

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Competencias profesionales de psicoterapeutas en formación sistémica

Alumna: Malena Marsili  
Tutor: Dr. Ricardo Zaidenberg

Buenos Aires, febrero de 2020

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	3
<b>2. Objetivos</b> .....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.1.1 Objetivos Específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico</b> .....	4
3.1 Psicoterapia Sistémica.....	4
3.1.1 Antecedentes teóricos.....	4
3.1.2 Consideraciones generales.....	6
3.1.3 Terapia sistémica breve: terapia breve centrada en la resolución de problemas y terapia breve estratégica.....	6
3.1.4 Formación en psicoterapia sistémica.....	10
3.2 Competencias Profesionales.....	12
3.2.1 Definición y consideraciones generales.....	12
3.2.2 Competencias para la psicoterapia y su formación.....	13
3.2.3 Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP).....	16
3.2.4 Competencias específicas del psicoterapeuta sistémico.....	18
<b>4. Metodología</b> .....	19
4.1 Tipo de estudio.....	19
4.2 Participantes.....	19
4.3 Instrumentos.....	20
4.4 Procedimiento.....	22
<b>5. Desarrollo</b> .....	22
5.1 Introducción.....	23
5.2 Las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica según la perspectiva de las autoridades y psicólogos en formación.....	23
5.3 El proceso de adquisición de competencias profesionales para la psicoterapia en una institución sistémica.....	29
5.4 La autopercepción de competencias profesionales para la psicoterapia en psicólogos que se encuentran formándose en una institución sistémica.....	35
<b>6. Conclusiones</b> .....	42
<b>7. Referencias Bibliográficas</b> .....	48
<b>8. Anexos</b> .....	50
8.1 Anexo 1. Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) – versión abreviada.....	50
8.2 Anexo 2. Resumen gráfico de los puntajes obtenidos por los psicoterapeutas en cada una de las competencias analizadas en la versión abreviada de la ECCBP.....	52

## 1. Introducción

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica de Habilitación Profesional correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. El objetivo del mismo fue realizar un informe final integrador teniendo como base empírica la experiencia profesional en una institución dedicada a la atención clínica y formación de profesionales bajo el modelo sistémico estratégico de resolución de problemas, ubicada en Capital Federal.

La práctica constó de 285 horas entre los meses de agosto y diciembre aproximadamente. Allí se participó de un programa de formación a graduados en psicología que se desarrolló en dos partes: por un lado, clases teóricas respecto del modelo de terapia sistémica, haciendo énfasis en la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas; y por otro, la atención a pacientes bajo el dispositivo de cámara gesell con consiguientes supervisiones de casos. Se observó a los distintos terapeutas que estaban realizando su formación en la institución atendiendo pacientes, así como la supervisión de cada caso. Además, se observaron videos de casos pasados y presentes en conjunto con los terapeutas en formación y las autoridades de la institución como método de aprendizaje a través de la identificación de aciertos y errores y la elaboración de alternativas posibles.

Asimismo, se desgrabaron videos de sesiones de pacientes de la institución, se realizaron viñetas con las intervenciones más significativas y se elaboraron presentaciones en formato Power Point para exponer ante las autoridades y pasantes de la institución.

En los últimos años, ha aumentado el interés en estudiar las competencias profesionales para el ejercicio de la psicología (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016). Es así que Crocarno (2019) se dedicó a investigar las competencias específicas del área clínica en Argentina arribando a la identificación de siete *competencias clínicas básicas* para la psicoterapia. Atendiendo a la importancia de dichas competencias para la praxis psicológica, se encuentra necesaria su implementación en las instituciones de formación (Ruiz, Jaraba & Santiago, 2008).

Siguiendo este punto, y tras presenciar el proceso de formación de los psicólogos en la institución participando en las clases teóricas y observándolos atendiendo casos en vivo con las consiguientes supervisiones, surgió el interés en analizar las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los alumnos y directivos de la institución, así como su proceso de adquisición y la autopercepción de las mismas por parte de los psicólogos en formación.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo General

Analizar las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica, su proceso de adquisición y la autopercepción de tales competencias por parte de los psicólogos en formación en una institución de atención y formación de terapia sistémica de Capital Federal.

#### 2.1.1 Objetivos Específicos

1. Describir las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica según la perspectiva de las autoridades y psicólogos en formación.
2. Analizar el proceso de adquisición de competencias profesionales para la psicoterapia en una institución sistémica.
3. Analizar la autopercepción de competencias profesionales para la psicoterapia en psicólogos que se encuentran formándose en una institución sistémica.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Psicoterapia Sistémica**

##### **3.1.1 Antecedentes teóricos**

A través de los años se han desarrollado múltiples modelos psicoterapéuticos, y entre los más modernos podemos identificar al sistémico cuyo nacimiento coincide con el auge de la cibernética en la segunda parte del siglo XX (Castro Solano, 2003). El desarrollo de la ya mencionada teoría de la cibernética junto con la teoría de la comunicación humana y la teoría general de los sistemas, abre paso a una nueva concepción no solo de los sujetos sino de la realidad en su totalidad, cuestionando la hegemonía del paradigma positivista y sembrando las bases entonces para el desarrollo del modelo sistémico en psicoterapia (Martínez Miguélez, 2011).

El modelo sistémico considera al ser humano como un todo integrado, un suprasistema, compuesto por diversos subsistemas que se relacionan entre sí y constituyen la personalidad: el físico, el químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual. Es así, que cuando estos subsistemas se encuentran desintegrados o descoordinados aparece la patología física, mental, social, o una combinación de ellas (Martínez Miguélez, 2011).

Como se ha mencionado, la teoría general de los sistemas creada por Von Bertalanffy a finales de la década de 1960 ha incidido significativamente en el desarrollo de esta nueva forma de pensar y hacer psicoterapia, teniendo como premisa fundamental la idea de sistema como un conjunto de elementos interrelacionados e interdependientes que interactúan entre sí, de modo que al intervenir sobre una de sus partes o sobre la relación entre ellas, se puede lograr el cambio (Feixas & Miró, 1993).

Más allá del sistema en el que se encuentra inmerso cada individuo, Von Bertalanffy (1968/1989) propone pensar al hombre como sistema activo de personalidad, lo que implica una orientación holística en psicología que tome al organismo psicofisiológico como un todo, sin reducir al sujeto a sus comportamientos, sensaciones, acontecimientos mentales o pulsiones.

La enfermedad mental es una perturbación del sistema, del organismo psicofísico, por lo que no es posible tratar a los síntomas de forma aislada. El foco del tratamiento debe ser el problema presente y la construcción de metas a futuro, apuntando siempre a la creación de algo nuevo y no al ajuste pasivo (Von Bertalanffy, 1968/1989).

Otro punto clave para comprender la praxis psicoterapéutica sistémica es el análisis de la comunicación. El soporte teórico más significativo para dicho trabajo es la teoría de la comunicación humana propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967). Esta teoría postula que

la comunicación es una condición necesaria de la vida humana y el orden social, y propone cinco axiomas de la comunicación que traen consecuencias (positivas o negativas) en las relaciones interpersonales y pueden llevar a la patología mental:

- No es posible no comunicarse: toda conducta, ya sea el silencio o la inactividad, comunica algo.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tal es que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación: un mismo contenido puede tener diversas interpretaciones dependiendo de la relación de la cual se trate, por lo que las consecuencias de la comunicación dependen más de la relación que del contenido en sí mismo.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes: la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones, es así que la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos relacionales.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente: de forma verbal y no verbal; y cuando estas se contradicen, aparece el conflicto.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia: se trata de responder a una conducta de la misma manera o complementarla, lo que así como puede ser muy favorecedor, puede a su vez generar disrupciones en una relación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967/1991).

Asimismo, la teoría de la cibernética postulada por Wiener en 1948 fue una pieza fundamental para el desarrollo de la psicoterapia sistémica. La misma explica que mediante la homeostasis, los sistemas se regulan para mantenerse estables, cambian para volver al estado anterior, por lo que el *feedback* (traducido como *retroalimentación*) es el elemento mantenedor de la estabilidad. Estas ideas, extrapoladas a los sistemas humanos, principalmente los familiares, dejan a la luz como el estado de homeostasis puede ser un obstáculo para la comunicación y el cambio (García Martínez, 2013).

Apoyándose en los desarrollos mencionados, comenzaron en la década del 1940 las primeras investigaciones sobre lo que sería la psicoterapia sistémica en el grupo de Palo Alto, California. Bateson junto con otros colegas desarrolló allí la teoría del doble vínculo en la que analizaba los patrones de comunicación en familias de pacientes esquizofrénicos (Juan, 2006). Los estudios de Bateson sobre la comunicación más la influencia que los desarrollos teóricos de Milton Erickson ejercieron sobre Haley y Weakland –colaboradores de Bateson– llevaron a que Jackson y colaboradores crearan en Palo Alto el Mental Research Institute (MRI) (García Martínez, 2013). Dichas investigaciones y desarrollos dieron pie a que finalmente, en 1960, apareciera la psicoterapia sistémica propiamente dicha, en ese entonces orientada al tratamiento de familias (Feixas & Miró, 1993).

Actualmente, dentro de la ya consolidada terapia sistémica, se pueden identificar tres grandes escuelas: la de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson como referentes, la Estructural

representada por Minuchin, y la de Milán con Selvini Palazzoli como figura principal (Feixas & Miró, 1993).

### **3.1.2 Consideraciones generales**

La psicoterapia sistémica, a diferencia de modelos anteriores de salud mental, tiene como unidad de diagnóstico y tratamiento al sistema, dos, tres o más personas. La patología entonces no es un conflicto individual sino de relación, dado que considera que toda conducta es comunicación, por lo que el síntoma quiere decir algo y ya no le pertenece únicamente al sujeto sino que ejerce efectos sobre todo el sistema, cumpliendo además la función de mantener el equilibrio del mismo. Es así que el modelo aplicado a la terapia va a enfatizar en el sistema y sus secuencias comunicativas defectuosas (Juan, 2006).

En la psicoterapia sistémica, los síntomas son entendidos como expresiones disfuncionales del sistema al que pertenece el individuo, generalmente el familiar. El paciente portador del problema o síntoma es denominado paciente identificado, pero el análisis no debe centrarse solo en él sino en todo el sistema (Feixas & Miró, 1993). El terapeuta debe identificar el rol que cumple cada miembro para mantener la estabilidad del sistema prestándole principal atención a la funcionalidad del síntoma del paciente. Es así, que el cambio sintomático no es una meta en si misma sino parte del trabajo de las primeras fases del tratamiento para la identificación de disfuncionalidades a nivel sistémico (Castro Solano, 2003).

Las diversas corrientes pertenecientes a la sistémica atienden especialmente a la repetición de pautas de intercambio que permiten identificar el estilo de vinculación existente en el sistema, dado que la solución de los problemas o síntomas radica en la disfuncionalidad de la interacción (Feixas & Miró, 1993).

Los sistemas, como puede ser el sistema cognitivo de un individuo o un sistema social, se caracterizan por ser persistentes y por su consistencia interna la cual les otorga identidad. Para que ocurra el cambio en un sistema ya sea cognitivo o social, es necesaria entonces la pérdida de su coherencia y la fractura de su identidad. Esta ruptura puede ser resultado de un conflicto de ideas en un individuo, de las creencias de una pareja, de la mitología de una familia, o de la ideología de un grupo social, pero sea cual sea su origen, el cambio aparecerá cuando algo se destruya creativamente (Wainstein, 2006).

Es así, que la psicoterapia sistémica se dirige al cambio en el llamado sistema consultante. De este modo, a través de la influencia del terapeuta sobre el pensamiento, las percepciones, y el contexto interaccional de quien o quienes consultan, se apunta a generar cambios en las actitudes, sentimientos, percepciones, constructos, descripciones y acciones del sistema, entendiendo que los cambios producidos en cada nivel actuarán sobre los otros (Wainstein, 2006).

Si bien el modelo se inició en el tratamiento a familias y pone allí su atención, hoy en día es utilizado para terapia de pareja, grupal e individual. Los tiempos de tratamiento son más cortos en comparación a las psicoterapias clásicas, y el terapeuta al igual que el consultante adopta una actitud activa en la proposición de tareas tanto dentro como fuera de sesión (Camacho, 2006).

### **3.1.3 Terapia sistémica breve: terapia breve centrada en la resolución de problemas y terapia breve estratégica**

En el anteriormente mencionado Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, surgieron las terapias sistémicas breves: la centrada en la resolución de problemas fundada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, y la breve estratégica desarrollada por Giorgio Nardone incluyendo aportes de su mentor, Paul Watzlawick (García Martínez, 2013).

Beyebach (2015) define a la terapia sistémica breve como la combinación flexible de tres modelos terapéuticos: la terapia breve centrada en la resolución de problemas (también llamada terapia centrada en soluciones), la terapia breve estratégica y la terapia narrativa. Si bien la terapia breve centrada en la resolución de problemas y a la terapia breve estratégica poseen ciertas divergencias, aunque en su mayoría convergencias, diversos terapeutas las utilizan como un todo integrado a raíz de la pertenencia de ambas al modelo breve de terapia sistémica y los resultados favorables de esta conjunción para los tratamientos. En el presente trabajo entonces, se abordarán ambas junto con sus diferencias, similitudes, y principalmente su complementariedad.

En pos de intervenir sistémicamente con individuos y no solo con familias de un modo más breve y económico que el tradicional en psicoterapia, surge la terapia breve centrada en la resolución de problemas. El objetivo de este modelo es generar cambios significativos y duraderos en tal solo siete sesiones, centrándose en la queja inicial del paciente, dado que se considera que es lo que está listo para tratar, con una actitud de auténtica curiosidad por parte del terapeuta que generará preguntas a fin de movilizar a quien consulta hacia el cambio (García Martínez, 2013).

Al tratarse de una corriente de la terapia sistémica, la terapia breve centrada en la resolución de problemas teoriza que las conductas que generan malestar, los síntomas y su resolución dependen de la interacción social. Los problemas persisten cuando son mantenidos a través de las conductas del consultante y las personas con las que interactúa, por lo que el trabajo consiste en identificar para luego cambiar o eliminar esas conductas en situaciones específicas de la vida del paciente. Es así que a través de la definición del problema, el tratamiento se orienta hacia el cambio de esas conductas reforzadas que generan malestar para lograr resolver la queja inicial (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

La terapia estratégica, más que una teoría es una postura del terapeuta. El mismo se propone influir sobre quien consulta identificando problemas, proponiendo metas, realizando intervenciones y examinando las respuestas del consultante para evaluar su labor. Como toda terapia sistémica, focaliza sus intervenciones allí donde se halla inmerso el sujeto teniendo como objetivo principal el bloqueo de aquellas conductas que se repiten introduciendo nuevas alternativas (Hernández Córdoba, 2007).

