

The consideration of the Person of the therapist in
Public Health Care

Alejandra Ríos González^a y Patricia Santibáñez Fernández^a

^aCentro de Salud Familiar Panguipulli, Magíster en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera, Chile, ^bDepartamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Chile

Historia editorial

Recibido: 21-04-2023

Primera revisión: 12-10-2023

Aceptado: 10-03-2024

Palabras clave

persona del terapeuta,
resonancias, atención primaria
de salud, terapia sistémica

Resumen

El trabajo psicoterapéutico comprendido desde un paradigma sistémico, considera sine qua non la interacción de la subjetividad del consultante y del terapeuta. Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo, describir cómo se incorpora la persona del terapeuta (PDT) en psicólogos chilenos que ejercen en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS). A través de Análisis Temático de seis entrevistas, los principales resultados indican que el concepto de la PDT es relacionado con las dimensiones emocionales del psicólogo, involucradas en el trabajo clínico. Se identifica la importancia de su inclusión, así como la identificación y manejo de resonancias desde las características, desafíos y necesidades específicas del contexto de APS.

Abstract

From the systemic approach, the therapist is part of a therapeutic system, in which the subjectivity of the consultant and the therapist interact. In this intersubjectivity, the development of the Person of the Therapist (PDT) is relevant and implies the recognition and management of resonances to favor and not hinder therapeutic processes. The objective of this research was to describe how the person of the therapist is incorporated into psychologists who practice in primary health care (PHC). The methodology used was qualitative, with a descriptive design. A semi-structured interview was applied to six psychologists, who were analyzed by Thematic Analysis. The main results indicate that the concept of PDT is related to the emotional dimensions of the psychologist, involved in clinical work. Its relevance is perceived from the practical experience, identifying the importance of the inclusion of the PDT, the identification and management of resonances, from the characteristics, challenges and specific needs of the PHC context.

Keywords

person of the therapist,
resonances, primary health
care, systemic therapy

En Chile, el 80% de la población se atiende en la salud pública, la cual, en su condición actual, aún no logra dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas, generando grandes brechas en la atención (Goic, 2015).

La atención primaria de salud (APS), es la puerta de entrada al sistema de salud público chileno, incluido el acceso a la atención en salud mental. Tiene un rol preventivo, promocional y recuperativo en salud, acompañando a la población a lo largo de todo el ciclo vital individual y familiar, manteniendo una relación permanente y constante con los usuarios. Sus dispositivos de atención, se encuentran insertos en la comunidad y tienen carácter territorial (Ministerio de Salud, 2018).

Se observan distintos niveles de vulnerabilidad en la población que aquí se atiende, sin embargo, quienes presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental, son los niños y niñas en situación de pobreza, las personas con menor nivel educacional, los jóvenes, mujeres y pueblos originarios (Ministerio de Salud, 2017).

Si se consideran las características específicas del contexto del ejercicio profesional del psicólogo en APS, sin duda, la dimensión ética cobra gran relevancia. Como señala Medina (2018), en contextos de inequidad, injusticia y precariedad, la terapia debe considerar el entorno social, económico y político del sufrimiento, tomando como preceptos básicos, el respeto, la tolerancia y la autocrítica a la luz de una contextualización social.

Este ejercicio ético, implica un proceso autocrítico, de autoconocimiento y reflexión constante en los profesionales que ejercen en estos espacios, relevándose el reconocer el self del terapeuta, tanto como un recurso en terapia, así como una forma de autocuidado en el quehacer profesional (López et al., 2019).

La teoría de sistemas y la cibernética de segundo orden, entienden la relación entre consultante y terapeuta como una construcción mutua (Joutoran, 1994), un encuentro entre subjetividades en el que toda descripción, dentro de este, es autorreferencial (Keeney, 1991).

Desde esta perspectiva, el terapeuta no es un profesional neutro, sino sujetos contextuales en los cuales interactúan la subjetividad personal y la subjetividad colectiva (familia, comunidad, país) (Soto, 2011). Por tanto, en el espacio terapéutico, sus prejuicios y con-

vicciones se interrelacionan con las del consultante, involucrándose aspectos profesionales, personales y valóricos (Szmulewicz 2013).

Esto pone en evidencia la importancia de la figura del terapeuta dentro de su intervención, con la consideración de una constante autoactualización, la preocupación por su mundo interno, su historia personal, el conocimiento de su personalidad y su propio estilo personal, para favorecer intervenciones más pertinentes (Campagne, 2014; Garzón, 2008; Szmulewicz, 2013).

