

Model for the practice on psychotherapy by Psychology students

Germán Ríos Morfín^{ab}

^aUniversidad Marista de Guadalajara; Instituto Tzapopan.

^bAgradezco el apoyo para la elaboración del presente trabajo a Esteban Laso. De igual forma los comentarios sugerencias de Emmanuel Garibay y a los estudiantes de la Universidad Marista de Guadalajara que han cursado la materia de experiencia profesionalizante, por sus comentarios, retroalimentaciones e interés en el curso y cuidado de sus consultantes.

Historia editorial

Recibido: 14-03-2018

Primera revisión: 12-02-2019

Aceptado: 30-12-2019

Palabras clave

psicoterapia, prácticas profesionales, estudiantes de licenciatura, enfoques

Resumen

El presente trabajo surge de la necesidad de dar acompañamiento a los estudiantes de los últimos semestres en la licenciatura de psicología, en su primer acercamiento a la práctica de la psicoterapia. Se desarrollan cuatro ámbitos para lograr un buen desempeño en las asesorías psicológicas que ellos ofrecen, desde diferentes enfoques, elegidos según su interés, basados en la psicoterapia, que son: “trabajo psicoterapéutico”, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión. En el primero se describen tres etapas para las sesiones (socialización, intervención y cierre). En el segundo se busca seguir un formato basado en la descripción de una hipótesis compleja junto con intervenciones coherentes y observaciones del trabajo con los pacientes, donde cabe la experiencia del estudiante. En el tercero se reflexiona sobre el quehacer del mismo estudiante en formación, se cuida una actitud de “experto” confiando en el proceso del otro, humildad y trabajo personal. Y en el cuarto ámbito, la supervisión, se reflexiona sobre los tres ámbitos previos y la decisión sobre esta actividad como una propuesta de desarrollo profesional, en un ganar-ganar, usuarios y estudiantes. Para terminar, se reflexiona sobre las ventajas de tener un esquema genérico para las prácticas clínicas, así como los retos que quedan para la enseñanza y práctica en estudiantes de psicología.

Abstract

The present work arises from the need to accompany students in their final semesters in the Psychology degree program, in their first approach to the practice of psychotherapy. Four areas are developed to achieve a good performance in the psychological counseling they offer, from different approaches, chosen according to their interest and based on psychotherapy, which are: “psychotherapeutic work”, systematization, personal aspects of the student and supervision. In the first one, three stages are described for the sessions (socialization, intervention and closure). In the second one, we try to follow a format based on the description of a complex hypothesis together with coherent interventions and observations of the work with the patients, where the student's experience fits in. In the third one, the work of the student in training is reflected on, an attitude of “expert” is taken care of trusting in the process of the other, humility and personal work. And in the fourth area, supervision, we reflect on the three previous areas and the decision on this activity as a proposal for professional development, in a win-win approach, users and students. Finally, we reflect on the advantages of having a generic scheme for clinical practices, as well as the challenges that remain for teaching and practice in psychology students.

Keywords

psychotherapy, professional practice, undergraduate students, approaches

El presente trabajo surge de la necesidad de dar acompañamiento a los estudiantes de Licenciatura de Psicología en su primer acercamiento a la práctica clínica. La intervención la realizan desde diversos enfoques que son elegidos a partir del interés de ellos mismos.

En este contexto, la enseñanza de la psicoterapia tiene el reto de balancear la teoría y la técnica que se utiliza para acompañar a los “terapeutas”¹ que atienden a las personas que solicitan ayuda. Con la necesidad de adaptar algunos contenidos del trabajo de otros profesionales y enfoques teóricos a la estructura y orden en la formación de los mismos, se ha creado esta propuesta que se describe a continuación.

Un punto importante de inicio es mencionar que las diferentes perspectivas teóricas tienen puntos en común al buscar el bienestar de la persona. No por esto los estudiantes deben de dar prioridad a la técnica y al eclecticismo pensando en la solución, sino generar la apertura entre las diferentes teorías con intervenciones consistentes, ubicando los principios comunes de la psicoterapia (Moreno y Zhon 2013; Campagne 2004).

En concreto, una característica común en las diferentes perspectivas psicoterapéuticas es la importancia de la relación que el *terapeuta* genera con el consultante; se basa en el respeto y confianza en el proceso de la persona y se procura conocer el contexto a partir de diferentes temas de su vida, donde se incluyen situaciones, actores, lugares, tiempos, entre otras características importantes. Se procura una conversación abierta para la obtención de datos generales, que más adelante pueden ser la base para la construcción de hipótesis junto con intervenciones pertinentes (Medina 2011; Cozolino 2011; Campagne 2004).

Además, desde la visión de Raúl Medina (2011), es importante cuidar una actitud de respeto y reconocimiento del otro, es decir, procuramos legitimar a la persona frente a la cual estamos, como un ser que está buscando posibilidades a su vida con sus respectivos límites. Esto no implica dejar que al consultante se le justifiquen todos sus actos, sino que es primordial entender la complejidad en la queja de la persona.

Para lograr lo mencionado anteriormente, esta propuesta incluye cuatro ámbitos (trabajo psicoterapéutico, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión) y cada uno se subdivide en diferentes etapas o subtemas según sea el caso.

Para el trabajo psicoterapéutico “en vivo”, qué es un ámbito de este modelo, se incluyen tres etapas: socialización, intervención y cierre de la sesión.

En la socialización es necesario tener una conversación al margen del problema que favorezca una relación de confianza a partir de temas coloquiales como el clima o el entretenimiento. La conversación se enfoca en tener cercanía afectiva antes de hacer interpretaciones de los hechos.

En la intervención se realizan acciones específicas para la mejora del consultante con base en una explicación compleja del problema o queja. Conforme avanzan las consultas se da más tiempo a este aspecto y se ajustan las intervenciones de acuerdo a la demanda construida o el esquema de acción planteado (Villegas, S/N).

Además, durante la sesión, el Asesor Psicológico, que funge como terapeuta, elabora una hipótesis del problema desde el enfoque que se haya elegido al inicio de sus prácticas profesionales en este escenario. Es un proceso que puede iniciar en la primera entrevista y se ajusta según se vayan conociendo más datos o se especifique la información de algún tema en las sesiones siguientes.

El cierre está centrado en los avances en el proceso de la persona; se confirma el cuidado a la dignidad del otro, evitando la aplicación de la teoría o la técnica *a priori* (Duncan, Hubble y Miller 2003). Con esto hay reflexión y evaluación del consultante sobre el proceso de terapia y se busca tener claridad de los logros en este espacio, de acuerdo con las metas planteadas y el proceso de cada una de las sesiones a modo colaborativo (Villegas, S/N).

1 De aquí en adelante cuando se hace referencia al *terapeuta* o *trabajo psicoterapéutico*, es a la acción del estudiante al dar asesoría psicológica basado en los esquemas y propuestas de la psicoterapia.

Con relación al segundo ámbito del modelo que es sistematización, el estudiante llena un formato por sesión donde describe lo ocurrido. Se redacta una hipótesis procurando hacer referencia a varios factores o elementos de la consulta (aunque de inicio pudiera ser sencilla o general). En el escrito también, se anotan las principales intervenciones junto con el efecto que se tiene y temas que se trataron durante la sesión.

En la última parte de este formato se describen observaciones al respecto de lo vivido; un espacio para hacerse preguntas sobre el caso, plantearse metas para la siguiente sesión y describir su estado emocional o necesidades de supervisión.

El tercer ámbito del modelo, los aspectos personales del estudiante, tiene que ver con el autocuidado y la reflexión sobre su proceso, así como la actitud con la que interviene. Se busca humildad (que el estudiante asuma sus capacidades, compromiso, dudas y que está en proceso de aprendizaje) y respeto frente al otro.

Por último, el cuarto ámbito del modelo, la supervisión, influye en los tres ámbitos ya mencionados (trabajo psicoterapéutico, sistematización y aspectos personales del estudiante). Mediante una asesoría se van ajustando para lograr un desarrollo óptimo de las habilidades de los asesores psicológicos.

Como conclusión podemos decir que la teoría aprendida por el estudiante es en estos espacios donde puede ser una herramienta para poder explicar un problema y dar algunas propuestas de solución. Se va logrando un esquema general que ordene las intervenciones, cuide al paciente y al terapeuta, favoreciendo un esquema de pensamiento que se pueda diferenciar del sentido común y sienta las bases de un trabajo profesional en psicoterapia.

