentirse desamparado y no apoyado por la familia y otros contextos institucionales. Algo así como: “quiero ser psicólogo para que otros reciban lo que yo tanto necesité en un momento de la vida y no obtuve”.

Grouden y José (2014), Lambert *et al.* (2010) y O'Donnell *et al.* (2015) encontraron, igualmente, que el significado de los participantes para convertirse en terapeutas fue impulsado por su deseo de permitir que los miembros de su familia desarrollaran sus habilidades y tuvieran éxito. De hecho, en sus hallazgos sugieren que la fuente de significado más frecuentemente reportada entre los individuos fueron las relaciones cercanas.

En esta línea de hallazgo, también para este caso se puede vislumbrar la huella que deja la familia de origen y la trascendencia que tienen estos vínculos en las decisiones que toman las personas, como, en este caso, la elección de esta profesión. Una muestra de ello es lo que plantea EE7P en la siguiente narrativa:

La muerte de mi mamá fue decisiva para mí, tuve que hacerme “autoayuda”, porque en ese momento no tuve acceso a ningún psicólogo. Ahí comprendí la importancia de esta profesión y todo lo que se hubiera podido hacer antes, durante y después de este hecho [...]. Y ahora vea cómo me convertí en psicóloga.

En conclusión, se podría decir que las experiencias en el ámbito familiar se convierten en una impronta que puede movilizar a sus integrantes a elegir profesiones en las que la ayuda, la comprensión, la mediación y, en general, el acompañamiento emocional a otros pueda servir de motivo y sentido para estudiar psicología.

Cualidades de ayuda: Las vivencias y experiencias familiares que llevaron a las personas a elegir la profesión de psicología estuvieron relacionadas con el reconocimiento de cualidades, habilidades y capacidades para ayudar a otros en los ámbitos más íntimos, como la propia familia y los compañeros de estudio. Es claro en los hallazgos que estas cualidades de ayuda se gestan en situaciones difíciles y dolorosas del devenir de la vida, tales como la muerte y la violencia. Una de las narrativas que ilustra este punto es la de JR8, cuando señala la experiencia de muerte que pudo movilizar en él el deseo de convertirse en psicólogo:

Cuando yo quedé tan a la deriva después del intento de suicidio, yo vi en la psicología una oportunidad de ayudar. Yo decía: “Yo puedo prevenir a otras personas de lo mismo que yo pasé... me parece una buena forma de construir algo en la vida”. Y digamos que me motivó mucho a estudiar psicología. (EE8P)

Russo *et al.* (2019) refieren que las experiencias de vida —positivas y negativas— pueden servir como anclas de apoyo para la construcción de significado en las vidas de los psicoterapeutas, elemento que coincide con nuestros hallazgos. Por lo tanto, se puede sugerir que la esencia de las experiencias tempranas de la vida, ya sea positiva o negativa, cumplió dos funciones complementarias: la de un motivador que los “empujó” a buscar experiencias correctivas y compensación a través del apoyo a otros (experiencias negativas), y la de un motivador que los “atrajo” hacia una réplica del apoyo que recibieron al ayudar a otros (experiencias positivas).

En este orden de ideas, en los resultados de la investigación se encuentra que la trayectoria de vida remite siempre a los momentos de la vida en las que, desde el dolor experimentado en situaciones de la infancia, surgen deseos de contribuir al bienestar de otros. Por ejemplo, en el análisis crítico de las condiciones de violencia familiar y social, se gestan intenciones como las del siguiente caso:

Creo que tanta situación de violencia que se vive en la sociedad sí me hizo pensar que, de pronto, actuando como psicóloga y no tanto como filósofa podría tener una mayor incidencia a nivel social y prevenir todas estas situaciones, no solo a nivel familiar, sino a nivel más macro. (EE4P)

Justo en estas reflexiones sobre lo que acontece en los contextos más inmediatos, emerge el deseo de elegir una profesión desde donde se pueda proveer ayuda. Esto coincide con los hallazgos de Russo *et al.* (2019), en relación con las fuentes que llenan de significado el trabajo del psicoterapeuta, tales como proporcionar apoyo emocional a varias poblaciones y promover el cambio social.

Todo lo anterior tiene un carácter marcadamente orientado hacia los otros, en pro de ayuda, contención y, en últimas, transformación. Así, para esta investigación, los participantes atribuyen los sentidos a la elección, con las propias necesidades de comprensión de sí mismos y las intenciones de ayudar a otros, para salvaguardar el bienestar, proporcionar esperanza y perseverancia, aportar a la sociedad, configurar un espacio de escucha y resolución de situaciones que afligen, poder orientar y apoyar.

Según Hill *et al.* (2013), las experiencias de ayuda tuvieron una gran influencia en los resultados de sus investigaciones, al encontrar que habían

participado en este tipo de situaciones con sus familias y amigos, a través de esfuerzos voluntarios similares a los involucrados en la terapia. Se sintieron bien acerca de su participación y disfrutaron las experiencias, porque se sentían necesarias y porque era gratificante ayudar a otros.

En relación con la experiencia en la familia de origen, Hill *et al.* (2013) también encontraron que el papel de ayuda en sus familias estaba relacionado con la elección de una carrera de terapia. En términos de tipos de ayuda, los participantes generalmente discutieron haber brindado apoyo instrumental y emocional. Nuevamente, se encuentran coincidencias con los presentes estudios; uno de los motivos que emerge en el reconocimiento de cualidades de ayuda y comprensión por la familia de origen aparece en el siguiente relato, por ejemplo:

Fue la experiencia con mis padres; me llevaron a darme cuenta de que yo quería hacer algo diferente, entender el por qué ellos eran así. A medida que fui creciendo descubrí que me gusta ayudar y que podía contribuir a algo bueno. (EE6P)

Farber *et al.* (2005 citado por Hill *et al.*, (2013) sugirieron que las personas quieren convertirse en terapeutas porque les gusta lo que implica el trabajo. Ser terapeuta ofrece la oportunidad de comprenderse a sí mismo y a los demás, proporciona un trabajo personalmente significativo e impactante, se ajusta a la visión de ser una persona generosa y afectuosa, y permite que uno sea genuino y auténtico en las interacciones con los demás. En esta línea, se identificaron varias apuestas de los participantes de la investigación, en una perspectiva altruista de ayudar a otros como un sentido de vida en el ejercicio de la profesión:

Para mí tiene un sentido muy importante y significativo saber que estoy orientando, apoyando a alguien que tiene cosas problemáticas que le están afectando en su diario vivir. Si estoy ayudando a esas problemáticas, entonces vale la pena. (EE3P)

Estas cualidades de ayuda son reconocidas no solo en función de lo que se puede hacer por otros, sino también en la propia vida. Se trata de una perspectiva que se mueve en varias direcciones, al reconocer el potencial de ayuda hacia sí mismos y hacia otros. Para D'Angelo (2003) es el resultado de modos de enfrentamiento y experimentación de la historia de vida personal en el contexto en el que las actuaciones han tenido lugar,

tomando como referente la propia estructura de la realidad en que se ha desplegado la actividad individual, para luego desplegarse hacia los demás. Una muestra de ello, es el siguiente hallazgo:

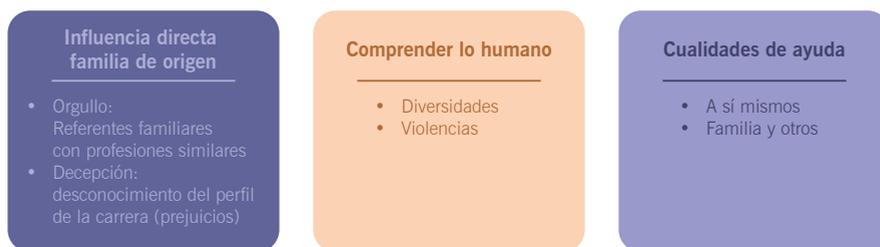
Es una manera en la que yo puedo aportar a la sociedad, y también es la manera en que la sociedad puede aportarme a mí en el sentido de ese crecimiento personal. (EE2P)

Hill *et al.* (2013) plantean que las características relacionadas con el sentido para elegir la profesión de terapeutas les brindarían la oportunidad de realizarse y encontrar un sentido para el gusto por ayudar a otros. Además, todos se describieron a sí mismos como empáticos, afectuosos, buenos oyentes, de mente abierta, sin prejuicios y con capacidad de aceptación.

En conclusión, podría plantearse que los participantes de la investigación tienen un alto nivel de reflexividad. Esto les permite reconocer de manera íntima sus propias experiencias vitales y las cualidades que ha implicado desarrollar, para ser adaptativos en las circunstancias de apoyo y ayuda a otros que les ha implicado desplegar.

En la figura 19 pueden apreciarse los resultados de esta categoría de manera sintética:

Figura 12. Hallazgos Sentido de ser terapeuta en el proyecto de vida personal Pereira



Santa Marta

A lo largo de los capítulos investigativos, hemos podido ver este entretrejo de lo familiar, lo personal y lo terapéutico, lo que se construye en el interior de las familias, sus historias, mitos, mandatos que influyen en la identidad de cada uno de sus miembros. En este punto, resulta importante destacar lo que plantean Aráoz y Pinto (2017, citando a Semenova *et al.*, 2015) sobre el mito familiar, como:

una estructura mental/familiar que le otorga sentido a la experiencia cotidiana y, dentro de esta estructura mental/familiar, la obtención de un título universitario puede constituirse en un organizador tanto de la identidad de cada persona, así como puede formar parte de las tareas que se proponen las familias a lo largo de su ciclo vital. (p. 43)

Como vemos, los mitos organizan, hasta cierta medida, ese camino que se espera que cada miembro transite, por lo que aquello que se construye como un proyecto de vida pudiese estar influenciado por esos roles que asumimos dentro de la familia. Esto impide que de alguna manera podamos reflexionar sobre ello, pues se teje como parte de la identidad, y cuestionar lo que hemos construido como proyecto de vida en ocasiones no resulta fácil. Por esta razón, es importante que sea parte de la formación de terapeutas, sobre todo porque:

La familia se inserta dentro de los valores y significados socialmente construidos acerca de la profesionalización. Las presiones familiares se caracterizan por tener tres matices bien marcados: una frustración por no serlo, una búsqueda de movilidad social y un esfuerzo por mantener y mejorar lo alcanzado por los padres. (Aráoz y Pinto, 2017, p. 44)

Proyecto de vida y lazos familiares

El cumplimiento del proyecto de vida de los hijos está asociado, en cierto sentido, a aquello que los padres han significado como una paternidad/maternidad responsable, sobre todo en el contexto caribeño, donde los estudios universitarios se convierten en un elemento de búsqueda de un estatus o movilidad social. En cuanto a si se puede recibir influencia positiva o negativa de la familia para la elección de profesión, EE1S nos dice: “Mi mamá y mi hermano influyeron positivamente”, lo que se corresponde con lo que han encontrado Hill *et al.* (2013), al respecto del papel de ayuda de

las familias, que también parecía estar relacionado con la elección de una carrera de terapia. En términos de tipos de rol de ayuda, los participantes generalmente discutieron haber brindado apoyo instrumental (no emocional), como ayudar en la casa o con los hermanos. Esta idea la podemos conectar también con uno de los recursos terapéuticos que EE1S ha mencionado, como “la paciencia aprendida escuchando a mi madre”.

Sin embargo, este participante narra que ninguna experiencia o vivencia familiar en particular le llevó a elegir la profesión, así como ninguna realidad social de su contexto. Contrario a esto, García (2017) plantea que sí

se evidencian factores de orden social y familiar que tienen un papel en la construcción del proyecto de vida. El soporte familiar y las interacciones al momento de orientar decisiones son importantes, si se tiene en cuenta su impacto en la determinación del rumbo que tomen las acciones personales. Por ello, la configuración que adquirió el curso vital no se puede entender en sí mismo, sino a partir de su relacionamiento con las realidades familiares y sociales. (p. 169)

Posiblemente para EE1S, la amalgama entre su historia familiar, personal, contextual y la elección de su carrera no esté del todo clara en este momento específico de su vida.

Sentido de vida en la elección profesional

A la pregunta ¿Por qué eligió esta profesión?, EE1S responde: “Me encanta estudiar y comprender el comportamiento humano”, lo que es coherente con su sentido de ser terapeuta: “Sentir que mi interés investigativo puede ayudar a los demás”. Aquí también encontramos congruencias con los resultados investigativos de Hill *et al.* (2013), donde los participantes generalmente querían ayudar o servir a los demás y contribuir al bien de la sociedad. Estas pueden considerarse razones altruistas para aspirar a convertirse en terapeutas.

Finalmente, EE1S nos dice que encontraría un sentido a su elección profesional en la “Clínica y docencia universitaria”. En este punto, seguir el mito y las expectativas de la familia de origen tiene una repercusión importante para la vida de quien lo experimenta. En este caso, EE1S desde temprana edad se convirtió en una fuente de apoyo para la madre; así mismo, cree

que una vez terminada su etapa de formación es imperante buscar un trabajo, como garantía de éxito y para obtener el sustento diario.

Un aspecto que hemos encontrado de manera transversal ha sido el querer cumplir con las expectativas de la familia; así mismo, el cumplir con esto se convierte en su sentido de vida, como evidenciamos anteriormente. El cuestionar aquello que se nos ha impuesto por la familia y el cumplimiento de las expectativas puede llevar a una especie de “pausa reflexiva”, tal como la investigadora infiere que sucedió con los otros tres terapeutas participantes, al estar iniciando su proceso de ejercicio de la clínica, en el ámbito de unas prácticas profesionales con sus propios temores y preocupaciones. Así, es preferible concentrarse en un método conocido e intentar llegar a la meta de la esperada graduación por parte de la familia.