Es que en el proceso de terapia, más que el modelo teórico y las técnicas aplicadas, la Persona del Terapeuta (PDT) se configura como el instrumento más importante (Chazenbalk et al. 2003; Chouhy, 2007; Elkaïm, 1996), siendo entendido como el “ser humano que ejerce el rol de terapeuta, y (...) todo lo que le es constitutivo: sus sentimientos, pensamientos, creencias, valores, su biografía e historia transgeneracional, sus decisiones de vida, su pasado, su presente y su proyecto de futuro” (De la Harpe & Santibáñez, 2021, p. 143).

Considerando que, desde una mirada ética, la concepción del trabajo en la PDT abre un importante tema respecto a la responsabilidad personal y profesional de los terapeutas en contextos de vulnerabilidad social (Garzón, 2008) y la relevancia que por ello tiene para la salud pública, es que el desarrollo de la Persona del Terapeuta en psicólogos que trabajan en APS, se evidencia esencial para favorecer un adecuado uso del self, que se transforme en recurso para el ejercicio profesional y evite un efecto negativo en las intervenciones (Szmulewicz, 2013).

En el ámbito internacional, existen estudios en la PDT que muestran la relevancia del autoconocimiento del terapeuta a favor del ejercicio clínico, aportando mejor comprensión de sí mismo, del otro y de la relación (Aponte y Winter 1988; Aveline, 2005; Fabregó y Viñas, 2010; Mayer y Oosthuizen 2020; Pérez y Rábago 2018).

Otros estudios internacionales, abordan la dimensión relacionada con el entrenamiento y la supervisión en el proceso de desarrollo de la PDT, evidenciando la importancia de modelos que guíen y estructuren dicho proceso (Aponte y Winter, 1988; Aponte et al. 2009a; Aponte y Carlsen, 2009b; Niño y Zeytinoglu-Saydam 2020; Watson, 1993).

En el escenario nacional, las investigaciones destacan la importancia del desarrollo de la PDT al servicio de la terapia, identificando el trabajo personal, como un proceso constante, ya que mientras se viva se siguen teniendo nuevas experiencias (Szmulewicz, 2013).

Específicamente en la formación de terapeutas sistémicos, se entrega especial énfasis al desarrollo de la PDT, surgiendo desde esta instancia, investigaciones que buscan sistematizar el proceso (Carrasco y Díaz, 2011), generar modelos de entrenamiento más significativos y efectivos (Canevaro et al., 2017; Orellana et al., 2016), así como profundizar en el concepto de resonancia, concepto que alude al punto de encuentro entre el marco de referencia del consultante y del terapeuta (Elkaim, 1989; Polanco et al., 2018).

A pesar de su relevancia y los significativos aportes a los procesos de terapia, aún siguen siendo escasas las investigaciones en el área (Mondaca et al., 2014), más aún en el contexto de la APS chilena.

Debido a lo anterior, el objetivo general de este estudio cualitativo es describir cómo se incorpora la Persona del Terapeuta durante los procesos de intervención de psicólogos que trabajan en APS. Para el logro de lo anterior, se buscó dar respuesta a los siguientes objetivos específicos: Describir cómo se conceptualiza la Persona del Terapeuta en psicólogos que trabajan en atención primaria; Identificar resonancias que los psicólogos reconocen en la relación con los consultantes durante los procesos de intervención; Describir cómo se manejan las resonancias durante los procesos de intervención; e Identificar posibles necesidades de los psicólogos relacionadas con el desarrollo de la Persona del Terapeuta en el contexto de atención primaria.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por seis participantes, cuatro mujeres y 2 hombres, el cual constituye un número suficiente para lograr comprender un fenómeno social de interés (Turpin et al., 1997). Como criterio de inclusión, se consideró a participantes de ambos sexos, psicólogos, que se encuentren ejerciendo en el contexto de APS por un periodo mínimo de seis meses, por estimarse como tiempo prudente para adaptarse a un contexto laboral. Como criterio de exclusión, se considera a psicólogos que ejerzan en el ámbito privado en mayor cantidad de horas que las dedicadas al ejercicio en APS.

Se realizó un muestreo intencional de tipo homogéneo (Quintana, 2006; Ruiz, 2012), buscando casos ricos en información y que reunieran los criterios predeterminados de importancia (Patton, 1990), como son la experiencia del ejercicio profesional en un contexto específico del sistema público de salud.

DISEÑO

Este estudio fue de carácter cualitativo, con diseño descriptivo, ya que pretende caracterizar un fenómeno a través de la experiencia personal de los participantes (Ander-Egg, 1995).