2. “TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO”

PREPARACIÓN DEL ESPACIO

Un contexto cómodo, como lo dice Cozolino (2011) ayuda al trabajo psicoterapéutico. En otros términos, da confianza al *terapeuta* y es una atención para el paciente. Enmarca la terapia y favorece un clima para conversar. Varias pláticas trascendentes se ven favorecidas por el espacio adecuado.

Si seguimos esta línea, el lugar deberá contar con ciertas características: cálido, que tenga privacidad, con material necesario, ventilación, etc.

En el caso de las asesorías psicológicas que llevan a cabo los estudiantes el trabajo se realiza en un consultorio, dentro de un centro comunitario auspiciado por el gobierno municipal, o un cuarto adaptado dentro de una casa en la colonia o barrio. Ambos espacios cuentan con sillas y algunos materiales para el juego con niños, además de ventilación e iluminación adecuada. No se trabaja en espacios abiertos o de pie.

FACTORES COMUNES DE LA PSICOTERAPIA

La literatura sobre la investigación en la alianza terapéutica nos indica que el 30 % del éxito pertenece a la calidez, el trato y la confianza que tiene el terapeuta (en este caso el estudiante en formación), la teoría es tan solo el 15% del éxito. El otro 65%, depende un 40% de los cambios situacionales en la vida diaria de la persona, así como sus recursos, y el 15 % al efecto placebo (Campagne, 2004).

Para facilitar ese 30%, se marca un esquema de ordenamiento de la información y se subraya la referencia al proceso del consultante (Campagne, 2004). Junto con esto se tiene presente la evolución y mejora constante por parte del terapeuta, evitando una postura de expertos sin errores que aplican la teoría *a priori* de la persona o la familia (Cozolino, 2011).

Se propone que los estudiantes hagan con autenticidad su labor, ubicando su persona, con sus reacciones emocionales, creencias y costumbres, procurando preguntar lo que no se entiende y cuidando dar el espacio al otro para explicarse antes que juzgarlo de acuerdo con esquemas personales

o teóricos (Medina, 2011; Cozolino, 2011). Campagne (2004) lo describe de la siguiente manera: “Los terapeutas más eficaces muestran más conductas positivas y menos negativas. Positivas son: afecto o cariño, entendimiento y afirmación. Negativas son: desprecio o desconsideración, culpar, ignorar o negar, atacar y rechazar” (Campagne, p.81).

Además, para favorecer un cambio exitoso se trabaja en la construcción de la demanda (la traducción de la queja en un diagnóstico o esquema de trabajo psicoterapéutico) en términos que permitan encontrar una solución a partir de una construcción social y evitar aquellas peticiones que no serán atendidas por su definición relacionada con otras disciplinas como la medicina o el derecho (Villegas, S/N). Se buscan métodos sencillos para dar importancia a la delimitación de la misma, que serán descritos más adelante.

Cuando los *terapeutas* construyen la demanda como una parte dentro del proceso de intervención, las primeras acciones serán ubicar la necesidad y recursos de la misma persona (Laso 2014a)². Deberán describir el problema y situaciones relacionadas, los diferentes actores, la temporalidad y otras características. Si no se lleva a cabo este ejercicio, los estudiantes suelen seguir solo la queja, trabajan con ansiedad y presión transferida del consultante para resolver de manera inmediata el problema.

ETAPAS DE LA SESIÓN

Durante el trabajo en la consulta se proponen tres etapas que deben cubrir los terapeutas (desde un esquema abierto a los diferentes enfoques sin querer abarcarlos a todos de manera detallada): socialización, intervención y cierre.

La primera (socialización) se describe de manera sencilla. En esta se busca tener una plática coloquial que abarca desde un saludo simple hasta una plática sobre un evento relacionado con la persona sin necesidad de que esté vinculado al problema (Linares y Ortega, 2008). Por ejemplo, si la persona llega vestida con una playera del algún equipo de fútbol soccer, se pudiera hablar por su gusto a ese deporte o si afuera hay juegos o algún festejo de la gente, se puede comentar sobre el evento.

En la segunda etapa (intervención) está la hipótesis sobre la problemática que presenta el consultante, las acciones para lograr el cambio y la definición de una demanda con metas claras. Las técnicas o prácticas para generar algún cambio no deben ser desde algún enfoque en específico, depende del que hayan elegido al inicio de su trabajo en las asesorías psicológicas.

Para terminar la entrevista, que es la tercera etapa (el cierre), el *terapeuta* busca definir un cambio modesto o ayudar a que la persona pueda reconocer sus logros durante la sesión, deja el poder y la destreza en el consultante (en su problema) y él o ella mantiene una escucha activa y confirma o anota lo que se logró a partir de sus intervenciones (actitud de “experto”). Cuida aspectos importantes como evitar propuestas mecanicistas o diagnósticos dormitivos³. (Linares y Ortega 2008; Mahoney 2005; Fortes de Leff y otros 2009).

Dentro de la segunda etapa, la elección de la problemática a resolver, es un tema medular en el proceso de cambio. Aunque hay una relación entre los diferentes temas que presenta la familia, el ideal es escoger alguno por el cual empezar. Tan solo esta acción puede implicar un esfuerzo, y ser un reto el lograrla (Villegas, 1996).

Para esto se presentan imágenes que simbolizan el trabajo que se realiza. Se intenta facilitar la idea de que un problema tiene relación con muchos otros, donde lo importante es elegir uno sobre el cual trabajar, ya sea durante una o varias sesiones, con una meta o un objetivo a seguir (Mahoney,

2 El esquema de la terapia familiar en clave emocional, que hace referencia al trabajo con las necesidades de la persona, incluye un método más específico y complejo. En esta propuesta sería una habilidad que pudieran desarrollar los estudiantes más adelante durante su entrenamiento (Laso 2014a).

3 De manera sencilla este término se refiere al hecho de explicar el problema por el posible diagnóstico en sí mismo. Por ejemplo, si la persona tiene depresión esa es la causa de sus problemas y no se indaga sobre otros factores que influyan en su malestar como las dinámicas o puntos negros en su vida que se relacionan con ello (Linares y Campo 2000)

2005). La figura 1 señala lo que se intenta evitar, la idea de que son temas totalmente ajenos entre sí y habrá que elegir uno de ellos, produciendo tensión y confusión en el terapeuta.

En la figura 2 se pretende dejar claro que existe una relación entre los diferentes temas a elegir para trabajar (es necesario detectar los patrones que subyacen los problemas) (Mahoney, 2005). Con ello disminuye la necesidad de cerrar la conversación a una sola queja o intentar trabajar con varias a la vez, se favorece el acuerdo y la definición clara de cambio a partir de una sola como la principal, asumiendo que pudiera conjuntar otras.



Figura 1 Ejemplo que indica quejas que no tienen una relación entre sí (fuente: Mahoney 2005)

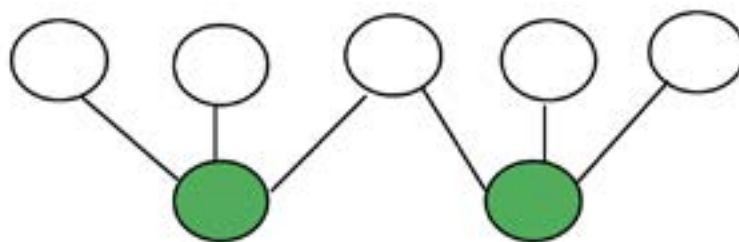


Figura 2 Ejemplos que indican quejas que tienen una relación entre sí, un denominador común (Fuente: Mahoney 2005).