Los mismos Nardone y Watzlawick (1995), quienes la desarrollaron, enunciaron que el modelo estratégico en psicoterapia nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado en Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y estudio del fenómeno de la hipnosis de Milton Erickson. Es así que explican que

si bien Bateson es el padre teórico de la terapia sistémica, Erickson representa al maestro a quien hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación de las situaciones disfuncionales en breves períodos de tiempo, por lo que podría hablarse de un modelo sistémico-estratégico considerando como complementarios al enfoque terapéutico de Palo Alto y los procedimientos operativos de Erickson.

Los principales aportes de Erickson para el desarrollo del modelo estratégico no tienen que ver estrictamente con la aplicación de la hipnosis –herramienta por la que se lo conoce popularmente- sino con su estilo de comunicación terapéutica basada en formas de lenguaje verbal y no verbal concibiendo a la hipnosis como un fenómeno relacional y psicosocial, que nada tiene que ver con lo mágico. Asimismo, otro de sus aportes se relaciona a que el mismo no formuló una teoría sobre la personalidad o la naturaleza humana dado que consideraba que todo sujeto es irrepetible, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar la realidad totalmente individuales. De aquí el énfasis de este modelo de psicoterapia en adaptar las estrategias de intervención a la personalidad, experiencias de vida y contexto relacional de cada consultante (Nardone & Watzlawick, 1995). Siguiendo la propuesta de Milton Erickson, la habilidad del psicólogo se encuentra en la capacidad de influenciar directivamente al paciente mediante el lenguaje tanto verbal como no verbal (Hernández Córdoba, 2007).

El modelo estratégico enfatiza en el conocimiento y la descripción de los circuitos comportamentales que mantienen vigente el problema, para así poner en marcha intervenciones que los interrumpan. Siguiendo este punto, las soluciones intentadas para resolver el problema por parte de quien consulta suelen mantenerlo, por lo que las intervenciones del terapeuta estarán dirigidas a interrumpir el circuito formado por estos intentos de solución a través de una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad, y la proposición de cambios comportamentales. Algunas de las intervenciones más destacadas son las directivas, las paradójales, la reformulación, la intervención sobre las pautas habituales de comportamiento, y el uso de anécdotas, relatos, metáforas y analogías (Wainstein 2006).

Como se ha mencionado, las terapias sistémicas breves apuntan al cambio de las conductas que generan malestar. Una de las herramientas utilizadas para dicho fin es la *entrevista motivacional* propuesta por Miller y Rollnick (1991/1999) quienes teorizan que para lograr el cambio en psicoterapia, es necesario que el paciente esté motivado. Los mismos explican que la motivación debe surgir del propio paciente y no ser impuesta por el entorno o el terapeuta. Es así que desarrollan un modelo de entrevista motivacional cuyo objetivo consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja del mismo y no sea una imposición desde el afuera.

En este sentido, postulan cinco grandes principios clínicos que subyacen a la entrevista motivacional: expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia. De este modo, se espera que el terapeuta adopte una actitud de apoyo más que de discusión, creando una atmósfera positiva para el cambio, dado que consideran que

cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta (Miller & Rollnick, 1991/1999).

A diferencia de la mayor parte de los modelos psicoterapéuticos que sostienen que el obrar sigue al pensar, las terapias breves sistémicas consideran que para cambiar una situación problemática primero hay que cambiar el obrar, y como consecuencia, el pensar del paciente o aún mejor, su punto de observación de la realidad. Esto se debe a que todo sistema, por el principio de homeostasis, se resiste al cambio, por lo que tomar conciencia del cambio antes de que ocurra pondrá al sistema en alerta (Nardone & Watzlawick, 1995). Es así que el cambio en los pensamientos y percepciones aparecerán luego de generar un cambio en el accionar y no como una condición necesaria para el mismo (Hernández Córdoba, 2007). Asimismo, se diferencian de los modelos más clásicos de psicoterapia dado que la historia y el pasado del paciente son solo un medio para elaborar estrategias presentes y no un procedimiento terapéutico en sí (Nardone & Watzlawick, 1995).

Una de las premisas básicas de las terapias sistémicas breves es la asunción del lenguaje del paciente por parte del terapeuta. El emplear su lenguaje en sentido de su patrón idiosincrático, no sólo favorecerá la relación terapéutica sino que le permitirá al psicólogo mayor capacidad de *maniobra* (Wainstein, 2006). Nardone y Watzlawick (1995) sitúan a esta herramienta junto con el establecimiento de la relación terapéutica dado que solo entendiendo y adoptando el lenguaje de quien consulta, es posible generar una relación personal basada en la confianza y en la sugestión positiva, que permitirá conducir al paciente hacia los objetivos planteados sin que deba renunciar a sus convicciones a pesar de que las acciones propuestas sean totalmente contrarias a las habitualmente empleadas. Igualmente, el protagonista del tratamiento sigue siendo el consultante, el saber está puesto en el mismo confiando en sus recursos y promoviendo su autonomía (Hernández Córdoba, 2007).

De igual modo, Nardone y Watzlawick (1995) resaltan la importancia de los finales de tratamiento ya que a través de la demostración de lo que el paciente ha trabajado en relación a su problema, el fin último es que alcance autonomía para superar por sí mismo problemas eventuales. Es por ello que el fin del tratamiento es acompañar y guiar al paciente en el derrumbe de los obstáculos que condicionan su vida para que así pueda seguir haciéndolo sin ayuda psicológica (Maristany, 2007).

Ahora bien, mientras que la terapia breve centrada en la resolución de problemas se identifica como constructorista o socio-constructorista, la terapia breve estratégica se define como constructivista. Los constructos difieren entonces en su origen, pero el núcleo de ambos se basa en la crítica hacia la mirada moderna respecto de la realidad y el conocimiento. Ambas teorías coinciden en la inexistencia de una verdad objetiva argumentando que es construida, y desde aquí la tarea del terapeuta de comprender la realidad del paciente como una construcción propia y del sistema al que pertenece, la cual le permite organizar su experiencia pero también, puede ser un obstáculo para el cambio (García Martínez, 2013).

Siguiendo este punto, Watzlawick y Nardone (1997/2000) explican que hay una realidad de primer orden, lo percibido a través de los sentidos, y una de segundo orden, el significado que se le atribuye a lo percibido, y sobre esta última es donde se debe actuar: la psicoterapia buscará construir una nueva realidad que se ajuste mejor a las emociones y necesidades del paciente.

Los dos modelos además, convergen en la determinación de objetivos claros y cuantificables, pero siempre en base a la confianza en los recursos del paciente y el respeto por la cosmovisión del mismo, aceptando sus propias metas, valores e incluso adoptando su lenguaje (Beyebach, 2015).

Por último, cabe resaltar lo enriquecedor de trabajar desde ambos modelos dado que sus escasas diferencias sirven como complemento. Las intervenciones dirigidas al bloqueo de patrones disfuncionales de la terapia estratégica converge perfectamente con la promoción de patrones positivos propuesta por la terapia centrada en la resolución de problemas; así como el foco en el presente de la primera, se compensa con la puesta a hablar sobre el futuro de la segunda (Beyebach, 2015).

#### **3.1.4 Formación en psicoterapia sistémica**

Desde inicios de este siglo en el campo psi, se debate la necesidad de regular la formación mínima que deberían tener los psicoterapeutas. Diversos expertos en la temática concuerdan en que la formación teórica no es suficiente, requiriendo de la práctica y el trabajo sobre la persona del terapeuta para una formación eficaz (Cruz Fernández, 2009)

Asimismo, la actualización constante por parte del psicólogo sí se encuentra regulada en Argentina, siendo parte del código de ética profesional de psicología que enfatiza en el compromiso profesional y científico de los psicólogos, promoviendo la actualización de conocimientos y la formación continua (Fe.P.R.A, 2013).

Cruz Fernández (2009) ha analizado lo expuesto anteriormente explicando los tres niveles de formación con que todo psicoterapeuta, sea cual sea su modelo teórico, debe contar: el teórico, que le dará coherencia a su praxis y le permitirá comunicarse con distintos profesionales del área; el práctico, como medio de aprendizaje a través de la acción que favorecerá a la integración de sus experiencias; y el de la persona del terapeuta, que le otorgará al mismo la posibilidad de asumir rasgos propios y únicos para el desarrollo de su trabajo.

La formación de terapeutas sistémicos se basa en los niveles descriptos, teniendo como instrumentos principales por un lado, la formación teórica, por otro, la práctica a través del dispositivo de cámara gesell y consiguiente observación de dichos videos, y por último, la integración de ambas junto con el desarrollo personal del terapeuta a través de la supervisión (Ceberio, Moreno & Des Champs, 2000; Cruz Fernández, 2009). Exploraremos aquí la importancia de la utilización de dichos instrumentos.

Desde esta perspectiva, Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) plantean la existencia de pasos esenciales para la formación sistémica. En un primer momento, los alumnos deberán conocer las bases epistemológicas y teóricas del modelo para luego poder aplicarlo a la

psicoterapia, pudiendo adquirir así los distintos componentes para el abordaje terapéutico como la planificación de un tratamiento, técnicas y estrategias específicas. Por último, podrán acceder a la práctica a través de la observación de videos y casos en vivo por el dispositivo de cámara gesell, así como mediante ejercicios de dramatización como el *role playing*. Debe considerarse además, atendiendo al modelo que se enseña, que los pasos no son sucesivos ya que el proceso de aprendizaje se da en forma recursiva, por lo que cada paso refuerza al resto.

Actualmente, en la formación de terapeutas sistémicos, se está poniendo cada vez más luz sobre la persona del terapeuta en pos de formar profesionales reflexivos, creativos y autónomos que puedan definir su propio estilo y no se encuentren anclados a un estereotipo que no los identifica. Se trata de no entrenarlos solo en el hacer terapéutico sino también en el ser terapeuta (Garzón, 2008). Surge de aquí la necesidad de que la formación teórico-práctica para la adquisición de competencias no implique solo el saber y el hacer sino también una revisión del propio alumno respecto de sus emociones, creencias y conductas dado que son las que se pondrán en juego en la interacción con sus pacientes (Cruz Fernández, 2009).

Tal como se mencionó al inicio de este apartado, uno de los instrumentos fundamentales para la formación de competencias en psicoterapeutas sistémicos es la participación y observación de casos en vivo a través del dispositivo de cámara gesell. Esta herramienta permite poner en acción los conocimientos teóricos aprendidos en un ambiente controlado, achicando la distancia entre el ser estudiante y el ser terapeuta (Salamea Nieto, 2015), así como el trabajo co-terapéutico, potenciando las habilidades y estrategias de los estudiantes a través de una construcción conjunta con sus compañeros y profesores (Roldán Henao, Castaño Montoya & Schnitter Castellanos, 2012).

Mendoza, Herskovic, Vásquez y Quevedo (2009) analizaron la importancia de los simuladores en la formación de médicos y encontraron que el contacto con la situación clínica actual potencia tanto el desarrollo como la evaluación de competencias. Este tipo de estrategias además, le permiten al estudiante observar los resultados de sus intervenciones, lo que favorece significativamente al aprendizaje por feedback.

Hoy en día, tenemos alcance a tecnologías como el dispositivo de cámara gesell y la observación y edición de videos, que implementadas éticamente pueden favorecer significativamente el desarrollo de competencias en psicoterapeutas, por lo que resultaría enriquecedor extender este tipo de estrategias a más modelos teóricos e instituciones de enseñanza (Salgado García, 2012).

Por último, nos adentraremos en otro de los grandes recursos de los formadores sistémicos: la supervisión, utilizada principalmente luego de la observación de videos o casos en vivo a través de la cámara gesell.

La supervisión es la constitución de un equipo terapéutico conformado por el supervisado, el supervisor y el resto de los estudiantes. Este equipo constituye un sistema complejo en el que interactúan diversos actores con sus roles, expectativas e intereses específicos. Es así que se da

una construcción individual por un lado, esencial dado que el terapeuta es su propia herramienta de trabajo, y una co-construcción (Hernández Córdoba, 2007). Siguiendo este punto, desde la ecología de los sistemas, el desarrollo de un estilo psicoterapéutico propio consta de la intersección del mundo interno del terapeuta con los sistemas que son parte del proceso de aprendizaje como el institucional y de formación, así como también los sistemas familiares, sociales y culturales (Garzón, 2008).

Aquí se juegan las epistemologías constructivistas y construccionistas, que piensan a la realidad como una construcción derivada de la interacción y el lenguaje, siendo la supervisión la posibilidad de observar e integrar las alternativas que surgen en el equipo para ampliar o crear nuevas formas de percibir el propio trabajo (Hernández Córdoba, 2007).

El enfoque estratégico en psicoterapia sistémica enuncia que los problemas se resuelven cuando las personas logran ver la situación desde otra perspectiva a través de la implementación de conductas diferentes. Esta cuestión debe ser considerada entonces en la formación del terapeuta, dado que su autopercepción para la labor podría favorecer u obstaculizar la definición de sí mismo como competente, ejerciendo consecuencias en su praxis. De aquí la importancia de la observación de su propia práctica y el aporte de otros para la exploración y redefinición de creencias y conductas en relación a su desempeño (Cruz Fernández, 2009).

### **3.2. Competencias Profesionales**

#### **3.2.1. Definición y consideraciones generales**

Laurito (2019) plantea que aún no existe una definición de competencia compartida por la comunidad científica. La variedad de definiciones sobre la temática pone en velo su relevancia y la posibilidad de estudiar el constructo desde diferentes puntos de vista dado su carácter constructivo. Es así que la autora realiza una exploración sobre las definiciones desarrolladas por distintas entidades y autores destacados en el tema, y expone los principales componentes del concepto que se reiteran en las distintas definiciones.

Por un lado, las competencias dependen de los atributos personales (capacidades, motivos, rasgos de personalidad, aptitudes, actitudes y valores), los relacionados a la tarea específica, y la articulación entre ambos; que se evidencia en habilidades, destrezas, actitudes, comportamientos, conocimientos y experiencia en vinculación con el contexto. Las competencias además, articulan el conocimiento conceptual, procedimental y actitudinal, por lo que no basta con la acumulación de conocimientos sino que es necesaria la capacidad de identificar y seleccionar el más pertinente para la situación a resolver. Es así que ser competente implica el conocimiento teórico y práctico en un primer momento, para luego adoptar actitudes y valores al respecto. La competencia entonces se manifiesta en la acción, pero en una acción reflexiva, y su desarrollo involucra no sólo la formación de base sino una actualización permanente y experiencia (Laurito, 2019).

Desde este punto, la competencia es conocimiento respecto del qué y del cómo, en sentido de identificar el problema en un primer momento, y por sobre todo, resolverlo eficazmente. Así es

que para ser competente no basta con saber hacer, sino que es necesario saber hacer en un contexto y en acción, por lo que se considerará competente a quien, en permanente modificación, resuelva problemas concretos de su situación de trabajo ante la complejidad técnica y la incertidumbre (Larraín & González, 2007).