INSTRUMENTOS O TÉCNICAS

Se utilizó entrevista semiestructurada, por su flexibilidad y aporte a la organización de la información en torno a ejes temáticos y de reflexión (Díaz-Bravo et al., 2013).

PROCEDIMIENTO

Para acceder a los participantes del estudio, se recurrió a un listado de psicólogos existentes en los Centros de Salud Familiar de una zona geográfica específica. Se estableció contacto telefónico de manera informal, y vía correo electrónico se clarificó el objetivo de la investigación, y el formato de recolección de datos.

En cuanto a los resguardos éticos, se explicitó que su participación era anónima y voluntaria, y se solicitó firmar un acta de consentimiento informado.

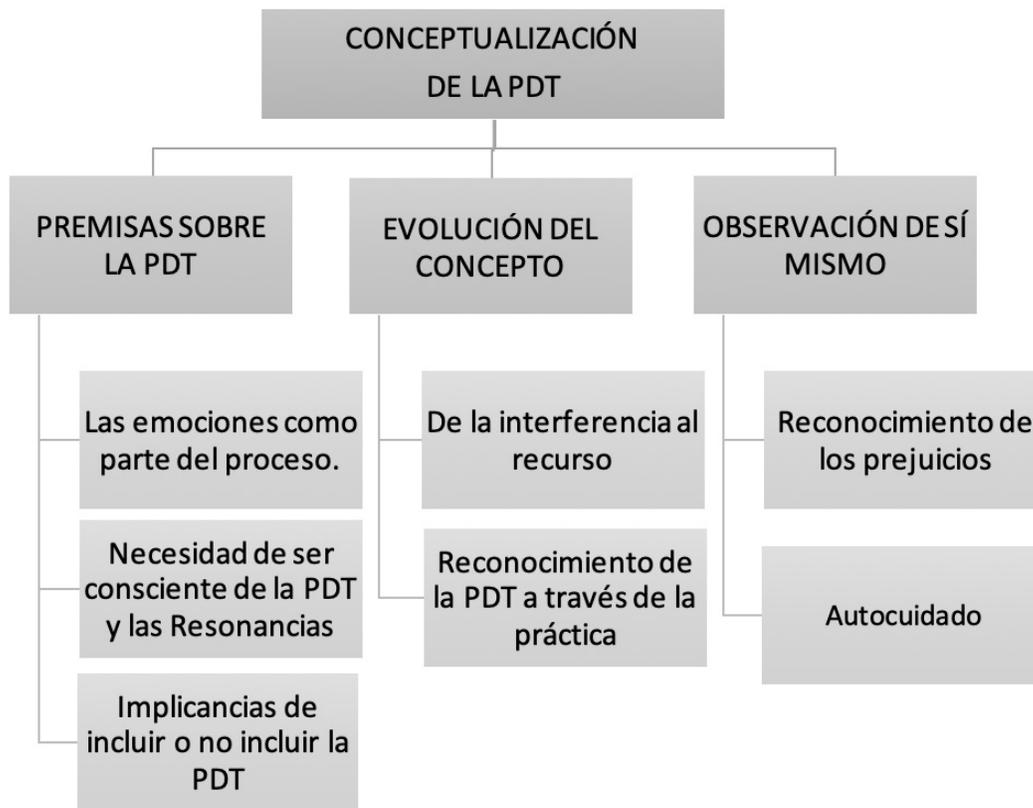
ANÁLISIS DE DATOS

El análisis se realizó por medio de Análisis Temático, el cual permite identificar, analizar y comunicar patrones o temas en los datos. Es un método flexible, que releva las similitudes y diferencias en los temas, además de generar conocimientos imprevistos a través de un análisis de seis etapas (Braun y Clarke, 2006).

Por medio del análisis temático, se identifican tres temas: Conceptualización de la PDT, Trabajo en la PDT y PDT en el trabajo clínico en APS.

El tema *Conceptualización de la PDT* recoge las ideas y conceptos que los profesionales conocen y relacionan con la PDT, agrupadas en tres subtemas (Figura 1)

Figura 1. Tema 1: Conceptualización de la PDT



Nota: Elaboración propia.

El subtema *Premisas Sobre la PDT*, aborda las ideas referentes a ésta en base a sus experiencias de formación académica y práctica clínica.

Un primer contenido, alude a *las emociones como parte del proceso terapéutico*, reconociendo que las vivencias, historias y expresión emocional de los consultantes, evocan diferentes emociones en ellos, experiencia que es percibida como normal y esperable en la atención clínica.

