

# El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica

## The Psychotherapist's Personal Style: Self-reflection and Self-criticism of Therapeutic Practice as Training Tools and Epistemic Review

Silvia Varela Fuentes<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto Tzapopan, México.

### Historia editorial

Recibido: 24-05-2019

Primera revisión: 29-05-2019

Aceptado: 03-06-2019

### Palabras clave

supervisión en psicoterapia,  
modelo sistémico-narrativo,  
estilo terapéutico.

### Resumen

En el presente artículo se describe un proceso de autoanálisis, reflexión y crítica de la práctica psicoterapéutica basada en un modelo de supervisión sistémico-narrativo. Se reflexiona acerca del papel de cada uno de los agentes implicados: supervisor, equipo de colegas, familia y supervisado (entre otros) y cómo influyen en la conducción de la terapia; y cómo esta circularidad relacional impactará en la formación de estilo terapéutico personal. Se expone la revisión de un caso práctico durante la formación en terapia, que incluye la aplicación de una matriz de análisis para las intervenciones. Mediante este ejemplo se propone un ejercicio de autorreflexión y autocrítica como ayuda para la construcción del estilo propio y para ampliar la conciencia terapéutica.

### Abstract

This article describes a process of self-analysis, reflection and critique of psychotherapeutic practice based on a model of systemic-narrative supervision. It reflects on the role of each of the agents involved: supervisor, team of colleagues, family and supervised (among others) and how they influence the way of conduct the therapy; and how this relational circularity will impact the formation of a personal therapeutic style.

The review of a practical case during therapy training is presented, which includes the application of a matrix of analysis for the interventions. By means of this example, an exercise of self-reflection and self-criticism is proposed as an aid to the construction of one's own style and to expand therapeutic awareness.

### Keywords

supervision in psychotherapy,  
systemic-narrative model,  
therapeutic style.

Toda práctica terapéutica se enmarca en un modelo o modelos que guían las intervenciones del terapeuta. Pero el curso de la terapia no depende solo de esto: la forma de involucrarse de las personas que solicitan la terapia, los comentarios de los colegas, y la opinión de especialistas o expertos son algunos factores que también modelan el estilo de intervención.

Este trabajo tiene el objetivo de reflexionar acerca de la necesidad de generar procesos autoreflexivos y autocríticos durante la formación en psicoterapia. A través de la exposición de un caso práctico, supervisado mediante un modelo de supervisión sistémico-narrativo y la propuesta de una matriz de análisis específica para las intervenciones se pretende ampliar la autorrevisión del terapeuta. Esto con el fin de conducir a una reflexión epistémica-crítica más profunda que ayude a reconocer y formar el estilo personal.

## 2. UN MODELO SISTÉMICO-NARRATIVO DE FORMACIÓN

La epistemología sistémica, basada en gran parte en la *Teoría General de Sistemas* (Bertalanffy, 1976) enfoca la unidad de análisis en los sistemas, es decir el contexto. La cual orienta la observación en la interacción de sus componentes, y no en sus partes. Este paradigma parte de la creencia de que “el todo es más que las suma de sus partes”.

El antropólogo “Gregory Bateson con influencia de los teóricos de la información Claude Shannon, el cibernético Norbert Weiner y de sistemas generales Ludwig Von Bertalanffy introdujo el pensamiento sistémico al ámbito de la psicología” (Hoffman, 1990, p. 16).

Bateson (1972) hace notar que, en el mundo de formas vivas, no solo la fuerza, también la información son relaciones circulares. Para ello utiliza el siguiente ejemplo “un cerebro no piensa por sí mismo”. Lo que piensa es un cerebro dentro de un hombre que es parte de sistemas generales que residen en equilibrio dentro de su medio. De esta manera, no se puede trazar una línea, si no lo que piensa es el circuito total. En un ámbito de formas vivas todos los elementos se organizan en un sistema y los elementos “actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen” (p. 53). Las descripciones hechas desde esta mirada, se desmarcan de explicaciones de la conducta humana enfocadas en atributos y características inherentes a ella o una causación lineal. Para defender la causación relación-circular entre varios elementos externos a la persona. Con ello se dice que los sistemas se autorregulan y controlan.

Ante esto, Bateson fue el primero en señalar que la sintomatología psicológica, en especial la psicosis, es un malestar que tiene sentido y se constituye en el marco de su contexto, siendo la familia el grupo sustantivo primario de pertenencia al que invita observar e investigar (Hoffman, 1990). A la familia la define como un sistema homeostático o cibernético que están en continuo cambio y re-adaptación, que contiene, en su interacción cotidiana, sus propias reglas, estructura y formas de comunicación. Aunque advierte que todos estos elementos son permeables por cuestiones externas pues son sistemas abiertos.

Este fue el inicio de lo que hoy se conoce como terapia familiar sistémica, que redefine al síntoma o malestar personal con un sentido contextual y tiene una función en la familia, en otras palabras es un indicador del sistema.

Más adelante aparece la Segunda Cibernética, de la mano de Von Foerster (1991) para replantear la dicotomía entre objeto-sujeto, conocimiento y realidad, que integra en la misma relación circular al científico y al objeto de estudio. Con ello transformando la epistemología sistémica de primer orden, para considerar al observador (terapeuta) como parte del sistema en el cual está interviniendo, y no sólo como agente externo, sino como co-participe de la definición de la relación y el cambio.

Con el socioconstruccionismo (Gergen, 1985, 2006), retomado por la terapia familiar se pasa del “lenguaje de la deficiencia”, de la patologización y el diagnóstico a las premisas alternativas, a observar y mencionar de otras formas al sistema y la situación. Se traslada la “patología” de la persona de la interacción a la narrativa: establecen un vínculo estrecho entre usos de lenguaje y formas de vida, con el fin de contextualizar y encontrar sentido a los patrones relacionales (White y Epston, 1993). En suma el socioconstruccionismo defiende que la realidad se construye en la conversación social, por lo que no puede haber una realidad única y universal, sino que ésta dependerá del contexto familiar, social y cultural.

Esta evolución de la terapia familiar ha enriquecido enormemente la comprensión del malestar psicológico y ha generado diversas metodologías para restaurar la salud.

Entendiendo la complejidad del análisis sistémico y socioconstruccionista y aplicándola en contextos de formación, podemos decir que los agentes (básicos) a tener en cuenta son: el propio terapeuta, el supervisor, el equipo reflexivo, otros profesionales (si hubiera) y la familia y su red de apoyo. Desde este enfoque es en la relación entre estos cinco agentes (y otros posibles) donde se construye esa realidad y se da forma al problema/síntoma. Por lo tanto será también en esa interrelación de donde emerjan las soluciones.