Es de importancia distinguir competencias de capacidades, que suelen tomarse como sinónimos cuando no lo son. Podrían pensarse a las capacidades como un paso previo, que mediante la formación, el perfeccionamiento y la experiencia, dan como resultado la adquisición de competencias (Larraín & González, 2007).

Ya en 1973, McClelland escribe "Testing for Competence Rather Than for Intelligence" que podría traducirse como, evaluar competencias en lugar de inteligencia. El autor reflexiona aquí acerca de la necesidad de la evaluación y el desarrollo de competencias en contraste con el auge de los Test de Inteligencia en Estados Unidos. Lo que aporta este trabajo a la temática en cuestión es que lo que suele considerarse como innato, tal como la inteligencia, no alcanza para evaluar ni determina las competencias para una labor. Por ejemplo, sería inútil evaluar cuan bien maneja una persona tomándole un examen de lápiz y papel, dado que sólo podríamos saberlo si la observamos manejar (McClelland, 1973).

En los últimos años, junto con las numerosas investigaciones sobre las competencias profesionales, surge el interés por indagar respecto de las competencias emocionales y su injerencia en el mundo del trabajo. Al igual que el constructo analizado anteriormente, aún no existe un acuerdo unánime entre los expertos para su definición e incluso para la propia designación, puesto que mientras algunos autores hablan de competencias emocionales, otros prefieren llamarlas competencias socio-emocionales (Bisquerra Alzina & Pérez Escoda, 2007).

Aquí se tomará la propuesta de Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007) quienes definen a las competencias emocionales como los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para la comprensión, expresión y regulación de las emociones. Como se ha mencionado, el interés en estudiar este constructo reside en la implicancia de estas competencias en la praxis profesional, dado que las mismas se correlacionan positivamente con el aprendizaje, la autoeficacia, la adaptación a distintos contextos, las relaciones interpersonales y la resolución de problemas; variables indispensables para un buen desempeño laboral.

### **3.2.2 Competencias para la psicoterapia y su formación**

En junio del 2016 salió la versión final de la "Declaración Internacional sobre Competencias Fundamentales en Psicología Profesional" en donde se definen a las competencias como agrupaciones de conocimientos, habilidades, capacidades y otros atributos que le permiten a una persona actuar de manera eficaz dentro de una situación particular de su ejercicio profesional (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016).

Las competencias profesionales son esenciales para el ejercicio de los psicólogos y la calidad de los servicios que prestan, por lo que se considera necesario fortalecerlos a través de un conjunto de competencias fundamentales reconocidas y avaladas internacionalmente. Si bien el

cumplimiento de estas competencias no es una condición necesaria para ejercer como psicólogo, la declaración busca proporcionar un marco para la formación, acreditación y entrenamiento en psicología (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016).

Las competencias fundamentales que postula se pueden agrupar en tres grupos y son las siguientes:

- Competencias fundadas en conocimientos y habilidades psicológicas: poseer el conocimiento y las habilidades necesarias para la labor.
- Competencias del comportamiento profesional: ejercer éticamente, comportarse profesionalmente, relacionarse apropiadamente con consultantes y otros, trabajar con diversidad, mostrar competencia cultural, basarse en la evidencia y reflexionar sobre su propia praxis.
- Competencias de las actividades profesionales: establecer metas pertinentes, realizar evaluaciones e intervenciones psicológicas y comunicarse eficaz y apropiadamente (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016).

Basándose en la declaración mencionada y en los modelos internacionales de formación por competencias más reconocidos como el modelo del cubo, el proyecto EuroPsy, el modelo de la European Association for Psychotherapy, el proyecto Tuning, y el Proyecto 6X4 UEALC, Crocarno (2019) se dedicó a investigar respecto de las competencias profesionales específicas de la psicología clínica. Es así como arribó a la identificación de siete *competencias clínicas básicas* requeridas para el ejercicio de la psicoterapia, y los *indicadores asociados su desarrollo*:

Competencias clínicas básicas para la psicoterapia:

- Proceso diagnóstico: apunta, a través de la evaluación de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales del paciente, a establecer un diagnóstico, una conceptualización del caso y un motivo de consulta para luego elaborar objetivos terapéuticos.
- Diseño, intervenciones y técnicas: creación de un plan de tratamiento mediante la selección de técnicas e intervenciones fundamentadas y apropiadas para cada caso, siempre considerando los recursos disponibles.
- Evaluación y finalización del proceso: reflexión respecto de la eficacia del proceso terapéutico y de la propia labor, reconociendo limitaciones y recurriendo a la derivación cuando sea necesario.
- Vínculo terapéutico: generación y sostén de una relación interpersonal basada en la confianza tanto con el paciente como con sus allegados a fin de lograr colaborativamente los objetivos de la terapia.
- Rol profesional: demostración de coherencia y consistencia en las conductas frente al paciente, así como reconocimiento de los límites de la labor y de la relación terapéutica.
- Manejo de entrevista: obtención de la información relevante para definir la demanda y trabajar sobre ella en los distintos encuentros a partir de la comunicación verbal y no verbal.
- Variables contextuales y diversidad: tolerancia y apertura, durante todo el proceso terapéutico, a las diferencias étnicas, culturales, religiosas, políticas, sociales, económicas y familiares.

Indicadores asociados al desarrollo de dichas competencias:

- Formación de base y actualización.
- Supervisión.
- Pertenencia a instituciones y red de profesionales.
- Desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo.
- Experiencia personal y profesional.

Las competencias clínicas básicas desarrolladas refieren a conocimientos, habilidades, actitudes y conductas correspondientes al ejercicio profesional. Asimismo, remiten a características generales para la praxis, excluyendo el tratamiento exclusivo de alguna psicopatología, poblaciones específicas o una modalidad psicoterapéutica en particular (Crocamo, 2019).

Las mencionadas competencias implican a todo el proceso terapéutico, desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento. De este modo, pueden dividirse en grupos temáticos: evaluación inicial (proceso diagnóstico), proceso terapéutico (diseño, intervenciones y técnicas), evaluación del proceso (evaluación y finalización del proceso), habilidades interpersonales (vínculo terapéutico y manejo de entrevista) y características del terapeuta (rol profesional y variables contextuales y diversidad) (Crocamo, 2019).

Castro Solano (2004) ha investigado respecto de las competencias más valoradas en los distintos ámbitos en los que se despliega el psicólogo: salud, educación, justicia y trabajo. Observó que en el área salud, las competencias más demandadas eran las clínicas, identificando como las más requeridas al tratamiento de niños, adolescentes, adultos y familias, la interconsulta, las entrevistas de diagnóstico, el conocimiento de modelos clásicos y la redacción de informes psicológicos. Asimismo, poseen también gran valoración las competencias relacionadas a las intervenciones en crisis y emergencias, el trabajo interdisciplinario y el trabajo con poblaciones de escasos recursos económicos.

Resultan llamativos cuatro hallazgos de dicha investigación. En primer lugar, los psicólogos clínicos experimentados se perciben muy competentes en el área clínica y casi inexpertos en las demás áreas de la psicología, mientras que los recién graduados perciben bajo nivel de competencia en todas las áreas. Por otro lado, se evidencia una leve superioridad de los graduados de universidades privadas en cuanto a la evaluación psicológica, el psicodiagnóstico y los conocimientos más actualizados, en comparación a la tendencia hacia los modelos clásicos propios del área clínica que presentan los egresados de universidades públicas (Castro Solano, 2004).

Asimismo, se encontró que tanto en la formación de grado como en las especializaciones predomina el desarrollo de competencias clínicas basadas en modelos clásicos, dando como consecuencia un bajo nivel de competencias relacionadas a contenidos clínicos más modernos por parte de la mayoría de los psicólogos. Por último, resulta un tanto alarmante la baja correlación entre las competencias requeridas para el ejercicio de la psicología y las competencias que efectivamente tienen los psicólogos (Castro Solano, 2004).

Atendiendo a la importancia de las competencias profesionales para la praxis psicológica, se considera necesaria su implementación en la formación de psicólogos. Siguiendo este punto, Ruiz, Jaraba y Santiago (2008) plantean la existencia de un desafío para las instituciones formadoras, pues su objetivo no es solo la adquisición de conocimientos por parte de los alumnos sino también que se formen como personas y profesionales.

Para que el proceso de aprendizaje sea exitoso, el maestro debe promover en el alumno la asunción de una actitud activa y crítica respecto de los contenidos, así como la posibilidad de debate y aporte de experiencias a fin de lograr implicancia y motivación (Larraín & González 2007).

Es así que Ruiz, Jaraba y Santiago (2008) reflexionan acerca de dos aspectos manifiestos en muchas instituciones de formación que favorecen a la adquisición de competencias profesionales: por un lado, la implementación de una currícula flexible que promueva la autonomía de los estudiantes en pos de que se planteen problemas y experimenten modos de solucionarlos. Por otro, la oferta de actividades por fuera de lo académico para el entrenamiento en fortalezas esenciales para la praxis profesional como la iniciativa, el trabajo en equipo, el liderazgo, y el despliegue de actitudes y habilidades por fuera del contexto académico.

Por último, y como cierre de lo anteriormente expuesto, es de vital importancia considerar que el entrenamiento del psicólogo debe basarse en tres aspectos relacionados: el conocimiento de principios psicológicos, las habilidades, y los límites éticos y legales (Ruiz, Jaraba & Santiago, 2008).

### **3.2.3 Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)**

Lía Crocama (2019) se propuso analizar el perfil de competencias clínicas básicas en psicoterapeutas argentinos con diferente orientación teórica y nivel de experiencia profesional. Desde allí diseñó la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) que evalúa las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia e indicadores asociados a su desarrollo.

El instrumento consta de tres partes: resolución de casos clínicos, autoevaluación de competencias clínicas y una encuesta relacionada a los indicadores asociados al desarrollo de dichas competencias. La encuesta está conformada por 122 ítems, es autoadministrable y se requieren aproximadamente 45 minutos para completarla.

La primera parte consta de tres viñetas clínicas con 15 interrogantes a fin de evaluar las competencias proceso diagnóstico y diseño, intervenciones y técnicas. Tras leer los casos, los participantes deberán indicar, por ejemplo, *¿cuál es el motivo de consulta?, establezca al menos un objetivo de tratamiento*, entre otras.

La parte 2, consiste en una autoevaluación de las competencias vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad, manejo de entrevista, evaluación y finalización del proceso y diseño, intervenciones y técnicas. Posee 55 ítems y se responde utilizando una escala Likert de cinco puntos, cuyos extremos son 1 (*Muy incompetente*) y 5 (*Muy competente*), bajo la premisa *indique su nivel de competencia para...* Tras la administración se calcula un promedio de

las repuestas que conforman cada escala lo que derivará en un puntaje total para cada competencia cuyo mínimo es 1 y máximo es 5. Algunos ejemplos son: *generar confianza y calidez, trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural y tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico.*

Finalmente, la última parte es una encuesta de 22 ítems basada en los indicadores asociados al desarrollo de las competencias ya evaluadas: formación de base y actualización, supervisión, pertenencia a instituciones y red de profesionales, desarrollo personal y trabajo sobre sí mismo y experiencia personal y profesional. Los psicólogos deben seleccionar las respuestas que mejor se ajusten a su situación profesional, por ejemplo, *¿con qué modelo psicoterapéutico se identifica predominantemente?, ¿realiza psicoterapia? y ¿cuántos años hace que ejerce como psicoterapeuta?* Las respuestas entonces, permiten obtener información cualitativa sobre experiencias o actividades asociadas al desarrollo de las competencias clínicas para la psicoterapia.

Con el objetivo de describir las competencias clínicas básicas que posee una muestra heterogénea de psicoterapeutas pertenecientes a múltiples modelos teóricos y con diferente experiencia profesional de diferentes provincias de Argentina, Crocarno (2019) realizó un análisis descriptivo a partir de los puntajes obtenidos tras la administración de la ECCBP.

Como resultado, encontró que los participantes presentaron mayor nivel de competencia en las variables contextuales y de diversidad, seguidas del manejo de la entrevista, y el menor nivel de competencia en el diseño, las intervenciones y las técnicas.

Respecto de las variables contextuales y de diversidad, los participantes obtuvieron el 84,6% del puntaje máximo posible, evaluando como su mayor competencia el trabajar con personas con diferente procedencia social y económica, así como pertenecientes a familias cuya estructura difiere de la propia; mientras que se evaluaron como menos competentes en la adaptación de la tarea a la normativa de la institución de trabajo. Asimismo, obtuvieron el 80,6% del puntaje máximo posible en el manejo de la entrevista, considerándose más competentes en la realización de preguntas durante el proceso terapéutico y la utilización apropiada del lenguaje verbal para informar y explicar, y menos competentes en la realización de entrevistas vinculares y familiares y la predicción de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente.

En cuanto al vínculo terapéutico, se halló que los participantes obtuvieron el 79,6% del puntaje máximo posible. La tarea que evaluaron con mayor nivel de competencia fue generar confianza y calidez, mientras que la evaluada con el menor nivel de competencia fue detectar y resolver amenazas o rupturas del vínculo terapéutico. Además, obtuvieron el 78% del puntaje máximo posible en la evaluación y finalización del proceso terapéutico, percibiéndose como más competentes en el reconocimiento de limitaciones personales y profesionales, y menos competentes en la comprensión y el monitoreo de las expectativas del paciente.

Por último, las competencias en las que se autoevaluaron como menos competentes corresponden al rol profesional y al diseño, las intervenciones y las técnicas. En el rol profesional,

obtuvieron el 72,8% del puntaje máximo posible. Se autoevaluaron como más competentes en el dominio y autocontrol emocional durante el ejercicio profesional, y como menos competentes en relatar anécdotas o vivencias personales con fines terapéuticos. En cuanto al diseño, las intervenciones y las técnicas, obtuvieron un 71,4% del puntaje máximo posible, evaluándose como más competentes en la consideración de recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia, y menos competentes en la aplicación de técnicas corporales y de imaginería.

Tras el mencionado análisis, Crocamo (2019) ha expuesto una serie de hallazgos relevantes. Por un lado, encontró que la evaluación reflexiva sobre la propia práctica y el respeto de las incumbencias profesionales son esenciales para el ejercicio de la psicoterapia, dado que el automonitoreo del terapeuta, la evaluación de su desempeño, el registro de sus limitaciones personales y la posibilidad de derivación han sido tareas destacadas para la labor por expertos en la temática. Asimismo, en relación a la competencia variables contextuales y diversidad, la autora aclaró que su importancia no se debe únicamente a trabajar con diversidad, sino también a los factores del contexto donde se desempeña el terapeuta que pueden influir en el proceso terapéutico.