En el segundo contenido, plantean la *necesidad de ser conscientes de la importancia de la PDT y de las resonancias*. Le asocian con una dimensión ética de la práctica clínica, que implica: hacerse cargo de quién soy, de lo que me ocurre en sesión, de las creencias que subyacen en sus intervenciones y las emociones evocadas en el encuentro. Identifican la necesidad de ser consciente de la PDT y de las resonancias, con el objetivo de diferenciar, de mejor manera, las emociones y requerimientos de los consultantes, de las propias emociones y expectativas del proceso.

El tercer contenido alude a las *Implicancias de incluir o no incluir la PDT*. Identifican que incluirla en las atenciones, permite centrarse de mejor manera en el consultante, ser más consciente de cómo la propia subjetividad está presente en las sesiones y cómo ésta interactúa con la subjetividad del otro.

Del mismo modo, reconocen que el no incluir la PDT como un elemento importante de la atención, puede implicar efectos negativos, incluso dañinos en el consultante y su proceso terapéutico.

El subtema *Evolución del concepto*, muestra que el concepto de PDT ha ido evolucionando a través del tiempo de ejercicio profesional.

Señalan que se produce un cambio en la percepción del concepto de la PDT, que va *de la interferencia al recurso*. En las primeras etapas del ejercicio clínico, relacionaban algunos aspectos de la PDT, - como la identificación de resonancias-, a situaciones que les generaban conflicto. Sin embargo, luego la percepción evoluciona hacia lo positivo, considerando la aparición de resonancias como una señal, una alerta que evidencia los aspectos personales a los que deben poner atención, además de propiciar la conexión emocional con el consultante.

La mayoría de los participantes reconoce que se valora la *importancia de la PDT a través de la práctica*. Señalan que la aproximación inicial al concepto fue más bien teórica y señalada como un tema importante, pero sin un trabajo práctico. Sin embargo, es la experiencia en el trabajo clínico la que les fue evidenciando su relevancia.

El subtema *Observación de Sí Mismo* agrupa las ideas relacionadas con la observación de sí mismo como un aspecto relevante de la conceptualización de la PDT.

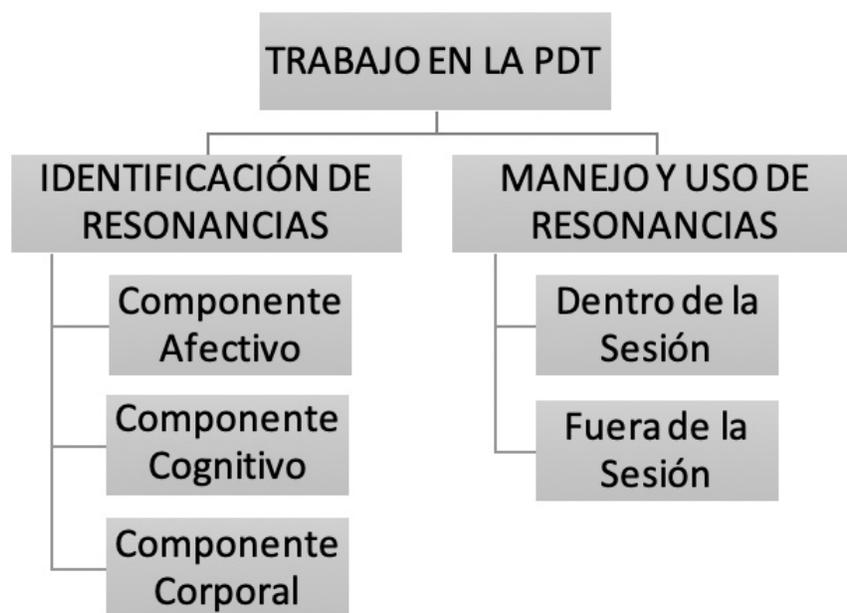
Identifican como relevante en la observación de sí mismo el *reconocimiento de los prejuicios*. Señalan que la capacidad de reflexionar y hacer consciente las ideas y creencias que

142 cada uno tiene respecto a diferentes aspectos de la vida, permite el automonitoreo necesario para evitar intervenciones iatrogénicas.

Además, el desarrollo de la PDT, es vinculado con el *Autocuidado*, incluyendo en ello el autoconocimiento, la exploración de los propios límites y la capacidad de identificar las señales respecto a las necesidades del psicólogo a nivel personal y profesional. Manifiestan que esto impacta favorablemente, tanto en la prevención del desgaste profesional, como en la calidad de la atención a los consultantes.

El tema *Trabajo en la PDT* aborda la identificación de resonancias y cómo se manejan éstas durante los procesos de intervención, emergiendo dos subtemas (Figura 2):

Figura 2. Tema 2: Trabajo en la PDT



Nota: Elaboración propia.