Una vez que se tienen las bases anteriores, con datos a partir del lenguaje hablado y observando las pautas alrededor de la conversación o presentes en el comportamiento de la persona, o la persona y su familia, se pueden hacer tres diferentes ejercicios para dar solidez a la construcción de la demanda:

1. Definir una lista de los temas que causan ansiedad o preocupación. Imaginar que se ponen delante de la persona o la familia y se busca cual es el más importante a atender en este inicio. El *terapeuta* anota todas las ideas planteadas. Luego lee las opciones de la familia o el consultante y les pide que elijan la más importante en ese momento. Por ejemplo, Juan quiere tener una nueva pareja, mejorar en su trabajo, mejorar la relación con sus hijos y atender la ansiedad que vive. Se anotan estas preocupaciones y se le pregunta cual le parece más importante en este momento, pudiendo ser el manejo de la ansiedad su elección (Laso, 2014b).
2. Buscar un común denominador o, en otras palabras, se intenta ubicar a los factores comunes (pautas) que mantienen el problema en las diferentes situaciones que se plantean o de acuerdo con la descripción de todos los integrantes. Por ejemplo, se intenta definir que hay en común entre lo que le pasa a la señora con sus hijos, en su trabajo y con su pareja que, puede ser la sensación de cansancio (Mahoney, 2005).
3. Por último, se define y se acota lo más posible la problemática planteada y se busca una más cercana o más sencilla de alcanzar. Se mantiene el tema problemático como un horizonte, contemplando pequeños pasos. Por ejemplo, si quiere tener mejor autoestima, se hacen preguntas sobre qué significa eso para la persona, pudiendo concluir después de una sesión que quisiera aprender a cantar como una primera opción para sentirse mejor (Payne 2002; Medina 2011).

Estas opciones se combinan en la sesión o se utilizan otras pertinentes con base en sus enfoques que han estudiado. En el fondo, a pesar de la complejidad en la intervención y la vida del otro o de los otros, se busca tener una variable dependiente o un factor de medida viable de cambio y a

ELABORACION DE LA HIPÓTESIS

Al elaborar la demanda, para el entendimiento del caso, se incluye la construcción de una hipótesis. El *terapeuta*, además de ir integrando la información a partir de la queja, buscará ordenar los datos de acuerdo con los conceptos que haya aprendido, sin hacerlo explícito al consultante, sino como un ejercicio “interno” (Linares y Ortega, 2008; Fortes de Leff y otros 2009).

En las primeras sesiones lo importante será tener datos claros sobre la queja y datos alternos al problema, no se tendrá una explicación definitiva de lo que sucede (Linares y Ortega, 2008). Para señalar esto de manera metafórica se muestran dos figuras en forma de tablas para indicar lo esperado.

En la figura 3, se ejemplifica de manera gráfica que es lo que no se debe de hacer. Básicamente es señalar pocas situaciones y a partir de ellas intervenir, en búsqueda de la causa única del problema, centrado en la necesidad de tener resultados inmediatos por parte del terapeuta y dejando de lado el entendimiento de la complejidad del consultante.

Por otro lado, en la figura 4 se propone una búsqueda de varios datos, referentes a personas, situaciones o emociones (pueden ser reacciones del estudiante ante las narraciones de la queja planteada) y se relacionan para tener una hipótesis o un entendimiento más completo, con relación a un problema definido (Linares y Ortega, 2008; Laso 2014). Esto último es lo que se sugiere, la elaboración a partir de varias situaciones y personas para la explicación de la queja y no solo una opción como la única explicación del problema.

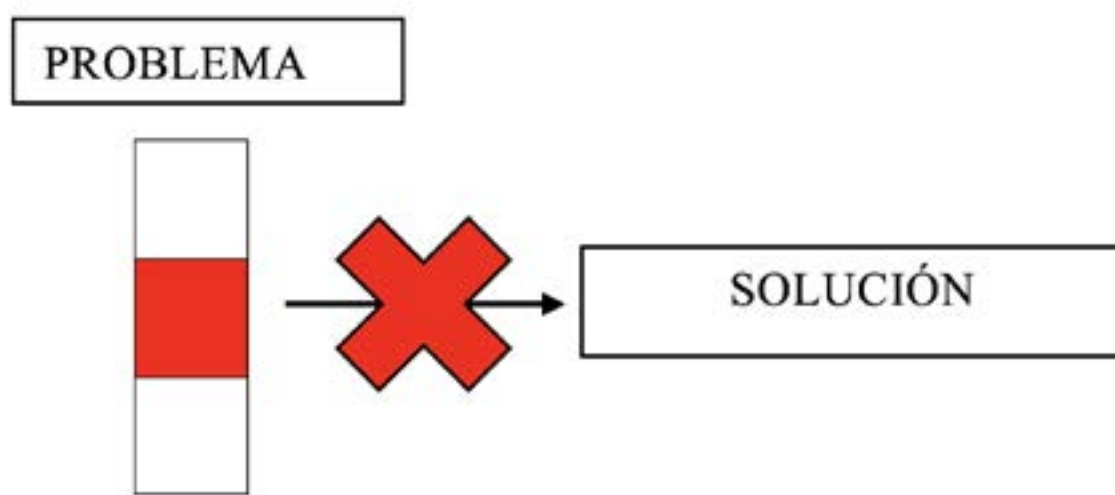
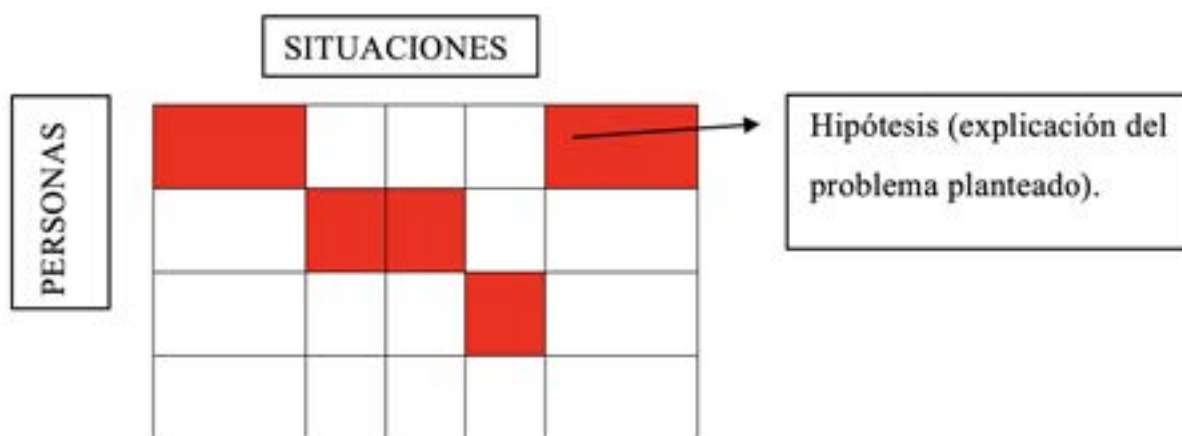


Figura 3. Análisis uni-causal (Fuente: elaboración del autor)*

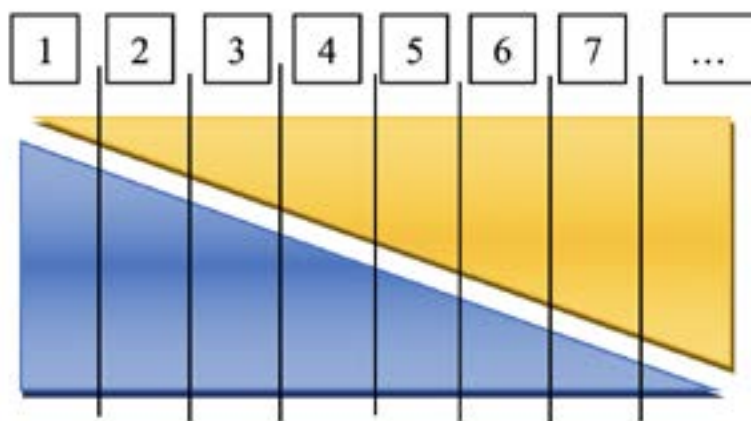
4 Aquí se señala una sola situación como la causa de la problemática del consultante, con otras dos opciones diferentes. Por ejemplo: el mal comportamiento del niño es por falta de límites, lenguaje emocional o agresión de la mamá, posiblemente se elige el segundo y con eso se explica el caso.



En las primeras sesiones la hipótesis se genera como base para plantear preguntas o para abrir temas y conocer mejor el contexto. Conforme avanza el caso la explicación planteada sobre el problema suma lo encontrado en el proceso, y lo añade cuidando la congruencia con las intervenciones y coherencia entre las ideas o conceptos (Linares y Ortega, 2008).