Finalmente, encontró algunas discrepancias entre los resultados obtenidos en esta investigación y estudios preexistentes. Por un lado, halló que los argentinos priorizan algunos elementos frente a otros, de modo que algunos componentes de competencias presentadas en otros modelos, se constituyen como competencias por sí mismas en el país, por ejemplo, el vínculo terapéutico y el manejo de la entrevista. Además, observó que las diferencias en relación a otros modelos de competencias corresponden a expresiones lingüísticas particulares de cada nación (Crocama, 2019)

#### **3.2.4 Competencias específicas del psicoterapeuta sistémico**

En la actualidad, aún contamos con pocas investigaciones respecto de las competencias específicas para la psicoterapia sistémica. Sin embargo, el departamento de psicología y ciencias del lenguaje del University College de Londres (2019) ha expuesto un extenso informe respecto de dichas competencias, el cual se utilizará como referencia para el presente trabajo. Las mismas podrían agruparse en tres grandes áreas.

En un primer momento, todo psicoterapeuta sistémico debe conocer los principios del enfoque, lo que implica una mirada no sólo sobre el paciente sino sobre su familia y otras relaciones significativas, su entorno social, comunitario, profesional, cultural y socio-político, dado que estos diferentes contextos están conectados entre sí e interactúan constituyendo un sistema que se retroalimenta, evoluciona en el tiempo y permite ver el comportamiento y las interacciones entre sus miembros. Así, se atenderá a las interacciones enfatizando en que todo entendimiento de la realidad es una construcción, y examinando los distintos roles, relaciones de poder e interpretaciones diferentes de los distintos participantes.

Asimismo, todo terapeuta sistémico deberá abordar los problemas psicológicos y el cambio desde la idea de que el sistema es el que mantiene el problema, por lo que al alterar una de sus partes, todo el sistema se transformará. De esta misma forma, los miembros del sistema podrían funcionar como un recurso para la promoción y el mantenimiento del cambio.

Por otro lado, es esencial para la praxis contar con las competencias para el inicio de una terapia sistémica. Se trata de iniciar el contacto de manera empática para establecer un buen vínculo terapéutico y recopilar información sobre el contexto en el que se desarrolló el problema. Además, es central identificar las fortalezas del paciente que pueden promover el cambio y desarrollar compromiso en el mismo a través de la validación y el respeto por sus perspectivas.

Por último, el terapeuta debe ser capaz de desarrollar y mantener el enfoque sistémico a través del trabajo reflexivo, utilizando comentarios de sus pacientes y colegas para reflexionar sobre sus propios valores, prejuicios, pensamientos y emociones a fin de considerar los efectos que pueden tener sobre el proceso terapéutico. También, es importante seleccionar las intervenciones adecuadas para cada caso a través de la observación del paciente y los resultados sesión a sesión, así como el monitoreo para identificar los cambios en cuanto a creencias, emociones y conductas, y el progreso de las metas de tratamiento siempre en conjunto con el consultante. Este punto consta también de la competencia para facilitar la comunicación en el sistema de quien consulta y el impacto que las intervenciones y cambios tienen en el mismo.

Para concluir, el terapeuta debe gestionar los finales de tratamiento en pos de mantener los cambios positivos desarrollando estrategias para posibles recaídas, ayudando a los pacientes a pensar formas de mantener las ganancias terapéuticas en sus distintos contextos e interacciones (University College London, 2019).

De igual modo, Hernández Córdoba (2007) identifica tres elementos esenciales para la praxis del psicoterapeuta sistémico: el establecimiento de una relación terapéutica, el rol profesional del psicólogo, y la focalización hacia el cambio.

Por último, es posible analizar la labor específica de los psicoterapeutas del enfoque sistémico brevemente las propuestas de uno de sus grandes referentes, Milton Erickson, quien postula que el psicólogo debe adquirir un rol activo haciendo énfasis en el mundo presente del paciente, sus síntomas actuales y el cambio. Como ya se ha mencionado, no hay problema sin refuerzo del entorno, por lo que el terapeuta debe primero conocer el sistema en el que se encuentra el paciente y su funcionamiento, a través de una actitud de curiosidad, para luego intervenir propiciando pequeños cambios conductuales desde quien consulta y así llegar al cambio en el sistema en su totalidad (Cruz Fernández, 2009; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

#### **4. Metodología**

##### **4.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo.

##### **4.2 Participantes**

El presente estudio constó de dos grupos de participantes. El primero, estuvo compuesto por seis psicólogos que se encontraban realizando su formación en psicoterapia sistémica en la institución, atendiendo pacientes a través del dispositivo de cámara gesell.

A fines de mantener la confidencialidad de los participantes, los nombres expuestos en el presente trabajo son ficticios y los datos representados corresponden al mes de septiembre del 2019, mes en el que se les administraron los instrumentos.

- Gastón, de 25 años, egresado de una universidad privada hace 11 meses. Se desempeña como psicoterapeuta hace ocho meses. Ha realizado una especialización en Selección de Personal y actualmente realiza una diplomatura en Violencia de Género.

- Azul, de 34 años, egresada de una universidad pública hace cinco años. Se desempeña como psicoterapeuta hace tres años. Ha comenzado un posgrado en Terapia Cognitivo Conductual que aún no concluyó y realizó diversos cursos: Orientación Vocacional, Aptos Psicológicos, Búsqueda de Personal de Recursos Humanos y Trastornos de Ansiedad.

- Gabriela, de 23 años, egresada de una universidad privada hace dos años. Se desempeña como psicoterapeuta hace dos meses. Se encuentra cursando un posgrado en Terapia Sistémica Estratégica.

- Ana, de 45 años, egresada de una universidad privada hace nueve meses. Se desempeña como psicoterapeuta hace seis meses. Se encuentra formándose en Terapia Sistémica en niños y Terapia Cognitivo Conductual en niños.

- Sol, de 27 años, egresada de una universidad pública hace dos años. Se desempeña como psicoterapeuta hace siete meses. No ha realizado otra formación además de la que brinda la institución analizada en el presente trabajo.

- Lucía, de 43 años, egresada de una universidad privada hace 13 meses. Se desempeña como psicoterapeuta hace tres meses. Se encuentra realizando un posgrado en Terapia Estratégica Focalizada.

El segundo grupo, estuvo compuesto por las autoridades de la institución, la fundadora y directora y la coordinadora de la misma. Ambas son Lic. en Psicología egresadas de universidades privadas y se encargan personalmente de la formación en la institución, brindando clases teóricas, entrenando a los psicólogos en la práctica clínica a través del dispositivo de cámara gesell, y supervisando los caos allí observados.

La directora y fundadora de la institución tiene 61 años, es especialista en Terapias Breves Sistémicas Familiares y de Pareja y posee más de 30 años de experiencia. Se dedica tanto a la atención individual, de pareja y familiar, como a la formación de terapeutas no sólo en la institución sino además siendo organizadora y coordinadora de cursos y posgrados en Argentina y en el exterior.

La coordinadora de la institución tiene 35 años, se ha formado en el modelo de Terapia Breve Estratégica y ha realizado un posgrado en Trastornos de Ansiedad. Se desempeña como

terapeuta individual y de familia, además de dar clases en la universidad y coordinar las prácticas académicas y actividades para psicólogos que realiza la institución.

#### 4.3 Instrumentos

Se utilizó una entrevista semi estructurada dirigida a los psicoterapeutas en formación confeccionada especialmente para recolectar datos descriptivos y exploratorios. En un primer momento, para conocer las características de la población se les preguntó a los participantes nombre, género, edad, si se graduaron en una universidad pública o privada y hace cuánto tiempo y si estaban realizando o ya realizaron otro tipo de formación en psicología. Luego, se hicieron una serie de preguntas a fin de obtener información respecto de las competencias profesionales que consideran más relevantes para la psicoterapia sistémica, el proceso de formación que se encontraban realizando en la institución, y las competencias profesionales autopercebidas a partir de los siguientes ejes:

- Las características de un buen psicoterapeuta sistémico.
- Las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica a partir de las competencias clínicas básicas propuestas por Crocamo (2019): vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad, manejo de entrevista, evaluación y finalización del proceso terapéutico y diseño, intervenciones y técnicas.
- La formación para ser un buen psicoterapeuta sistémico.
- La formación en la institución en general, y la formación para la adquisición de dichas competencias.
- Las expectativas en cuanto a las competencias adquiridas al finalizar su formación.
- Las fortalezas y debilidades autopercebidas en relación a las competencias clínicas básicas para la psicoterapia propuestas por Crocamo (2019).

Asimismo, se administró a los psicólogos en formación una versión abreviada de la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) que evalúa las competencias clínicas básicas para el ejercicio de la psicoterapia (Crocamo, 2019). Ver Anexo 1.

La versión original de la escala consta tres partes: resolución de casos clínicos, autoevaluación de competencias clínicas y una encuesta relacionada a los indicadores asociados al desarrollo de dichas competencias. Está conformada por 122 ítems, es autoadministrable y se requieren aproximadamente 45 minutos para completarla.

Para el presente trabajo se utilizó una versión abreviada de la escala, referente a la parte 2 de la versión original, que consiste en una autoevaluación de las competencias vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad, manejo de entrevista, evaluación y finalización del proceso y diseño, intervenciones y técnicas. Se responde utilizando una escala Likert de 5 puntos, cuyos extremos son 1 (*Muy incompetente*) y 5 (*Muy competente*). A diferencia de los 55 ítems de la versión original, aquí se evaluaron 27, que integran a cada una de las competencias mencionadas. Tras la administración se calculó un promedio de las repuestas que conforman cada escala lo que derivó en un puntaje total para cada competencia cuyo mínimo es 1 y máximo es 5.

A su vez, se confeccionó una entrevista semi estructurada dirigida a las autoridades de la institución a fin de conocer cuáles son las competencias profesionales que consideran más relevantes para la psicoterapia sistémica, cómo las perciben en sus alumnos, y cómo es el proceso de formación que lideran a partir de los siguientes ejes:

- Las características de un buen psicoterapeuta sistémico.
- Las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica a partir de las competencias clínicas básicas propuestas por Crocamo (2019): vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad, manejo de entrevista, evaluación y finalización del proceso terapéutico y diseño, intervenciones y técnicas.
- La formación para ser un buen psicoterapeuta sistémico.
- La formación en la institución en general, y la formación para la adquisición de dichas competencias.
- Las expectativas en cuanto a las competencias adquiridas por los psicólogos al finalizar su formación.

Además, se utilizaron registros de datos obtenidos mediante la observación participante de casos en vivo a través del dispositivo de cámara gesell y la consiguiente supervisión de los mismos. También, se utilizó la observación no participante de videos de casos atendidos por los terapeutas en formación y la observación participante de clases teóricas bajo el modelo sistémico, enfocadas en la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas, junto con el programa de contenidos y el material bibliográfico que ofrecen, a fin de recolectar más datos sobre la formación que brinda la institución.

Es de relevancia mencionar aquí, que dentro de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia, Crocamo (2019) incluye al proceso diagnóstico. Para la administración de las entrevistas, se optó por quitar la competencia proceso diagnóstico del listado dado que la definición propuesta por la autora, a diferencia del resto de las definiciones utilizadas, no coincide con el tipo de diagnóstico utilizado por las corrientes sistémicas, por lo que se la consideró como una variable que podría contaminar el análisis. Asimismo, esta competencia es la única que no es evaluada en la versión abreviada de la ECCBP (Crocamo, 2019), por lo que no hubiera sido posible contrastar las respuestas de los participantes en las entrevistas con los datos obtenidos a partir de la administración de la escala.

#### **4.4 Procedimiento**

Con el objetivo de recolectar datos para el presente trabajo se llevó a cabo la observación de casos en vivo atendidos por los psicólogos en formación a través del dispositivo de cámara gesell, así como la consiguiente supervisión de los mismos y la observación de videos de casos tanto pasados como actuales con una frecuencia de 12 horas semanales entre los meses de agosto y diciembre del 2019. Además, se participó de clases teóricas dirigidas a los terapeutas en formación bajo el marco de la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas,

perteneciente del modelo sistémico, con una duración de 2 horas semanales de agosto a diciembre del 2019.

Asimismo, se les administró a los psicólogos en formación entrevistas semi estructuradas junto con una versión abreviada y autoadministrable de la Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) (Crocamo, 2019). Tanto la entrevista como la escala se llevaron a cabo de forma individual en un único encuentro en la institución y constaron de 30 minutos aproximadamente. Se realizaron en el mes de septiembre, y el orden de los entrevistados fue aleatorio según disponibilidad de los mismos.

En cuanto a las autoridades, se realizaron entrevistas semi estructuradas a la directora y a la coordinadora de la institución, que fueron individuales y administradas por única vez en la institución en el mes de septiembre y constaron de 20 minutos aproximadamente.

## 5. Desarrollo

### 5.1 Introducción

La institución analizada en el presente trabajo ofrece una formación en la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas, correspondiente al modelo sistémico de psicoterapia, dirigida a graduados en psicología.

La misma tiene una duración de un año y consta de dos módulos: una primera parte de clases teórico-prácticas en las que se forma a los alumnos en las bases del modelo incluyendo técnicas de entrenamiento como el role playing, y una segunda parte en la que los alumnos observan y atienden casos en vivo a través del dispositivo de cámara gesell con consiguientes supervisiones.

Los psicólogos en formación deben primero observar para luego atender casos a través de la cámara gesell, siendo parte de un equipo psicoterapéutico liderado por las autoridades en el que se generan debates, preguntas y alternativas para los distintos casos observados.

A continuación, se analizan las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los alumnos y autoridades de la institución, así como el proceso de adquisición de las mismas y la autopercepción de tales competencias por parte de los psicólogos en formación.

### 5.2 Las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica según la perspectiva de las autoridades y psicólogos en formación

Considerando que el concepto de competencias profesionales no es conocido por todos los psicólogos y puede prestarse a confusión, se decidió en un primer momento preguntarles a los alumnos y autoridades de la institución *¿qué hace que alguien sea un buen terapeuta sistémico?*, pregunta que subsume la idea de competencia a fin de contar con una primera aproximación al primer objetivo del trabajo.

Luego, se les presentó a los participantes una lista con las competencias clínicas básicas para la psicoterapia propuestas por Crocamo (2019) para que seleccionen las cuatro competencias que consideren más relevantes para la psicoterapia sistémica justificando su respuesta.

Ante la pregunta sobre qué hace que alguien sea un buen terapeuta sistémico, tanto la directora como la coordinadora de la institución distinguieron al terapeuta sistémico como alguien que debe enfocarse en el contexto del problema de quien consulta, centrándose en sus recursos más que en la patología, en concordancia con Feixas y Miró (1993) y Juan (2006) quienes explican que el modelo no atiende a la patología individual sino a un problema de relación, y Beyebach (2015) quien ubicó a la confianza en los recursos del paciente como una premisa básica para la praxis. Asimismo, mencionaron que el psicólogo sistémico debe contar con una forma específica –sistémica- de ver el mundo y por lo tanto a sus pacientes. En efecto, Martínez Miguélez (2011) expuso que la teoría sistémica aparece como una nueva forma de concebir no sólo a los sujetos sino a la realidad entera, entendiendo al ser humano como un todo integrado, un suprasistema, compuesto por distintos subsistemas que cuando se desintegran o descoordinan, llevan a la patología; así como Garzón (2008) enfatizó en la necesidad de trabajar sobre el sí mismo y el modo de ver el mundo para ser un buen terapeuta sistémico.