El primer subtema recoge las experiencias de los psicólogos respecto a la *identificación de resonancias*, a las emociones que reconocen, las atribuciones que realizan a esta ocurrencia y la manera en que se dan cuenta de que esto les está sucediendo.

Los psicólogos manifiestan que en el trabajo clínico reconocen un *componente afectivo* por la movilización de emociones. Refieren mayor conexión, satisfacción en el encuentro con el otro, mayor capacidad de centrarse en las necesidades de los consul-

tantes y alegría por sus logros. Así también, destacan la rabia y la frustración, las que pueden afectar el vínculo y la capacidad de separar entre las necesidades de los consultantes y los temas personales.

Identifican un *componente cognitivo*, reconociendo que en el trabajo clínico se movilizan aspectos positivos como negativos a nivel cognitivo, los cuales se relacionan con las atribuciones que realizan respecto a lo que les ocurre y a su desempeño frente a esto. Dentro de lo positivo destaca la idea de utilidad respecto a la aparición de resonancias, lo que aumenta la percepción de autoeficacia. Por otro lado, en un sentido negativo, pero en la misma línea, existe percepción de obstáculo, de interferencia y duda sobre las propias capacidades.

Los psicólogos entrevistados identifican también un *componente corporal*. Refieren percibir las emociones y la presencia de resonancias a través de sensaciones y posturas corporales, como tensión en los hombros, mantener distancia, alejamiento del consultante, cambios en la expresión facial, entre otras. Este es un proceso que varía en la temporalidad en que ocurre la consciencia de dichas percepciones. Algunos refieren darse cuenta en el mismo momento en que les ocurre, y otros, señalan que es un proceso posterior.

El segundo subtema recoge las experiencias de los psicólogos respecto al *manejo de las resonancias*, y las acciones que realizan luego de su identificación.

Manifiestan que, *dentro de la sesión*, tras identificar resonancias, utilizan estrategias que han ido desarrollando durante su práctica clínica, tales como: hacer una pausa en el momento de reconocer resonancias, respirar profundo, poner lo que sucede en palabras, evidenciarlo en la sesión.

Refieren que *fuera de la sesión* también ocurre el manejo de las resonancias, en un proceso de reflexión sobre lo que les sucede en el encuentro con los consultantes. Señalan que esto puede ser un proceso en solitario, pero también con ayuda de otros psicólogos.

El tema *PDT en el trabajo clínico en APS*, recoge estas experiencias, así como la identificación de posibles necesidades relacionadas con el desarrollo de la PDT en dicho contexto. Se identifican cuatro subtemas (Figura 3):



Nota: Elaboración propia.

Respecto a las *características del trabajo clínico* en el contexto de la atención primaria, y específicamente en el territorio en que se enmarca la investigación, mencionan: diferencias en el tamaño de los equipos de salud mental, alta ruralidad de la población, pacientes en contextos obligados (derivaciones de Juzgado), y un modelo biomédico en el cual se inserta el quehacer del psicólogo de APS.

Refieren percibir *carencias y necesidades en el trabajo de la PDT*, considerando las carencias sobre todo con la falta de tiempos resguardados para el análisis de casos y el trabajo multidisciplinario. Las necesidades señaladas, guardan relación con la importancia de supervisión clínica que permita un mejor abordaje de las intervenciones terapéuticas y los espacios de trabajo en la Persona del Terapeuta.

También, surge el subtema *Ampliación del concepto a otros profesionales*, que recoge la idea compartida por varios entrevistados respecto a que el trabajo de la PDT, es un concepto y una práctica que puede y debe ser extensible a todo profesional de la salud, en cuanto trabajan con personas y sus necesidades en diferentes dimensiones, incluyendo la emocional. Lo cual, además, ocurre en un contexto de vulnerabilidad social.

Los entrevistados manifiestan *propuestas para incluir la PDT* en el trabajo de APS. Señalan que sería enriquecedor incorporar en espacios de reunión, el análisis de casos clínicos donde se considere la PDT. Además, refieren que podrían instaurarse instancias de supervisión técnica por externos al centro de salud, o bien, entre profesionales de distintos CESFAM, realizando un trabajo colaborativo. Se plantea la importancia que estos espacios

cuenten con los resguardos necesarios para abordar temas personales, favoreciendo la confianza y el trabajo en equipo.

DISCUSIÓN

Este estudio, tuvo como objetivo general, describir cómo se incorpora la Persona del Terapeuta durante los procesos de intervención de psicólogos de atención primaria

El primer objetivo específico, buscó describir cómo se conceptualiza la Persona del Terapeuta en psicólogos que trabajan en APS.