Pasando de una visión lineal y bidireccional (supervisor interviene en el desempeño del supervisado), a una visión sistémica-narrativa de la supervisión, la persona en proceso de aprendizaje tendrá mayor riqueza de elementos para conformar un estilo terapéutico personal. Evitando también caer en el adoctrinamiento del modelo del supervisor y colaborando para la formación del estilo propio.

## AGENTES IMPLICADOS EN LA FORMACIÓN DEL ESTILO TERAPÉUTICO EL TERAPEUTA

El psicoterapeuta en formación se encuentra con múltiples retos que van desde la identificación de modelos y teorías, hasta la destreza en la práctica terapéutica, pasando por determinar qué conviene hacer en cada momento en la oportunidad presentada, o el tema a tratar. Hay que probar y errar.

Definir el estilo personal de un terapeuta no significa determinar y aplicar el modelo teórico que se elige para el proceso, sino que es un proceso de indagar constantemente en la epistemología con la que se trabaja y revisar los elementos prácticos se están desplegando en ese momento en esa intervención.

El estilo personal es un proceso de aprendizaje, realizar un análisis del mismo significa hacer una fotografía de lo que en ese momento el terapeuta identifica que hace. Sin embargo, el estilo es constantemente dinámico pues está ligado a múltiples factores que, como señalan Cebeiro y Linares (2005) pueden ser tanto personales, como contextuales:

- Personales: cultura, mitos, valores y creencias, ideología política, ciclo vital, historia y características personales y relacionales del terapeuta.
- Contextuales: clase social, nivel sociocultural, atención en contexto público o privado, historia y características personales y relacionales del paciente. También el tipo de terapia: individual, de pareja, familiar o grupal modifica el modelo de intervención.

Cuando hay elementos que coinciden en varias sesiones terapéuticas, en diferentes procesos, con diferentes personas y a lo largo del tiempo, se podría empezar a hablar de un estilo propio, aun así está expuesto a continuos cambios. Esto no es lo mismo que ceñirse a la metodología de un modelo concreto. La adaptabilidad y flexibilidad son factores imprescindibles para el éxito de un proceso terapéutico.

## EL SUPERVISOR

La figura del supervisor “es un profesional de mayor formación y experiencia, trabajará desde su modelo intentando construir el problema del consultante del problema del terapeuta supervisado”

como mencionan Ceberio y Linares (2006, p.34). Los mismos autores explican tres niveles de trabajo del supervisor: el problema del paciente o familia, el problema del terapeuta supervisado, y los aspectos relacionales entre terapeuta y paciente o familia. Para trabajar en estos tres niveles, es imprescindible que el supervisor conozca un poco de la historia del terapeuta. (Cebero y Linares, 2006)

La finalidad del supervisor no se limita a corregir o coartar intervenciones del supervisado, sino que debe cuestionar y reflexionar estas intervenciones a través de los modelos teóricos con los que se trabaje y enmarcarlas en los mismos. En el caso de que haya intervenciones que considere impropias o innecesarias debe abordarlo desde el respeto y la crítica constructiva.

El supervisor debe ser cuidadoso de contextualizar sus sugerencias e intervenciones en un modelo (modelos), con cuidado de evitar inculcar su modelo de trabajo como el normativo. Así mismo el supervisado debe conocer e identificar la postura epistemológica de su supervisor.

Gutiérrez señala al respecto que:

No se trata de renunciar al rol de formador o supervisor, ya que cada sistema necesita la diferencia de los roles para que el entorno social genere la retroalimentación adecuada para la función de dicho sistema. Se trata de matizar los elementos de reflexión crítica, de facilitar su presencia en la vida cotidiana de los personajes involucrados en los escenarios de la consulta y de la formación. (Gutiérrez, 2014, p.161)

## EL EQUIPO ASESOR Y DEMÁS COLEGAS O PROFESIONALES

La idea de observar al observador (generada a raíz de la segunda cibernética) da un paso más allá con la propuesta de Tom Andersen y sus colaboradores (1991) en su libro *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*, en el cual explica cómo el ejercicio aplicado por el equipo de reflexionar acerca de la familia delante de ella producía cambios inesperados.

De ser un equipo observador detrás de un espejo, pasan a introducirse activamente en el proceso. El equipo reflexivo amplía los enfoques con los que trabaja la persona en formación, permite a la persona expresar su opinión acerca de cómo mejorar o reservar determinadas intervenciones y neutraliza la idea del experto que corrige a los demás. Por no mencionar aquí las ventajas y el impacto en la familia al escuchar hablar y reflexionar acerca de sí misma.

Si bien el equipo reflexivo es una herramienta muy poderosa también en un proceso formativo y de supervisión, la realidad es que por cuestiones de logística o costos no siempre se dan las condiciones para que se pueda practicar. Sin embargo suele haber, sobretodo en formación, un grupo de colegas avalados por su experiencia, afinidad teórica o su simpatía, a los que recurrimos para preguntar acerca de los casos que estamos llevando.

Algo también accesible es trabajar en co-terapia, es decir, con otro terapeuta involucrado en el proceso y con el cual se trabaja a la par durante las intervenciones.

La voz de estos colegas, y de otros profesionales que intervengan en el caso puede hacer variar el flujocurso/orientación de nuestras intervenciones. No para bien o para mal, sino en una dirección o en otra. Acertadamente Ceberio y Linares (2005) mencionan que esta colaboración entre colegas “permite realizar diferencias en el trazado de las distinciones y su correlación en las puntuaciones de secuencia de interacción, así se cuenta con una gama más variada de descripciones que posibilitarán co-construir hipótesis” (p.34).

## LA FAMILIA

Como ya se mencionó, con la cibernética de segundo orden la familia pasa a entenderse como sistema abierto con capacidades de autoorganización y autoreflexivas, pasan a ser agentes de sus propios cambios de forma activa e incluso a guiar el propio proceso terapéutico.

Ausloos, (2005) menciona que cada familia tiene competencias suficientes para afrontar sus propios problemas a condición de disponer de la información suficiente. El rol del que interviene es, pues, el de activar la circulación de la información en la familia para que las soluciones emerjan.

Por esto es importante que durante el proceso de supervisión tengamos en cuenta a la familia

como interventores en sí mismos, como colaboradores y no sólo receptores del proceso. En cuanto la información empieza a circular, los roles a cambiar, los enfoques de cada quién a modificarse, ellos mismo hacen sus propias intervenciones en el proceso, y aceptan o rechazan las intervenciones externas, las de los terapeutas.

### 3. EJEMPLO DE UN CASO DE SUPERVISIÓN SISTÉMICO-NARRATIVA.

A continuación expondré el análisis de un caso que realicé durante mi período de formación y que fue supervisado de forma sistémica. Con esto espero clarificar la importancia del autoanálisis y autocrítica de la práctica clínica, así como las ventajas de la supervisión sistémica.