Sin embargo, surge un dato interesante, para poder comprender la falta de tiempo para reflexionar sobre su proyectos y sentido de vida como terapeutas: la rigidez que mencionamos al principio, como esa capacidad no entrenada para cuestionar aquello que hemos construido como proyecto de vida o el rol que se nos ha otorgado en la familia. Es como si una vez se escoge la profesión y se adopta cierto modelo de intervención, se hace menos fácil cuestionarlo, reflexionar sobre él e incluso redirigirlo, especialmente cuando se está en la última fase de su formación de pregrado.

Figura 13. Sentido de ser terapeuta en el proyecto de vida personal Santa Marta



Reflexiones finales: Sentido del ser terapeuta en el proyecto de vida personal

Una idea transversal en todos los resultados es la necesidad de ser reconocidos por la familia, de haber identificado eventos familiares traumáticos en los que les hubiese gustado recibir una ayuda idónea y, en la parte del desarrollo profesional, el demostrarles y demostrarse que todo el esfuerzo familiar y personal realizado al final tributa en la posibilidad de apoyar a otros en la mejora de su bienestar emocional, psicológico y relacional.

Otro aspecto en común es la importancia que tiene el momento del ciclo o curso de vida en el cual se encuentra el terapeuta en formación, ya que posibilita en mayor o menor medida el poder realizar un ejercicio reflexivo sobre las verdaderas motivaciones para su elección de carrera o de formación posgradual. Esto se conecta con las expectativas de la familia frente al futuro profesional, teniendo en cuenta que hay una idea clara sobre los padres que se “sacrifican” para que los hijos estudien una carrera profesional, porque esto hace parte de su mismo sentido de vida como padres. De ahí que se ejerzan ciertas presiones para compensar de alguna manera el sacrificio económico y de tiempo que los padres están haciendo, que a veces no resulta tan fácil de manejar, pero que reflexionar sobre ello en la formación es lo que permite desarrollar habilidades para reconocer estas ideas y trabajarlas.

Finalmente, algo interesante encontrado es el proceso reflexivo que lleva a incluir en la balanza las expectativas personales, en equilibrio con las familiares y las sociales. ¿Cómo construye cada uno su sentido de ser terapeuta? Este es un proceso muy delicado y sensible, si se tiene en cuenta la importancia del sentido de pertenencia y aceptación tan importantes para todos, pero que para los terapeutas en formación adquiere otra dimensión, si se le suman todas las construcciones sociales alrededor de aquella persona que se está formando y/o tiene un título como profesional terapeuta/consejero y que se reconoce como alguien que “tiene el poder” para apoyar y acompañar a otros en sus dilemas y problemáticas vitales.

Narraciones de terapeutas para terapeutas

Reflexiones finales: Sentido de la profesión en el proyecto de vida: Un sueño hecho realidad

En su libro *On Becoming a Person* (1957), Carl Rogers habla de terapeutas en busca de su verdadero yo, que incluye metas personales y profesionales a lo largo de la vida. Preguntas como ¿cuál es mi objetivo en la vida? y ¿para qué me esfuerzo?, son preguntas que los individuos deben responder a su manera. Un buen ejemplo de buscar nuestro propio camino se destaca en un estudio multicultural realizado por Charles Morris (1956), en donde investigó los caminos de la vida de estudiantes de seis países diferentes: India, China, Japón, Estados Unidos, Canadá y Noruega; y que, como era de esperar, terminó con diferentes objetivos de vida entre estos países. Rogers exploró los patrones y llegó a cinco dimensiones diferentes de los hallazgos, que son las siguientes: (1) una preferencia por una participación responsable, moral y autocontrolada en la vida, (2) hincapié en el deleite de la acción vigorosa para la superación de obstáculos, (3) énfasis en el valor de una vida interior autosuficiente con una rica y elevada autoconciencia y una visión rica y comprensiva de sí mismo y de los demás, (4) valoración de la receptividad a las personas y a la naturaleza, la inspiración como un fuente fuera de sí mismo; la persona vive y se desarrolla en respuesta devota a esta fuente, y (5) énfasis en el disfrute, el autogozo, los placeres simples de la vida, el abandono al momento y una apertura relajada a la vida.

El estudio de Charles Morris citado en el libro de Carl Roger es un gran ejemplo de cómo los estudiantes de diferentes países tienen diferentes metas y prioridades en la vida. Se puede decir que destaca un objetivo inherente de nuestro estudio, para una mejor comprensión de cómo los estudiantes de

dos países y tres regiones diferentes del país conceptualizan las influencias de su familia de origen en su elección personal y profesional de convertirse en terapeuta familiar. Pero a diferencia de las cinco dimensiones diferentes que citó Morris, nuestro estudio sobre las narrativas de los terapeutas en formación demostró una visión homogénea de lo que impulsa a los estudiantes a ejercer una profesión de ayuda como la de psicólogo, consejero y trabajador social. Los tres temas del proyecto de vida son: (1) influencia directa de la familia de origen, (2) características y fortalezas personales y (3) la necesidad de comprender el desarrollo humano y la violencia familiar.

El primer tema, la influencia directa de la familia de origen, fue el más destacado, ya que todos los estudiantes compartieron cómo sus familias influyen negativa o positivamente en su elección profesional de convertirse en terapeuta familiar. Alderfer (2004) afirmó que es importante que los terapeutas familiares tomen conciencia del efecto de la familia en las elecciones de carrera en varias etapas del ciclo de vida. Esto no es diferente de aplicarlo a los terapeutas en formación y su búsqueda de convertirse en un profesional de ayuda. Las influencias negativas de la familia de origen pueden convertirse en barreras para alcanzar las metas, pero, a medida que analizamos los datos del estudio, estas influencias negativas fueron señales de motivación para que los estudiantes aprendieran tanto como pudieran sobre ellos mismos y sus familias, para que lograran ser una mejor herramienta terapéutica para sus clientes. Por el contrario, las influencias positivas de las familias también estaban presentes, lo que indicaba el apoyo de los padres para ejercer una profesión de ayuda en salud mental. Por ejemplo, Hill *et al.* (2013) también encontró que el papel de ayuda en sus familias estaba relacionado con la elección de una carrera en terapia. Aún más específico, en términos de tipos de ayuda, los terapeutas en formación generalmente hablaban sobre brindar apoyo instrumental y emocional a sus consultantes, y creían que podrían convertirse en mejores terapeutas si pudieran explorar y comprender mejor por qué sus padres se comportaron de cierta manera. Superar una crianza familiar negativa se considera un logro exitoso para un terapeuta que ha convertido algo malo en algo bueno, que ha puesto en el mundo al ayudar a los demás.

El segundo tema, las características y fortalezas personales, fue también el segundo hallazgo más destacado. Todos los estudiantes reflexionaron sobre sus habilidades y capacidades para ayudar a otros que resultaron de su familia de origen. Las familias de los clientes que son similares en estructura y comportamiento a la del terapeuta pueden generar una fusión cognitiva

en el profesional, lo que requiere que el terapeuta se apropie de su historia familiar. Si un terapeuta perfecciona su habilidad como instrumento terapéutico, entonces la autorreferencia se convierte en una herramienta para generar nuevas posibilidades (Chouy, 2008). Por ejemplo, la terapeuta en formación de los Estados Unidos usó su resiliencia, compasión y habilidades para ayudar a otros, a pesar de no poder cambiar su familia de origen actualmente como adulta. Del mismo modo, los terapeutas en formación en Medellín, Pereira y Santa Marta creían que el apoyo de los padres y los hermanos proporcionaba los medios para seguir sus aspiraciones profesionales, y esto les ayudó a tomar la decisión de convertirse en terapeutas. Este tema refleja la primera dimensión de Rogers (1957), una preferencia por una participación responsable, moral y autocontrolada en la vida. Usar habilidades personales para ayudar a otros es una forma responsable de participar en la vida.

El tercer y último tema fue la necesidad de comprender el desarrollo humano y la violencia familiar. Este tema refleja una de las dimensiones discutidas por Rogers (1972), que enfatiza el valor de una vida interior autosuficiente, con una elevada autoconciencia y una visión rica y comprensiva de uno mismo y de los demás. Esta autosuficiencia también se puede ver desde una perspectiva profesional. Por ejemplo, Hill *et al.* (2013) afirman que la profesión de salud mental fomenta la autonomía profesional (es decir, la capacidad de establecer sus propios horarios y tarifas, ser su propio jefe, evolucionar teórica y técnicamente), ofrece estimulación intelectual y permite una participación íntima con los demás. Aplicado a nuestro estudio, los terapeutas en formación podrán trabajar de forma independiente, una vez que obtengan la licencia, y podrán usar sus habilidades y experiencias pasadas de la familia de origen para ayudar a otros a superar sus desafíos. Además, los estudiantes creían que sus intereses de investigación en el comportamiento humano son el interés profesional por el cual se están convirtiendo en profesionales de la salud mental. Esencialmente, los estudiantes de todas las regiones reconocieron esta capacidad para comprender el desarrollo humano y la violencia familiar, porque se lograron a través de pasantías estudiantiles y otras experiencias académicas, especialmente durante el tiempo de pandemia, cuando las sociedades colombiana y norteamericana han visto un aumento de las violencias domésticas y familiares.

Si bien son matices culturales, los temas generales demuestran que los terapeutas en formación de ambos países buscan una formación profesional y experiencias similares que contribuirán a su objetivo de convertirse en

terapeutas algún día. Se ha publicado muy poca investigación sobre cómo un terapeuta en formación le da sentido a su objetivo de vida de convertirse en terapeuta y los factores que podrían influir en su elección de profesión, como su familia de origen, realidades contextuales, significados personales y experiencias vividas. Este estudio fue necesario para explorar por qué los estudiantes eligen esta profesión y para informar a los educadores de salud mental y supervisores clínicos sobre cómo apoyar mejor el camino de vida de sus estudiantes.

Luz que sigue brillando

Preguntarse por la experiencia vivida por el equipo de investigadores desde sus aprendizajes, emociones y vivencias resulta una provocación para transitar espacios poco usuales en un proceso investigativo. Me resulta curioso y hasta paradójico escribir y relatar la propia experiencia, cuando desde este quehacer investigativo se nos reta permanentemente a desarrollar habilidades para indagar, develar, analizar, escudriñar, pero siempre en la perspectiva de lo que está afuera, lo que se me antoja un proceso interesante. Sin embargo, cuando estas mismas cualidades se ponen de lado de la investigadora para realizar este ejercicio ahora en función de sí misma, el reto se vuelve mayúsculo. Así pues, con este marco me aventuro a relatar mi experiencia desde adentro.

Lo primero que he de manifestar es de dónde surge en mí el interés por esta investigación, y esto se conecta directa e inmediatamente con mi propia vivencia familiar: soy la primera hija de tres, de una pareja que con gran ilusión emprendió el reto de ser familia. Esta frase podría resultar un poco cliché; sin embargo, a lo largo de los cincuenta y un años que vivieron juntos, hasta la muerte de mi madre, pude evidenciar varias cosas que le dan soporte: perseverancia, apoyo, lealtad y, en especial, un espíritu de lucha por aprender a ser mejores como esposos y padres. Es justo en este ambiente familiar donde aprendí a valorar la capacidad de cultivar la aceptación, el perdón y la lucha constante por ser mejor, donde quedó guardado el deseo por formarme profesionalmente para el trabajo con familias. Fue así como a lo largo de mi formación las familias han marcado un interés disciplinar e investigativo. He aquí el primer motivo de una vivencia que me lleva a iniciar el recorrido de esta investigación.

El segundo motivo de interés está relacionado con la inquietud por la manera como los profesionales reconocen sus habilidades, destrezas y recursos, en función de su trayectoria vital: personal y familiar. La pregunta va muy de la mano con lo que compete especialmente a la responsabilidad ética en el despliegue de nuestro quehacer profesional. Esta motivación tiene implícitos el deseo y la ilusión de hacer visible de manera más explícita la necesidad que tenemos todos los profesionales que trabajamos con familias de mirar nuestra propia vida; en últimas, se convierte en una oportunidad para rastrear el equipaje del que estamos hechos para enfrentar la profesión. De una cosa estoy convencida: no somos buenos profesionales solo por la formación disciplinar; se requieren seres humanos: éticos, comprometidos, responsables, honestos y con un profundo sentido de lo justo y bueno.

Un tercer aspecto que vale la pena mencionar es el asombro que me produce adentrarme en las huellas que las historias personales y familiares dejan en los terapeutas. Allí, entre relatos dolorosos, cotidianos, divertidos y dramáticos, descubro con admiración la capacidad de los seres humanos para sacar cosas buenas: recursos terapéuticos, cualidades y habilidades para ser y hacer en su profesión. Considerar todas estas historias me hace pensar en las posibilidades de estos terapeutas de asumir la profesión desde perspectivas más humanas y empáticas que les ha dado la experiencia vivida.