Se identificaron premisas sobre la PDT, entre las que aparece el reconocimiento de las emociones del terapeuta como algo normal y parte del proceso de atención clínica, en el cual, la subjetividad y las experiencias personales son parte intrínsecas de éste, concordando con las ideas de Szmulewicz (2013) del terapeuta que se autodevela en el encuentro con el otro, a través de sus sentimientos, percepciones, pensamientos y propia biografía.

Refieren la relevancia de ser consciente de la PDT y las resonancias. Se asume que el terapeuta debe estar atento a cómo los aspectos personales impactan en el espacio terapéutico. Lo relacionan con una dimensión ética del ejercicio clínico, en cuanto, considerarlo o no, puede tener implicancias positivas o negativas para el consultante, conllevando una responsabilidad profesional y personal en el ejercicio clínico. En esta línea, Garzón (2008) refiere que es necesario que los profesionales desarrollen una respuesta ética frente al sufrimiento de los seres humanos, que implique un compromiso profesional y personal de la labor clínica.

Los entrevistados mencionan que su comprensión respecto del concepto de la PDT, fue evolucionando a través del tiempo, en cuanto a su significado y aplicación. En un inicio del ejercicio profesional, esta dimensión se asocia a las resonancias, como una interferencia negativa en la terapia, realizando un gran esfuerzo por mantener la diferencia entre el mundo emocional del consultante y el propio. Sin embargo, la experiencia en el trabajo clínico les fue evidenciando su relevancia, evolucionado a una percepción más positiva, identificándola como un recurso terapéutico. La refieren como una señal de los contenidos a los que poner atención, los temas personales que quizás no están resueltos o ameritan una nueva revisión, y un elemento favorecedor de la conexión emocional con el consultante.

Relacionado a lo anterior, Chouhy (2007) señala que precisamente, gracias al concepto de resonancia, la autoreferencia deja de ser una limitante para convertirse en una posibilidad, siempre y cuando el terapeuta aprenda a utilizarse como instrumento terapéutico. Referente a esto, Polanco, et al. (2018) señalan que los terapeutas inicialmente invierten mayor esfuerzo en el proceso de identificar sus resonancias de una forma adecuada, mientras que posteriormente, a través de la experiencia lograrían hacer consciente su surgimiento de manera más frecuente y con mayor facilidad.

Se identifica también, la idea de la observación de sí mismo como una necesidad en el trabajo de la PDT, asociando el concepto a la revisión de prejuicios e importancia del autocuidado. Estas ideas, dan cuenta de la estrecha relación establecida en el trabajo de la PDT, y la capacidad de autoobservación como una forma de reflexionar y estar atento al mundo interno. Algo similar a lo señalado por Garzón (2008), cuando refiere que, dentro del desarrollo del estilo personal del terapeuta, el reconocimiento de la propia subjetividad, implica y requiere reflexionar sobre sí mismo, autoreferenciarse, para su propia comprensión y definición. Reconocer quién es, cómo lo hace y lo que necesita.

El segundo y tercer objetivo específico, estuvieron vinculados a la identificación de resonancias que los psicólogos reconocen en la relación con los consultantes, y cómo se manejan durante los procesos de intervención.

Los psicólogos entrevistados, señalan que reconocen resonancias tanto evocadas por la historia del consultante, como por el propio estado emocional o situación particular que esté viviendo (cansado, preocupado, molesto, enfermo, entre otros). Este reconocimiento de la vivencia de una resonancia, lo identifican desde tres dimensiones: desde lo afectivo, cognitivo y conductual.

Desde lo afectivo, describen pena, alegría y rabia. Vinculado al aspecto cognitivo, refieren la idea de utilidad respecto a la aparición de resonancias, lo que aumenta la percepción de autoeficacia. En línea con lo anterior, también señalan una percepción de obstáculo, de interferencia y duda sobre las propias capacidades cuando consideran que no las abordan adecuadamente. En la dimensión corporal, identifican sensaciones y posturas corporales, como tensión en los hombros, generar distancia o cercanía del consultante, cambios en la expresión facial, entre otras.

En estas experiencias, hay un símil en lo descrito por Rivas et al. (2020), quienes señalan que cuando se experimenta una resonancia, existen aspectos positivos y negativos, a nivel afectivo, cognitivo y físico, lo que se daría en un proceso, que implica inherentemente la dimensión emocional del terapeuta.