Como se dijo anteriormente, el ir construyendo el caso en las prácticas clínicas se da paulatinamente. La siguiente imagen (figura 5) muestra la relación entre los datos no ordenados y la conceptualización para las intervenciones. Los números son la entrevista en la que se está trabajando, el triángulo inferior es el espacio que se le da al conocimiento general de la persona o la familia y el triángulo superior a la integración teórica, donde está la hipótesis, la demanda e intervenciones específicas.

Al inicio, es poco el papel de la hipótesis y es mayor el interés en solo entender y hablar de diferentes temas. Conforme se avanza, será más sencillo tener algunas pautas que puedan tomarse para intervenir, hasta establecer en su mayoría un esquema de trabajo ordenado con una explicación e intervenciones consistentes.



(Fuente: Elaboración del autor)⁶

⁵ En esta tabla se señalan varias situaciones que se relacionan entre sí para explicar la problemática del paciente. Por ejemplo: el mal comportamiento del niño se debe al abandono de su padre junto con el exceso de horas de trabajo de su mamá, así como la falta de atención por parte de la escuela, debido a la gran cantidad de estudiantes.

⁶ Se muestra la relación entre el conocimiento no sistematizado del caso en las primeras sesiones (triángulo inferior) en comparación con la sistematización que se va logrando conforme avanzan las sesiones (triángulo superior).

Al indicar las primeras sesiones para conocer el contexto y definir el proceso psicoterapéutico como un proceso en evolución, se contienen las intervenciones apresuradas de los estudiantes con “nerviosismo” o la necesidad de dar una respuesta impulsiva que calme la ansiedad de la sesión por la falta de experiencia (Cozolino 2011; Linares y Ortega 2008). Por ejemplo:

La mamá se siente estresada, conforme avanza la sesión se puede ubicar que uno de los temas es el tener acuerdos en la limpieza de la casa. Una hipótesis sencilla puede ser la falta de claridad en las consecuencias y la poca escucha de los hijos al respecto. Los hijos se revelan porque no tiene sentido para ellos tanta exigencia, además se les dan órdenes contradictorias simultáneas, que dejan sin participación al hijo, centrando la petición en la desesperación de la mamá.

La intervención, relacionada con la hipótesis anterior, puede estar basada en hacer acuerdos e incluir la validación entre ellos, ya que la falta de escucha desde los modos de comunicación, es un indicador de problemas o síntomas (Ceberio, 2006). Se piensa que los acuerdos permitirán tener una mejor noción de la estructura familiar que influye en una mejor pauta de convivencia (Minuchin, 1974) y se buscará generar una forma diferente de atender la necesidad de la mamá (Medina, 2011), hablando de posibilidades más que de frustraciones.

Además, el terapeuta procurará enfocarse en intervenciones pragmáticas (Linares, 1996). Al papá se le podrá incluir pensando en cómo les gustaría compartirle la sesión, la idea es que estén presentes los integrantes o la mayor parte de la familia (Minuchin, 1974)⁷.

Contrario a lo anterior, sería que el terapeuta buscaría hacer que los hijos obedecieran y entonces le recomendaría a la mamá diferentes formas de aplicar premios o castigos. Probablemente la mamá seguiría insistiendo en la falta de obediencia de los hijos y seguiría con la queja de sentirse estresada. Esta forma de actuar uni-causal aumenta la ansiedad, mantiene el problema y evita tener un marco más amplio para entender el problema y el contexto, donde también participan los hijos y la pareja u otros adultos cercanos (Fishman, 1990).

EL CIERRE DE LA SESIÓN

Por último en este ámbito que es el *trabajo psicoterapéutico*, se integra un ciclo de acción donde constantemente se regresa a la opinión de la persona respecto a lo vivido al terminar la consulta. Aun habiendo diferentes estilos de cierre en las sesiones, todos buscan confirmar avances o escuchar su inquietud para entenderla mejor. Para ello se propone lo siguiente:

1. El primer tipo de cierre es una pregunta abierta donde se le pide al consultante que comente los efectos en él o en ella de la sesión. Se pueden incluir preguntas como: ¿qué te llevas de la sesión? ¿cómo te quedas después de esta plática? ¿cuáles fueron tus avances con relación a tu problema? ¿entendiste o notaste algo que no habías notado?
2. El segundo tipo de cierre incluye una dirección o sugerencia por parte del terapeuta y la aclaración queda como parte del consultante. Por ejemplo: hoy trabajamos con el tema de la relación de tu mamá, y reconociste que su ansiedad afecta en cómo te percibes a ti mismo, cómo retroalimenta tu miedo cuando estás con los demás, ¿qué opinas de esto? ¿hay algo importante que también trabajamos con relación a tu mamá? ¿notaste algún otro punto importante que se trabajó?
3. Por último, se puede trabajar con un cierre directivo. Aquí la idea es determinar el marco y el contexto de trabajo desde el terapeuta a pesar de las múltiples demandas del consultante. Por ejemplo⁸:
 - Terapeuta: ...hoy trabajamos con la comunicación de sus hijos al momento de pedirles apoyo en el aseo de su cuarto,

⁷ Este es un resumen de un caso que se trabajó en una sesión de terapia ultra breve, en OXYGEN A.C. Aunque no es un trabajo que han elaborado los terapeutas, es un ejemplo que se puede tomar y es común en la práctica del centro donde se acompaña.

⁸ Esta descripción no es un caso real, sino la construcción de una situación similar a un hecho real para clarificar el tipo de cierre que se menciona.

- Consultante: ...sí, pero creo que mi esposo no cooperará y además me gustaría trabajar con la limpieza de la cocina o que dejen de pelear, puede ser que también trabaje en su actitud en casa de su abuela...

Se insiste en el tema que se ha trabajado,

- Terapeuta: ...sí, creo que hay muchos temas relacionados que se pueden trabajar, es parte del proceso de buscar una vida mejor. Aun así, vamos avanzando poco a poco, por ejemplo, hoy se trató el tema de comunicación con sus hijos y me parece importante el nuevo modo que se encontró para pedir apoyo como un primer paso en este cambio que están buscando...

La falta de destreza se contiene con un cierre centrado en el otro. Lo importante es que se conozcan varias formas de terminar la sesión y sobre todo tener presente que lo importante es definir la sesión desde temas específicos relacionados con la meta que acordaron con los consultantes (Villagas, 1996) o en su defecto regresar al proceso de la persona y evitar asumir o interpretar acciones sobre lo que debería suceder.

VALORAR LOS PEQUEÑOS CAMBIOS

Como parte de este contexto, la noción de cambio desde lo pequeño o lo sencillo es una herramienta útil (Medina, 2011), mantiene la esperanza en el consultante y la confianza en el terapeuta. Las demandas pueden surgir juntas y cuando todavía no se resuelve una, ya está presente otra. Este planteamiento se refuerza desde una supervisión que facilite el encontrar nuevos caminos desde nociones modestas, es una propuesta que cuida al estudiante en formación y a las familias o la persona que se atiende (Linares y Ortega 2008).

No se piensa aminorar la realidad, sino seguir un camino de pequeños pasos en un proceso de aprendizaje de los *terapeutas* y atención de las personas y sus familias, procurando un ganar - ganar. Los consultantes pueden acercarse a un servicio de salud mental al que es complicado acceder en algunas ocasiones y los estudiantes pueden compartir sus conocimientos, adaptando lo que han aprendido a mejorar una realidad específica, con respeto, cuidado y dignidad, desde la propuesta del otro relacionado con su idiosincrasia (Freire, 1975).

LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN

Cuando se trabaja en “el entrenamiento en psicoterapia” con estudiantes de licenciatura, no es el objetivo tener grandes cambios en las sesiones, sino ir desarrollando habilidades a partir de diferentes niveles de acción. Esta idea se apoya en los modelos evolutivos de supervisión mencionados por Daskal (2008)

...creados por Stoltenberg y Delworth, 1987; Willutzky, 1995; Frank Rzepka y Vaitl, 1996 y se apoyan en la idea de que los psicoterapeutas pasan por diferentes etapas en su desarrollo profesional y que por lo tanto, deben de ser tenidas en cuenta para adecuar las metodologías al momento de los supervisados (Daskal 2008, p.217).