Otro horizonte para considerar la experiencia como investigadora en este proceso me lleva a la grata oportunidad de conocer e interactuar con personas maravillosas, como Isabel Cristina Bernal, que, con su capacidad para trabajar en equipo, el respeto y su confianza en los otros, me permitió una lección de vida que aun intento alcanzar. La alegría de Adriana Silva, su sensibilidad por lo justo y su capacidad de juicio crítico, puso un importante equilibrio en el proceso; admiré de ella siempre su disposición para reírse de la vida y su espíritu resiliente. Por último, y no menos importante, Michael Becerra, su pasión, entusiasmo y empeño en los productos del proyecto fueron un aporte significativo en esta experiencia investigativa, en donde dio lo mejor de sí para este empeño. No podré dejar de mencionar a David y a Luisa, que, durante el camino, mostraron un interés, apoyo y disposición para apoyar la investigación, incluso más allá de lo que se esperaba desde su experiencia de pasantes de investigación. Para este equipo maravilloso: imi aprecio y admiración!

Déjà vu de ilusiones

Hace pocos días, uno de mis hijos, pensando en su futuro profesional, me preguntó si yo, de volver a nacer, escogería de nuevo mi profesión, situación que trajo a mi mente pensamientos que había tenido y que fue bello recordar. Mi mente viajó a mi ciudad natal a la edad de dieciséis años, al momento en que sostenía esa misma conversación con mis padres. Recordé el sofá con tela de flores beige y una lámpara que no producía mucha luz, y concluí que, de volver a nacer, estudiaría lo mismo. En undécimo grado, al terminar mi bachillerato, siempre decía que quería ser psicóloga infantil o comunicadora social, y por las opciones académicas que en ese entonces se ofrecían terminé matriculada para ser licenciada en Educación Preescolar, debido a que era lo que más me acercaba a los niños, que era mi deseo. El tiempo pasó rápidamente, y pronto me vi graduada y siendo docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, lugar en el continuo trabajando después de treinta años, mi casa académica, en donde me formé a nivel posgradual en temas relacionados con la familia, y en donde actualmente me desempeño como docente de pregrado, posgrado, soy formadora de terapeutas familiares y coordino las labores clínicas en el Centro de Familia de la UPB.

Si miro hacia atrás, pienso que logré lo que me propuse a los dieciséis años: acompañar a los niños por intermedio de sus familias. En mi corto ejercicio docente con la primera infancia, me di cuenta de que no eran los chiquillos quienes requerían proceso terapéutico, sino sus padres y cuidadores, a quienes acompañé hoy por medio del ejercicio terapéutico con una epistemología sistémica y con técnicas de terapia narrativas posmodernas. Así la comunicación social también está vigente allí, día tras día, cuando investigo por medio de la hipotetización, hago preguntas en sus diferentes niveles y entrevisto las personas, familias y parejas, para ayudarles a salir de sus trampas emocionales.

Al recibir la invitación para ser parte del grupo de investigadores que trabajaría sobre la experiencia del *self* en los estudiantes en formación de pregrado o posgrado afines con la terapia familiar, mi respuesta inmediata fue sí. Para ese entonces, valoraba profundamente lo que significaba la construcción del *self*, debido a que era algo que mis docentes me habían ayudado a fortalecer y que ahora yo, en el lugar de supervisora, lo hacía con mis alumnos. Esto a partir de la comprensión de que no hay teoría que valga, técnicas que se utilicen, si no están guiadas por una persona con

una comprensión profunda de su esencia, su ser y comprometida con su estilo terapéutico.

El paso por este proceso investigativo se ha visto permeado por aprendizajes maravillosos, un grupo humano increíble, colegas de los cuales he aprendido y estudiantes de maestría cercanos a mi corazón, que con el paso de esta experiencia se convirtieron en magísteres y amigos. Esto en conjunto con un grupo de profesionales en formación que nos abrió su vida para aprender de ellos y con ellos; sus familias, que nos permitieron llegar a su intimidad; mi Universidad, en la cual he crecido y aprendido de las generaciones que ya no están y de las que afloran, de las cuales he podido ser parte de su proceso de formación y, ante todo, de mi familia y mis hijos, compañeros fieles de todo mi trasegar. Hoy comprendo que el *self* se construye a lo largo de la vida, es una estructura inacabada que todos los días estamos abonando, se presenta como un espiral que trasciende, viene y va con la intención de que seamos mejores personas.

En la información recopilada con los estudiantes, es evidente cómo desde el momento en que inician su formación hay una mirada intencionada en la construcción del *self*, la cual va ligada al conocimiento de sus familias de origen, la elaboración de sus genogramas, ejercicios que permiten la reflexión, espacios donde se ahonda en su esencia y que permite constatar que el trabajo construido con el equipo terapéutico, supervisor y las familias que atienden se convierten en pilares de su formación. Fue bello encontrar en la voz de sus familias de origen cómo ellos, sus hijos, esposas, esposos, madres y padres ven un cambio evidente en la vida de su ser amado, durante su recorrido formativo; así mismo, cómo ellos, los dicentes, dan cuenta de su trayectoria familiar, cómo esta los llevó a ocupar los espacios que hoy tienen, a reencontrarse con su pasado, transformar y cocrear aquello que sea necesario. Ese es un arte, el verdadero arte de la terapia familiar: construir, reconstruir, nombrar, renombrar, significar, resignificar para lograr transformar el sufrimiento en bienestar y esperanza.

Fue increíble descubrir que los estudiantes, en su devenir, enfrentaron situaciones cargadas de dolor y sufrimiento, algunos padres ausentes, madres pujantes que sacaron valor de donde no lo tenían, dadas las circunstancias que debían enfrentar, situaciones de soledad, pérdidas importantes; pero al mismo tiempo estos maestrandos evidenciaron respeto por sus gustos, valoración de sus proyectos, se responsabilizaron por sus actos, descubrieron fortalezas y reconocieron limitaciones que les permiten hoy situarse

en otra posición. Quizás en una cibernética de segundo orden, donde la autorreferencia y los isomorfismos pueden ser tenidos en su equipaje de posibilidades terapéuticas y constituirse no solo como punto de partida para que sus consultantes creen otras historias, sino para que ellos mismos cimienten las suyas.

Isabel Cristina Bernal Vélez

Terapeuta familiar, docente, supervisora, investigadora

El descubrimiento del *self*

Tiemblo por mi subjetividad, pienso que actualmente todo argumento sería autobiográfico. No tengo el menor deseo de crear seres felices, ni países que no he visto ni situaciones en que no intervine.

Alejandra Pizarnik

Me permito iniciar contándoles a los lectores que sentarse a analizar, reflexionar, escribir y depurar el contenido final que se les presenta como libro no resultó nada fácil para esta terapeuta. Fue un camino que se transitó entre la alegría y el entusiasmo por iniciar una investigación sobre un tema que llevo grabado en el quehacer diario, y entre el lidiar con problemas de diversas índoles, problemas de salud física y mental, que pusieron a prueba mi caja de herramienta de autocuidado, todos mis recursos personales y profesionales, hasta llegar al punto de decir “es solo un momento difícil, después nos reiremos de todo esto”, para lidiar con las responsabilidades adquiridas, pero también aprender a afinar mi oído, para escuchar mejor a mi cuerpo y darle los descansos que necesitaba, lo cual también implica darle un descanso a la “culpita” de estar de alguna manera atrasando a mis colegas en sus tiempos investigativos y reconocermé aún más vulnerable. ¿Les cuento mi truquito emocional? Intentaba parcelizar mi día a día, lo veía como por pequeñas etapas: levantarme, listo; bañarme, listo; hacer desayuno, listo; comer, listo; adelantar algo muy pequeño del trabajo, listo; hacer memes, listo; publicar en facebook, listo, y así hasta que finalmente llegaba la noche y nos reiniciamos hasta el día siguiente. Cuando hay un malestar físico y emocional, levantarse de la cama puede ser todo un reto.

También está el asunto de la reflexividad constante: ¿Qué es diferente ahora? ¿Cómo cambió mi disposición frente a la investigación institucional? ¿Qué descubrí de mí en este proceso? ¿Qué me motiva realmente a seguir

en la investigación? ¿Compromiso? ¿Lealtad? ¿Realmente creo que todo esto es necesario? En fin, todas las preguntas que pude hacerme y fui respondiendo en este caminar. Es que el asunto debía ser más poderoso, pues el tema en sí mismo lo es, poderoso y necesario, ¿cómo lo descubrí?

En una ocasión, siendo neófito en psicoterapia, una joven madre me agarró la mano y me dijo: ¿Qué hago con esto que siento? Su hijo de ocho años había sido abusado sexualmente mientras ella estaba trabajando. No supe qué hacer. Siempre nos habían dicho que el terapeuta es “aséptico/neutral” y, en ese momento, el objetivo terapéutico estaba enfocado solo en el niño. Nunca nos dijeron cómo involucrar a la familia en estos procesos, pero también se equivocaron en eso de la “objetividad”. En la interacción terapéutica *nada* de eso sucedía, entonces era necesario reconocermelo y reconciliarme con mis sentimientos y prejuicios, para realizar no solo un buen ejercicio profesional, sino que asumir lo personal se convirtió en la mayor de las fortalezas.

El *self* siempre ha sido un motivo de búsqueda, pues siempre nos encontramos frente al espejo como desconocidos, y esto es porque nunca somos los mismos. Las experiencias, los ciclos vitales, las angustias personales, familiares y profesionales siempre son dinámicas, cambiantes; tal vez es por eso por lo que es un tema que me ha ocupado mucho y me lleva a autorreferenciarme y autorrevelarme, cuantas veces sean necesarias. Tal vez mi principal motivación para decidir estar en este proceso investigativo responde no solo a motivos personales —recuerdo la impronta de cuando di cuenta del *self* y su peligrosa influencia por primera vez, si no se reconoce y trabaja, en todo lo relacionado con el bienestar o no de los consultantes—, sino también en la necesidad de ponerlo sobre la mesa, de no dejarlo como un tema exclusivo de terapeutas familiares.

Trasegar epistemológica, teórica y metodológicamente por las subjetividades es quizás uno de los mayores retos que alguien que se considere investigador (afortunadamente, no me considero investigadora) pueda asumir, ya que implica el compromiso de colocar en un lenguaje universal lo íntimo, lo propio de la historia personal y familiar de otros.

En este camino, me encontré con varios retos. El primero fue el de respetar las subjetividades del otro, a través del cuidado de la propia autorreferencia como investigadora; es decir, cuidar que mis interpretaciones sean lo más

fieles posibles a los datos e información obtenidos en las entrevistas y los significados que los participantes otorgan a cada aspecto investigado.

Un segundo reto fue el de compaginar los estilos de cada miembro del equipo, los significados alrededor de la investigación y las necesidades de cada uno, tratando de ponderar o, mejor, de sintonizarnos en lo que es importante como investigadores. Segunda confesión, tuve que batallar muy fuerte con lo que para mí significa investigar (debo admitir que seguir el modelo que Colciencias y las instituciones plantean alrededor de la investigación me parece aberrante), en contraposición con una investigación sin sentido, en la que solo importan los productos y las publicaciones. Me gusta la idea de ir más allá, en el esfuerzo de hacer una real apropiación social del conocimiento o las comprensiones que esta investigación ha podido arrojar.

Por otro lado, quizá el reto más importante fue el de conciliar la importancia que para mí como persona y profesional tiene la autorreferencia como proceso transversal, con el choque recibido por la negativa de varias universidades de permitirme acercarme para realizar talleres sobre el *self*. Esto posiblemente sea por la tradición de formación en conductual y después en psicoanálisis que existe en la costa caribe, pero definitivamente terminó siendo un bálsamo la idea de que, una vez terminada la investigación, podamos seguir intentando la realización de talleres a nivel nacional, para compartir no solo la experiencia personal, sino el conocimiento y experiencias generados.

Descubrir el *self* no es agradable. Implica aceptar que eres humano, que eres una persona con un título profesional y en ejercicio de una profesión en donde no solo importa el manejo de un método, sino el crecimiento en cuanto a recursos y enriquecimiento del estilo propio.

En este punto debo confesar que uno de los capítulos que más me costó escribir fue el de "Sentido y proyecto de vida". Tal como me preguntó Michael en la entrevista para el video de esta investigación, mi decisión de estudiar psicología no fue vocacional, sino que resultó como una especie de acto de rebeldía. Así que, tras veintisiete años de haber iniciado la carrera y dos maestrías, estoy experimentando lo que he llamado una "crisis vocacional", arrastrada por mi inconformidad con el mundo académico y su falta de flexibilidad para adaptarse a los cambios del contexto, el no disfrute de la docencia, que me han llevado a la tarea personal/profesional de buscar otros caminos.

¿Volvería a estar en una investigación de carácter institucional? No, nunca más, pero sí queda el compromiso de seguir sistematizando las experiencias en torno al trabajo con el *self*, para comunicarlas y, por qué no, pensar que, en un futuro, los programas de formación incluyan de manera más explícita el trabajo con el *self* y la construcción del estilo terapéutico.

No me queda más que agradecer al equipo de trabajo, a Mireya, por liderar este esfuerzo, su amistad y su capacidad de ponderación; a Isabel Cristina por su paciencia, una verdadera maestra de la autorreferencia. Sé que les hice sufrir mucho. A Michael por invitarnos a innovar, a Luisa y David por su valioso apoyo. Agradezco no solo por los conocimientos compartidos, sino por el ejercicio real de poder conversar de manera clara y con mucho respeto, aceptando las características particulares y los aportes de cada uno al proceso investigativo, traducido en el libro que les hemos presentado.

Adriana Sofia Silva Silva

Terapeuta, Supervisora Clínica, Investigadora Independiente.