El manejo de resonancias, se relaciona con las acciones que los psicólogos realizan posterior a la identificación de éstas, que implica, tanto el uso de las mismas, como la activación de temas personales y experiencias que consideran deben atender. Señalan que ocurriría en dos momentos, dentro y fuera de la sesión. Dentro de la sesión describen acciones relacionadas con la consciencia de la aparición de la resonancia, que incluyen: pausas necesarias para procesar la ocurrencia, su uso a favor del proceso a través de la auto develación, y la conexión emocional. Fuera de la sesión, identifican acciones relacionadas con la autoobservación, reflexión y asociación con temas personales, a través de un trabajo individual o acompañado por pares en un formato de supervisión informal. Refieren también recurrir a psicoterapia para el abordaje de resonancias relacionadas con temas de su historia de vida no resueltos.

En el cuarto objetivo específico, identificar posibles necesidades de los psicólogos relacionadas con el desarrollo de la PDT en el contexto de APS, surge relevante el considerar las características particulares del trabajo clínico en APS. Entre ellas destacan: la atención de una población muy heterogénea en cuanto a las motivaciones para consultar, cobertura de amplios rangos etarios, intervención en contextos obligados, y escasa posibilidad de derivar por motivos personales del profesional.

Este escenario, que implica una constante adaptación a diferentes contextos y necesidades de los consultantes, genera una gran demanda para el psicólogo, siendo relevante que éste se preocupe de su mundo interno, su historia personal, el conocimiento de su personalidad y su propio estilo personal, en una autoactualización constante que favorezca intervenciones más pertinentes (Campagne, 2014; Garzón, 2008; Szmulewicz, 2013).

Respecto a limitaciones de este estudio, cabe señalar que no se realizó distinción de género debido a la disparidad en la muestra; así tampoco, distinción respecto a años de ejercicio profesional. Ambos aspectos pueden ser interesantes de considerar en futuras investigaciones.

El trabajo en la PDT, surge como un recurso valioso para enfrentar los requerimientos de APS, dado que existen muchas carencias y necesidades en esta dimensión del trabajo clínico. Desde los lineamientos del Ministerio de Salud chileno para este nivel, se espera que los psicólogos en APS realicen actividades clínicas en la línea de la consejería y psicoeducación, a pesar que la evidencia señala que las actividades psicoterapéuticas son las que generan mayor demanda y ocupan el mayor porcentaje de horas de estos psicólogos (Schragger y Molina, 2007).

Por otra parte, el enfoque sistémico familiar de los CESFAM en los cuales trabajan los psicólogos entrevistados, implica la conformación de equipos interdisciplinarios para la atención de una población específica. Ello conlleva que los diferentes profesionales compartan los desafíos y necesidades del trabajo en APS.

Desde este escenario, surge el hallazgo respecto de lo pertinente que es ampliar el concepto de trabajo en la PDT hacia otros profesionales de salud, identificándose la importancia de considerar los aspectos personales y subjetivos que pueden verse movilizados en el personal que se vincula con los usuarios que acuden debido a sus diferentes necesidades. Los profesionales de APS, comparten el campo de experiencias del cuidado físico y mental de otras personas, por lo tanto, aquella necesidad de trabajo en la “Persona”, sería inherente también para todo el equipo de salud.

En esta línea, en base a estos resultados de este estudio, sus autoras se permiten ir más allá del contexto de salud, proponiendo que el trabajo reflexivo respecto a nuestras creencias, prejuicios e historia personal, debería ser extensivo a todas aquellas profesiones que trabajen con personas y que se ven impelidas a acercarse a la intimidad de éstas; especialmente, cuando esto se da en contextos de vulnerabilidad. En ello, emergen como ejemplos relevantes, el trabajo de los profesionales que ejercen en el sistema de justicia o en el sistema educativo.

Los psicólogos entrevistados expresan la necesidad de contar con espacios para abordar temas relacionados con la PDT, reconociendo la importancia de la supervisión clínica y análisis de casos. En estos últimos, distinguen que se hace relevante el considerar las necesidades de los consultantes, tanto como las del profesional, entendiendo que incluir

la dimensión de la PDT, mejora la calidad de la atención y favorece el autocuidado del psicólogo. 149