Siguiendo este punto, las autoridades expusieron, tal como mencionó García Martínez (2013), que el psicólogo sistémico comprenderá que la realidad que trae el paciente, la cual le permite organizar su experiencia y a la vez puede ser un obstáculo para el cambio, es construida por sí mismo y por el sistema al que pertenece, por lo que, en concordancia con Watzlawick y Nardone (1997/2000), la psicoterapia buscará construir una nueva realidad que se ajuste mejor a las emociones y necesidades del paciente. Es así que ambas profesionales mencionaron, tal como lo expuso Beyebach(2015) que la terapia se basa en objetivos claros y cuantificables respetando siempre la cosmovisión del paciente, ya sean sus propias metas, valores e incluso su lenguaje.

Por otro lado, las autoridades comentaron que el terapeuta sistémico debe orientarse a resultados adquiriendo un rol activo y *jugado* en sentido de poder decirle cosas fuertes al paciente en pos de movilizarlo y generar motivación para el cambio de conductas. De este modo, coincidieron con Hernández Córdoba (2007) quien postuló que la terapia estratégica es una postura del terapeuta más que una teoría, en la que el mismo se propone influir sobre el paciente identificando problemas, proponiendo metas, realizando intervenciones, y examinando las respuestas de quien consulta, por lo que su habilidad está en influenciarlo directivamente.

Asimismo, todos los entrevistados mencionaron dos características distintivas del psicólogo sistémico. Por un lado, comentaron que el terapeuta debe interesarse por el ahora, por el problema actual que trae quien consulta, en concordancia con Nardone y Watzlawick (1995) y Von Bertalanffy (1968/1989) quienes explican que el foco del tratamiento debe ser el problema presente siendo el pasado solo un medio para la elaboración de estrategias y no un procedimiento terapéutico en sí. Por otro lado, concordaron en la importancia de conocer el circuito del problema que trae el paciente en lugar de su diagnóstico. *Nuestro modelo es interpersonal, entonces nuestro diagnóstico tiene que ver con lo que nosotros llamamos circuito y no con la patología*, comentó la directora. De este modo, los entrevistados enfatizaron en la necesidad de conocer las pautas de comportamiento del sistema de quien consulta que mantienen el problema, así como las

soluciones intentadas para resolverlo. *Nuestro diagnóstico es siempre en términos de circuito*, comentó la coordinadora; *hay que ver el circuito y las pautas que mantienen el problema*, expresó Lucía; *hay que evitar el campo minado, caminar donde ya caminaron, decir lo que ya dijeron y que no funcionó (...) hay que evaluar las soluciones intentadas fallidas para no repetir las*, concluyó Gabriela. Dichos comentarios se relacionan con lo expuesto por Wainstein (2006) quien explica que el modelo estratégico apunta al conocimiento y la descripción de los circuitos comportamentales que mantienen vigente el problema así como a las soluciones intentadas fallidas para así intervenir a fin de interrumpir esos circuitos.

Además, estos participantes hicieron hincapié en la necesidad de despojarse de creencias y valores propios para adentrarse en la cosmovisión de quien consulta, evaluando siempre su motivación para trabajar en el cambio, en concordancia con Miller y Rollnick (1991/1999) quienes consideran que la motivación para el cambio debe surgir del propio paciente y no ser impuesta por el terapeuta. Surge de aquí la importancia de no formar a los psicólogos solo en el qué hacer sino también propiciar la revisión de sus emociones, creencias y conductas dado que son las que se pondrán en juego en la interacción con sus pacientes, cuestión expuesta por Cruz Fernández (2009).

Como se ha introducido, tras esta primera pregunta, se les presentó a los participantes del estudio un listado con las competencias clínicas básicas para la psicoterapia propuestas por Crocarno (2019) junto con sus definiciones a fin de que seleccionen las cuatro competencias que consideren más relevantes para la psicoterapia sistémica. El interés aquí está en encontrar lo distintivo y específico del modelo sistémico respecto de los diversos modelos psicoterapéuticos en los cuales se basó el listado utilizado.

El mismo enunció que las competencias más relevantes para la psicoterapia son: vínculo terapéutico, rol profesional, manejo de entrevista, variables contextuales y diversidad, diseño, intervenciones y técnicas, y evaluación y finalización del proceso terapéutico.

Todos los psicólogos en formación encuestados coincidieron en que el vínculo terapéutico, entendido como la generación y el sostén de una relación interpersonal basada en la confianza tanto con el paciente como con sus allegados a fin de lograr colaborativamente los objetivos de la terapia (Crocarno, 2019), es la primera competencia más relevante para la praxis en la que se están formando, tomándola como una condición necesaria para el inicio de un tratamiento. Los mismos expresaron que el vínculo es el punto de partida de todo tratamiento, y enfatizaron en la importancia de validar todo lo que el paciente piensa, siente, e hizo hasta el momento. Además, aseguraron que es la garantía de éxito psicoterapéutico.

*Es lo más básico y principal para empezar, es muy importante validar al paciente y generar confianza para que te dé toda la información que necesitas para entender el problema y así construir juntos los objetivos de la terapia*, expresó uno de ellos. Esto coincide con lo postulado por el University College de Londres (2019) que enuncia que es de vital importancia contar con competencias para iniciar una terapia sistémica, lo cual implica iniciar el contacto con el paciente

de manera empática a fin de obtener información sobre el problema e identificar sus fortalezas para trabajar sobre el cambio, siempre apuntando a desarrollar compromiso en quien consulta desde la validación y el respeto por sus perspectivas. Asimismo, Hernández Córdoba (2007) ubicó al establecimiento de una relación terapéutica como uno de los tres pilares para la praxis de un psicólogo sistémico.

Las autoridades de la institución concordaron en este punto aunque lo abarcaron de modos distintos. La directora ubicó también al vínculo terapéutico en un primer lugar aclarando que esta cuestión debe darse en todas las psicoterapias independientemente del modelo del que se trate y en este sentido comentó, *sin vínculo no hay nada, sin vínculo no hay terapia, está claro que la alianza terapéutica es la predictora de éxito mucho más allá de las técnicas*. A su vez, hizo referencia a una de las clases que dictó en la institución relacionada a las distintas maniobras del terapeuta sistémico, indicando que ninguna de ellas sería posible sin primero generar un vínculo positivo y hablar un mismo idioma, tal como Nardone y Watzlawick (1995) y Wainstein (2006) quienes expusieron que la generación de una relación basada en la confianza y la sugestión positiva así como la asunción del lenguaje del paciente le permiten al terapeuta mayor capacidad de maniobra.

Lacoordinadora coincidió en que el vínculo terapéutico es la base de cualquier terapia, por lo que optó por no incluirlo en la lista puesto que no es una característica distintiva de la terapia sistémica, *es el ABC, pero no es lo que distingue a la sistémica de la TCC, el psicoanálisis o la gestalt; creo que el vínculo es algo obvio, es como decir médico y salud*, expresó.

Todos los participantes coincidieron además en la importancia del manejo de la entrevista en la terapia sistémica, entendiéndola como la habilidad para obtener información relevante para definir el problema y trabajar sobre el mismo en los distintos encuentros a partir de la comunicación verbal y no verbal (Crocamo, 2019).

Identificaron a la entrevista sistémica como distintiva respecto de otros modelos. La directora comentó, *no es una entrevista como en otros modelos en los que decís 'bueno a ver, que me cuente' (...) la diferencia está en que tiene pasos obligados a seguir, es muy pautada, si el paciente te dice que sí vas por un lado, si te dice que no vas por otro, tenés que estar muy atenta al detalle de la entrevista*. La misma agregó que el modelo sistémico es muy directivo y concreto, y de aquí la necesidad de dirigir y conducir la entrevista para poder focalizar en lo que se quiere cambiar y no dejarse llevar por otras cuestiones que puede traer el paciente. Lo expresado por la directora se relaciona con las intervenciones que realizaba del otro lado de la cámara gesell, promoviendo que los alumnos logren focalizar en el problema que se buscaba resolver sin dejarse llevar por otras cuestiones que traían los pacientes, y alentando a que pregunten y devuelvan en lugar de interpretar, para que todo el proceso sea una co-construcción. Es así que una de las psicólogas en formación comentó, *la meta es focalizar en el problema, en aquello que se desea cambiar, por eso es necesario preguntar y devolver del modo más claro posible para lograr un entendimiento y acordar objetivos*, así como otra de las psicólogas que expresó, *el manejo de las*

*preguntas y respuestas es muy importante para recolectar información y poder generar distintas opciones de resolución del problema.* En efecto, tanto García Martínez (2013) como Hernández Córdoba (2007), coincidieron en que el psicólogo sistémico debe centrarse en la queja inicial para generar preguntas e intervenir focalizando siempre en aquello que se desea cambiar.

La coordinadora de la institución agregó que la importancia de la entrevista está en la actitud del terapeuta, comentando que todo psicólogo ubicado en este modelo debe tener un rol activo y hacer preguntas específicas, lo cual concuerda con lo expuesto por Camacho (2006) en relación a la actitud activa que debe adoptar todo psicólogo sistémico.

Durante la participación en las clases teóricas que brinda la institución y la observación de casos en vivo y sus supervisiones, se ha encontrado que la entrevista es el ítem que se atiende con mayor profundidad de todos los pertenecientes a la lista analizada. Por un lado, se hace mucho hincapié en la primera entrevista, que tiene una estructura predeterminada que se espera que los terapeutas puedan seguir para dar inicio a una terapia eficaz. La misma apunta a recolectar por un lado, los datos de filiación del paciente junto con la queja inicial para ir armando conjuntamente un motivo de consulta. Para esta co-construcción, la pregunta más importante –que no puede faltar jamás– es *¿por qué ahora?, que será la puerta de entrada para conocer el problema actual que motiva al paciente a consultar*, comentó la coordinadora. Además, es importante conocer la historia y las circunstancias del problema que trae, así como la opinión y participación de otros significativos al respecto. Por último, entre otras cosas, la directora comentó que se espera que los terapeutas recopilen datos sobre las soluciones intentadas, sobre lo que el paciente deja de hacer por este problema, su lenguaje (en sentido de su cosmovisión), tratamientos pasados y actuales, y sus expectativas respecto del tratamiento para poder acordar metas mínimas, cuestión que concuerda con los aportes de Beyebach (2015), García Martínez (2013), Wainstein (2006) y Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974).

Una de las terapeutas en formación, en concordancia con lo expuesto por el University College de Londres (2019) expresó, *la importancia de la entrevista está en obtener información relevante para definir la demanda, el motivo de consulta*, así como otra de ellas dijo, *es importante aclarar que es un trabajo co-construido, mutuo, donde terapeuta y paciente se ponen de acuerdo en los objetivos y la terapia se va actualizando y re-confirmando en cada sesión, teniendo siempre en cuenta lo que le pasa y dice el paciente más allá de lo que uno pueda considerar como un problema a cambiar.* Esto coincide con lo propuesto por Maristany (2007) que enfatizó en el entendimiento del paciente como el protagonista del tratamiento, siendo el terapeuta un guía o acompañante en el camino de derribar los obstáculos que condicionan su vida para que luego pueda seguir haciéndolo sin ayuda psicológica.

Las autoridades resaltaron además el uso tanto de la primera entrevista como de las siguientes para evaluar la motivación para el cambio en el paciente, siendo la entrevista motivacional propuesta por Miller y Rollnick (1991/1999) parte de las clases que dictan. Las mismas comentaron, en concordancia con los autores, que solo hay posibilidad de cambio si la

motivación es intrínseca, entendiendo que no puede ser impuesta ni por el terapeuta ni por el entorno de quien consulta.

Otro punto importante a tener en cuenta desde los participantes del presente trabajo, son las variables contextuales y de diversidad. Si bien esta competencia, tal como la describió Crocamo (2019) apunta principalmente a la tolerancia, comprensión y apertura ante las diferencias así como a la adaptación a los distintos contextos de trabajo, resultó llamativo que tanto los directivos como los alumnos se centraron en lo contextual, cuestión imprescindible en la psicoterapia sistémica.

La directora de la institución sostuvo que la importancia de este punto se encuentra en que se trata de una terapia contextual, en la que la atención recae sobre quienes rodean al paciente y ayudan o empeoran su situación más que en el mismo; así como la coordinadora, que agregó que la praxis consiste en observar el circuito del problema del paciente y las personas que intervienen en el mismo, y no tomarlo como un ser aislado. Ambas concordaron entonces con lo expuesto por Feixas y Miró (1993) en relación a que el denominado paciente identificado, que es quien porta el problema, no debe atenderse de forma aislada ya que los síntomas que presenta son expresiones disfuncionales del sistema al que pertenece, lo cual coincide además con Castro Solano (2003) quien expuso que el terapeuta sistémico debe poder identificar el rol que cumple cada miembro de ese sistema así como el rol que cumple el síntoma en el mantenimiento de la estabilidad del mismo, y Wainstein (2006) quien además de enfatizar en el conocimiento del circuito que mantiene al problema, explicó que el foco del tratamiento no está únicamente en quien consulta sino en el denominado sistema consultante.

De este modo, una de las terapeutas en formación expresó, *las variables contextuales son esenciales para poder conocer el problema y entonces trabajar en el mismo*, dado que, tal como lo explicaron Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974), tanto las conductas que generan malestar como la resolución de las mismas residen en la interacción social. La terapeuta agregó, *es muy importante conocer el lenguaje del paciente, en sentido de sus creencias y valores, para así poder hablar un mismo idioma, lo que va a llevar a un mejor entendimiento del problema y también a una comunicación más eficaz en sesión*, en concordancia con Beyebach (2015) quien expuso que en la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas el terapeuta debe respetar la cosmovisión del paciente adaptándose a sus propias creencias, objetivos e incluso adoptando su lenguaje, al igual que Wainstein (2006), quien explicó que el emplear el lenguaje del paciente en sentido de su patrón idiosincrático es una de las premisas básicas del modelo.

Asimismo, todos los psicólogos entrevistados tomaron como esencial a la propuesta de Crocamo (2019) respecto a la necesidad de mostrar tolerancia y apertura ante las diferencias étnicas, culturales, religiosas, políticas, sociales, económicas y familiares con los pacientes, cuestión que coincide con los aportes de la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica (2016) que incluyó entre las competencias principales para la praxis la capacidad de trabajar con diversidad y mostrar competencia cultural.

Se podría ubicar entonces, como la última competencia más relevante para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los participantes, al diseño, las intervenciones y las técnicas.