La intervención básica consiste en llevar la entrevista solo para conocer a la familia o el consultante, a partir de preguntas sencillas de un formato que utilizan los terapeutas en el centro donde dan las asesorías psicológicas, una entrevista estructurada o una guía de acción planteada en supervisión. Las competencias que deben estar presentes son preguntas de indagación pertinentes y las acciones de cambio serán paráfrasis de lo que dicen o en otras palabras confirmar lo que se está entendiendo que dice el otro (Cozolino, 2011). Los *terapeutas* “requieren tener un modelo, estructura y claridad respecto del camino a seguir...” (Daskal, 2008, p. 217).

El siguiente nivel es la elaboración de una hipótesis e ir haciendo preguntas para confirmarla, con algunas intervenciones sencillas. Las competencias deben ser categorizar y ordenar la información presentada, así como la posibilidad de construir intervenciones a partir de sus explicaciones (González, 2009), “...las perspectivas teóricas se van haciendo más integrativas” (Daskal, 2008, p.

217). Por ejemplo, en este nivel suelen apoyarse en psicoeducación, validación de la persona u otros. Son esquemas sencillos, no por ello poco trascendentes.

El tercer nivel consiste en tener una estrategia definida, una conversación enfocada en cambios y procurar generar el mayor posible de acuerdo con un marco teórico. La técnica es más variada, pueden ser devoluciones con un fin en específico, una serie de confrontaciones sobre un tema u otro tipo de acciones que tengan una base compleja. Las competencias necesarias son de una abstracción mayor, así como un bagaje más amplio de técnicas y su uso pertinente. Se espera un manejo consistente de la teoría elegida que le permitan ser flexible a los cambios en la sesión: “Los terapeutas tienen posibilidades de conceptualizar sobre los pacientes y prácticamente no existen generalizaciones u estereotipias acerca de ellos” (Daskal, 2008, p.217)

El último nivel son intervenciones que permiten exploración de la vida del otro. Aquí sería similar al desarrollo personal profundo, parecido al acompañamiento en los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola⁹, permitiendo trabajar con el flujo de conciencia (Mahoney, 2005). Los jesuitas mediante el silencio permiten que la persona experimente su mundo interno y una “voz profunda” responda ante su vida. Aquí no hay una respuesta, sino que lo que se cuida son conversaciones abiertas, señalando aspectos que llaman la atención o resaltan en el diálogo, para que la persona asimile de otra forma su experiencia.

2. SISTEMATIZACIÓN

DESCRIPCIÓN COMO BASE DEL PROCESO DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO

Cyrułnik (2005) reflexiona sobre la necesidad de ser etólogos en el trabajo de psicoterapia, que en este artículo se plasma en dar importancia a la descripción de lo observado, evitando interpretaciones de inicio.

Duncan, Hubble y Miller (2003) y Cozolino (2011) retoman el cuidado en la contratransferencia teórica. Los primeros ven este hecho como la base para ir al fracaso con los pacientes y el segundo lo nota como una carencia para lograr la alianza terapéutica.

Con relación a lo anterior, en la sistematización es fundamental basarse en la descripción de lo que vivieron los *terapeutas*. Se les pide redactar en el formato lo ocurrido en la sesión, donde puedan especificar lo que se hizo, se puedan ubicar los principales cambios o estrategias que se llevaron a cabo y el supervisor pueda dar seguimiento desde otro punto de vista. Además, su hipótesis debe tener una relación con lo descrito. Esto evita que la teoría se vuelva una realidad inamovible, se tiene que puntualizar lo que observan en un momento de la sesión, como lo organizan y que hacen con respecto a este entendimiento.

Por ejemplo, una *terapeuta* relata una hipótesis donde encuentra que la problemática del comportamiento del hijo está relacionada con la convivencia que tiene con su papá. Durante la descripción en el formato de seguimiento, se menciona que la mamá mantiene la queja del comportamiento del hijo; la terapeuta hace una pregunta al margen de la queja, sobre la relación con el papá, y la respuesta es insistir en la queja¹⁰. Posiblemente hace falta otra forma de intervenir para lograr incluir la relación con el papá o ese no es el tema a trabajar en este momento. Esta observación se comenta en las asesorías sobre el caso, con la terapeuta.

Además, esta acción de ir detallando las actividades revaloriza la visión del paciente o consultante, mantiene una actitud curiosa por parte del terapeuta, centrada en los hechos y narraciones, que genera conversaciones más abiertas a la experiencia del otro e influye en mayor flexibilidad frente a la explicación del problema e intervenciones más adecuadas.

A continuación, se explica cuáles son los principales apartados dentro de la sistematización.

9 Los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola es una práctica de una congregación religiosa católica donde se busca la vocación y sentido de vida mediante la reflexión, en el silencio y a través de la persona de Jesús.

10 Este extracto es una síntesis de un caso supervisado.

LAS HIPÓTESIS Y MARCO TEÓRICO EN LA TERAPIA

En la psicoterapia es común que se hable de hipótesis del problema en diferentes lenguajes, desde la comunicación (Ceberio, 2006), mapas diagnósticos (Linares, 1996), o hipótesis sobre la estructura de la familia (Minuchin, 1974), entre otros. Se asumen perspectivas teóricas para explicar el problema como la visión psicodinámica, las bases psicoanalíticas o las bases de la Gestalt que dan razón del síntoma (González, 2009).

Primero, el terapeuta debe conocer la teoría del problema del paciente. Todo juicio sobre un posible diagnóstico queda como una posibilidad al margen de la conversación con el consultante o la familia (Fortes de Leff y otros, 2009), pasando por tener un conocimiento general, respondiendo a la pregunta ¿quién o quiénes son las personas con las que estoy presente? Las estructuras teóricas y su uso coherente y congruente, tienen mayor impacto desde esta perspectiva (González, 2009; Moreno y Zhon, 2013).

De manera concreta, los estudiantes, al momento de sistematizar los hechos que se vivieron en la sesión, incluyen al menos tres enunciados que expliquen el problema en el apartado que esta designado para la hipótesis, preferentemente relacionado con alguna teoría; evitando los prejuicios o la contratransferencia y la simplificación en el entendimiento del problema, que puede generar incomodidad en el consultante y disminuye la probabilidad de encontrar un cambio. Esto se relaciona con la figura 4 que ejemplificaba como el terapeuta debe de encontrar información para entender el contexto y no dejarse llevar solo por la necesidad del consultante o paciente de tener un resultado inmediato de mejora, a partir de una sola causa. Por ejemplo:

La madre rechaza a M y tiene preferencias por su hermano menor, 2) M se porta mal en su casa para que su mamá le haga caso, 3) los papás de M pelean mucho y eso lo pone triste¹¹.

INTERVENCIONES DURANTE LA SESIÓN

Las intervenciones que se especifican usualmente son las más significativas desde el punto de vista del terapeuta. Pueden ser dos o tres, incluyendo preguntas sobre aspectos de la vida de la persona o la familia que resalten alguna pauta o información importante. Ellos describen lo que estaba pasando durante la conversación, las acciones para favorecer el cambio y lo que sucede después.

En ocasiones, los *terapeutas* hacen una narración amplia, donde establecen de manera más detallada lo sucedido y donde señalan varias intervenciones, sin especificar las más significativas. Es un trabajo posterior, en las evaluaciones durante la supervisión, indican cuáles generaron un efecto profundo y cuáles son una conversación usual.

Lo que no anotan en este espacio son sus procesos internos o reflexiones personales. Si acaso tuvieran alguna duda o inquietud, la describen en el último apartado.

OBSERVACIONES

Al terminar su escrito de la hipótesis e intervenciones de su sesión, los *terapeutas*, anotan las reflexiones o reacciones emocionales durante el tiempo de atención. Pueden plantear temas a conversar en próximas ocasiones o actividades a realizar, algunos rituales o dinámicas que crean necesarios para seguir avanzando en su trabajo con la demanda.

Las dudas sobre la teoría o reflexiones sobre la misma pueden anotarlo en este último espacio. Esto es un ejercicio similar a la post-sesión (ejercicio de conversar sobre lo ocurrido al final de la consulta) que procuran Linares y Ortega (2008), en lugar de generar una discusión con el supervisor justo al terminar la sesión, anotan las ideas que después pueden ser retomadas para la reflexión del caso.