Este estudio pretende ser un aporte en la comprensión de la importancia de la temática, en un contexto donde no ha sido suficientemente considerada, aunque sí reconocida como necesaria por los profesionales que ejercen en él. Evidenciar esta necesidad y las estrategias de inclusión de la PDT que los profesionales han ido desarrollando a través de la propia experiencia, podría contribuir a visibilizar su importancia y las posibilidades de su incorporación formal y transversal en APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander- Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Lumen.
- Aponte, H., & Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista sistemas familiares*, 4(2), 2–15.
- Aponte, J., Powell, F., Brooks, S., Watson, M., Litzke, C., Lawless, J., & Johnson, E. (2009a). Training the person of the therapist in an academic setting. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 381–394. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2009.00123.x>
- Aponte, H., & Carlsen, J. (2009b). An Instrument for Person-of-the-Therapist Supervision. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(4), 395–405. 405 <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00127.x>
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 155–164.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75–95.
- Canevaro, A., Abeliuk, Y., Condeza, M., Escala, M. A., García, G., & Montes, J. (2017). El nacimiento del terapeuta sistémico. El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, 34.
- Carrasco, E., & Díaz, M. (2011). Taller de la persona del terapeuta: Supervisión grupal Ins-

tituto Chileno de Terapia Familiar. *Revista De Familias y Terapias*, 20(31), 97–105.

- Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., & Arcuschin, O. (2003). La Incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate*, 3, 107–116. <https://dialnet.unirioja.es/revista/9530/A/2007>
- 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 psicosociales*, 18, 127–145.
- De la Harpe, C. & Santibañez, P. (2021). Apego en el encuentro terapéutico: Nuevas integraciones teóricas y clínicas. En R. Córdoba y J. Silva (Ed.), *Apego y Parentalidad* (pp.137-147). ISBN: 978-956-220-435-4
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Gedisa.
- Elkaïm, M. (1996). De la autorreferencia a los ensamblajes. *Sistémica: Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos*, 1, 15–29. <https://www.aatfa.org/documentos/revista/SYSTEMICA-01.pdf>
- Fabregó, E., & Viñas, A. (2010). Las Emociones del terapeuta sistémico en juego. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 23, 129–148.
- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas*, 4(1), 159–171. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000100014&lng=pt&tlng=es.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774–786.
- Jutoran, S. B. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas familiares*, 10(1). <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/04/Sara-Jutoran-El-proceso-de-las-ideas-sistemico-ciberneticas-sintesis.pdf>
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Paidós.
- López, M., Arias, S., & Monsalve, Y. (2019). Self del terapeuta sistémico como un recurso para el cuidado de sí. *Tempus psicológico*, 3(1), 81–105.

- Mayer, C., & Oosthuizen, R. (2020). Sense of coherence in systemic family therapy trainees in times of change. *International Review of Psychiatry*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1789074>
- Medina, R. (2018). *Cambios Modestos, Grandes Revoluciones, Terapia Familiar Crítica*. Imagia.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan nacional de salud mental 2017-2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- Moncada, L., Guerra, C., Concha, F., & Carvajal, C. (2014). ¿Qué revelan una década después los estudios chilenos sobre la variable del terapeuta? Un análisis bibliográfico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 71–80.
- Niño, A., & Zeytinoglu-Saydam, S. (2020). Helping Supervisees Use Their Self in Their Clinical Work: The Person-of-The-Therapist Training Model (POTT) in Supervision. *Journal of Family Psychotherapy*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/08975353.2020.1804799>
- Orellana F., González A., Marin A., Watson F., Penna V., & Rodríguez, 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. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/186>
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications.
- Pérez, L. Rábago, M. (2018). Reconocimiento de la familia del terapeuta: construcción su identidad y prácticas. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(24), 1-11. <https://doi.org/10.5093/cc2018a20>
- Polanco K., Vergara C. y Santibáñez P. (2018). La práctica y la vida hacen al terapeuta: comprendiendo y reconociendo resonancias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(3), 234-243. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7786165>

- 152 Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En A. Quintana, & W. Montgomery (Eds.). *Psicología tópicos de actualidad* (p.65-73). <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2724>
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Deusto.
- Rivas, K., Rojo, A., Zavala, A., & Santibáñez, P. (2020). Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención. *Revista REDES*, 41, 31–48. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/47>
- Scharager, J., & Molina, M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 22(3), 149–159. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/es/>
- Soto, P. (2011). El terapeuta sistémico frente a la catástrofe: Reflexiones a partir de la experiencia. *De familias y terapias*, 20(31), 97-105.
- Szmulewicz, 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/S0717-2272013000100008>
- Turpin, G., Barley, V., Beail, N., Scaife, J., Slade, P., Smith, J. & Walsh, S. (1997). Standards for research projects and theses involving qualitative methods: suggested guidelines for trainees and courses. *Clinical Psychology Forum*, 108, 3-7. <https://shop.bps.org.uk/publications/publication-b...>
- Watson, M.F. (1993). Supervising the person of the therapist: Issues, challenges and dilemmas. *Contemporary Family Therapy*, 15(1), 21–31 <https://doi.org/10.1007/BF00903485>