Living the Research in Real-Time

The timing of this investigation coincides with the ten-year anniversary of my mother's death, who was the last of my parental units to pass away. At the start of this investigation, I also found myself going through a difficult time of transition moving to the United States after having lived in Colombia for six years. The difficulty included having to face the grief of my mother's passing. I had packed away when I decided to leave my old life and travel to Latin America. When I was presented with the opportunity to join this research group, I quickly agreed because I knew I would be reflecting on my self and my family-of-origin throughout the duration of the study, as well as how it has influenced my work as a counselor, professor, and researcher. As the only investigator from the United States, I felt a strong connection to the investigation group having grown up in a culturally traditional Mexican household and understanding the cultural nuances of communication patterns that were being conveyed on video conferencing platforms.

Researching Latino family systems is one of my research interests that was influenced by my own upbringing and by my experiences of counseling immigrant students and their families during the time I worked at a public school district in Texas. I was also learning about Salvador Minuchin and

his theory of Structural family therapy at that time. I was influenced by his method for understanding family systems and found myself applying his techniques in my work. Watching students translate for their parents showed me how the structure of the family needed to be reorganized because of the power shift in the relationships. My upbringing was in a loving, working class, single-parent family home in a suburb of Dallas. I received enough love to last lifetimes, but I also took on an overwhelming amount of responsibility as a child after my parents divorced. Thinking back on my experience of translating conversations, correspondence, and other adult-related matters that required a response, I understood the power shift was a necessity for survival but a dysfunction for the structure of the family system.

I was only able to secure one participant for the study. This unfortunate circumstance made possible a more in-depth single case study. The student participant was from an immigrant family household in Florida who was forced to grow up fast as well, but under different circumstances. The common experience for understanding herself as a clinician was by having the courage to face her family-of-origin influences, the good and the bad. As Minuchin (2009, p. 47) stated:

In all cultures, the family imprints its members with selfhood. Human experience of identity has two elements; a sense of belonging and a sense of being separate. The laboratory in which these ingredients are mixed and dispensed is the family, the matrix of identity.

The student participant believed her childhood made her resilient and gave her the strength to work with families because she can connect with their experiences, especially if they come from abusive backgrounds. Connecting with them also provides her a sense of belonging to a profession that fulfills her life purpose. Additionally, it was because she created a healthy identity focused on her self-care, without her parents and siblings in her daily life.

The highlight of this investigation was the in-person interviews in Barranquilla, Medellín, and Pereira. One of my contributions to the research objectives is to create a short film on the topic of our investigation and interviews with families and students. Getting to hear narratives of influences that led students, directors, and professors to pursue study in family therapy, as well as asking questions to the mothers and fathers of these students provided such rich data on the phenomenon of our study. Hearing about their perceptions of the work their child does and learning how the family system can be a

source of good and bad influence felt like I was living the research in real-time. It made the study come to life. I believe that providing the space for participants to tell their story provided a starting point for new conversations, a safe place for that communication, and gave awareness to the importance of the profession of family therapy.

Michael Becerra
Profesor, investigador

Libertad y gratitud

En un principio creí que mis motivaciones profesionales correspondían a la necesidad de tener las herramientas suficientes para acompañar a las personas para las que trabajo, ya que, en mi experiencia como trabajadora social, fui observando que había elementos propios que entraban a mediar en las intervenciones que realizaba con familias; es decir, había sentimientos que me limitaban a nivel profesional, y no lograba realizar algunas preguntas. He de aclarar que en aquella época no tenía conocimiento sobre el *self* del profesional. Es así como decidí iniciar la especialización en familia, y mientras fui avanzando en la formación, comprendí que la motivación por estudiar obedecía a una necesidad interna; es decir, necesitaba comprenderme, entender por qué tenía ciertos sentimientos y entender a mi familia.

La especialización y la maestría en Terapia Familiar de la UPB tienen el énfasis de trabajar en el *self* del terapeuta como un recurso ético para la práctica profesional. Desde mi experiencia, lo comprendo a través de la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede ayudar a otro, cuando las propias heridas aún no han sanado? Es así como mi proceso de formación como maestrante en terapia familiar se convirtió en un tiempo de descubrimiento, sanación y resignificación.

Gracias a las orientaciones de mis docentes y a los talleres guiados logré entender muchos comportamientos y sentimientos que en ocasiones me dejaban paralizada e inhabilitada. Reconocí que mi familia de origen es mucho más trascendental de lo que yo creía, de tal manera que llegué a considerar que mi elección profesional fue la forma que encontré para tener herramientas no solo en lo laboral, sino en lo familiar y personal. En efecto, sentí una liberación, ya que pude reconocer que no soy la persona responsable de salvar y/o reparar a mi familia; pude ver mi vida y mi familia

de una manera en la que no siento la ausencia o la pérdida, al no haber crecido al lado de mis seres queridos, para comprender lo valiente que como grupo familiar habíamos sido.

Para mí, pocas cosas ocurren por casualidad. Apareció la oportunidad de adherirme al grupo de investigación que se interesaba en conocer sobre las “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, y solo por el nombre de la investigación decidí unirme a tan maravilloso equipo. Reconocí la invitación como una oportunidad para continuar con el proceso de autodescubrimiento, pero también como el espacio para profundizar sobre la implicación personal de los terapeutas, donde pudiera evidenciar el valor que cada uno de los participantes asignaba a su familia, al reconocimiento de sus recursos personales, habilidades, pero también la relación que pudieran tener los temores, tabúes o prejuicios con su historia de vida familiar.

Participar en esta investigación fue muy significativo para mí, ya que me permitió reflexionar sobre la importancia de generar espacios autorreflexivos como una práctica ética a nivel profesional. En las observaciones realizadas a los compañeros, se hizo evidente lo que en un principio cada uno creyó que no significaba mucho: cada estudiante (y me incluyo) pudo reconocer sus dolores e identificar en qué momentos era más fuerte y en cuáles más tolerable, lo que abrió la puerta para iniciar el proceso de la resignificación.

Sin lugar a dudas, enfrentarse a su propia historia desde una postura distinta permitió el desarrollo y apropiación de herramientas teóricas útiles para la terapia. Desde mi experiencia, considero que lo más significativo fue pararse ante la realidad desde la empatía; es decir, cada participante tuvo la capacidad de mirar a su familia no solo desde sus necesidades afectivas, sino también desde las necesidades que pudieron tener sus familiares en otros momentos.

De esta manera experiencial y como investigadora, comprendí la gran relación que tiene el lenguaje con la forma como nos sentimos, pues como dice Gabriel García Márquez: “La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla”. De forma muy general, puedo decir que, a través de este ejercicio investigativo, cada uno de los estudiantes obtuvo las herramientas para perdonar situaciones dolorosas del pasado, reconocer recursos personales que provienen de la familia de

origen y reconocer los isomorfismos, lo cual considero como ganancias personales y profesionales.

Finalmente, debo decir que en el trabajo de investigación se evidenció la evolución de los estudiantes, quienes aprendieron aspectos teóricos y técnicos, pero sobre todo tuvieron una ganancia emocional, a partir de las cuales desarrollaron habilidades para reconocer sus implicaciones personales en la terapia, diferenciar sus necesidades personales de las necesidades de los consultantes, reconocer isomorfismos, patrones de interacción y estancamientos. Por lo anterior, solo quiero decir gracias, en primer lugar, a la Universidad, a los docentes, en especial a mi profesora Isabel, a Mireya, Adriana y Michael, a mi compañero David, a quien considero ahora mi amigo, y a mis demás compañeros, por darme la oportunidad de participar en un proyecto de gran envergadura, donde pude compartir con personas maravillosas que, sin lugar a duda, dejan una huella en mi corazón. Gracias a las conversaciones en equipo logré evidenciar cosas que antes no había reconocido, gracias a mi familia por creer en mí y brindarme su apoyo de manera incondicional y gracias a Dios, a la vida, por su generosidad, por permitirme crecer y evolucionar.

Luisa María Salazar García

Terapeuta familiar, investigadora

La investigación del *self* es cuerpo y esencia

Todos los seres humanos tenemos una curiosidad intensa y apasionante por el conocer (Aristóteles, 2014). Esta curiosidad es una construcción permanente entre la vida personal y el quehacer profesional del investigador, o, en otras palabras, entre el contexto y la identidad. Este es el motivo por el que la pasión por el conocimiento invita a una postura metareflexiva, es decir, invita a profundizar en los significados de la historia personal como medio para la construcción de otras realidades.

De esta investigación se desprende que en la vida del investigador su propia vida se convierte en material de profundización en la esencia de su ser. Por ende, la actividad cognitiva del conocimiento del ser humano proporciona

un camino para la interpretación de los fenómenos, la interpelación de la vida, y es un intento por comprender y transformar la existencia.

Esta investigación se comprendió como un acto más allá del proceso técnico, como un momento de cultivo sereno del propio *self* y de diálogo colaborativo, donde la experiencia de los participantes conversa con las maneras de hacer investigación. El investigador, al igual que el agricultor, no solo usa las técnicas que conoce, sino que además contribuye con sus propios recursos para esperar que la semilla se desarrolle; para esto la cuida con su voz, su atención, su tiempo. De este modo, el investigador se convierte en un agente que cultiva el conocimiento; aún más, es un agricultor de su propio ser.

Con lo anterior, se abre camino, a modo de resonancia, para presentar la experiencia personal sobre las narraciones de los participantes, al hablar de su *self*, sus familias, sus proyectos de vida, los miedos que los invaden, los recursos y los estilos terapéuticos que han desarrollado desde la intimidad de sus familias, el proceso formativo y la práctica acompañada. Temas que también atraviesan la vida de este grupo de terapeutas e investigadores, al ser nosotros mismos hijos, madres, padres, hermanos, parejas y tríos. Tengo la esperanza de que al hablar de estos temas se afiancen las experiencias terapéuticas, enriquecidas con las narraciones de los personales, abandonando los paradigmas que imponen límites a la expresión emocional y paradójica de la vida de los terapeutas, y que, a fin de valorar el conocimiento como una construcción social, este momento investigativo contribuya a la formación, a las instituciones y a los formadores, para valorar la riqueza de las familias en la configuración de los profesionales.

La investigación de tipo cualitativo es una experiencia de contemplación comunitaria, lo que significa que en este modelo investigativo tiene un triple valor: primero, al reflexionar en el conjunto sobre las experiencias de los participantes; segundo, al examinar estas experiencias a la luz de la experiencia de los académicos, y tercero, al adentrarse en el contacto con quienes buscan la ayuda de los y las terapeutas, se encuentra sentido al proceso teórico puesto en evidencia. En la investigación cualitativa se rompen los preceptos del alquimista que, en la linealidad del ensayo-error, encuentra respuestas generales a enigmas particulares y que, además, en la soledad de su laboratorio comprueba teorías para solucionar problemas del contexto. En consecuencia, la metodología cualitativa llevada a cabo en esta investigación fue el cuerpo que, a través de un proceso de reflexión exigente

para permanecer curioso y sensible, neutral y atento al detalle, permitió adentrarse en la esencia de la historicidad y existencia de cada sujeto. Cabe decir que el enfoque cualitativo abre los oídos y la mirada apreciativa sobre las vidas de los participantes, lo que hace que escucharse entre sí sea un acto de revelación y construcción comunitario, que incluye a colegas, estudiantes, familias y, sobre todo, los diálogos internos de los que se habla en la cibernética de segundo orden, en donde todo está bellamente conectado.

Gregory Bateson (2006) aportó un ejemplo de cómo la semilla de un árbol plantada en el jardín se conecta con las vidas de quienes participan en su clase, y que él mismo explica a través de la construcción de un lenguaje, al principio complejo y mítico, después claro y contundente. De igual manera, al revisar el camino de esta investigación, es maravilloso observar cómo se conectó una larga trayectoria que incluye expertos teóricos, terapeutas en formación y nuevas generaciones en proceso de formación, para dar cuenta de la influencia de sus familias en su vida profesional. Cabe anotar que, en mi experiencia familiar, la elección profesional es una opción individual. Pero cuando se escuchan tantas voces para las cuales la familia es un motivador y detonante inicial para la elección profesional, es ahí cuando se empieza a reconocer que la propia familia fue un ejemplo y escuela del cuidado, que hoy por hoy es un acto fundamental en la práctica terapéutica propia. De esta manera, la semilla sigue unida al contexto.

Mientras que la investigación transcurría, también lo hacían las vidas de los miembros del equipo. La pandemia de Covid-19 que se presentó durante dos años de investigación fue un reto técnico, pero también vivencial. Ella expuso a los miembros del equipo a experimentar situaciones límite del entorno actual, como la enfermedad, la muerte, la soledad, la incertidumbre, las luchas en función del tiempo dedicado a la familia y el trabajo, a ambos simultáneamente o a la elección de uno de los dos. La conversación virtual mediada por medios de telecomunicación posibilitó la experiencia de cercanía del equipo, en medio de la distancia, para dar una palabra de aliento entre compañeros en medio de la crisis.

Cómo no recordar y agradecer las actitudes de cuidado mostradas por las mujeres del equipo y, por otro lado, los aportes que hicieron los hombres para visibilizar estilos estratégicos en la participación y vinculación, a través de la continuidad del proceso. Aportes como la rigurosidad académica de las y los investigadores, la reflexividad en los momentos de cansancio y angustia, la perseverancia en las encrucijadas, el humor, la ternura y hasta

el hacerse de la “vista gorda” ante los momentos de errores e infortunios personales fueron valiosos para el proceso de aprendizaje. Estas actitudes revivieron en mi propia experiencia la calidez y humanidad de mi madre, y la exigencia y practicidad de mi padre; esos sentimientos de protección cuando aún estaban presentes en mi vida. El cuidado mutuo fue una estrategia operativa del equipo que apoyó la confianza en el proceso reflexivo, escritural y apropiación social del conocimiento.