#### 3.1.CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA<sup>1</sup>

##### DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES DE LA FAMILIA

La persona que solicita la ayuda es “E”, mujer mexicana de 46 años de edad. La familia está compuesta por dos miembros, “E” y “A”, su hijo de 13 años de edad actualmente. “E” dejó los estudios en la secundaria para empezar a cuidar a sus padres, posteriormente se embarazó y nació “A”, el cual mantuvo sin apoyo del padre biológico.

La familia de origen de “E” está compuesta por diez hermanos en total, cinco hombres y cinco mujeres de entre 40 y 70 años de edad. Ambos progenitores ya fallecieron. La relación entre sus padres y hacia ellos siempre fue muy violenta. De los hermanos, hay buena relación entre las hermanas mujeres, de las cuales “E” recibe mucho apoyo.

“E” expresa que le marcó mucho su infancia: la violencia física y psicológica intrafamiliar, una enfermedad en los pies que tuvo y el *bullying* que sufrió de adolescente en su escuela.

##### SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA

Actualmente ella trabaja en el domicilio familiar: como ama de casa y realizando encargos de papelería (armando bolsas de regalo). El salario que percibe es muy bajo por lo que “E” se siente dependiente de sus hermanos que le prestan la casa y a veces le envían dinero. Ella expresa que quisiera no depender de ellos, pero que por cuidar a sus padres antes de fallecer pensó que la apoyarían económicamente sin problemas.

“A” acude a la escuela y no tiene problemas académicos ni de comportamiento, pero se queja de la excesiva protección de su madre: que no lo deja ir ni volver solo, que vigila a dónde y con quién va, no le permite salir en las tardes, etc. Le pide cambiar eso, pero en general hay buena relación y mucho amor.

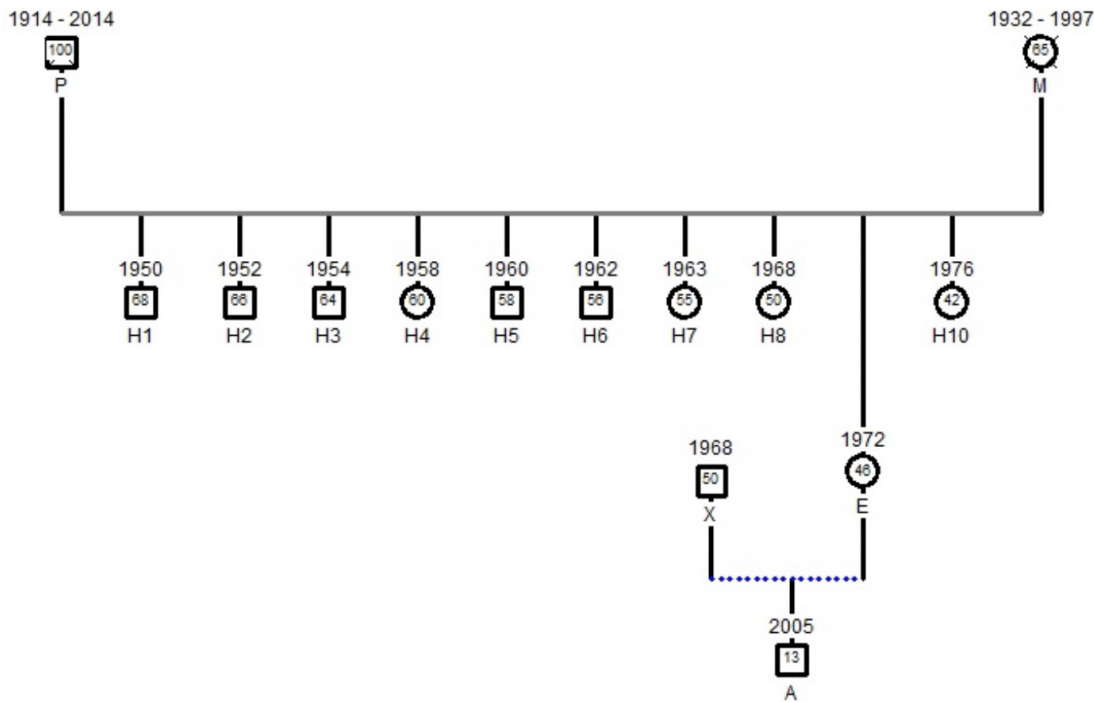
La red social de “E” es limitada, ella menciona que puede ser por su carácter y en parte el trabajo en domicilio que la ha hecho aislarse poco a poco.

Una de sus hermanas, la menor, la ayuda moralmente, la anima a emprender, cambiar de aires o salir con amigas, incluso cuida a “A” cuando es necesario. Sin embargo, la hermana más grande mantiene un discurso incapacitante y despectivo de “E” que tiene un gran impacto en ella porque representa la voz de sus padres (que es mala madre, que no puede vivir sin un hombre, que no trabaja suficiente o no puede salir adelante sola).

##### GENOGRAMA FAMILIAR

En el momento que se inicia el proceso terapéutico la estructura familiar es la siguiente:

1 Se modificaron los datos originales de nombres propios y datos sensibles con el fin de resguardar la identidad de la familia como procede según el protocolo de ética.



## ANÁLISIS DE LA DEMANDA

En la primera sesión trabajamos solo con “E”, cuando le preguntamos en qué podíamos ayudarla, dijo que no le gusta su vida, pero tampoco sabe cómo arreglarla y además quiere “quitarse algo que no logra expresar”. Mediante diversas intervenciones a lo largo de la sesión vamos aclarando y afinando la demanda.

## DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO TERAPÉUTICO

“E” solicita ayuda al Instituto Tzapopan (Instituto de Investigación, Consultoría y Formación en ciencias sociales y de la salud A.C.), donde se ofrecen servicios de psicoterapia para personas y familias de bajos recursos. Las sesiones incluyen videograbación, cuyos fines son únicamente formativos y de investigación. Así es como mi compañera (“CT”) y yo (“T”) recibimos el caso: en un contexto de práctica clínica como estudiantes de sexto semestre de la Maestría en Terapia Familiar.

Intervenimos dos co-terapeutas mujeres, un supervisor de práctica clínica (“S”) y un equipo de compañeros. Con “CT” nunca había trabajado previamente. Ella ejerce como co-terapeuta, siendo yo la terapeuta líder; lo que implica llevar la dirección de las sesiones así como un número mayor de intervenciones. “CT” es la responsable de tomar anotaciones y también puede intervenir siempre que lo considere pertinente. El equipo lo forman otros trece compañeros de la Maestría en Terapia Familiar del Instituto Tzapopan.