11 Es una hipótesis planteada por una terapeuta en las notas de un caso.

MANTENER UNA ACTITUD DE EXPERTO CON UNA DUDA PRESENTE

Al inicio de la psicoterapia los estudiantes tienen miedo a la experiencia de la “psicoterapia” y son vulnerables a cometer errores, que se toman como parte del proceso (Fortes de Leff, y otros, 2009). En este estado, es una tentación el querer dar respuestas cuando el consultante lo solicita, dar explicaciones y calmar la ansiedad con un discurso amplio sobre lo que está pasando o le está pasando al otro, basado en síntomas o diagnósticos, complicando la atención los terapeutas desde una visión uni-causal (Fortes de Leff, y otros, 2009; Duncan, Hubble y Miller, 2003).

Para evitar esta situación es necesario acompañar a los estudiantes en desarrollar una visión entrenada para ubicar pautas problemáticas y hacer preguntas o intervenciones para aclarar y seguir el discurso que va llevando el paciente, teniendo presente una actitud compasiva (Mahoney, 2005). De esta manera, ser un experto con una duda presente implica el tener en cuenta el proceso, no solo desde la visión teórica de lo que sucede, sino que los *terapeutas* deben permitirse la flexibilidad en los mapas, diagnósticos o esquemas que van formando para intervenir y estar abiertos a las sorpresas durante la conversación o interacción.

HUMILDAD Y TRABAJO PERSONAL

Aunque en las sesiones de terapia no es el objetivo trabajar la vida personal del estudiante (si se hace es una intención que habrá que aclarar), sí es necesario que se detecten las resonancias con la vida del consultante (Cozolino, 2011).

Por ejemplo, en algunas ocasiones sentirán coraje por la forma como se expresa el otro o las descalificaciones hacia la terapia. Con un trabajo personal y una actitud de humildad (el terapeuta es honesto con la experiencia que vive y asume que no tiene todas las respuestas) se puede evitar la lucha de poder para enfocarse de nuevo en la labor del espacio que es procurar atender una demanda que se podrá resolver con los recursos de la psicoterapia (Cozolino, 2011; Villegas, 1996).

En otros momentos, durante el entrenamiento, los *terapeutas* aplican herramientas que les han sido útiles en su vida, sin ser pertinentes para el consultante, y son pautas que señalan temas que se pueden trabajar en su vida (Cozolino, 2011; Fortes de Leff, y otros 2009). Estas respuestas “automáticas” se les indican a los *terapeutas* y se les invita a reflexionar si son temas a incluir en su proceso personal.

Y para atender sus necesidades en el acompañamiento se siguen sus reacciones emocionales durante la descripción del caso (Laso 2014a). El terapeuta puede tomar esta información para una mejor atención del consultante y para la atención de sí mismo.

4. SUPERVISIÓN

Cuando se da la supervisión y se revisan los casos se procura un esquema sencillo. Esta se realiza en dos momentos A) días después de las sesiones o B) Al terminar la sesión con la familia o el consultante.

Cuando es la opción A, en un inicio se les pide dibujen el genograma del caso en el pizarrón, que indica de manera gráfica las relaciones principales de la familia o de la persona respecto a su familia.

Después se les pide describan cuál es la necesidad de supervisión y en seguida se platica sobre el caso, iniciando con la queja o motivo de consulta, luego la demanda construida (si ya se tiene), la descripción de las relaciones o características de los integrantes y algunas situaciones significativas. Además se comparten algunas intervenciones y el efecto que han tenido.

Los compañeros preguntan para aclarar situaciones o hechos que se han mencionado, y luego hacen algunas sugerencias para ayudar a atender la necesidad planteada del supervisado, procurando tener un marco de referencia teórico y comentarios basados en los hechos presentados.

Se discute sobre los puntos de vista de los compañeros, se busca confirmar la utilidad o el sentido de lo que se comentan, para mejorar la situación descrita y el terapeuta supervisado va anotando las sugerencias para resolver el caso.

Durante este esquema de supervisión, se utiliza lo mencionado anteriormente: la tabla (figura 4) que conjunta los datos para elaborar la hipótesis, la relación del número de entrevistas y la importancia de la hipótesis o el conocimiento de la persona, las competencias que se han desarrollado, los estilos de cierre, el entendimiento de la persona antes que la interpretación teórica, etc. Junto con esto, se sugieren técnicas o prácticas específicas según el caso, se les pide investigar sobre el tema para la siguiente sesión o se analizan lecturas de apoyo sugeridas previamente.

Se cuida el contacto con la persona, ya sea a través de darle importancia en el cierre o durante la entrevista. Sobre todo, se hace referencia a su actitud cuando narran el caso, si hay una descripción teórica, lejana al usuario, ansiedad o una alianza que sigue las pautas problemáticas, se les indica para que lo hagan consciente, lo atiendan y modifiquen; ya sea para ser cercano, para atenderse en su proceso psicoterapéutico o para evitar ser parte del síntoma.

Si es la opción B, se retroalimenta al terapeuta justo al terminar la sesión con las bases anteriormente mencionadas, en un trabajo de post-sesión (Linares y Ortega 2008) en un diálogo sobre lo sucedido, buscando los puntos fuertes y reflexionando sobre los aspectos a mejorar.

5. RESULTADOS

Se ha supervisado a más de 30 estudiantes o *terapeutas* durante ocho semestres en más de 60 casos. El tiempo que se ha dedicado en la aplicación de este esquema han sido más de 200 horas, en supervisiones, días después de las sesiones y al terminar la sesión. Debido a la variabilidad en la constancia de los consultantes, y la elección de las prácticas cada período escolar por diferentes circunstancias, estos datos son aproximaciones.

En el ámbito de la intervención (el cual busca generar un esquema que ordene la forma como los *terapeutas* apoyan a las familias y a las personas a partir de una creación de una hipótesis coherente y congruente con las técnicas de cambio) en los primeros semestres, se ha confirmado que es complicado crear una que sea multicausal, los estudiantes suelen elegir solo una condición para resolver la problemática o poner objetivos para la sesión. Se guían por la necesidad de una explicación inmediata (Cozolino, 2010) y en la supervisión solo recuperan algunos contenidos sin poder entender todo el proceso en el que está la persona.

De igual forma, se ha encontrado cuáles son las principales intervenciones que se utilizan en un inicio, relacionadas con los primeros dos niveles que se proponen en la evolución de sus habilidades según Daskal (2008). Por ejemplo, la confrontación junto con el reconocimiento de los avances y recursos de la persona. La psicoeducación es otra de las formas como eligen intervenir, así como el juego con los niños para conocerlos y entender la dinámica que viven.

El desarrollo de la empatía o la relación entre teoría y práctica, es un trabajo constante y en sus inicios apenas alcanzan a comprender la relación que hay entre las mismas (Cozolino, 2011; Daskal, 2008). Después de dos años logran la construcción de conceptualizaciones con una base teórica más consistente, se observan avances en su proceso de aprendizaje al explicar los casos con los que trabajan.

No se alcanzan los niveles de atención más evolucionados, sobre todo el fluir de la conciencia (Mahoney, 2005). Lo que se ha hecho es favorecer a una actitud de respeto frente a lo sagrado que existe al compartir la experiencia en psicoterapia, basado en el trabajo de Juan Carlos Gutiérrez (2014). Probablemente la habilidad de acompañar en el fluir de la conciencia se refiera a un contenido complementario presente en los tres niveles previos y no solo un aspecto a desarrollar.

Con relación a la propuesta inicial de integrar una asesoría desde varios enfoques, se ha podido abrir el diálogo en los estudiantes que eligieron entre cuatro diferentes, el psicoanálisis vincular, la

Terapia Familiar, Gestalt, el Psicoanálisis Relacional y el Cognitivo- Conductual, desde la importancia de una formulación clínica consistente (González, 2009).

La descripción de la problemática desde la narración de los hechos referida por el terapeuta, ayuda a tener claridad para aplica el enfoque elegido (Cyrulnik, 2005). Además este proceso descriptivo evita una transferencia teórica (Duncan, Hubble y Miller, 2003) y subraya la importancia de entender al otro desde su ámbito personal y cultural (Anderson, 1999; Cozolino, 2011; Fortes de Leff y otros, 2009).

Al usar la tabla (Figura 6) donde conjuntan la información del caso y el entendimiento de la problemática, los estudiantes suelen reconocer claridad respecto el problema planteado, generan diferentes explicaciones o completan la que se tenía durante la supervisión, cumpliendo con la condición de tener información descriptiva antes que desarrollar interpretaciones teóricas como se dijo anteriormente (Cyrulnick, 2005; Fortes de Leff y otros, 2009). Más adelante conforme va evolucionando su capacidad, se suele tomar como referencia o como una herramienta para aclarar dudas más complejas.