Quiero expresar un agradecimiento profundo hacia los participantes, el respeto por sus familias y sus experiencias de vida. Sus vivencias familiares no solo entregaron material para la investigación, sino que renovaron con sus expresiones la creatividad y la fe en la práctica profesional terapeuta. Al escuchar las narraciones que hacían los terapeutas en formación en torno a sus propias familias, estas historias fueron aportando, en conjunto con recursos, los estilos, los prejuicios y miedos con los que los terapeutas llegan a consulta. Haber puesto el tema de las familias en el centro de la conversación puso a nivel personal un reto de continuar construyendo la historia familiar y desvelar una realidad que aparece y se oculta en el momento terapéutico.

Por medio de estos diálogos tengo en la memoria las esperanzas en el proceso investigativo que compartía con mis pares. Esto produjo que, alguna vez en el espacio de formación terapéutica, cuestionara mi propia efectividad terapéutica, debido a las historias familiares que me acompañan, sobre todo cuando la propia familia era tan renuente a realizar cambios y experimentar la vulnerabilidad de la debilidad para producir cambios en ella. Para mí, fue un descanso y un proceso transformador el aceptar que los cambios no dependen de la fuerza o ímpetu del terapeuta, sino del cambio en la narrativa personal, lo que permitió observar la propia familia como generadora de recursos y conocimientos.

Esta investigación ha permitido relacionar lo teórico del conocimiento psíquico con lo profundamente humano —se llama humano aquí a toda experiencia mediada por la razón y el lenguaje que se contiene en una narración—, de manera que poner en palabras las emociones y sentimientos, además de ser una actitud coherente con la ética terapéutica, es un compromiso con el sí mismo del terapeuta.

Hablar de la familia del terapeuta no solo es un elemento importante en la atención hacia otras familias, sino para el cuidado del terapeuta ante

los momentos de agotamiento. Dice White (2002) que “es el desaliento que se experimenta rumbo a la desesperanza. En este caso se trata de un desaliento que habla de una historia de añoranza y deseo de un mundo diferente, sentimientos ignorados y subestimados” (p. 240). Por esta razón, al escuchar las historias de los terapeutas en formación, se escucha un eco personal que declara la necesidad de cambio y que, al responsabilizarse de estas historias, resulta ser un factor protector en la vida profesional. Revisando mi experiencia profesional, fue necesario que me responsabilizara de las historias de dolor y las subyugadas en mi propia familia, para adquirir las posturas de curiosidad y neutralidad en perspectiva del cuidado.

En conclusión, en la totalidad del texto hay una mirada a las familias de los terapeutas en formación que revela cómo las narraciones personales, propiedad de los participantes, son el testimonio de que de algún modo ellos no nacen, se hacen (Champagne, 2014). Su vida, sus experiencias se consolidan en el reconocimiento humilde de su propia contingencia y vulnerabilidad. Las similitudes con las historias de los consultantes que buscan su ayuda son el punto de partida hacia el reconocimiento de los dolores y tragedias humanas de las que regularmente se habla en terapia. Por lo tanto, al reconocer sus propias historias familiares, los terapeutas en familia hacen un reconocimiento y cuidado ético de las relaciones con los usuarios.

David Santiago Ossa P.

Terapeuta familiar, investigador

Referencias bibliográficas

- Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.
- Agudelo, M. (2005). *Terapia Familiar Sistémica, experiencias, saberes y conocimientos*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Aguilar, K. (1990). *Padres positivos*. Pax.
- Alderfer, C. (2004). A Family Therapist's Reaction to "the Influences of the Family of Origin on Career Development: A Review and Analysis." *The Counseling Psychologist*, 32(4), 569–577. <https://doi.org/10.1177/0011000004265963>
- Alvear, M., Jerez, R. y Lucero, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología en Estudio*, 17(2), 183-193. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000200002>
- American Association of Psychology. (2012). Entendiendo la psicoterapia. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1),9-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Andrichuk, L. (2010). *Acculturation, discrimination, and immigrant stress: Prediction of elevated blood pressure in Russian and Ukrainian speaking immigrants* [tesis de doctorado, School of Professional Psychology, Fresno, CA].
- Aponte, H. (1985). La persona del terapeuta: Piedra angular de la terapia. *Revista Sistemas Familiares*, 1(1), 7-13.
- Aponte, H. y Kissil, K. (2014). If I Can Grapple with This I Can Truly Be of Use in the Therapy Room": Using the Therapist's Own Emotional Struggles to Facilitate Effective Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 152-164. 10.1111/jmft.12011
- Aponte, H. e Ingram, M. (2018). Person of the Therapist supervision: Reflections of a therapist and supervisor on empathic-identification and differentiation. *Journal of Family Psychotherapy*, 29(1), 43-57. 10.1080/08975353.2018.1416233
- Arango, O. y Mesa, J. (2002) *El discernimiento y el proyecto de vida: dinamismos para la construcción de sentido*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Aráoz, A. y Pinto, B. (2017) Narrativas frente a la obtención de un título profesional universitario. El mito familiar de la profesión. *Revista REDES*, 35, 41-52.

- Araya, C. y Porter, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232-240.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281952112010.pdf>
- Aristóteles. (1989). *Metafísica*. Gredos.
- Aurón, F. (2009). El entretejido de los temores y terrores del terapeuta. En: J. Fortes de Leff, F. Aurón, M. Gómez y J. Pérez (Eds.), *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia*. Editorial Trillas.
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I. y Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: Evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 17-52,
- Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic imagination. Four essays by M. M. Bakhtin*. University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. Fondo de Cultura Económica.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879001>
- Bateson, G. (2006) *Una Unidad Sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Gedisa.
- Battista, J. y Almond, R. (1973). The Development of Meaning in Life. *Psychiatry*, 36(4), 409-427. <https://doi.org/10.1080/00332747.1973.11023774>
- Begum, F. (2019). Selfitis: A Newer Behavioral Addiction – A Review. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*, 3(5), 1572- 1574.
- Bernal, I., Estrada, P. y Zapata, B. (2018). Reflexiones derivadas de la experiencia de supervisión en terapia familiar. *Revista sistemas familiares*, 1(34), 46-64B.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segal, M. H. y Dansen, P. R. (2002). *Cross-Cultural Psychology: Research and Application* (2.ª ed.). Cambridge University Press.
- Biglia, B. y Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), 1-25.
- Bolívar, A. y Segovia, J. D. (2018). La investigación (auto)biográfica y narrativa en España: Principales ámbitos de desarrollo en educación. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)biográfica*, 3(9), 796-813.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260.
- Boszormenyi N. I. y Spark, G. (2014). *Lealtades invisibles* (2.ª ed). Routledge.
- Botella, L. y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: Atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco

- orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39-48.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946989005.pdf>
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós.
- Braconier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutiques et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 22, 21- 28.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press.
- Bruner, J. (2006). *In Search of Pedagogy* (Vol. II). Routledge.
- Bustos, Á. (2018). *Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas* [tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UN:
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69111>
- Cabral, D. y Sales, C. (2019). Contribuições e implicações da perspectiva dialógica: o self do(a) terapeuta na terapia familiar/casal. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 63, 21-41.
- Campagne, D. (2014) El terapeuta no nace, se hace. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(121), 75-95. 10.4321/S0211-57352014000100005
- Canevaro, A. (2003). Interacción entre el *self* personal y profesional del terapeuta. *Revista Mosaico* (26), 8-11.
- Canevaro, A., Abeliuk, Y., Condeza, M., Escala, M. A., García, G. y Montes, J. (2017). El nacimiento del terapeuta sistémico. El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, 34, 127-144
<https://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/189/134>
- Cañete, R., Guilhem, D. y Brito, K. (2012). *Consentimiento informado, algunas consideraciones actuales*. Universidad de Brasilia.
- Cardona, I. y Osorio Y. (2016). *Terapia viva. Narración y metáfora en la intervención familiar*. Instituto tecnológico Metropolitano.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). *Estilo personal del terapeuta y dimensiones de personalidad*. X Congreso del Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (pp. 25-26), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S. y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. 10.11144/Javerianacali.PPS15-1.FEPT
- Casari L., Morán, V. e Ison, M. (2017). Cuestionario de estilo personal del terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psicología*, 11(2), 69-84. .
- Casari, L., Assenato, F. y Grzona, S. (2017). Estilo personal del terapeuta que trabaja en autismo. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 169-188.

- Castañeiras C., Rial V., García F., Farfallini L. y Fernández, H. (2006). *Auto-percepción de los terapeutas sobre su estilo personal: un estudio longitudinal*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-039/160>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-16. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Claparols, E. F. y Millán, A. V. (2010). Las emociones del terapeuta sistémico en juego. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 23, 129-148.
- Ceberio M. (2002) "Confesiones de las resonancias de un terapeuta". *Revista Perspectivas sistémicas*. Año 14. Nº 70
- Ceberio, M. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia: El cuerpo de terapeuta como herramienta de intervención*. Teseo
- Ceberio, M., Agostinelli, J., Díaz Videla, M. y Daverio, R. (2019). ¿Qué pacientes rechazan los psicoterapeutas? Una exploración sobre los casos-temas y estilos de personalidad que perturban a los psicólogos y psiquiatras en el trabajo clínico. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 32-44.
- Ceberio, M. y Linares J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Paidós.
- Ceberio, M., Moreno, J. y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*, 1(60), 1-16. .
- Champagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista Asociación de Especialistas en Neuropsicología*, 121(34). 10.4321/S0211-57352014000100005
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n121/original04.pdf>
- Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M. y Arcuschin, O. (2003). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 107-116.
- Chouhy, A. (2007). Parámetros de desarrollo en la formación del terapeuta familiar: El proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 18, 127-145.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(2), 125-133.
- Corbella, S., Fernández Álvarez, H., Saúl, L., García, F. y Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 281-289.

- Crittenden, P. M. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del *self* y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 11(41), 67-82.
<https://doi.org/10.33898/RDP.V11i41.509>
- D'Angelo, O. (1994). *Modelo integrativo de los proyectos de vida*.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827125359/angelo8.pdf>
- D'Angelo, O. (1998). *Desarrollo integral de los proyectos de vida en la institución educativa*.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20150429033758/07D050.pdf>
- D'Angelo, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270-275.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827125359/angelo8.pdf>
- D'Angelo, O. (2003). *Proyecto de vida y desarrollo integral humano*.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20150429033758/07D050.pdf>
- De Castro, A., García, G. y Eljagh, S. (2012). Proceso experiencial: Comprendiendo al ser humano en primera persona. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 385-420.
- De Fina, A., Schiffrin, D. y Bamberg, M. (Eds.). (2006). *Discourse and Identity*. Cambridge University Press.
- De Pablo, J. (2017). De la contratransferencia a las resonancias. Las emociones del profesional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 229-247.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.182>
- Desanik, O. (2013). Representaciones sociales de terapeutas en formación sobre la relación terapéutica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 159-170.
- Desrosiers, A. y St Fleurose, S. (2002). Treating Haitian Patients: Key Cultural Aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508-521. 10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.508
- Donoso, A. (2007). La supervisión en terapia familiar sistémica: Mirar y ver y verse y volver a mirar. *Revista Trabajo Social*, 6, 123-140. .
- Eizaguirre, A. E. (2014). El trabajo sobre la familia de origen del terapeuta. En A. Moreno Fernández (Coord.), *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención* (pp. 525-554). Desclée de Brouwer.
- Elkaim, M. (1998). *Autorreferencias, intersecciones y ensambles. La terapia familiar en transformación*. Paidós.
- Elkaim M. (2008). *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. Gedisa.
- Erickson, M. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson*. WW Norton y Co.
- Espinosa, M. (2018). Contexto de aprendizaje significativo y creativo en terapeutas familiares. En: M. R. Espinosa y J. A. Virseda (Eds.), *Prospectiva y emancipación: relaciones familiares, afecto, valores y aprendizaje escolar*. Amapsi.
- Espinoza, Á. (2017). ¿En qué está la familia en el derecho del siglo XXI? El camino hacia un pluralismo jurídico familiar. *Tla-melaua*, 10(41), 222-240.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/tla/v10n41/1870-6916-tla-10-41-00222.pdf>

- Estupiñan, J., Hernández, A. y Serna, A. (2017). *Transformación de la subjetividad en la psicoterapia sistémica*. USTA.
- Fabregó, E. y Viñas, A. (2010). Las emociones del terapeuta sistémico en juego. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 135-153.
<http://www.scuolagenovese.it/wp-content/uploads/2018/05/redes-23-violencia.pdf#page=135>
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Fernández, J. (2009). *Enfoque estratégico y formación de terapeuta*. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer.
- Filgueira, M. (2014). Os medos do terapeuta: abordaxe dende o psicodrama. *Anuario Psicoloxía e Saude: Revista oficial da sección de Psicoloxía e Saúde do COPG*, (7), 34-49.
- Foucault, M. (2010). *Historia de la sexualidad* (Vol. 3). Siglo XXI.
- Framo, J. (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Paidós.
- Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning*. Simon & Schuster.
- Frankl, V. (1980). *Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia*. Herder.
- Frankl, V. (1986). *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*. Vintage Books.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. En J. Strachey (Comp.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12) (pp. 121-144). Amorrortu.
- Galfré, O. y Frascino, G. (2007). El trabajo con la persona del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*. <http://www.redsistemica.com.ar/galfre2.htm>
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W. y Wyss, T. (2012). Strengths-Based Positive Interventions: Further Evidence for Their Potential in Enhancing Well-Being and Alleviating Depression. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1241–1259. 10.1007/s10902-012-9380-0
- García, K. (2017). Construcción de Proyectos Alternativos de Vida (ALP) en Urabá, Colombia: El papel del sistema educativo en contextos vulnerables. *Estudios pedagógicos* (Valdivia), 43(3), 153-173. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052017000300009>
- García, M. y Torres, A. (2007). Estilo terapéutico, terapia familiar estructural y familias especiales. *Temas Selectos en Terapia Familiar*, 111-146. Universidad de Guadalajara.
- García Valdés, M. M., Abrantes Sosa, K., Berroa Matamoros, I. R. y Blanco Aragón, G. M. (2012). Uso de la primera ronda del método Delphi para delimitar competencias autorreflexivas del psicólogo. *Educación Médica Superior*, 26(3), 397-410.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300005&lng=es&tlng=es.

- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: Su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 159-171.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2008.0001.13>
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Paidós.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Paidós.
- Gómez, E. y Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Gómez, R. (2019). La formación terapéutica grupal. *Revista Asociación Española de Especialista en Neuropsiquiatría*, 39(136), 117-142.
- Guerda, N. et al (2007) Expression and Treatment of Depression among Haitian Immigrant Women in the United States: Clinical Observations.
<https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.1.83>
- Andrade González, N., (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- González Torres, M., Fernandez Rivas, A. y Fernández Martín, E. (2007). Identidad, relación y construcción del self en el encuentro psicoterapéutico. *Revista Asociación Española de Especialista en Neuropsiquiatría*, XXVII(99), 77-84.
- González, V., Londoño, O. y Ospina, M. (2019). *Transformaciones en el self del terapeuta a partir de su auto-referencia en el trabajo de consulta clínica* [monografía de especialización, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio institucional:
<http://hdl.handle.net/10785/5558>
- Grouden, M. E. y José, P. E. (2014). How do Sources of Meaning in Life Vary According to Demographic Factors. *New Zealand Journal of Psychology*, 43, 29.
- Guitart, M., Nadal, E. y Vila, I. (2008). La construcción narrativa de la identidad a través del conflicto y la ventrilocuación. Universitat de Girona
https://core.ac.uk/display/132551004?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
- Guy, J. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Paidós.
- Haley, J. (2010). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos* (7.ª ed.). Paidós.
- Hernández, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Univ. Psychol*, 6(2), 285-293.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238.
- Hill, C. E., Kanazawa, Y., Knox, S., Schauerman, I., Loureiro, D., James, D., Carter, I., King, S., Razzak, S., Scarff, M. y Moore, J. (2015). Meaning in Life in Psychotherapy:

- The Perspective of Experienced Psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 27(4), 381-396, 10.1080/10503307.2015.1110636
- Hill, C. E., Lystrup, A., Kline, K., Gebru, N. M., Birchler, J., Palmer, G., Robinson, J., Um, M., Griffin, S., Lipsky, E., Knox, S. y Pinto-Coelho, K. (2013). Aspiring to Become a Therapist: Personal Strengths and Challenges, Influences, Motivations, and Expectations of Future Psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 267-293, 10.1080/09515070.2013.825763
- Ibáñez-Reyez, E. J., Vargas-Florez, J. J., Landa-Durán, P. y Olvera-Méndez, J. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeuta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 384-406.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi114u.pdf>
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K. y Perhoniemi, R. (2006). Perceived Discrimination and Well-Being: A Victim Study of Different Immigrant Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(4), 267-284.
- Jurado, M. (2011). El diario como un instrumento de autoformación e investigación. *Revista Curriculum*, 24, 173-200.
- Kafka, F. (2008). *Carta al padre*. Gradifco.
- Kierkegaard, S. (2003). *Temor y temblor*. Losada.
- Kottler, J. y Parr, G. (2000). The Family Therapist's Own Family. *The Family Journal*, 8(2), 143-148. <https://doi.org/10.1177/1066480700082005>
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. En J. C. Norcross y M. C. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5.ª ed.). John Wiley.
- Lambert, N. M., Clark, M. S., Durtschi, J., Fincham, F. D. y Graham, S. M. (2010). Benefits of Expressing Gratitude: Expressing Gratitude to a Partner Changes One's View of the Relationship. *Psychol. Sci.*, 21, 574-580. 10.1177/0956797610364003
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Leontopoulou, S. y Triliva, S. (2012). Explorations of Subjective Well-Being and Character Strengths Among a Greek University Student Sample. *International Journal of Wellbeing*, 2, 251-270.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- Littman-Ovadia, H. y Lavy, S. (2012). Differential Ratings and Associations with Well-Being of Character Strengths in Two Communities. *Health Sociology Review*, 21, 299-312. 10.5172/hesr.2012.21.3.299
- Littman-Ovadia, H. y Steger, M. (2010). Character Strengths and Well-Being Among Volunteers and Employees: Toward an Integrative Model. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 419-430. 10.1080/17439760.2010.516765

- Lopera, J. y Zapata, J. (2010). Las emociones del terapeuta y sus efectos en el proceso de atención a una familia con problemáticas relacionadas con abuso sexual intrafamiliar. Estudio de caso. 1-113.
- López, M., Arias, S. y Monsalve, Y. (2020). *Self* del terapeuta sistémico como un recurso para el cuidado de sí. *Tempus Psicológico*, 3(1), 81-105.
- López-Barberá, E. (1994). *La implicación personal en la formación*. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar y la Asociación Vasca de Terapia Familiar, Vitoria-Gasteiz.
http://www.itgpsicodrama.org/publicaciones/Implicacion_personal_Formacion_FEATF.pdf
- Lyubansky, M. (2000) A tale of two cultures: The effects of cultural involvement on the adjustment of older adult immigrants from the former Union of Soviet Socialist Republics. Michigan State University.
<https://www.proquest.com/openview/d883e4c2b932b2b8fa4cc4f23ee5932c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
- Luna, I., Portela, S. y Rojas, C. (2003). *Exploración y reflexiones acerca de los procesos emocionales-relacionales de la propia familia de origen, vinculadas a la formación del terapeuta, desde la teoría de los sistemas naturales de Murray Bowen: Un estudio de caso mediante la utilización de diagramas familiares o genogramas* [trabajo de grado, Universidad de Chile]. Repositorio institucional:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106377/luna_i.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- Martínez, J. (2015). El *self* narrativo en busca del fundamento de la filosofía contemporánea. *Anuario Filosófico*, 43(3), 589-612.
- Maturana, H. (1998). *El sentido de lo humano* (4.ª ed.). Ediciones pedagógicas chilenas, S. A. Editorial Universitaria.
- Maturana, H. R. (2006). *Desde la biología a la psicología*. Editorial Universitaria.
- Meissner, W. W. (2007). Therapeutic Alliance: Theme and Aariations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 231-254
- Miechimsky, O. D. (2021). Responsabilidad relacional en la terapia sistémico-dialógica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(3), 1291-1308.
- Milmaniene, M. P. (2011). El curandero y la modernidad: reflexiones en torno a la eficacia simbólica.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2009). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Lee, W. y Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Paidós.
- Molero, I. (2010). *El terapeuta sistémico* [manuscrito no publicado].
https://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/MSCG-14/BLOQUE_INICIAL/Bibliograf%C3%ADa_General/ElterapeutaSitemico.pdf
- Montoya, L., Oquendo, P. y Tórrez, D. (2020). *Self*, autorreferencia y su incidencia en el estilo del terapeuta sistémico. *Tempus Psicológico*, 3(2), 107-135.
<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/3387/6889>
- Moreno, L. (1995). *Las bases de la psicoterapia*. Lumen Horne.

- Moscoso Flores, P. E. y Azócar Donoso, P. (2019). El “miedo” de las Ciencias Sociales. Hacia una propuesta epistemo-política de intensificación afectiva. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 64(236), 383-403.
- Mydans, S. (1993, 27 de junio). *A New Tide of Immigration Brings Hostility to the Surface, Poll Finds*. The NewYork Times.
- Negrete, P. (2016). *La persona del terapeuta: Aportes clínicos para el alumno de psicología* [trabajo de grado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145853>
- Nussbaum, M. (2005). *El cultivo de la humanidad: Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Paidós
- O'Donnell, M. B., Shim, Y., Barenz, J. D. y Steger, M. F. (2015). Revisiting the Meaning in Life Questionnaire, Part 2: Intervention research and clinical relevance. *International Forum for Logotherapy*, 38(1), 41-48.
- Ojeda Pérez, R. y Lizcano Roa, J. (2015). Construcción de identidad desde las narraciones con una perspectiva psichistórica. *Aletheia. Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 7(2), 12-29.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-03662015000200001&lng=en&tng=es.
- Ordoñez, G. A. (2018). Los estereotipos sobre el psicólogo y su repercusión en la búsqueda de ayuda profesional. *Revista de Investigación Psicológica*, (20), 71-79.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200006&lng=es&tng=e
- Orellana, F., González, A., Marín, A., Ibaceta, F. y Penna, V. M. (2016). La persona del terapeuta y su origen. La inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago. *Revista REDES*, (34), 107-126.
<https://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/186>
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., Hartmann, A., Heinonen, E. y Willutzki, U. (2019). The Personal Self of Psychotherapists: Dimensions, Correlates, and Relations with Clients. *Journal of Clinical Psychology*, 1-15.
- Ortega, F. y Lema, F. (2017). Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 36, 151-169.
<http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/222>
- Osorio, Y. y Ossa, D. (2021). *Narraciones para tres. Hacia una comprensión del cuidado en la terapia familiar*. Instituto Tecnológico Metropolitano.
- Páez, M., Arcila, A., Cabiedes, J. S., Cardona, C., Correa, D. y Guevara, V. (2018). Formación de terapeutas sistémicos: Desde el saber teórico y práctico hacia la autorreferencia y la construcción del estilo terapéutico. *Tempus Psicológico*, 1(2), 13-38. 10.30554/tempuspsi.1.2.1992.2018.

- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 539-550.
- Park, N., y Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 422-428.
- Pastor, J. y Del Río, C. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>
- Pereira, R. (2014). Concluyendo la Entrevista: La Devolución en Terapia Familiar Sistémica. *Pensamiento Sistémico: Nuevas Perspectivas y Contextos de Intervención*, 231-249.
- Pérez, E., y Vargas, E. (2007). Las voces de la familia en la elección de ser psicólogo: una investigación cualitativa. En Medina, R., Castro, R., Bonilla, C., Vargas, E., Domínguez, R., y Preciado, R. *Temas selectos en Terapia Familiar Investigación y práctica clínica en nuestro contexto*. Centro Universitario de la Costa, Universidad de Guadalajara.
- Peterson, C., Park, N. (2012). Character strengths and the life of meaning. In Wong, P. P. (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (2nd ed., pp. 277–295). Routledge/Taylor & Francis.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., Seligman, M. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 149–156. doi:10.1080/17439760701228938
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Boroto, D. R., y McCallum, M. (1995). Pattern of Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 32(4), 639-647.
- Pizarnik, A. (2021) *Diarios*. Lumen.
- Pizarro, Claudio J. (2005). ¿Cuánto Compartir con un Paciente?: Las Intervenciones de Autorrevelación del Terapeuta. *Terapia Psicológica*, 23(1),5-13. ISSN: 0716-6184.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78523101>
- Polanco, K., Vergara, C. y Santibáñez, P. (2019). La práctica y la vida hacen al terapeuta: comprendiendo y reconociendo resonancias *Revista Argentina de Psicología*. 3(27) p. 234 -243 DOI: 10.24205/03276716.2019.1097
- Pujadas, J. J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de antropología social*, 9, 127.
- Quinlan, D., Swain, N., Vella-Brodrick, D. A. (2012). Character strengths interventions: Building on what we know for improved outcomes. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1145–1163. doi:10.1007/s10902-011-9311-5
- Quiñones A., Melipillán R. & Ramírez P. (2010) Estudio Psicométrico del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) en Psicoterapeutas Acreditados en Chile. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, 19(3). 273-281.:
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798008.pdf>