Las sesiones grabadas por video y audio, son transmitidas en directo en el aula de clase a los trece compañeros del grupo junto con el asesor de práctica clínica. “S”, el equipo y las co-terapeutas pactamos previamente la estructura de las sesiones, estableciendo una pausa a los cuarenta y cinco minutos, en la cual el grupo nos retroalimentan sobre lo observado. “CT” y yo salimos de la sesión para juntarnos con el equipo durante diez minutos, decidimos cómo hacer la devolución (qué dirá cada quién) y regresamos para hacer el cierre.

La persona es previamente informada con claridad sobre la videograbación con fines de investigación. “E” y “T” firmamos un consentimiento escrito al respecto.

Dentro del equipo de trece compañeros, “CT” y yo formamos parte de un sub-equipo de trabajo de cinco personas incluyéndonos a nosotras. Los otros tres compañeros son los encargados de la comunicación directa vía Whatsapp e intervenir en la sesión cuando lo consideren necesario. Ellos tres se presentan a la paciente y su hijo como equipo terapeutas también.

Dentro de la intervención sistémica en la que se enmarca este caso clínico y su supervisión, mi orientación terapéutica es predominantemente narrativa, pero con influencia de múltiples escuelas, como se verá a continuación en el análisis.

La terapia es individual sistémica la mayor parte del tiempo, aunque en algunos momentos invitamos a colaborar a “A”, el hijo de “E”.

El caso no fue derivado como tal de una institución o un profesional, sino por la sobrina de “E”, egresada del Instituto Tzapopan, quien le recomendó asistir a terapia con nosotros, pues ella no podía tratarla por ser familiar directo. Madre e hijo no habían acudido a un proceso de psicoterapia anteriormente.

### HIPÓTESIS CLÍNICAS PLANTEADAS DESDE LA TEORÍA

Los cambios en el ciclo vital de la familia compuesta por “E” y “A”, encuentran resistencia en “E” debido a la invisibilización de sus capacidades y habilidades como madre de un adolescente, y al conflicto de creencias acerca de la maternidad; los “ahogos” son la expresión no verbal de su malestar.

Desde el Modelo Narrativo (White y Epston, 1993) “E” sostiene un discurso saturado en torno a su falta de habilidades maternas y sociales, su falta de capacidades para cambiar de trabajo o aclarar el tema de la vivienda familiar. Estas premisas tienen base en el panorama de conciencia de “E” con discursos y creencias familiares acerca de su mal desempeño en diversos ámbitos. Tienen base también en su panorama de experiencias de maltrato, tanto por parte de familiares como de amigos (el bullying de la escuela) y el rechazo del padre de “A”.

La inadaptación al cambio del ciclo vital de “E” y “A” con su consecuente alteración del sistema familiar, se sustenta en el Modelo Estructural (Minuchin, 1986). “E” está entrando en la adolescencia y quiere más autonomía mientras “A” no se flexibiliza por su sobreprotección hacia él, lo que genera un conflicto. Sin embargo muchas noches duermen juntos. Esto refleja la falta de claridad en los límites, que en ocasiones son muy rígidos y en otras demasiado flexibles.

### 3.2. PROCESO Y EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

Realizamos un total de cuatro sesiones, las cuales describiré brevemente a continuación y a través de una matriz de análisis (por sesión) de las intervenciones más relevantes realizadas, el modelo teórico en el que se encuadran, su propósito y sus resultados.

Cabe recordar que la intervención se da en un contexto formativo de psicoterapia que permite: la revisión de la videograbación de las sesiones, el contraste de opiniones con el supervisor y los demás compañeros, la elaboración de diferentes hipótesis y propuestas, la aplicación de una matriz de análisis de las intervenciones para su mejor identificación y resultados. En contextos profesionales también se puede, pero no siempre se tiene el tiempo ni los recursos humanos para hacer una revisión detallada del caso.

#### PRIMERA SESIÓN

En esta sesión “CT” y yo tratamos de establecer la alianza terapéutica con la paciente. La cordialidad, calidez y confianza fueron elementos clave para generar un ambiente cómodo para “E”. Nos presentamos, explicamos las condiciones del contrato terapéutico antes de iniciar, la conversación es predominantemente exploratoria.

El discurso saturado gira en torno a la incapacidad de cambiar lo que no le gusta de su vida y a la historia familiar de maltrato y represión.

Tras un ejercicio en conjunto con la familia de convertir la queja en demanda, los objetivos terapéuticos que proponemos a “E” son: por un lado trabajar la sobreprotección que siente con su hijo, y por otro, el coraje y los llantos atorados por su historia familiar, a “E” le parecen adecuados. Estos objetivos propuestos los decidimos junto con el equipo y supervisor durante la retroalimentación que realizamos en la pausa.

<b>Sesión 1. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: entrevista, establecimiento de vínculo y contrato terapéutico.</b>	
<b>Técnica 1:</b>	T: ¿usted fue la cuidadora?
<b>Modelo Narrativo</b>	E: yo la cuidé. No, este, no estudié lo que...Dejé de estudiar para cuidar a mi mamá, porque ella estaba enferma, entonces yo...Muere mi mamá y ahora cuido a mi papá, y pues ahí me quedé. Y pues ahora para buscar trabajo ya estoy grande, ¿ya qué me dan?
<b>Resignificación a través de pregunta relativas a la experiencia</b>	T: pero tiene experiencia cuidando.
<b>Objetivo:</b>	E: ¿de cuidadora?
<b>Emerger un relato alternativo de sí misma y sus capacidades</b>	T: claro, cuidando personas. E: pues sí verdad. Y es que ¿cómo le diré? Yo tengo la de que no sé salir a...no tengo la capacidad de salir a buscar ahorita
<b>Resultado</b>	“E” reconoce que tiene experiencia en, al menos, el ámbito de cuidar personas mayores, resignificando la experiencia vivida.
<b>Técnica 2:</b>	CT: entonces queremos reconocerle que es muy buena mamá.
<b>Modelo Milán</b>	E: ajá, sí.
<b>Connotación positiva</b>	CT: o sea usted está todo el tiempo con su hijo, no cualquiera. Ahorita es muy difícil que las mamás pasen tiempo con sus hijos y usted está ahí, o sea, en eso no le ayuda nadie. Le pueden ayudar económicamente pero en el apoyo a su hijo es usted la que está ahí para él.
<b>Objetivo:</b>	E: sí, la verdad sí.
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	CT: y se nota en su hijo porque le va bien en la escuela, de la escuela no tiene quejas. E: no, para nada. CT: usted es muy buena mamá. E: gracias CT: no pues de qué. T: sí, en ese sentido de con su hijo pensamos que ha hecho bien muchas cosas que hay que reconocérselas, que usted tiene que reconocérselas también. No es fácil hoy en día sacar adelante.
<b>Resultado</b>	“E” reconoce esas capacidades que tiene, que ella misma invisibilizaba. Por otra parte ayuda a la alianza terapéutica.