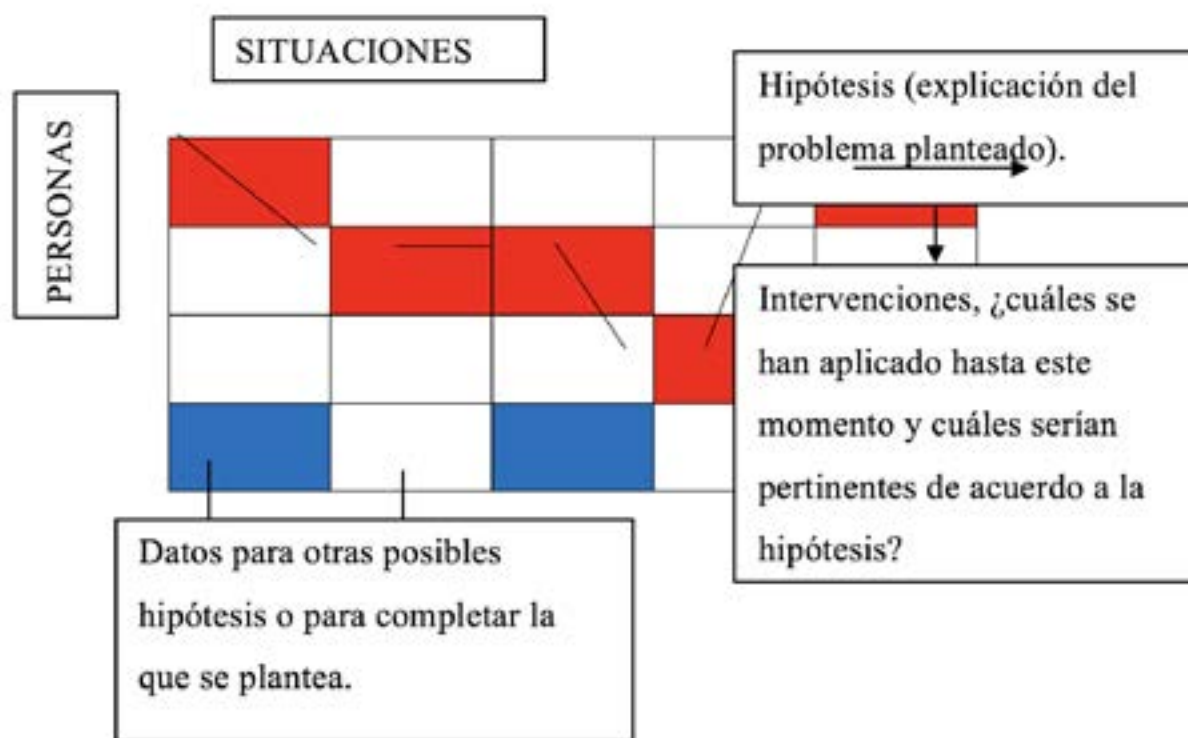


Figura 6. Análisis y síntesis de la información del caso (Fuente: elaboración del autor)¹²

Otra duda que surge en los estudiantes al ver la tabla que conjunta situaciones o personas (figura 6), es cómo definir o elegir las categorías que se plantean o qué se debe de anotar dentro de cada recuadro para organizar la información. Para ello se les sugieren algunas situaciones genéricas, como son: casa, trabajo y escuela y además se les sugiere que anoten a los principales actores en la narración de la persona, que suelen ser papá, mamá y hermanos, y luego describan lo que sucede en cada una de las intersecciones a partir de la narración del actor al que se hace referencia. Por ejemplo: ¿Qué hace la mamá en la casa, en la escuela del hijo o la hija y en el trabajo?, luego se sigue la misma lógica con el papá y con otros actores, como los hermanos.

¹² En esta tabla se especifica que al ir uniendo los temas que se relacionan con la intervención quedan otros fuera que por el momento no se integran del todo en la explicación del problema. Además, se señala la relación que existe entre las personas, las situaciones, la creación de la hipótesis e intervenciones de acuerdo a la hipótesis, como se mencionaba en un inicio.

Se mantiene abierta la posibilidad de organizar la información desde otras situaciones o personas que se pudieran encontrar pertinentes en la descripción del caso, como la casa de la abuela, un viaje, el mismo espacio psicoterapéutico e incluir otros actores como el tío, el vecino la mejor amiga o la abuela; procurando elegir los que tienen más relevancia en la narración de la persona. Lo principal es que relacionen la información a partir de un orden que no es una narrativa continua sino una relación lógica entre los datos, poderlos diferenciar o unir para generar una explicación compleja.

Junto con lo mencionado anteriormente, se ha hecho el análisis incluyendo términos teóricos, no solo situaciones generales, así como cuando se invitó a una profesora de otro enfoque a aplicar este mismo esquema. Pudiera existir un riesgo de una contratransferencia teórica (Duncan, Hubble y Miller, 2003), aun así, se recuperó la posibilidad de observar el análisis del caso bajo un esquema donde caben diferentes enfoques de la psicoterapia (González, 2009).

Asimismo, la elaboración de la demanda se aclara con el uso de la tabla (figura 6). El contenido que va surgiendo en la sesión se anota en las diferentes celdas y es utilizado para elaborar la variable independiente y aclarar el proceso que se relaciona con lo psicológico, no como una solución médica sino como una forma de interacción que implica el actuar del terapeuta y consultante (Villegas, S/N). Usualmente los estudiantes hacen más preguntas o toman en cuenta otros actores o situaciones para explicar el problema.

Por ejemplo, en el caso del niño M se llenan los espacios en la matriz que se ha trabajado (Figura 6), con las situaciones sugeridas (casa, trabajo, escuela) y se añade otra más (apoyo en la familia). Al dar tiempo para observar el resultado del ejercicio, uno de los terapeutas pregunta más por la actuación de la mamá cuando de inicio solo conversaba sobre la problemática del hijo. Al seguir esta duda se completa la pauta que está implicada en el bajo rendimiento del niño en la escuela y se crea una hipótesis compleja, que abona a una elaboración de la demanda más certera e intervenciones más pertinentes.

Además, en este ejercicio de dialogar sobre la relación entre las situaciones y personas, se ubican posibles contratransferencias¹³. En el ejemplo anterior, el terapeuta nota cómo la actitud de la mamá le genera molestia, haciendo referencia a la falta de cuidado y atención hacía el niño, y esta reacción la señala el supervisor para que se atienda como parte de un proceso personal.

Relacionado con el proceso de la elaboración de la demanda como una actividad que no se limita a uno de los enfoques, una terapeuta que llegó a trabajar unos días con esta propuesta comenta:

...Lo más valioso que aprendí fue a tener un objetivo con el paciente. En psicoterapia Gestalt planteamos como objetivos tres pilares que son: consciencia, responsabilidad y libertad...

Esto me da un sentido de orientación en mi práctica de acompañamiento, pues ahora mi acompañamiento tiene un rumbo y me he dado cuenta de que llevar un objetivo específico no limita al cumplimiento de los objetivos que se plantean en la psicoterapia Gestalt.

Por otro lado, es necesaria cierta capacitación sobre el esquema que se trabaja e iniciativa del estudiante en investigar desde su enfoque que ha elegido, para tener una mayor eficacia. La supervisión (Linares y Ortega, 2008) va guiando y reflexionando sobre el proceso que se da en cada caso desde los cuatro ámbitos descritos y sigue siendo una necesidad para los “terapeutas” el aprender a integrar la información de sus clases teóricas previas, la teoría del enfoque elegido y la práctica en la “psicoterapia” dada por ellos. Relacionado con lo anterior se adjunta el comentario de una de las “terapeutas”:

Uno de los mayores retos para mí, fue el no saber cómo explicar de forma teórica lo que yo hacía, es decir, sabía lo que hacía, tenía sentido para mí, era algo que funcionaba y notaba cambios, pero no tenía clara la información para explicarle a alguien lo que yo hacía.