- Reker, G. T. y Wong, P. T. P. (2012). Personal Meaning in Life and Psychosocial Adaptation in the Later Years. In P. T. P. Wong (Ed.), *The Human Quest for Meaning: Theories, Research, and Applications* (2.ª ed., pp. 433-456). Routledge.
- Ríos, G. (2019). Modelo para la práctica en psicoterapia de estudiantes de psicología. *Revista Redes*, (40), 69-86.
<http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/221/6783464>
- Rivas, K., Rojo, A., Zavala, A. y Santibáñez, P. (2020). Secuencia del uso de la resonancia: Desde la historia invisible a la intervención. *Revista REDES*, (40), 31-48.
<https://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/257/6783476>
- Rober, P. (2005). El yo del terapeuta en la terapia familiar dialógica: Algunas ideas sobre el no saber y la conversación interna del terapeuta. *Family Process*, 44(4), 477-495.
- Rodríguez, M. y Kerr, M. E. (2011). Introducción a las aplicaciones de la teoría familiar sistémica de Murray Bowen a la terapia familiar y de pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 77, 7-15.
- Rodríguez, A., Pérez, A., Bedoya, M. & Herrera, O. (2019). Terapia familiar sistémica. Sobre el self del terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 89-108.
[http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef11\(1\)_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef11(1)_6.pdf)
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirte en persona*. Paidós.
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., Schröder, T. A., Skovholt, T. M. y Willutzki, U. (2019). El desarrollo profesional de consejeros y psicoterapeutas: Implicaciones de los estudios empíricos para la supervisión, la formación y la práctica. *Investigación en Consejería y Psicoterapia*, 19(3), 214-230.
- Ruiz, J. (1980). *El último sentido*. BAC.
- Russo, P., Sinai, M. y Zeevi, M. (2019). Meaning in life and work among counsellors: A Qualitative Exploration. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(2), 209-226.
10.1080/03069885.2019.1625026
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 29(104), 383-403.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/07.pdf>
- Sánchez, G. (2012). *Técnicas de comunicación. Soporte para el trabajo con familia*. Universidad de Caldas.
- Sánchez, N. (2009). *La metamorfosis del terapeuta* [manuscrito no publicado]. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar y de Pareja España.
- Sánchez, L. y Escobar, M. (2009). La supervisión y los procesos de formación profesional en intervención social. Prospectiva. *Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (14), 25-47.
- Sánchez, L. y De Ávila, M. (2018). Reconocimiento de la familia del terapeuta: Construcción de su identidad y prácticas. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(3), 1-11.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2018a20>

- Sánchez, L. M. (2014). Auto y heterorreferencia: Intervención, supervisión. *Trabajo Social*, (16), 127-141.
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: Potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, LVII(1), 99-115.
- Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativas y cualitativas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3).
- Satir, V. (1985). Relaciones humanas en el núcleo familiar. 7ma. Edición, México: Ed. Pax.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Semenova, N., Zapata J. y Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: Una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8(2),103-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417006>
- Seve, L. (1975). *Marxismo y teoría de la personalidad*. Amorrortu.
- Silva, M., Silva, A. y Staaden, G. (Comps.). (2018). *Intervenciones Psicosociales. Cronologías, Contextos y Realidades*. Dougglas Hurtado Carmona.
- Soentgen, J. (2019). *Ecología del miedo*. Herder.
- Sovernigo, J. (1990). *El proyecto de vida. En busca de mi identidad*. Sociedad de Educación Atenas.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S. y Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Stevanovic, P. y Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>
- Stolorow, R. y Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder.
- Suárez, M. (2013). *El autoconocimiento: una herramienta para la calidad en la "relación de ayuda"*. [trabajo de grado, Universidad Internacional de La Rioja]. https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1942/T.F.G._Miguel%20%C3%81ngel%20Su%C3%A1rez%20Alem%C3%A1n%202-10-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Susinos, T. y Parrilla, Á. (2013). Investigación inclusiva en tiempos difíciles. *Certezas provisionales*.
- Szmulewicz, E. T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 61-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Herder.

- Tantillo, M. (2004). The Therapist's Use of Self-Disclosure in a Relational Therapy Approach for Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12, 51-73.
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo: Intervenciones en terapia familiar*. Editorial El Manual Moderno.
- Varela, S. (2019). El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica. *Revista REDES*, (39), 97-114. <https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/75>
- Vázquez, L. y Gutiérrez M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2),133-142.
- Vethencourt D'Escrivan, V. (2018). Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y la supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 26(1),64-72.
- Virseda, J. y Espinosa, R. (2014). Recursos resilientes de los terapeutas en formación. *Cultura, Educación y Sociedad*, 5(2), 47-50.
- Vivas, M. (2017). La alianza terapéutica en la terapia familiar. 2.º Máster en Terapia Familiar Socioeducativa. Escola Itinere. EDUVIC Curso: 2016-2017. https://itinere.eduvic.coop/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/LA-ALIANZA-TERAPEUTICA_Mireia-Vivas.pdf
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética: Obras escogidas* (2.ª ed.). Gedisa.
- Wertsch, J. V. (1997). Narrative Tools of History and Identity. *Culture & Psychology*, 3(1), 5-20.
- White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Wolberg, L. R. (1977). *The Technique of Psychotherapy*. Grune & Stratton.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Yalom, I. (2000). *Verdugo del amor: Historias de psicoterapia*. Emecé Editores.
- Zapata, B. (2012). *Trabajo social familiar*. Universidad Nacional de Colombia.
- Zicavo, N., Morales, M., Saavedra, E., Pino, M. y Ricci, E. (2015). Formación de psicólogos en América Latina. Enfrentado grandes desafíos. En E. Barrero Cuellar (Coord.), *Formación en Psicología. Reflexiones y propuestas desde América Latina* (pp. 213-237). Alfepsi Editorial. https://www.researchgate.net/publication/283461908_La_Formacion_del_psicologo_en_America_Latina_enfrentando_nuevos_desafios

Anexos

N.º 1. Talleres formativo-investigativos

1.1 Formación del self del terapeuta parte I

“El equipaje que llevo a cuestas”: Mi historia de vida familiar

Autobiografía

1. Encuadre (diez minutos)
La persona facilitadora presenta al grupo las consideraciones preliminares e invita a la firma del consentimiento informado.
2. Ejercicio de sensibilización. Canción “Todo se transforma” (cinco minutos)
Se pide a algunos participantes a compartir aquello que les llamó la atención de la canción y su relación con el título del taller, “El equipaje que llevo a cuestas”: Mi historia de vida familiar.
3. Trabajo en pequeños grupos (veinte minutos)
En cuatro grupos se invita a las personas a compartir sus autobiografías y los aspectos que les hayan llamado la atención (con el ejercicio escritural previo, según indicaciones del anexo).

Pregunta orientadora: ¿Descubrieron alguna vinculación de su experiencia con la elección de su ejercicio profesional o carrera?
4. Presentación: Influencia de la familia de origen en el *self* personal del terapeuta (quince minutos)

Se realiza una presentación donde se mencionan los diferentes aportes que realizan los autores sobre la influencia de la familia de origen en la configuración del *self* del terapeuta.

5. Ejercicio individual (quince minutos)

Se pide a cada uno de los participantes responder las siguientes preguntas:

- Colocar un nombre-título que signifique algo para usted y su historia familiar (autobiografía)
- ¿En qué momento de su ciclo vital está su familia de origen y la actual? ¿Cómo cree que esto influye en sus habilidades terapéuticas?
- Identifique historias dominantes (se hablan y se transmiten abiertamente en la familia, suelen ser motivo de orgullo) y también historias subyugadas (se ocultan, han generado temor, secretos o son motivo de sufrimiento y de silencios).
- ¿Qué patrones se repiten en su historia de vida familiar? ¿Cómo repercuten en su quehacer como terapeuta?
- Se pide a las personas participantes que, de manera voluntaria, compartan algunas reflexiones personales que les hayan suscitado algunas de las respuestas a estas preguntas.

6. Cierre (quince minutos)

Se invita a cada persona a traer un velón o vela, para realizar un ritual de agradecimiento a los orígenes familiares por el legado. También se puntualiza en el compromiso por trabajar en aquellos asuntos no resueltos de parte de la persona del terapeuta.

1.2 Formación del *self* del terapeuta parte II

Desde la experiencia familiar hasta la elección de la carrera

El álbum familiar

Tiempo estimado para el taller: dos horas

1. Encuadre (quince minutos)

La persona facilitadora presenta los objetivos del taller. Se introduce la autoreferenciación durante los procesos de intervención clínica, con el fin de que los estudiantes en formación clínica reconozcan la relación entre su familia de origen y el sentido del ser terapeuta.

2. Sensibilización. Canción (diez minutos)
Se pide a las personas participantes comentar sobre la canción y las implicaciones de las familias de origen en la elección de la carrera, ya sea desde una influencia “visible” o aquellos asuntos “ocultos” implicados en la decisión.
3. Presentación: influencia de la familia en la elección de la carrera (diez minutos)
Explicación de la influencia de la familia de origen como primer escenario de interacción, en el estilo que se adopta como terapeuta, los temores y expectativas que se tienen al enfrentarse a un escenario de práctica clínica, procesos autorreferenciales y formación del *self* del terapeuta. Se realiza especial énfasis en las teorías que se han desarrollado acerca de los motivos por los cuales las personas deciden ser terapeutas.
4. Ejercicio personal (veinte minutos)
Se invita a cada participante a buscar algunas fotografías familiares que le traigan a la memoria aspectos vinculados con su decisión de estudiar psicología. Se pide a cada uno resolver las siguientes preguntas:
 - En la elección de su profesión, ¿hubo algún miembro de su familia que influyera (de manera positiva o negativa)?
 - ¿Por qué eligió su profesión? ¿Qué vivencias familiares le llevaron a esta elección?
 - ¿Qué realidades sociales de su contexto influyeron en su elección de profesión?
 - ¿Cómo reaccionó su familia al conocer su profesión elegida?
 - ¿Qué sentido tiene para usted ser terapeuta?
 - ¿Desde qué aspectos encontraría el sentido de elección de su profesión?
 - ¿A qué temores siente que se enfrenta en su práctica clínica?
 - ¿A qué expectativas se enfrenta en su práctica clínica?
 - ¿Qué sucesos significativos con relación a su familia influyeron en su elección de profesión?

Los estudiantes participantes envían al correo de las personas facilitadoras el *collage* (y una breve descripción de las fotos) con las respuestas a cada pregunta.

5. Trabajo en subgrupos (treinta minutos)
El grupo se divide en tres subgrupos para compartir los *collages* y las respuestas a las preguntas planteadas para el ejercicio. De acuerdo con lo anterior, se socializan de manera voluntaria las imágenes seleccionadas y los relatos relacionados con ellas. La persona participante que decida hacerlo de manera voluntaria proyecta su foto o *collage* en la pantalla, y procede a explicar o contar más sobre ello, siguiendo las preguntas orientadoras anteriormente expuestas.
6. Plenaria (quince minutos)
Se pide a las personas que, de manera voluntaria, compartan aquello que les llamó la atención del compartir en subgrupos.
7. Ritual de cierre (diez minutos)
Llamada de agradecimiento, carta, oración, etc., a la persona de su familia que ha jugado un papel protagónico en su proceso de formación profesional y por la cual usted se siente agradecido/a.
8. Conclusiones
Se pide al grupo que de manera voluntaria expresen algunas conclusiones generales del taller. La persona facilitadora da el cierre a las actividades del álbum familiar, y se recogen reflexiones finales con relación al vínculo entre la familia de origen y aspectos concernientes al proceso de formación clínica.

1.3 Formación del *self* del terapeuta parte III

Estilo personal del terapeuta: Desde las raíces familiares

Tiempo estimado para el taller: dos horas

1. Encuadre (diez minutos)
La persona facilitadora explica los objetivos y metodología del taller, y motiva a la participación.
2. Sensibilización e introducción al tema. Video estilo terapéutico (quince minutos)
Se presenta un material audiovisual que permita introducir el tema, en especial desde las diversidades del estilo terapéutico. Se promueve una pequeña discusión al respecto.

3. Presentación estilo terapéutico (quince minutos)
Se hace una presentación del estilo terapéutico, desde las diferentes teorías que lo han abordado y la vinculación que hacen desde la experiencia en la familia de origen.
4. Diligenciamiento Encuesta estilo terapéutico (diez minutos)
Se invita a cada una de las personas participantes a diligenciar la encuesta del formulario de Google, sobre estilo terapéutico.
5. Trabajo grupal (veinticinco minutos)
Se distribuye el grupo en tres subgrupos para compartir, bajo las preguntas: ¿Cuáles son las principales características que identifico en mi estilo terapéutico?, ¿cuál considera que es su mayor fortaleza?, ¿desde qué experiencias familiares reconozco el desarrollo de este recurso?
6. Ritual de cierre (quince minutos)
Se pide a cada uno de los participantes que elija un objeto que represente su mayor recurso como terapeuta. Luego se invita a que cada uno escriba un breve poema o frase al objeto, invitándole a acompañarle siempre en su ejercicio profesional.
7. Conclusiones (diez minutos)
La persona facilitadora realiza un ejercicio de cierre, a partir del compartir de algunas conclusiones generales sobre el ejercicio.

N.º 2. Instrumentos de recolección de información

2.1 Diario personal

Instrumento guía para la realización del diario personal

Consideraciones preliminares

En el proceso de formación y, en especial, de la práctica clínica, resulta de vital importancia generar un proceso reflexivo, que le permita al practicante registrar su experiencia de manera integral y crítica, de tal manera que resulte una praxis altamente significativa en su experiencia profesional. Para lograr lo anterior, el diario personal se convierte en una técnica facilitadora de esta experiencia, que permite profundizar en el horizonte de sentido que tiene para los practicantes.

Este diario es una herramienta para los estudiantes en formación clínica, que les permite identificar sus temores y expectativas durante su proceso formativo, procesos autorreferenciales con relación a la atención individual, su sentido de ser terapeutas y la conformación de su estilo personal.

Explicado lo anterior, los estudiantes contarán cómo fue su experiencia durante la primera consulta que tuvieron en la semana en su proceso de atención en la tercera, quinta y séptima semanas. Se invita a relatar las emociones, pensamientos y reacciones que experimentaron antes, durante y después de la consulta. Es importante considerar también las siguientes preguntas orientadoras:

Etapa n.º 1:

- ¿Con qué habilidades o recursos consideran que cuentan para su desempeño en la práctica clínica?
- Mencione los recursos personales que implementó usted durante la sesión.
- ¿Qué o quién me genera tensión para mi práctica?
- ¿Qué temores experimenta frente al ejercicio terapéutico?