<b>Técnica 3:</b>	<p>T: yo creo que es muy bueno que las mamás estén así cerca, el problema ahora, bueno no problema, sino que tenemos que intentar ir generando un espacio de separación, porque va creciendo. “A” va creciendo.</p> <p>E: el conflicto de ahorita es que yo lo llevo a la escuela y él ya no quiere que lo lleve.</p> <p>T: claro.</p> <p>E: él entró ahora a la secundaria, y es que se va en camión, y yo soy de las muy preocuponas y...entra a las 6:45 am a la escuela, todavía está oscuro y lo llevo yo. Ya lo dejo venir solo, que venga solo, pero yo todavía...y ya no quiere que ni lo lleve tampoco.</p> <p>T: claro, aquí nuestra propuesta (nuestra y del equipo) es trabajar con usted en ese sentido. Precisamente en esa línea de cómo le va a hacer usted, con ayuda de “A” también, para ir marcando un poquito esa independencia el uno del otro. Que no significa dejar de quererse o cosas así. Esa independencia de que el niño tiene que empezar a dormir solo, ir solo a la escuela...Porque eso es lo que le va a permitir a él hacer su vida, una vida sana. Y es lo que le va a permitir a usted también. Entonces lo que queremos es empezar a trabajar con usted esos pequeños rituales y pasitos para que se independicen de forma sana los dos</p>
<b>Modelo Estructural</b>	
<b>Reestructurar binomio madre-hijo y adaptación a la etapa del ciclo vital correspondiente.</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Recomponer la estructura familiar, clara para unas cosas y confusa para otras.</b>	
<b>Resultado</b>	“E” entiende la propuesta y comienzan a hacer intentos de separación.

## SEGUNDA SESIÓN

La segunda sesión continua siendo exploratoria para algunos temas específicos y realizamos intervenciones dirigidas a promover el cambio.

En ésta sesión las intervenciones son más sistémicas: reflexionamos con “E” acerca de la relación entre el problema y ella, entre ella y el problema así como la relación con la historia personal y la situación actual.

La novedad de ésta sesión es que introducimos a “A”, testigo de los problemas de “E” y también de sus capacidades. Le hacemos colaborador activo del proceso (sistémico), para hacer circular la información acerca de su idea de “mala madre”.

<b>Sesión 2. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: movimientos sistémicos.</b>	
<b>Técnica 1: Modelo Narrativo</b>	T: usted como “E”, ¿qué idea tiene de ser madre?
<b>Preguntas relativas a la conciencia</b>	E: yo pues, yo si me tocan a mi hijo brinco ¿verdad? T: o sea, protectora.
<b>Objetivo:</b>	E: yo así decía, o sea cuando yo tuve a mi hijo dije ¿porqué mi mamá nunca nos protegió de los ataques de los demás?
<b>Revisar su creencia sobre ser madre</b>	T: entonces para usted, algo que tiene que tener una madre es proteger.
<b>Resultado</b>	
<b>Resultado</b>	E se dio cuenta de que intenta hacer como madre todo lo contrario a lo que hizo la suya.

<b>Técnica 2:</b>	E: Yo estuve muy... como que estuve incubando, mi vida pues nada más veía y oía, no hacía nada. Nada más veía los problemas, los oía. O sea una vida que digas que yo tuve, no. (...) Tengo recuerdo que nada más estuve ahí, ahí. T: pero ahora está aquí, ahora ya no sólo ve y escucha, ahora hace cosas, como por ejemplo venir aquí.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	
<b>Resultado</b>	Visibilización de las capacidades de “E” anteriormente y ahora.
<b>Técnica 3:</b>	T: y ¿cuánto tiempo cree usted que tiene que proteger a su hijo de que le pase algo? ¿hasta qué edad? ¿cuándo diría usted que ya, ya lo puede dejar ir solo a la escuela, que ya puede empezar a salir con sus amigos? ¿ hasta qué edad cree usted que sea? E: pues, no sé. CT: ¿no lo ha pensado? T: en un par de años yo me lo puedo imaginar diciéndole “me quiero ir con mis amigos o mi noviecita” ¿verdad? E: sí, sí, ey... nunca lo había pensado eso. CT: ¿nunca lo había pensado? ¿y qué pasa ahorita en usted? E: pues otra vez miedo a quedarme sola, que él ya pueda hacer su vuelo pues, si va a ser el día que decida hacer su vida.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Pregunta hipotética a futuro</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Evidenciar los cambios necesarios según la etapa del ciclo vital de la familia.</b>	
<b>Resultado</b>	Se evidencia la necesidad de establecer límites en algunas prácticas que no van acorde a la etapa vital de la familia.

### TERCERA SESIÓN

Para la tercera sesión los antecedentes familiares o la historia personal ya no son centrales, damos más importancia a su percepción de incapacidad de cambio, trabajamos su auto-concepto, red de apoyo y capacidades.

Revisamos las sesiones anteriores: solicité a “E” que nos comentase lo que le causó más impacto de lo hablado y trabajado hasta el momento.

A mitad de sesión, le pregunto por algún referente positivo para ella y “E” menciona a la conductora de un programa de televisión: Galilea Montijo. Invito a “E” a analizar detalladamente qué le gusta de ella para hacer saber los elementos de personalidad. En el cierre las invitaciones van dirigidas a buscar información sobre escuelas, a salir más a menudo con amigas y de forma diferente. Felicitamos el hecho que pida ayuda, de que esté cambiando la casa y poniendo límites a su familia.