13 Aunque no se especifica algún enfoque y no se pretende profundizar en los términos, se toma este desde Cozolino (2004) cuando reflexiona en los retos que tienen los terapeutas que inician ante sus primeros casos, donde una de las complicaciones puede ser el ver en el paciente las propias necesidades o problemáticas.

Por último, la forma de construir hipótesis no es un tema que asocian con la psicoterapia, por lo que hay que enseñar a integrar información para la construcción del caso y, además, con esta forma de organizar los datos obtenidos, que busca una relación cercana a lo sucedido en sesión (Cyrulnik 2005), se observa de manera más clara la complejidad de los factores relacionados con la queja, cómo construyen sus intervenciones, los cambios logrados o las dudas.

6. CONCLUSIONES

Para terminar, esta estructura procura facilitar el aprendizaje de la psicoterapia desde los factores comunes (Campagne, 2004; Moreno y Zhon, 2013) y dejar clara la necesidad del estudio y preparación para realizar asesorías psicológicas con calidad, basadas en la psicoterapia.

Junto con este objetivo se deberá trabajar en ajustar este esquema, en la medida de lo posible, a diferentes enfoques (González, 2009), sin buscar incluirlos a todos, sino tener una guía donde se puedan aplicar algunas propuestas representativas de las diferentes teorías que abordan la psicoterapia.

Aunque los estudiantes no son expertos, sí pueden ayudar a que las personas logren cambios en su vida, para lo cual es necesaria una estructura que lo facilite, que no se determine por un enfoque teórico (Cozolino, 2011) y que abone a su evolución como profesionales en este ámbito (Daskal, 2008). Por ello, es una herramienta útil tener ciertos puntos como los mencionados anteriormente (*trabajo psicoterapéutico*, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión) así como los alcances según su etapa o semestre de formación que están cursando.

Además, esta forma de dar atención favorece el cuidado de las personas que solicitan ayuda, al escuchar su opinión sobre el proceso, seguir su ritmo y necesidades (Anderson, 1999; Laso, 2014a), y el terapeuta al cuidar el orden y lógica de su trabajo. Para confirmar esto se comparte el comentario de una terapeuta:

Este modelo me ha ayudado, en primer lugar, a tener una forma estructurada para llegar al objetivo. El tener una lista de pasos o de metas esperadas ayuda a saber a dónde te puedes dirigir. Que el modelo no esté planteado en lenguaje puramente teórico también me permite que lo pueda aplicar y ver en las cosas, ya no es solo buscar lo que dice la teoría o una explicación clara, sino con un modelo existente darle sentido y orden a lo que pasa. También me ayudó a tener un modelo más cercano a mí, ya no solo era la terapeuta experta o la experta, sino un trabajo entre dos personas.

El esquema desarrollado *trabajo psicoterapéutico-sistematización de la información, aspectos personales del estudiante dentro de una supervisión constante*, propone acompañar a las personas; al mismo tiempo permite que el terapeuta dé una atención adecuada, así como experimentar el aprendizaje, la mejora (Linares y Ortega, 2008) y, posiblemente, el interés en tener a la psicoterapia como una de sus principales inquietudes para la profesionalización en el futuro.

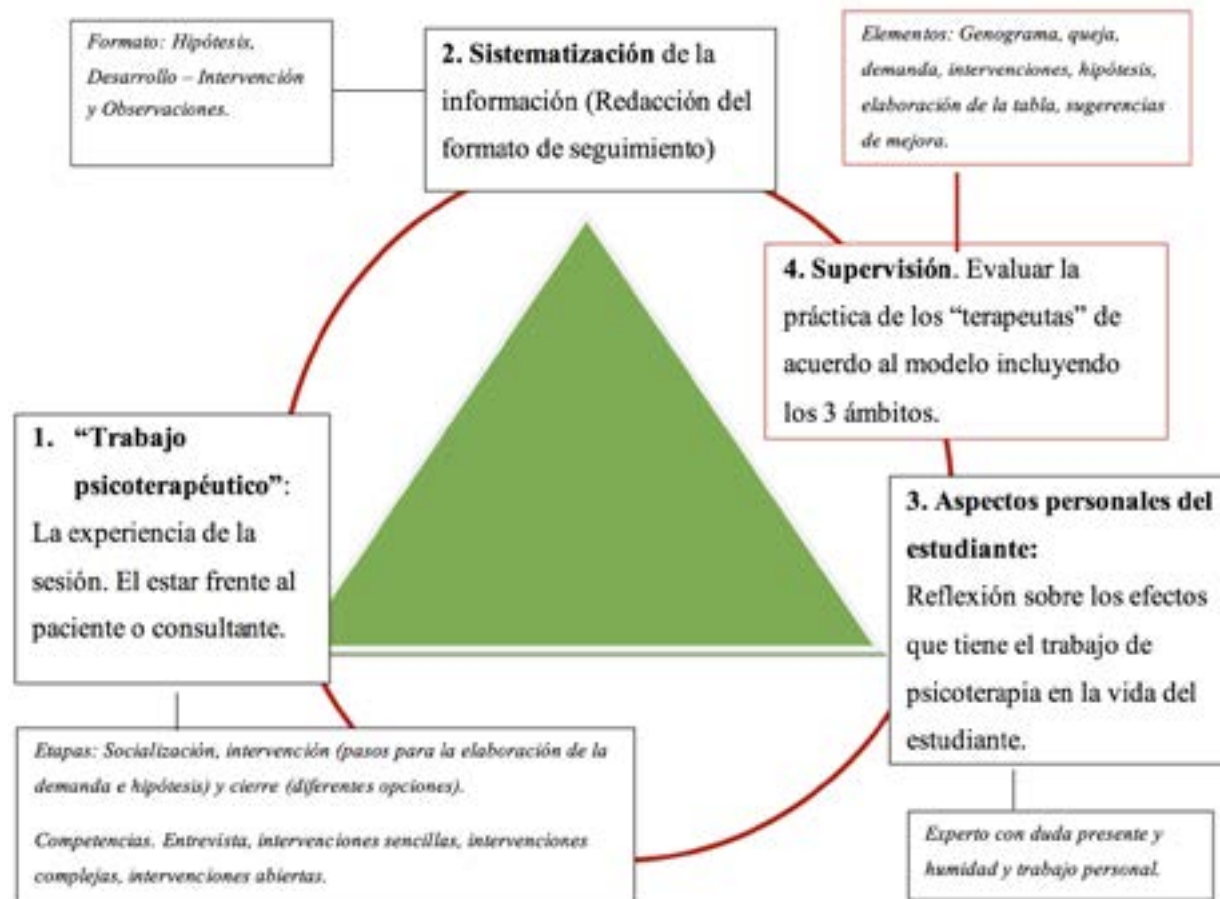


Figura 7. Modelo de intervención (Fuente: elaboración del autor).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Argentina: Amorrortu
- Campagne, M. (2004). *El terapeuta no nace, se hace*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n121/original04.pdf>
- Ceberio, M. (2006). *La buena comunicación*. Buenos Aires: Paidós
- Cozolino L, (2011) Como ser un terapeuta. México: Paidós
- Cyrlunik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII (3), 215-224.
- Duncan, B., Hubble, M. y Miller S. (2003). *Psicoterapia con casos imposibles*. Barcelona: Paidós.
- Fortes de Leff, J., Auron F., Gómez, M. y Pérez J. (2009). *El terapeuta y sus errores*. México: Trillas.
- Fishman, Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Ed Siglo XXI
- Gutiérrez, J. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, *Pensamiento Sistémico* (pp. 147- 168). México: Litteris.
- González, L. A. (2009). *Formulaciones clínicas en psicoterapia*, recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100009
- Laso, E. (2014a). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, *Pensamiento Sistémico* (pp. 97-123). México: Litteris.
- Laso, E. (2014b). Práctica supervisada y el estilo terapéutico del alumno. Comunicación personal. Zapopan, Jalisco.

- Linares, J. (1996). *Identidad y Narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. y Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar: Aprendizaje y Supervisión*. México: Trillas.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones. Terapia Familiar Crítica*. México: Red Américas.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa,
- Moreno, S. y Zhon, T. (2013). *Psicoterapia Contemporánea*. México: ITESO.
- Nezu A., Maguth, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. México: Ed. Manual Moderno.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (1996). *El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática*. Recuperado de http://centroitaca.com/pdf/biblioteca/Demanda_03.pdf