La misma consiste en el armado de un plan de tratamiento a través de técnicas e intervenciones fundamentadas y apropiadas para cada caso, siempre teniendo en cuenta los recursos disponibles (Crocamo, 2019). Los entrevistados coincidieron en la importancia de esta competencia específicamente para este tipo de psicoterapia dado que se trata de una terapia breve que se centra en objetivos, por lo que tanto el diseño como cada técnica e intervención utilizada se realizarán en pos de conseguirlos. En este punto las autoridades comentaron, al igual que Hernández Córdoba (2007) y Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974), que el trabajo en sesión, tras la identificación del problema, consiste en cambiar o eliminar esas conductas que lo mantienen a través de la proposición de nuevas alternativas basadas en los recursos del paciente. Siguiendo este punto la coordinadora de la institución comentó, *somos orientados a resultados y objetivos, lo que vamos a plantear no es casualidad y queremos lograr algo en base a la problemática que trae la persona.*

Los entrevistados incluyeron además, la importancia de un diseño de tratamiento específico para cada consultante, cuestión que atendieron como una de las más difíciles de la laborada que al tratarse en un modelo que no atiende al diagnóstico, no cuentan con intervenciones genéricas sino que, siguiendo las palabras de la coordinadora, la praxis psicoterapéutica sistémica es como un arte, un trabajo artesanal, en donde no existe un manual que diga qué hacer, sino que a partir de cada paciente, de lo que trae, uno debe elaborar una intervención. Sus dichos concuerdan con los aportes de Nardone y Watzlawick (1995) quienes siguiendo los desarrollos de Milton Erickson, entienden a cada sujeto como irreplicable por lo que cada estrategia de intervención debe adaptarse a la personalidad, experiencias de vida y contexto relacional de cada paciente en particular. Dichas concepciones se corresponden además con la propuesta del University College de Londres (2019) que expuso que las intervenciones a realizar se desprenden de cada caso, a partir del monitoreo de las creencias, emociones, conductas y cambios en el paciente.

Las competencias correspondientes a la evaluación y finalización del proceso terapéutico, así como el rol profesional, fueron consideradas como las menos relevantes para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los participantes.

La ausencia de las mencionadas competencias en las entrevistas se puede relacionar parcialmente con los datos registrados a partir de la observación de las clases teóricas, los casos en vivo y las supervisiones. Si bien no se ha encontrado mención explícita respecto de estas competencias a diferencia de las anteriormente analizadas, se encontró que las mismas aparecen implícitamente en los espacios de supervisión. Allí, las autoridades promueven que los terapeutas en formación reflexionen respecto de su propia praxis, lo cual coincide con lo expuesto por Crocamo (2019) quien ubica tanto en la evaluación y finalización del proceso como en el rol

profesional, a la capacidad de reflexionar respecto de la eficacia del tratamiento y de la propia labor.

Asimismo, resulta llamativa la poca relevancia que le otorgaron a la evaluación y finalización del proceso puesto que al tratarse de terapias breves, las autoridades enfatizan en el armado de un final de tratamiento a fin de brindarle a los pacientes estrategias para posibles recaídas, tal como lo expusieron Nardone y Watzlawick (1995) y el University College de Londres (2019), quienes resaltaron la importancia de los finales de tratamiento dado que a través de la demostración de lo que el paciente ha trabajado en relación a su problema, el fin último es que alcance autonomía para superar por sí mismo problemas eventuales.

Respecto del rol profesional, surge el interés en indagar la poca relevancia que le otorgaron puesto que diversos autores identificaron a esta competencia como fundamental para la psicoterapia (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016; Córdoba, 2007; Crocamo, 2019; Ruiz, Jaraba & Santiago, 2008).

En resumen, tras analizar las respuestas de los psicólogos en formación y las autoridades en conjunto, se encontró que los participantes ubican en primer lugar al vínculo terapéutico y al manejo de la entrevista, seguidos por las variables contextuales y de diversidad y el diseño, las intervenciones y las técnicas, otorgándole menor importancia a la evaluación y finalización del proceso terapéutico y al rol profesional.

### **5.3 El proceso de adquisición de competencias profesionales para la psicoterapia en una institución sistémica**

A fin de analizar la formación para la adquisición de competencias profesionales para la psicoterapia sistémica en la institución analizada, es relevante en un primer momento describir el proceso de formación que la misma propone.

A partir de las entrevistas a las autoridades y alumnos, la participación en los espacios de formación que brinda la institución y el programa de estudios que ofrecen, se extrajo la siguiente información: el objetivo de la institución es brindar una formación teórico-práctica y una iniciación práctica en la clínica psicoterapéutica bajo el modelo de terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas. La formación consta de un año y se divide en dos partes, un primer cuatrimestre teórico-práctico en donde se abordan los temas principales del enfoque, y un segundo cuatrimestre práctico de observación y entrenamiento en cámara gesell. Dicho objetivo coincide con la propuesta de Cruz Fernández (2009) quien planteó que desde inicios de este siglo, se debate la necesidad de regular la formación mínima que deberían tener los psicoterapeutas, coincidiendo diversos expertos en la temática en que la formación exclusivamente teórica no es suficiente.

En el primer cuatrimestre, los alumnos participan de clases semanales de dos horas divididas en cuatro módulos. El primero, es una introducción al pensamiento sistémico y al modelo de resolución de problemas. Allí se busca introducir a los alumnos en la terapia breve estratégica focalizando en la aplicación clínico-técnica del modelo de resolución de problemas, y se abordan

temas relativos al establecimiento de una alianza terapéutica dado que será predictora de buenos resultados, así como la empatía desde el primer momento de la relación con el paciente, cuestión que coincide con lo expuesto por el University College de Londres (2019) que consideró tanto al conocimiento de los principios del enfoque como a la empatía desde el primer contacto con el paciente como competencias fundamentales para la praxis psicoterapéutica sistémica.

El segundo módulo corresponde a la primera entrevista. Aquí se incluye la observación de videos de casos y la técnica de role playing. Además, se enfatiza en la evaluación de la motivación del paciente no solo en la primera entrevista sino en las consiguientes durante el tratamiento, en concordancia con las propuestas de Miller y Rollnick (1991/1999).

Los últimos dos módulos teórico-prácticos corresponden a las intervenciones propias del modelocomo las directivas, las paradójales, la reformulación y la intervención sobre las pautas de comportamiento habituales (Weinstein, 2006). Aquí también se observan casos grabados y se realizan técnicas de role playing. A modo de ejemplo, se extrae de los datos obtenidos a partir de la participación en dichas clases que durante la correspondiente a la reformulación, tras la explicación de la intervención, los alumnos observan el video de un caso y ensayan modos de reformular para luego observar en el mismo video la reformulación realizada por el terapeuta del caso.

Luego, la segunda parte de la formación, consta de un módulo de entrenamiento en cámara gesell en donde los alumnos observan y atienden casos en vivo bajo la supervisión de un equipo terapéutico compuesto por las autoridades y psicólogos que allí se forman.

El plan de formación expuesto se correlaciona con las propuestas de Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) quienes plantearon la existencia de pasos esenciales para la formación en psicoterapia sistémica. En un primer momento, los alumnos deberán conocer las bases epistemológicas y teóricas del modelo para luego poder aplicarlo a la psicoterapia, pudiendo adquirir así los distintos componentes para el abordaje terapéutico como la planificación de un tratamiento, técnicas y estrategias específicas. Más tarde entonces, podrán acceder a la práctica a través de la observación de videos y casos en vivo por el dispositivo de cámara gesell, así como mediante ejercicios de dramatización como el role playing. Debe considerarse además, atendiendo al modelo que se enseña, que los pasos no son sucesivos ya que el proceso de aprendizaje se da en forma recursiva, por lo que cada paso refuerza al resto.

En este sentido, se les preguntó a los alumnos y autoridades, *¿Cómo crees que debería ser la formación para ser un buen terapeuta sistémico?* y *¿Cómo es la formación en la institución en general?*

La fundadora y directora de la institución comentó, *para ser un buen terapeuta sistémico primero tenés que aprender el modelo de pensamiento sistémico, que insisto, es lo más difícil; es el módulo teórico, vos lo leés y no parece nada del otro mundo, pero poder aplicarlo lleva tiempo. Después tenés que conocer las técnicas, principalmente la de la entrevista. Y todo eso después aprenderlo en la práctica, primero con ejemplos y role playing, después viendo casos en cámara de*

*otros terapeutas y después atendiendo vos mismo en cámara y supervisando.* Sus dichos coinciden con la propuesta del University College de Londres (2019) respecto de las competencias específicas para la terapia sistémica, que deberían comenzar por el conocimiento de los principios del enfoque para luego implementar técnicas e intervenciones específicas.

La coordinadora, por su parte, expresó que la formación debe ser teórica y ante todo práctica, enfatizando en la necesidad de contar con un equipo de trabajo y en la formación y actualización permanente, cuestión regulada por el código de ética profesional de psicología en Argentina que fomenta la actualización de conocimientos y la formación continua (Fe.P.R.A, 2013).

En efecto, Cruz Fernández (2009) ha analizado lo anteriormente descripto explicando los tres niveles de formación con que todo psicoterapeuta debe contar: el teórico, que le dará coherencia a su praxis; el práctico, como medio de aprendizaje a través de la acción que favorecerá a la integración de sus experiencias; y el de la persona del terapeuta, que le otorgará al mismo la posibilidad de asumir rasgos propios y únicos para el desarrollo de su trabajo. A partir de las entrevistas y la participación en el programa de formación, se encontró que el mismo se basa en los niveles mencionados, teniendo como instrumentos principales por un lado, la formación teórica, por otro, la práctica a través de técnicas de role playing y del dispositivo de cámara gesell con la consiguiente observación de dichos videos, y por último, la integración de ambas junto con el desarrollo personal del terapeuta a través de la supervisión. Se analiza a continuación la utilización de dichos instrumentos por parte de la institución para la adquisición de competencias profesionales para la psicoterapia sistémica.

Tanto las autoridades como los psicólogos entrevistados coincidieron en la necesidad del entrenamiento teórico-práctico para convertirse en buenos psicoterapeutas sistémicos. *Todas las competencias se adquieren primero en lo teórico, en ver como es, y después en la práctica, haciéndolo, en acción,* comentó la directora. Además, todos los entrevistados realzaron los beneficios del módulo práctico que ofrece la institución. *Tiene la facilidad de ver pacientes que es muy distinto a leer sobre teoría,* dijo Gastón, así como Sol, *la base del éxito en la formación son las actividades prácticas como cámara gesell, análisis de casos, intervenciones, role playing (...)* la teoría se va aprendiendo con la práctica y no sirve de nada si no es aplicada en una situación real, y Lucía, quien expuso, *me sirvió mucho porque estaba haciendo un posgrado muy teórico y sentía que la práctica me faltaba y al venir a esta institución lo pude obtener,* en concordancia con lo expuesto por Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) y Cruz Fernández (2009) quienes plantearon que el entrenamiento en psicoterapia sistémica debe contemplar no sólo las bases teóricas del modelo sino incluir también la práctica a partir de las mencionadas herramientas.

Tal como se ha mencionado, la institución ofrece un cuatrimestre de participación y observación de casos en vivo a través del dispositivo de cámara gesell, siendo la atención de un caso clínico, condición necesaria para la aprobación del programa.

A partir de los datos registrados durante la observación participante en los espacios de cámara gesell, se puede describir su funcionamiento. Antes de cada sesión, el alumno que

atenderá el caso debate con todo el equipo el abordaje del mismo. Asimismo, cuando la sesión está por finalizar, el alumno debe salir un momento del consultorio hacia el otro lado de la cámara para volver a debatir con el equipo sobre lo realizado, sus percepciones y sentimientos frente al paciente, y estrategias de cierre de sesión, para luego al finalizar la misma volver a encontrarse con el equipo y reflexionar respecto de lo sucedido y del cómo seguir. Es relevante mencionar, que cuando las autoridades observan dificultades o errores por parte de los terapeutas en formación, los llaman por teléfono para proponerles algún tipo de intervención, o directamente optan por entrar al consultorio con el alumno y ayudarlo. De igual modo, durante toda la sesión, del otro lado de la cámara gesell alumnos y autoridades exponen ideas, sentimientos, preguntas y proposiciones en relación al caso observado. Uno de los terapeutas en formación expresó, *tanto los llamados en medio de la sesión como la oportunidad de salir para hablar con el equipo me ayudaron a darle coherencia a las sesiones y a poder ofrecerle al paciente una mejor elaboración de lo que se habló en esos 50 minutos.*

Todos los entrevistados coincidieron en que esta herramienta es fundamental para la adquisición de competencias dado que, en concordancia con lo expuesto por Salamea Nieto (2015), la cámara gesell permite poner en acción los conocimientos teóricos aprendidos en un ambiente controlado, achicando la distancia entre el ser estudiante y el ser terapeuta.

Este punto fue enfatizado por todos los psicólogos entrevistados. Gastón comentó, *tiene la ventaja de no atender solo, lo que me dió la tranquilidad de saber que si me equivocaba, del otro lado el equipo se iba a dar cuenta y me iba ayudar a corregirlo para no mantener una intervención o formulación inefectiva.* Azul además expresó, *el espacio marcó significativamente una diferencia en relación a otras formaciones que hice porque me permitió poner los conocimientos en acción, y al poner la teoría en práctica uno puede impregnarse de ella.* Asimismo, Lucía dijo, *la posibilidad de atender por primera vez en cámara con el respaldo de un equipo fue fundamental para la adquisición de todas las competencias.*

Las apreciaciones de los estudiantes coincidieron con lo expuesto por Roldán Henao, Castaño Montoya y Schnitter Castellanos (2012) en relación a las ventajas del trabajo co-terapéutico, que potencia las habilidades y estrategias de los estudiantes a través de una construcción conjunta con sus compañeros y profesores. Siguiendo este punto, Mendoza, Herskovic, Vásquez y Quevedo (2009) encontraron que este tipo de estrategias le permiten al estudiante observar los resultados de sus intervenciones, lo que favorece significativamente al aprendizaje por feedback, tal como sugirió Gabriela, una de las psicólogas en formación, *es muy bueno que el terapeuta sea observado por otros o por sí mismo, así se puede ver desde otro lugar y a través del feedback corregir y perfeccionarse.*

A partir de lo mencionado, tal como expuso Salgado García (2012), las autoridades concordaron en que resultaría enriquecedor extender este tipo de estrategias a más modelos teóricos e instituciones de enseñanza puesto que la aplicación de tecnologías como el dispositivo

de cámara gesell y la observación y edición de videos, favorecen significativamente al desarrollo de competencias en psicoterapeutas.

Ahora bien, tal como se introdujo, otra herramienta fundamental para la adquisición de competencias es la supervisión, que se halla entrelazada con la pertenencia a un equipo de trabajo y el desarrollo de la persona del terapeuta.