#### **Sesión 3. Intervenciones relevantes.**

**Descripción: revisión de referentes, paradigmas personales.**

<b>Técnica 1:</b>	E: pues yo trataba de decir que yo sí podía, pero como que me... Pues sí queda algo, pero pues trato yo de evitar que me siga, o sea sí me afectó una vez. Sí me afectó pero pues trato de que no...de que sí puedo hacerlo. Es que sí me decían “tu no...si entras a algún lado que hay escaleras no vas a poder, a trabajar o algo no vas a poder” CT:¿pero quién le decía? E: nada más mi mamá. T: su madre, pues ahí está. Ahí está una persona que le día eso que usted se sigue repitiendo ahorita pues, que usted no puede hacer las cosas o que no lo va a hacer bien. Seguro hay alguna más... E: que yo me acuerde no. T: bueno con la voz de la mamá es suficiente importate. Sin embargo sí ha hecho cosas. PI: sí, sí. T: ha trabajado, como comentábamos la otra ocasión ha sacado un niño adelante usted sola sin ejemplos ni apoyo ni nada.
<b>Modelo Narrativo</b>	
<b>Pregunta de influencia relativa</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Describir cómo ha influido el problema en su vida y elaborar una descripción diferente.</b>	
<b>Resultado</b>	Empieza a reconocer que hay hechos que contradicen la descripción que ella hace del problema en su vida: se describe como incapaz de hacer algo, cuando sí ha hecho y logrado cosas.
<b>Técnica 2:</b>	E: Yo estuve muy...como que estuve incubando, mi vida pues nada más veía y oía, no hacía nada. Nada más veía los problemas, los oía. O sea una vida que digas que yo tuve, no. (...) Tengo recuerdo que nada más estuve ahí, ahí. T: pero ahora está aquí, ahora ya no sólo ve y escucha, ahora hace cosas, como por ejemplo venir aquí.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	
<b>Resultado</b>	Visibilización de las capacidades de “E” anteriormente y ahora.
<b>Técnica 2:</b>	CT: porque la verdad “E” sí le reconocemos que ha sabido hacer cosas, usted ha salido de lo que su madre, usted no es ese tipo de mamá, ya le hemos dicho que nos parece muy buena mamá usted (...) Entonces usted salió y dijo “yo quiero hacer algo por mí y yo quiero estar bien”, entonces eso es mucho de reconocerse, porque no cualquiera viene. T: totalmente. E: si, si. (...) CT: (...) o está usted ya diciendo a sus hermanas “esto no, esto no me gusta o esto no quiero que lo hagas así”. Eso nos encanta porque usted está haciendo cambios. (...) E: si gracias, es que más bien lo hago por...dicen “hazlo por tí” pero no, yo más bien lo hago por mi hijo. (...)
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	

<b>Resultado</b>	Resaltamos las cualidades y logros de “E” y ella los reconoce ya como propios.
------------------	--

#### CUARTA SESIÓN

La cuarta sesión es la última, revisamos lo trabajado hasta el momento y los cambios. Hacemos una reflexión proyectando a futuro los cambios que ha hecho “E” y quedan por hacer en distintos aspectos de su vida.

En la devolución realizamos connotación positiva que incluyó la revisión de todas las cualidades de “E”, comprobadas a través de su experiencia, relatos y del testimonio de “A”; la reafirmación de su red de apoyo activa y el recordatorio de que es buena madre.

“E” se despide contenta, conforme y menciona los cambios internos que el proceso terapéutico le ha ayudado a realizar, como por ejemplo que se siente más segura de sí misma. Dice que el “fantasma” que habitaba la parte de debajo de la casa fue teniendo menos presencia a lo largo de las sesiones hasta desaparecer y ha iniciado un proyecto laboral con su hermano.

<b>Sesión 4. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: cierre.</b>	
<b>Técnica 2:</b>	T: bueno, y ya hemos hablado de las capacidades que vemos en ti. Tu hijo acaba de decir lo que ve en ti y qué mejor testigo que él, que ve todo lo que haces y sabe realmente lo que eres capaz. ¿Cómo qué has pensado tú para empezar a dar esos cambios, esos pasos? E: ¿qué he pensado hacer? Pues yo, este... primero dejar mi trabajo, pero si no trabajo ¿cómo? Por eso a veces me detiene hacer las cosas. Porque digo si dejo de trabajar y no tengo dinero, o eso , o qué voy a hacer o... y me empiezo a estresar más. Y a veces hasta yo le pienso y cómo le voy a hacer para cambiar esto. También lo pienso yo. T: y ¿sí te has puesto algunas fechas? Algún plazo final (...) Entonces, ¿Cómo cuál es el plan? (...) E: sólo hasta navidad yo voy a trabajar, ya había pensado, hasta Navidad , hasta diciembre. Y ya de ahí voy a empezar a ver lo de los trabajos, porque ya les dije que hasta diciembre.
<b>Modelo Narrativo</b>	
<b>Preguntas relativas al panorama de acción</b>	
<b>Objetivo</b>	
<b>Evidenciar el repertorio de acciones presentes y futuras.</b>	
<b>Resultado</b>	Evidenciamos que puede y de hecho está realizando acciones para cambiar su situación.

<b>Técnica 4: Terapia Familiar Crítica</b>	T: ¿entonces piensa usted como que está incompleta la familia o algo así?
<b>Preguntas estúpidas</b>	E: yo así siento, con mi hijo yo sí.
<b>Objetivo:</b>	CT: yo estaba pensando, bueno no sé...que ustedes sí me parecen una familia Elba.
<b>Indagar acerca de la identidad personal y familiar, así como su relación con el problema.</b>	(...) T: (...) Elba una pregunta que me surgió ahora hablando de esto de los tipos de familia. Bueno para usted falta algo ¿no? Como que falta algo para “A” porque no tiene esa figura paterna y entonces ¿quién le va a resolver ciertas dudas? Pero me quedé pensando, y le pregunto entonces ¿para usted también falta algo? ¿usted también está incompleta como mujer al no tener un hombre?
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	E: sí, por eso yo lo veo que le falta algo a “A”... Yo digo que le falta a “A” y a lo mejor me falta a mí (ríe) (...) T: con alguna otra persona, aunque no fuera pareja ¿ha tenido relaciones sexuales? E: no. T: ¿con alguna mujer? E: no.
<b>Resultado</b>	Comprendimos uno de los motivos de porqué “E” piensa que no está cumpliendo bien su rol como madre. Descartamos que hubiera algún otro tipo de orientación sexual como origen del autoboicot para las relaciones.
<b>Técnica 5:</b>	T: 46 años, bueno. ¿Cómo se ve los próximos 30 o 40 años de su vida? ¿cómo se ve, hacia dónde le gustaría ir? Tiene aún muchísimo camino.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Preguntas hipotéticas a futuro</b>	CT: es lo que le decimos.
<b>Objetivo:</b>	E: yo de hecho ya he dicho trabajo...hay trabajos de medio turno, si yo busco sí hay y yo ya le había dicho a “A” que sí me gustaría terminar mi secundaria.(...)
<b>Proyectarse a futuro con nuevos significados.</b>	T: eso sería ideal, creo que “A” se sentiría muy feliz de verla a usted hacer otras cosas, incluso sus hermanos más orgullosos de usted (si se puede decir).
<b>Resultado</b>	La proyección de “A” hacia futuro resulta positiva

Para el cierre de esta última sesión entró de nuevo “A” en la sala, así como el resto del equipo de terapeutas, fue cálido y divertido a la vez. Madre e hijo se fueron muy agradecidos y felices.

Tras despedir a la familia, todo el equipo junto con el supervisor de práctica realizamos reflexiones y conclusiones acerca del proceso integral de terapia. El balance resultó positivo.

### 3.3. MODELOS SISTÉMICOS APLICADOS

A lo largo del proceso terapéutico aparecen intervenciones de diferentes modelos, expondré a continuación el sustento de algunos de ellos, por ejemplo:

El *Modelo Narrativo* ha sido pilar central en la intervención del presente caso. Este modelo se basa en la analogía del texto para entender la experiencia de la persona (White y Epston, 1993). El relato en su cualidad performativa no sólo describe, sino que crea y modifica la vivencia en sí

misma y da sentido y significado a la historia de vida personal. Dado que los relatos son interactivos, se construyen en la interacción social y el intercambio, es ahí donde existe también la posibilidad de modificarlos. Michael White (1994) propone desde esta perspectiva lo que denomina el “método deconstructivo” que, en sus propias palabras, consiste en “volver exótico lo doméstico”.