- ¿Cómo me siento hoy para enfrentar el proceso terapéutico en mi práctica?
- ¿Qué me genera ser observado en el proceso de supervisión?

Etapas n.º 2:

Se les pide a los estudiantes participantes que, para la quinta semana de su proceso de práctica, lleven una agenda en donde respondan las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Qué elementos del discurso de su consultante identificó que se relacionaban con su historia de vida personal en su familia de origen?
- Mientras lleva a cabo la sesión, ¿reconoce los sentimientos, emociones y pensamientos que emergen de su historia de vida personal?
- ¿Qué aspectos de su estilo de comunicación considera que debe fortalecer para la relación terapéutica?

Etapas n.º 3:

En la séptima semana de práctica se propone registrar los siguientes aspectos en su diario personal:

- ¿Qué le genera pensar en su futuro profesional?
- ¿Hay alguna situación no resuelta en su experiencia familiar que le genere temor para la atención como motivo de consulta?
- ¿Qué tabúes de su familia de origen encuentra como obstáculo en su proceso de psicoterapia?
- ¿Qué sentimientos y emociones le generan cuando estos prejuicios, tabúes y prohibiciones son traídos a terapia?
- ¿Qué habilidades o recursos considera que necesita desarrollar para desempeñarse de mejor manera en su práctica clínica?

2.2 Álbum familiar

En las universidades arriba mencionadas, se está desarrollando la investigación “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, la cual tiene como propósito comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas. Como participante de la investigación, le aclaramos que la información que usted proporciona es considerada con fines investigativos, por lo que se tendrá respeto a la confidencialidad

y al anonimato de los participantes, y será tratada con principios éticos, sin manipulación de la información y de la persona.

La técnica del álbum familiar es considerada por Sánchez (2012) una técnica visual y narrativa que da cuenta de hechos, acontecimientos y relaciones. Esta técnica permite representar un fragmento de la realidad del grupo familiar, sobre la cual se puede reflexionar para encontrar explicaciones a situaciones específicas en la memoria familiar, que, en este caso, están focalizadas por los objetivos investigativos.

Se invita al participante a buscar una o varias fotos que le ayuden a responder de mejor manera las siguientes preguntas. Recuerde que en la parte inferior de cada fotografía debe realizar una reseña del por qué la eligió, qué sentimientos le suscitó, por qué recuerda ese momento, entre otros.

Guía de preguntas para el análisis de la imagen:

- En la elección de su profesión, ¿hubo algún miembro de la familia que influyera positiva o negativamente?
- ¿Por qué eligió esta profesión? ¿Qué vivencias o experiencias familiares le llevaron a esta elección?
- ¿Qué realidades sociales de su contexto influyeron para la elección de su profesión?
- ¿Cómo reaccionó su familia a la noticia de la elección de esta profesión?
- ¿Qué sentido tiene para usted ser terapeuta?
- ¿Desde qué campo encontraría el sentido de su elección profesional?

2.3 Biografía-genograma

En las universidades arriba mencionadas, se está desarrollando la investigación “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, la cual tiene como propósito comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas. Como participante de la investigación, le aclaramos que la información que usted proporciona es considerada con fines investigativos, por lo que se tendrá respeto a la confidencialidad y al anonimato de los participantes, y será tratada con principios éticos, sin manipulación de la información y de la persona.

La técnica de la biografía (genograma) es una narrativa que da cuenta de la historia de vida familiar, e incluye la graficación de sus integrantes a través del genograma familiar (en un tamaño adecuado para presentarlo), incluyendo preferiblemente tres generaciones, empezando por los abuelos de ambas líneas (materna y paterna), sus padres, tíos, tías, usted, sus hermanos, su pareja conyugal, hijos y sobrinos.

Guía de preguntas para la elaboración de la biografía-genograma:

- Colocarle un nombre-título que signifique algo para usted y su historia familiar (autobiografía).
- Identifique historias dominantes (se hablan y se transmiten abiertamente en la familia, suelen ser motivo de orgullo) y también historias subyugadas (se ocultan, han generado temor, secretos o son motivo de sufrimiento y de silencios).
- ¿Qué patrones se repiten en su historia de vida familiar? ¿Cómo repercuten en su quehacer como terapeuta?
- ¿En qué momento de su ciclo vital están sus familias de origen y actual? ¿Cómo cree que esto influye en sus habilidades terapéuticas?

2.4 Diario personal

En las universidades arriba mencionadas, se está desarrollando la investigación “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, la cual tiene como propósito comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas. Como participante de la investigación, le aclaramos que la información que usted proporciona es considerada con fines investigativos, por lo que se tendrá respeto a la confidencialidad y al anonimato de los participantes, y será tratada con principios éticos, sin manipulación de la información y de la persona.

La técnica del diario personal permite recoger por escrito las vivencias en el proceso de formación y entrenamiento como terapeuta.

Guía de preguntas para la elaboración del diario personal:

- ¿Qué necesito resolver de mi historia de vida familiar para mi ejercicio terapéutico?

- ¿Qué prejuicios identifico en mí a partir del trabajo terapéutico?
- Mientras realiza la sesión, ¿reconoce los sentimientos y pensamientos que emergen de su propia vida?
- ¿Qué aspectos de su estilo de comunicación considera que debe fortalecer para la relación terapéutica?
- ¿Qué tipo de intervenciones en las sesiones terapéuticas considera que le salió mejor?
- ¿Cómo me siento hoy para enfrentar el proceso terapéutico en mi práctica?
- ¿Qué temores experimento frente al ejercicio terapéutico?
- ¿Qué o quién me genera tensión para mi práctica?
- ¿Qué me genera ser observado en el proceso de supervisión?
- ¿Qué efectos puede tener mi intervención en el consultante? ¿Qué le genera pensar en esto?
- ¿Qué tipo de temores siento que están relacionados con mi estilo terapéutico?
- ¿Qué le genera pensar en su futuro profesional?
- ¿Hay alguna situación no resuelta en su experiencia familiar que le genere temor para la atención como motivo de consulta?
- ¿Qué tabúes de su familia de origen encuentra como obstáculo en su proceso terapéutico?
- ¿Cuáles son los prejuicios más frecuentes de los consultantes que le generan temor en su práctica terapéutica?
- ¿Qué sentimientos le generan cuando estos prejuicios, tabúes y prohibiciones son traídos a terapia?

2.5 Entrevista en profundidad

En las universidades arriba mencionadas, se está desarrollando la investigación “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, la cual tiene como propósito comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas. Como participante de la investigación, le aclaramos que la información que usted proporciona es considerada con fines investigativos, por lo que se tendrá respeto a la confidencialidad y al anonimato de los participantes, y será tratada con principios éticos, sin manipulación de la información y de la persona.

Guía de preguntas para la entrevista:

- ¿Qué características de su ser como terapeuta ha aprendido de su familia de origen?
- ¿Qué cosas debo enfrentar a nivel familiar que hoy por hoy me causan dificultad para el ejercicio terapéutico?
- ¿Qué he logrado clarificar respecto a mí mismo/a y a mi historia familiar que me ayude hoy por hoy?
- ¿Qué patrones se repiten en su historia de vida familiar? ¿Cómo repercuten en su quehacer como terapeuta?
- ¿Qué lo llevó/llevará a escoger su modelo de intervención?
- ¿Qué habilidades cree que debería desarrollar más en el ejercicio terapéutico?
- ¿Cuáles han sido las limitaciones que ha encontrado en la aplicación del modelo escogido?
- ¿En qué aspectos puntuales usted ha identificado que los patrones familiares han influido en su estilo terapéutico? ¿Cuáles de los patrones identificados le han funcionado y cuáles necesita modificar?
- Describa brevemente cuáles son sus capacidades para transformar sus debilidades en herramientas para el trabajo terapéutico.
- ¿Qué mecanismos utiliza como terapeuta para conocerse a sí mismo?
- ¿Considera que los conflictos que surgen en la sesión están relacionados con su historia de vida familiar?
- Dentro de su proceso de formación, ¿qué estrategias le han ayudado a reconocer las dificultades y anclajes que provienen de su historia de vida?
- ¿De qué manera ha logrado transformar mitos y tabúes de su familia de origen en busca de favorecer el proceso terapéutico?
- De acuerdo con las preguntas anteriores, mencione cómo estos recursos, habilidades y/o capacidades se vinculan con su familia de origen y su familia actual.

N.º 3. Instrumento para construir en el Formulario de Google

En las universidades arriba mencionadas, se está desarrollando la investigación “Narrativas del *self* del terapeuta en formación y sus familias de origen”, la cual tiene como propósito comprender las relaciones entre la familia de origen de los estudiantes en formación y el sentido del ser terapeuta, su estilo, recursos, temores y expectativas. Como participante de la investigación, le aclaramos que la información que usted proporciona es considerada con fines investigativos, por lo que se tendrá respeto a la confidencialidad y al anonimato de los participantes, y será tratada con principios éticos, sin manipulación de la información y de la persona.

Le invitamos a responder el siguiente formulario con total honestidad, ya que este es un insumo fundamental para identificar herramientas y establecer lineamientos que contribuyan a la formación de nuevos terapeutas.

Instruccional:

1. La fundamentación teórica de su enfoque representa para usted una guía en el proceder terapéutico. (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)

Operativo:

2. ¿Usted utiliza técnicas de un enfoque terapéutico diferente al suyo cuando se encuentra con algún estancamiento? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
3. Cuando se encuentra ante alguna dificultad, ¿busca apoyo en algún colega de otro enfoque terapéutico? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
4. ¿Siente que tiene la habilidad para flexibilizar el uso de las técnicas terapéuticas que normalmente utiliza? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)

Expresiva:

5. En el desarrollo de la terapia, ¿se siente cómodo/a en las expresiones de cercanía física? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)

6. En el desarrollo de la terapia, ¿se siente cómodo/a con la manifestación de sus sentimientos, emociones? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
7. En el desarrollo de la terapia, ¿se siente cómodo/a en los procesos de autorreferencia (conectarse consigo mismo, para devolver al consultante)? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)

Atencional:

8. ¿Con qué frecuencia siente usted que sus pensamientos están más enfocados en las preguntas que va a realizar que en la narración del consultante? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
9. ¿Durante la consulta ha sentido que no tiene más preguntas para hacer? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
10. Al momento de realizar el cierre de una sesión, ¿tiene la habilidad para recoger las narraciones del consultante y realizar una buena síntesis? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
11. Al finalizar la consulta, ¿siente que hay elementos que logra recordar con facilidad? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)

Involucración:

12. ¿En su vida cotidiana piensa en las situaciones y dilemas de sus consultantes? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
13. Si un consultante le contacta para consultarle algo sin tener cita, ¿le atiende? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
14. En el proceso terapéutico, ¿le resulta fácil poner límites a sus consultantes? (la mayoría de las veces, algunas veces, casi nunca, nunca)
15. Mencione tres características que vayan ligadas a su estilo terapéutico.
16. Ordene del 1 al 12 los siguientes recursos terapéuticos, según su estilo personal de intervención con sus consultantes, donde 1 es la menor puntuación y 12 la máxima calificación,

- A. Expresar emociones
- B. Flexibilidad
- C. Observar el lenguaje analógico del consultante
- D. Pragmático y directivo
- E. Creatividad
- F. Curiosidad
- G. Capacidad de hablar en el lenguaje del consultante

- H. Identificar oportunidades
- I. Capacidad de confrontar / preguntar abiertamente
- J. Contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis
- K. Humor
- L. Mediación

17. Mi mayor cualidad en la práctica terapéutica es...

Enlace: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf2E9p3fqWgUmbij51EJzihmvXChOoaU9Yk5dk2mBcHt0bDBA/viewform?usp=sf_link

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p>SU OPINIÓN</p>	
<p>Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto. La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos. Para darnos su opinión, escribanos al correo electrónico: editorial@upb.edu.co Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.</p>		

La historia de este libro tiene inicio desde el encuentro humano, en donde terapeutas de distintas latitudes: Colombia y Estados Unidos, alentados por temas en común alrededor del papel de las familias de origen en la configuración del *self* del terapeuta, se articulan en pro de avanzar en la profundización de esta área del conocimiento. De este modo, el libro muestra las huellas de la familia de origen en las características del *self* profesional: los recursos, el estilo terapéutico, los temores, las expectativas y el sentido otorgado a la profesión.

Lo anterior implicó la realización de una investigación con características biográfico-narrativas que dejan ver las multiculturalidades de: Colombia (Eje cafetero, Antioquia y Costa Atlántica) y Estados Unidos. Se logra de esta manera entretejer historias, saberes, conocimientos y prácticas, con una interesante rigurosidad metodológica que permitió develar las entrañas humanas que habitan en los profesionales.

Los resultados de esta investigación evidencian la necesidad de incluir en los procesos de formación, el *Self* del terapeuta, con el fin de revisar su historia de vida, su actuar y la relación que estos guardan con su contexto familiar. Los resultados obtenidos, permiten, realizar la invitación a tener como perspectiva el *Self* como una apuesta ética del ejercicio profesional, sobre todo al considerar la influencia de la familia de origen como constitutiva del *self* profesional.

Invitamos a los/as lectores/as a descubrir en estas narrativas de los terapeutas participantes, la parte más humana y entrañable que les constituye.