Tanto los alumnos como las autoridades entrevistadas coincidieron en la importancia de la supervisión y el equipo de trabajo que ofrece la institución. Esto se relaciona a lo mencionado por Hernández Córdoba (2007) quien definió a la supervisión como la constitución de un equipo terapéutico conformado por el supervisado, el supervisor, y el resto de los estudiantes. Este equipo constituye un sistema complejo en el que interactúan diversos actores con sus roles, expectativas e intereses específicos. Es así que se da, por un lado, una construcción individual que resulta esencial dado que el terapeuta es su propia herramienta de trabajo y, por otro, una co-construcción. Siguiendo este punto y teniendo en cuenta que se trata de la formación de terapeutas sistémicos, la directora enfatizó en la necesidad de pensar al proceso de convertirse en terapeuta sistémico desde el propio modelo que se enseña, en concordancia con Garzón (2008), quien expuso que desde el modelo de pensamiento sistémico, el desarrollo de un estilo psicoterapéutico propio consta de la intersección del mundo interno del terapeuta con los sistemas que son parte del proceso de aprendizaje, siendo uno de ellos el de formación.

A partir de las entrevistas y de los datos registrados durante la participación en los espacios de formación, se encontró que las autoridades no solo atienden a las competencias específicas de la tarea psicoterapéutica sino también a la persona del terapeuta. En los distintos encuentros, promueven que cada psicólogo en formación opine respecto al qué hacer con cada paciente y exprese libremente las emociones y pensamientos que vivencia durante la sesión. En efecto, Cruz Fernández (2009) concuerda en la necesidad de que la formación teórico-práctica para la adquisición de competencias no implique solo el saber y el hacer sino también una revisión del propio alumno respecto de sus emociones, creencias y conductas dado que son las que se pondrán en juego en la interacción con sus pacientes.

Siguiendo este punto, resulta enriquecedor tomar los comentarios de los terapeutas en formación respecto de la supervisión. Gabriela comentó, *es importante porque trabajamos en las habilidades que no se aprenden en los libros, como la empatía, el no juzgar y la credibilidad, que si bien parecieran ser cosas básicas y simples son las que influyen en el éxito o no de un tratamiento.* Ana agregó, *con las supervisiones entendí que la clave está en ser uno mismo y escucharse más allá del modelo que estudies.* En este sentido, Gastón comentó, *poder expresar lo que haría en sesión y debatir con el equipo me ayudó a poner a prueba mis competencias y aprender de los errores,* así como Azul que expresó, *la posibilidad de debatir los casos con el equipo me llevó a intervenir con los pacientes mucho mejor de lo que podría haberlo hecho estando sola.*

Dichos comentarios coinciden con lo propuesto por Cruz Fernández (2009) quien explicó que el enfoque estratégico en psicoterapia sistémica enuncia que los conflictos se resuelven

cuando las personas logran ver la situación desde otra perspectiva a través de la implementación de conductas diferentes, por lo que esta cuestión debe ser considerada en la formación del terapeuta dado que su autopercepción para la labor podría favorecer u obstaculizar la definición de sí mismo como competente, ejerciendo consecuencias en su praxis. De aquí la importancia de la observación de su propia práctica y el aporte de otros, para la exploración y redefinición de creencias y conductas en relación a su desempeño. Asimismo, Hernández Córdoba (2007) postuló que en dichos espacios se juegan las epistemologías constructivistas y construccionistas, que piensan a la realidad como una construcción derivada de la interacción y el lenguaje, siendo la supervisión la posibilidad de observar e integrar las alternativas que surgen en el equipo para ampliar o crear nuevas formas de percibir el propio trabajo.

De igual modo, en las entrevistas, las autoridades enfatizaron en que los terapeutas no *copien* sus modos de intervenir sino que a partir de lo aprendido generen los propios, comentando que al tratarse de un modelo psicoterapéutico no manualizado, la clave de la labor es encontrar el modo de ser terapeuta de cada uno e integrarlo con las técnicas y estrategias del enfoque para poder dar lo mejor de sí ante cada paciente. Este punto coincide con Garzón (2008) quien reflexiona acerca de la necesidad de poner luz sobre la persona del terapeuta a fin de formar profesionales reflexivos, creativos y autónomos, que puedan definir su propio estilo y no se encuentren anclados a un estereotipo que no los identifica, puesto que no se trata solo de entrenarlos en el hacer terapéutico sino también en el ser terapeuta.

Se considera relevante mencionar que en los datos registrados a partir de la observación, se encontró que las autoridades propician tanto en las clases teóricas como en los espacios de cámara gesell y supervisión que los alumnos se apropien de los contenidos pudiendo cuestionarlos, debatirlos y ensayarlos, lo cual coincide con lo expuesto por Larraín y González (2007) quienes explican que para que el proceso de aprendizaje sea exitoso, el maestro debe promover en el alumno la asunción de una actitud activa y crítica respecto de los contenidos, así como la posibilidad de debate y aporte de experiencias a fin de lograr implicancia y motivación. Así como en los espacios de cámara gesell fomentan que cada alumno proponga estrategias de intervención, en las clases teóricas proponen que los alumnos compartan casos de problemas conocidos para *jugar* a resolverlos, en concordancia con lo expuesto por Ruiz, Jaraba y Santiago (2008) en relación a promover la autonomía de los estudiantes a través del planteamiento de problemas y la experimentación de modos de solucionarlos.

Para concluir este apartado, cabe mencionar que todos los entrevistados coincidieron en que la adquisición de competencias para la psicoterapia sistémica depende de la articulación teórico-práctica, haciendo énfasis en la parte práctica a través de herramientas como el dispositivo de cámara gesell con consiguientes supervisiones. Es así, que cuando se les preguntó respecto de sus expectativas al finalizar la formación, todos los psicólogos expresaron que la práctica les permitirá sentirse más seguros y capacitados en las áreas en las que sienten debilidad, como en la competencia relacionada al diseño del tratamiento, la focalización en el problema, y la elección de

técnicas para cada caso. Las autoridades concordaron en este punto, entendiendo que la práctica y la experiencia profesional favorecerán su praxis, añadiendo la directora, la expectativa de que todos los psicólogos formados en la institución se vayan de la misma adoptando para su vida en general como para el trabajo, el modelo de pensamiento sistémico, lo que se corresponde con los aportes de Ceberio, Moreno y Des Champs (2000), Crocamo (2019), Cruz Fernández (2009), Fe.P.R.A (2013) y Martínez Miguélez (2011). Es así que se concluye, en concordancia con lo expuesto por Laurito (2019), que las competencias profesionales adquiridas se reflejarán en el conocimiento teórico y práctico, así como en los valores y actitudes que los psicólogos adopten al respecto.

#### **5.4 La autopercepción de competencias profesionales para la psicoterapia en psicólogos que se encuentran formándose en una institución sistémica**

Con el fin de analizar la autopercepción de los terapeutas en formación respecto de sus competencias profesionales para la psicoterapia sistémica, se utilizaron dos instrumentos.

En un primer momento, dentro de la entrevista semi estructurada que se les administró, se les presentó un listado con las competencias profesionales para la psicoterapia propuestas por Crocamo (2019) y se les preguntó: *en función de la presente lista de competencias, ¿cuáles son tus fortalezas y cuáles tus debilidades?*

En un segundo momento, se les administró a los mismos la parte 2 de una versión abreviada de la ECCBP (Crocama, 2019) que consiste en una autoevaluación de las mismas competencias bajo la premisa *indique su nivel de competencia para....* Tras la administración se calculó un promedio de las repuestas que conforman cada competencia lo que derivó en un puntaje total para cada una cuyo mínimo es 1 y máximo es 5. Ver Anexo 2.

A continuación se analizan las respuestas de cada terapeuta tanto en la entrevista como en la escala. Se considera relevante este análisis dado que se encontraron diferencias entre las respuestas en las entrevistas y la escala, lo cual resultó llamativo teniendo en cuenta que la escala administrada no corresponde a una evaluación por competencias sino a una autoevaluación por parte de los mismos participantes. Al final del apartado, en las figuras 1 y 2, se detallan las respuestas de los participantes en las entrevistas y en la ECCBP (Crocama, 2019).

A partir de las entrevistas, se encontró que el vínculo terapéutico, competencia considerada por todos los psicólogos como la más relevante para la clínica sistémica, fue identificada por todos los entrevistados salvo Azul, como su fortaleza. Los mismos coincidieron en que esta competencia es parte de su personalidad, considerándose personas empáticas, buenas para la escucha y la validación, en concordancia con lo expuesto por Laurito (2019) quien postuló que las competencias profesionales no dependen únicamente de la habilidad para una determinada tarea, sino también de los atributos personales como los motivos, los rasgos de personalidad, las aptitudes y los valores.

Sin embargo, comentaron que la misma debe entrenarse, puesto que no con todos los pacientes aparece la aceptación de la experiencia en un primer momento por lo que deben trabajar

en despojarse de sus propias cosmovisiones para entender al mundo del paciente desde el paciente, tomando como herramienta fundamental a la validación de sus emociones, creencias y conductas. En efecto, Beyebach (2015) enfatizó en el respeto por la cosmovisión de cada paciente aceptando sus propias metas y valores, así como Cruz Fernández (2009) postuló la necesidad de que el terapeuta revise sus propias emociones, creencias y conductas dado que son las que se pondrán en juego en la interacción con sus pacientes.

Siguiendo esta línea, los puntajes obtenidos a partir de la escala administrada demuestran también que el vínculo terapéutico es una de las fortalezas autopercebidas por los psicólogos, ya que representa el 71,2 % del puntaje máximo posible siendo la segunda competencia con mayor puntaje en los participantes en general. La tarea en la que se evaluaron como más competentes corresponde a la transmisión de aceptación e incondicionalidad de las vivencias del paciente, mientras que en la que se evaluaron como menos competentes se relaciona a la detección y resolución de una amenaza o ruptura del vínculo terapéutico, lo que coincide con los resultados de una investigación realizada por Crocamo (2019) en psicoterapeutas argentinos.

A partir del puntaje promedio de todos los psicólogos en la ECCBP, se encontró que el manejo de la entrevista fue la competencia más fuerte de los mismos, en la que obtuvieron el 74% del puntaje máximo posible. La tarea con mayor nivel de autopercepción fue la relacionada a realizar preguntas durante la sesión, que siguiendo a García Martínez (2013), será el punto de partida para movilizar al paciente hacia el cambio. Asimismo, la tarea en la que se evaluaron como menos competentes corresponde a la realización de entrevistas vinculares o familiares, lo cual resulta llamativo dado que el modelo en el que se están formado se inició en el tratamiento a familias (Feixas & Miró, 1993) y a pesar de utilizarse actualmente para la psicoterapia individual, el mismo tiene como unidad de diagnóstico y tratamiento al sistema (Juan, 2006), por lo que es muy frecuente la realización de entrevistas vinculares con los miembros del sistema al que pertenece el paciente. Es de relevancia mencionar que los resultados expuestos se corresponden con los resultados obtenidos por Crocamo (2019) derivados de la autoevaluación de psicoterapeutas argentinos provenientes de diversos modelos de psicoterapia.

En contraposición a lo anteriormente mencionado, en las entrevistas, esta competencia solo fue identificada por Gastón y Azul como una fortaleza. Gastón comentó que la práctica en cámara gesell le permitió convertir a este ítem en una fortaleza dado que siente que puede direccionar y focalizar las sesiones en pos del problema a resolver, mientras que Azul expresó que su habilidad se halla en atender a cada palabra que esbozan los pacientes para repreguntar y que nada quede inconcluso. Dichos comentarios coincidieron con Hernández Córdoba (2007) quien expuso que la focalización hacia el cambio es una parte esencial de toda terapia sistémica, así como con Cruz Fernández (2009) y Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) quienes enfatizaron en la asunción de un rol activo por parte del terapeuta adoptando una actitud de auténtica curiosidad para con el paciente.

Otra competencia considerada por todos los participantes como muy relevante para la praxis sistémica es la correspondiente a las variables contextuales y de diversidad. En la entrevista, sólo Gastón y Gabriela la mencionaron identificándola como una fortaleza, argumentando ambos sentirse capaces para adaptarse a los distintos contextos de trabajo y pacientes, más allá de las diferencias que perciban entre los valores, creencias y estilo de vida de los pacientes con ellos mismos. En efecto, la Declaración Internacional sobre Competencias Fundamentales en Psicología Profesional incluye entre las competencias fundamentales para la labor la capacidad de trabajar con diversidad y mostrar competencia cultural (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016). Asimismo, Crocarno (2019), identificó a esta competencia como perteneciente a las características propias del terapeuta, lo cual se corresponde con Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007) quienes identificaron a la adaptación a los distintos contextos como parte de las competencias emocionales, esenciales para la práctica profesional.

Igualmente, siguiendo los puntajes de la escala, todos los terapeutas se autopercebieron como competentes en esta cuestión dado que obtuvieron un 70% del puntaje máximo posible. Se encontró que la tarea en la que más competentes se perciben es la vinculada a la comprensión del lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas. Esto coincide con los comentarios de Ana, *es muy importante entender y hablar el lenguaje del paciente*, y las propuestas de Beyebach (2015), Nardone y Watzlawick (1995) y Weinstein (2006) respecto de la necesidad de comprender para luego adoptar el lenguaje de quien consulta, en sentido de su cosmovisión. Asimismo, se autoevaluaron como menos competentes en las tareas relacionadas a trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural, y adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo, cuestiones imprescindibles para la praxis según la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica (2016).

La evaluación y finalización del proceso terapéutico, fue una de las competencias menos relevantes para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los entrevistados. De aquí se desprende que ninguna de las entrevistadas la mencionó como una fortaleza o debilidad, siendo únicamente Gastón quien se percibió como débil en cuanto a la misma, argumentando que aún necesita ayuda del equipo de profesionales para evaluar cada caso y principalmente para gestionar los finales de tratamiento, cuestión imprescindible para la praxis sistémica según el University College de Londres (2019) así como para Nardone y Watzlawick (1995) quienes sitúan en el final del tratamiento la asunción de autonomía por parte de quien consulta para enfrentar problemas eventuales. Es importante en este punto mencionar que a partir de los datos registrados durante las supervisiones de los casos, se observó que esta cuestión se extrapola a todos los entrevistados, dado que tanto el proceso de evaluación del caso como los finales de tratamiento son liderados por las autoridades.

Durante los cuatro meses en los que se observó a los terapeutas en formación atender casos en vivo, se encontró que la evaluación del proceso era siempre sugerida por las autoridades, propiciando después de cada sesión, una charla a modo de debate con el terapeuta del caso y el

resto del equipo a fin de monitorear los cambios de los pacientes, competencia fundamental según el University College de Londres (2019); y a su vez, favoreciendo que el mismo terapeuta reflexione acerca de su propia praxis, lo cual coincide con las propuestas de Cruz Fernández (2009) y Garzón (2008) en relación a trabajar sobre la persona del terapeuta a fin de formar profesionales reflexivos sobre su propia labor.