El Modelo Narrativo se enfoca en la deconstrucción de tres ejes: el relato, las prácticas de poder y las prácticas discursivas. Algunas de las técnicas propuestas son la externalización del problema, la búsqueda de eventos extraordinarios, las preguntas relativas al panorama de acción, o de experiencia o de conciencia; las preguntas de influencia relativa, las cartas terapéuticas y los documentos terapéuticos.

El *Modelo Estructural* describe la familia como una organización con jerarquías, roles, límites, subsistemas y reglas, cuyos problemas surgen a partir de la alteración de su funcionamiento en las diferentes fases del ciclo vital que atraviesa. El enfoque estructural intenta modificar la organización de la familia cuestionando su estructura, cambiando las posiciones de los miembros en el grupo y por tanto las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1986). El terapeuta en éste modelo se asume como parte del sistema pero llevando la dirección de las sesiones, como menciona Minuchin (1986) “opera como delineador de límites, que clarifica los límites difusos y abre los límites excesivamente rígidos” (p.98)

Las técnicas de intervención propuestas desde el Modelo Estructural y descritas por Minuchin y Fishman (1983) son múltiples. Los métodos principales de este modelo son tres: la reestructuración, el reencuadre, y las realidades, que abarcan diversas técnicas.

La reestructuración, que se orienta a reorganizar la jerarquía y los roles en la familia cuando éstos se encuentran difusos o intercambiados. Las técnicas principales para son: la fijación de fronteras, la complementariedad y el desequilibramiento (no utilizado en éste caso).

El reencuadre intenta modificar el concepto que la familia tiene del problema cambiando su punto de vista y sus respuestas. Para esto, se emplean técnicas como la escenificación, el enfoque o la intensidad.

Desde el *Modelo de Milán* que cuenta con una amplia literatura, propone identificar el juego relacional de la familia y evidenciarlo para que se generen nuevas pautas. El equipo de Milán (Selvini, 1990; Boscolo y Bertrando, 1996; entre otros) parte de la hipótesis de que el síntoma tiene una función en la familia en ese momento, por lo que moviendo al sistema debemos conseguir que el síntoma deje de ser funcional. Para el trabajo psicoterapéutico la Escuela de Milán introduce diversos conceptos de gran utilidad como por ejemplo<sup>2</sup>: embrollo, instigación, *impasse*, triangulaciones o coaliciones.

Entre las técnicas más populares está la paradoja y contraparadoja (Selvini et al., 1998), la prescripción invariable, la tarea, la connotación positiva y las preguntas circulares.

Boscolo y Bertrando (1996) proponen un interesante análisis de la temporalidad en cuanto a los tiempos del proceso terapéutico y a los tiempos en la historia de la persona. Los autores desarrollan intervenciones basadas en preguntas hipotéticas que resultan muy útiles para resignificar la historia personal. Estas preguntas pueden ir enfocadas hacia el pasado o hacia el futuro, intentando ambas modificar su relación con el presente a través de la proyección de múltiples escenarios posibles, mejores o peores pero que muevan a la persona a realizar cambios en el momento actual.

2 El embrollo se trata de “una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es.” (Selvini et al, 1990: p. 82). La instigación se refiere a la acción o provocación de una persona sobre otra con aspectos negativos, el equipo de Milán se refiere a la instigación siempre en un nivel triádico: uno instiga a otro contra un tercero (Selvini et al., 1990: p.109). Desde éste modelo, por *impasse* se entiende como la situación en la cual dos personas son incapaces de salir y hagan lo que hagan se mantienen en esa situación. Por triangulación se refieren al juego relacional mediante el cual uno de los dos padres, o ambos, introducen al hijo en las cuestiones de relación de pareja. Coalición será cuando, mediante el juego de la triangulación, uno de los progenitores establezca una alianza con su hijo en contra del otro progenitor.

Desde la *Terapia Familiar Crítica* (Medina, 2011) el terapeuta es experto en la conversación pero no en el tema, por lo que trabaja conjuntamente con la persona. Las preguntas estúpidas es una de las técnicas que propone Medina (2011). Sirven para entender el universo personal y familiar, lo que le sucede, cómo lo interpreta, cómo se asume frente a eso y para enviar provocaciones que cuestionan lo cotidiano, lo usual, lo normalizado.

La Terapia Familiar Crítica propone otras técnicas como el uso de metáforas locales para la comprensión del sistema familiar y relacional, la externalización del problema, y el recuerdo y olvido terapéuticos.

Las intervenciones se realizan desde un enfoque psicosocial teniendo en cuenta el contexto cultural y social en el que está inmersa la persona.

Otros Modelos: además de estos, pude identificar durante el proceso técnicas o intervenciones hechas desde el modelo de la Escuela de Palo Alto o Barcelona, así como (en menor medida) del Modelo Estratégico.

#### **4. REFLEXIÓN SOBRE REFLEXIONES DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO COMBINACIÓN DE MODELOS**

Antes de comenzar el análisis del caso que acabamos de revisar, elegí el Modelo Narrativo como eje central de mi estudio teórico-práctico y de mi autoreflexión, pensando también que sería el estilo predominante. Al revisar las videograbaciones y realizar las transcripciones me di cuenta de que muchas de mis intervenciones no eran estrictamente del modelo. Dejé entonces de poner el foco de atención en las técnicas narrativas para ampliarlo y ver otro tipo de intervenciones que estaba implementando y estaban funcionando.

Me percaté de que, a mi parecer, resulta más complejo (y contraproducente) adscribirse a un único modelo teórico que realizar intervenciones combinadas con diferentes propósitos. Aunque pueda predominar un modelo sobre otros, por eficacia o por preferencia, me resultaría difícil abordar las diferentes problemáticas con que puede llegar una familia ciñéndome estrictamente a un modelo único

##### **LA INFLUENCIA DE LA INTERACCIÓN**

El trabajo en coterapia requiere una gran flexibilidad y entendimiento con el compañero o compañera. Aun trabajando con la misma hipótesis, las condiciones de cada terapeuta en el momento de la terapia pueden ser distintas, como también las formas de llegar a una solución. No se trata de unificar métodos sino de aplicar el principio de equifinalidad (Bertalanffy, 1976) y colaborar en el camino hacia la consecución de objetivos comunes.

La reflexión con el equipo significó la posibilidad de escuchar trece análisis diferentes acerca de lo que está sucediendo durante la terapia. Todas las aportaciones son enriquecedoras y pueden “estimular y garantizar la emergencia de múltiples voces y perspectivas en los terapeutas” (Anderson, 1997, p.147). En este caso, decidimos que de las dos terapeutas, sería yo quien guiara el proceso, sin embargo las intervenciones de la otra compañera pudieron cambiar la orientación de la terapia o me ayudaron a ver ángulos que no estaba viendo. También en ocasiones pudimos haber obstruido las intervenciones de la otra, por falta de comunicación previa.

El supervisor en este caso, conoce mi trayectoria personal, académica y laboral, y al momento de la supervisión llevamos dos años y medio trabajando juntos. Ambos intervenimos desde un enfoque psicosocial por lo que no fue complicado entendernos o adaptar sus sugerencias al modelo propio. Sin limitarme fue cuestionando las intervenciones y sus resultados hacia una zona cómoda y segura de mi desempeño.

La familia por su parte, considero que fue guía en todo momento del proceso, pues compartiendo la opinión de Anderson (1997) “el cliente es experto en el área del contenido, en las experien-

112 cias vitales que lo han traído a la relación terapéutica” (p.138), por lo que fui atendiendo cada tema tal y como “E” los iba presentando y priorizando. Buscando en su historia sus propias fortalezas.

### AUTO-FORMACIÓN Y AUTOREVISIÓN

Como terapeuta, a lo largo de este proceso de autorevisión fui ganando seguridad en mí misma, me di cuenta de que mis intervenciones están sustentadas en Modelos Teóricos y no son únicamente producto de la intuición (también necesaria) o de la improvisación. También terminé de asumir como propio el estilo colaborativo, pues creo que en todo momento busqué la co-construcción de nuevas narrativas y la visibilización de actos resilientes.

La capacidad de comprender y navegar por diferentes Modelos Teóricos puede ampliar y mejorar el abordaje terapéutico, pero no hace prescindible la revisión la práctica terapéutica, la cual puede ser fuente de renovación para los terapeutas (Anderson, 1997).

## 5. CONCLUSIONES

Autoanálisis y autocritica en la práctica clínica son ejercicios imprescindibles en cualquier proceso formativo. Entendiéndonos como parte del sistema en el que vamos a trabajar y colaborar. El meta-análisis de las sesiones terapéuticas ayudará a comprender mejor nuestro desempeño teórico-práctico para ir definiendo un modelo terapéutico personal. Para un análisis estructurado y detallado de las intervenciones podemos ayudarnos, por ejemplo, de matrices como la aplicada en este caso por cada sesión, o bien elaborar una más personalizada y adecuada a nuestras necesidades.

El estilo terapéutico se encuentra en transformación mientras se esté ejerciendo la práctica psicoterapéutica. Terapeutas amateur y terapeutas más experimentados van modificando su forma de intervenir debido a múltiples variables tanto personales como contextuales (Ceberio y Linares, 2005), pero sobre todo a la interacción en los propios procesos terapéuticos.

Compartiendo la visión de Anderson (1997) desde un enfoque colaborativo, el terapeuta cambia al igual que la persona que asiste a terapia como consecuencia natural de la interacción y el diálogo, menciona que “parece ilógico suponer lo contrario, que una persona puede involucrarse en un proceso transformacional y no ser transformada” (p.144). Todo este complejo dinámico hace que la propia epistemología y por lo tanto el método de intervención también varíe, de ahí la importancia de la revisión y autocritica constante. Si desde un inicio, en proceso de formación, los terapeutas incorporamos a la práctica este ejercicio, ejercitamos la capacidad autoeducadora y de renovación.

En base a una visión socioconstruccionista de la formación del estilo terapéutico, propongo dos preguntas que pueden ayudar al terapeuta iniciando su práctica clínica son:

¿qué pienso que hago y qué estoy haciendo?

¿qué me sugieren que haga y qué creo que debo hacer?

La primera está enfocada a distinguir entre la identificación y la praxis, es decir, entre lo que tenemos la intención de hacer, el modelo con el que nos identificamos; y lo que hacemos en realidad, que puede ser una mezcla de varios modelos o diametralmente opuesto a lo que queremos. Para responder a esta pregunta puede ser útil el uso de matrices como las que acabamos de emplear para el análisis de caso práctico supervisado, en la que se identifiquen: la intervención-técnica concreta, al modelo que se adhiere, el objetivo de dicha intervención y los resultados observados.

Con la segunda pregunta se trata de diferenciar las influencias del exterior en nuestra práctica clínica y en el moldeamiento de nuestro estilo terapéutico. Las voces que hemos interiorizado (de compañeros, profesores, autores) nos guían en el camino de la terapia, sin embargo la decisión de ir por un camino u otro finalmente recae en nosotros. Preguntarnos qué hubieran hecho otros terapeutas puede ser útil, así como cuestionarnos si hay otras opciones además de las que me están diciendo mis colegas terapeutas.

Esta segunda pregunta sería un ejercicio similar al propuesto por Ceberio y Linares (2005) que consiste en que el terapeuta en formación imagine que es un terapeuta experto y debe dar consejos



útiles acerca del caso al principiante, éste, puesto que en realidad representa ambos roles, debe tomar notas acerca de sus propios consejos y revisarlas. Los autores mencionan que este ejercicio “posibilita explorar as resonancias internas sobre aquellos consejos, palabras, críticas o connotaciones positivas que alguien te brindó en algún momento de tu historia profesional” (p.158) por parte de un supervisor, profesor, algún familiar, colegas o amigos.

Como hemos revisado, son múltiples y complejos los factores que intervienen en el estilo personal del terapeuta. Alcanzar la combinación e interacción adecuada de estos factores para ser buen terapeuta, requiere necesariamente un tiempo de formación (Ceberio y Linares, 2005) y de repensarnos en estos procesos, pues como menciona Anderson (1997) la terapia tiene tanto que ver con la historia del cliente como con la nuestra propia como terapeutas y con cómo se establece la relación entre ambos.

Para mejorar este proceso la propuesta es incluir en el contenido académico de cualquier programa destinado a formar a profesionales de la psicoterapia (licenciatura, diplomado o maestría), un modelo de aprendizaje auto-reflexivo y auto-crítico que amplíe el enfoque terapéutico y la conciencia acerca de su práctica. formación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1996). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Ausloos, G. (2005). *Las capacidades de la familia: tiempo, caos y proceso*. España: Herder
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. España: Gedisa.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. España: Paidós.
- Ceberio, M y Linares J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gergen, K. (2006). *Construir la Realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, J.C. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández: *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp.147-170). México: Litteris.
- Hoffman, L. (1990). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Medina, R. (2011). *Cambios Modestos, Grandes Revoluciones: Terapia Familiar Críticas*. Guadalajara, México: Red Américas.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L, Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona : Paidós.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- White, W. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