Del mismo modo, se observó que la finalización de los tratamientos fue siempre sugerida por las autoridades de la institución. Al tratarse de terapias breves, en la mayoría de los casos los tratamientos terminan en la décima sesión, y para esto, las profesionales que lideran el equipo terapéutico le brindan a los alumnos estrategias y maniobras de cierre a fin de concluir el proceso de forma empática y profesional, otorgándole al paciente herramientas para mantener los logros terapéuticos y estrategias para posibles recaídas, competencia fundamental para la psicoterapia sistémica según el University College de Londres (2019).

Se considera relevante mencionar, que a partir de los puntajes obtenidos en la ECCBP, Gastón, quien se identificó como débil en esta competencia, obtuvo el puntaje más alto en relación a sus compañeras, mientras que Gabriela y Lucía obtuvieron aquí su puntaje más alto en relación al resto de las competencias. El resto de las terapeutas obtuvieron también puntajes altos, convirtiéndose esta competencia en la tercera más fuerte de todos los psicólogos en general, con un 70,6% del puntaje máximo posible. La tarea en la que más competentes se evaluaron correspondió a determinar si se cumplen los objetivos prefijados, la cual es de vital importancia en la práctica sistémica (Beyebach, 2015), mientras que la tarea en la que se evaluaron como menos competentes se relaciona a la definición de posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente particular.

Ahora bien, la competencia relacionada con el diseño, las intervenciones y las técnicas, fue considerada por todos los participantes como muy relevante para la praxis en la que se están formando, así como también, la más difícil. En las entrevistas, todos los psicólogos identificaron a esta competencia como su debilidad. Se encontró en sus respuestas que todos atribuyen este punto a la falta de experiencia y en ese sentido, atendieron a la necesidad de seguir entrenándose, cuestión regulada en Argentina por el código de ética profesional de psicología (Fe.P.R.A, 2013).

Además, expresaron la necesidad de contar con las autoridades de la institución para la elaboración de los planes de tratamiento así como para decidir qué intervención o técnica utilizar en cada caso. Gastón comentó que aún no logró poner en práctica todas las intervenciones sistémicas que ha estudiado teóricamente, mientras que Ana y Sol coincidieron en que su dificultad se encuentra en marcar un encuadre e intervenir focalizando en el problema a resolver sin dejarse llevar por otras cuestiones que traen los pacientes. Se encontró aquí, que diversos estudios como el de Hernández Córdoba (2007) y el del University College de Londres (2019) encuentran a las mencionadas debilidades como esenciales para llevar adelante una psicoterapia sistémica.

Los puntajes obtenidos en la escala administrada corroboran esta información, siendo el diseño, las intervenciones y las técnicas una de las competencias en las que los psicólogos

puntuaron más bajo en general, obteniendo un 66% del puntaje máximo posible. La tarea en la que se evaluaron como más competentes corresponde a la toma de decisiones durante el tratamiento, mientras que se evaluaron como menos competentes en la selección de técnicas adecuadas. Dicha tarea es considerada como fundamental para la psicoterapia sistémica según el University College de Londres (2019), y mencionada además por Nardone y Watzlawick (1995), quienes basándose en los aportes de Milton Erickson, enfatizaron en la capacidad del terapeuta para elaborar cada estrategia e intervención en base a la individualidad de cada paciente, en sentido de su personalidad, sus experiencias y su contexto.

Los participantes del presente estudio atribuyeron su dificultad a la falta de experiencia, expresando en las entrevistas que con el entrenamiento esperan que dicha competencia se perciba como una fortaleza. Cabe mencionar en este punto, que en un estudio realizado por Crocarno (2019) a psicoterapeutas argentinos con distintos niveles de experiencia, se encontró que esta competencia era la más débil en general, por lo que podría pensarse que su dificultad no se debe únicamente a los años de trabajo como psicoterapeuta.

La última competencia a analizar corresponde al rol profesional. La misma, no fue considerada como relevante para la psicoterapia sistémica por los psicólogos entrevistados, y en cuanto a las fortalezas y debilidades de cada uno, solo Gastón la mencionó en la entrevista como una fortaleza argumentando que respeta los límites de la terapia y consideraría derivar un caso cuando sienta que no está capacitado para tomarlo o cuando perciba que su subjetividad no le permita ver al paciente desde la cosmovisión del mismo. Sus dichos en la entrevista se pueden relacionar con los puntajes obtenidos en la ECCBP puesto que dicho terapeuta fue quien mayor puntaje obtuvo. Asimismo, sus palabras coincidieron con las propuestas de Cruz Fernández (2009) respecto de la necesidad de revisar y reflexionar sobre de las propias creencias, emociones y conductas que emergen en relación al paciente, así como lo expuesto por diversos autores que coinciden en que demostrar coherencia frente al paciente, reconocer los límites de la labor y del vínculo y ejercer éticamente, son competencias fundamentales para la psicoterapia sea cual sea el modelo al que se adhiera (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016; Crocarno, 2019; Hernández Córdoba, 2007; Ruiz, Jaraba & Santiago, 2008).

Igualmente, en la ECCBP, se encontró que el rol profesional fue la competencia en la que los participantes puntuaron más bajo en general, obteniendo un 64% del puntaje máximo posible. La tarea en la que se evaluaron como más competentes se corresponde con mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al paciente, mientras que se evaluaron como menos competentes en la capacidad de señalar al paciente actitudes o conductas que transgredan el encuadre pautado. Atendiendo a la importancia que diversos expertos en la temática le otorgan a esta competencia, surge el interés en indagar por qué motivo los terapeutas en formación la perciben con un bajo nivel de competencia, siendo una de las principales hipótesis, su reciente iniciación en la práctica profesional.

Como se ha introducido al inicio del presente apartado, se detallan en las figuras 1 y 2 las respuestas de los terapeutas en formación en las entrevistas y en la ECCBP (Crocamo, 2019).

Terapeuta	Autopercepción de fortalezas	Autopercepción de debilidades
Gastón	Vínculo terapéutico, rol profesional, variables contextuales y diversidad y principalmente manejo de entrevista	Diseño, intervenciones y técnicas y evaluación y finalización del proceso
Azul	Manejo de entrevista	Diseño, intervenciones y técnicas
Gabriela	Vínculo terapéutico y variables contextuales y diversidad	Manejo de entrevista y diseño intervenciones y técnicas
Ana	Vínculo terapéutico	Diseño intervenciones y técnicas
Sol	Vínculo terapéutico	Diseño, intervenciones y técnicas
Lucía	Vínculo terapéutico	Diseño, intervenciones y técnicas

*Figura 1.* Las respuestas de los terapeutas en las entrevistas semi estructuradas respecto de sus fortalezas y debilidades para la psicoterapia sistémica en base a las competencias clínicas básicas propuestas por Crocamo (2019).

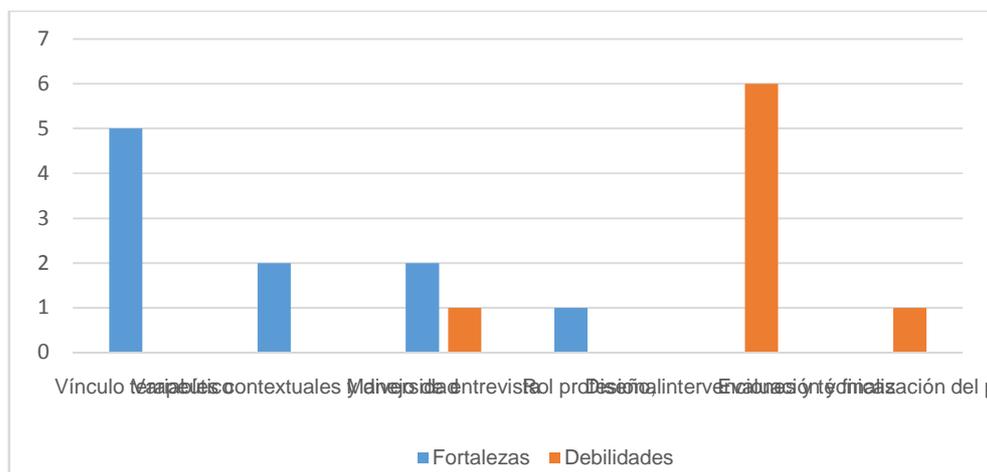
Terapeuta	Autopercepción de fortalezas	Autopercepción de debilidades
Gastón	Manejo de entrevista (4.2)	Diseño, intervenciones y técnicas (3.25)
Azul	Variables contextuales y diversidad (3.75)	Rol profesional (2.75)
Gabriela	Manejo de entrevista (3.6) y evaluación y finalización del proceso (3.6)	Variables contextuales y diversidad (2.75)
Ana	Vínculo terapéutico (4.2)	Rol profesional (3.25)
Sol	Variables contextuales y diversidad (4.25)	Rol profesional (3.25) y diseño, intervenciones y técnicas (3.25)
Lucía	Vínculo terapéutico (3.4) y	Rol profesional (3), variables

	evaluación y finalización del proceso (3.4)	contextuales y diversidad (3) y manejo de entrevista (3).
--	---	---

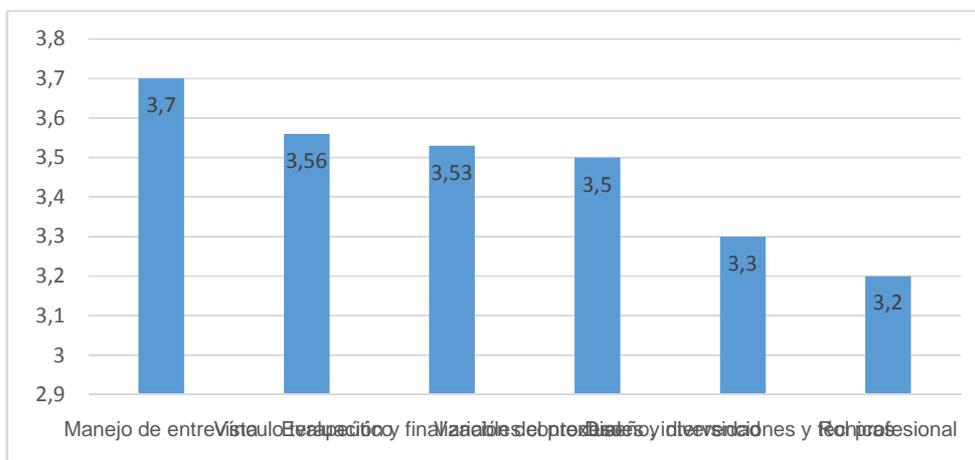
*Figura 2.* Los puntajes más altos y más bajos de cada terapeuta en la parte 2 de la ECCBP (Crocamo, 2019) en cada una de las competencias analizadas.

Finalmente, tras el análisis de las respuestas de los terapeutas en las entrevistas y los puntajes que cada uno obtuvo en cada una de las competencias evaluadas en la ECCBP (ver Anexo 2) se encontró que los mismos perciben al vínculo terapéutico y al manejo de la entrevista como fortalezas, y al diseño, las intervenciones y las técnicas como su competencia más débil.

Respecto del resto de las competencias, se encontraron diferencias entre sus respuestas espontáneas en las entrevistas, y sus respuestas a partir de la administración de la ECCBP. Considerando que ambos instrumentos corresponden a una autoevaluación, sería relevante indagar los motivos por los cuales se encontraron diferencias en sus respuestas. En las figuras 3 y 4 se presentan las respuestas promedio de todos los terapeutas en formación derivadas de las entrevistas y la ECCBP (Crocamo, 2019).



*Figura 3.* Respuestas promedio de los participantes respecto de sus fortalezas y debilidades autopercebidas en base a las competencias clínicas básicas para la psicoterapia propuestas por Crocamo (2019), en la que a cada competencia mencionada se le asignó el valor de 1.



**Figura 4.** Puntaje promedio de los participantes en la autoevaluación de competencias clínicas básicas para la psicoterapia correspondiente a la parte 2 de la ECCBP (Crocamo, 2019) en la cual muy competente corresponde a 5, y muy incompetente corresponde a 1.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo nació a partir de la inserción en una institución dedicada a la atención clínica y a la formación de psicólogos en la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas, perteneciente al modelo sistémico de psicoterapia. Allí, se observó todo el proceso de formación que ofrece, desde las clases teóricas hasta los casos en vivo a través del dispositivo de cámara gesell atendidos por los psicólogos en formación y su supervisión. Es así que surgió el interés en analizar las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica desde la perspectiva de los alumnos y las autoridades de la institución, así como su proceso de adquisición y la autopercepción de las mismas por parte de los psicólogos que allí se forman.

En cuanto a las competencias profesionales más relevantes para la psicoterapia sistémica, a partir de las competencias clínicas básicas para la psicoterapia (Crocamo, 2019), los participantes del presente estudio identificaron al vínculo terapéutico y al manejo de la entrevista como las principales. Los mismos argumentaron que la primera es el punto de partida y la predictora de buen pronóstico en cualquier tratamiento (Hernández Córdoba, 2007; University College de Londres, 2019); mientras que la segunda, fue considerada como distintiva del modelo dado su carácter directivo, por lo que bien implementada llevará a definir el motivo de consulta (Crocamo, 2019; University College de Londres, 2019), evaluar la motivación para el cambio en el paciente (Miller & Rollnick, 1991/1999), y focalizar en el problema a resolver (Hernández Córdoba, 2007; García Martínez, 2013). A estas competencias les siguieron las variables contextuales y de diversidad, centrales en el modelo principalmente por la mirada contextual ante cada caso, dado que no atiende a la patología individual sino al problema de relación (Feixas & Miró, 1993; Juan, 2006; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). Asimismo, los participantes ubicaron como fundamental a la competencia relacionada al diseño, las intervenciones y las técnicas. La misma trata del trabajo en sesión, tras la identificación del problema, para cambiar o eliminar esas

conductas que lo mantienen a través de la proposición de nuevas alternativas basadas en los recursos del paciente bajo la premisa de que cada sujeto es irreplicable por lo que cada intervención deberá adaptarse a su personalidad, sus experiencias y su contexto (Hernández Córdoba, 2007; Nardone & Watzlawick, 1995; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

Por último, las competencias evaluación y finalización del proceso terapéutico y rol profesional, fueron las menos relevantes para los participantes, lo cual resultó llamativo dada la importancia que el modelo le otorga a la reflexión sobre la propia labor así como a la gestión de finales de tratamiento (Crocamo, 2019; Nardone & Watzlawick, 1995; University College de Londres, 2019), además de la obligatoriedad legal de ejercer éticamente (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016).

Respecto del proceso de adquisición de las mencionadas competencias profesionales, se encontró que su fuerte se halla en la práctica. La misma comienza por técnicas de role playing a modo de ensayo de la teoría estudiada, continúa por la observación de otros terapeutas atendiendo en vivo, y concluye con la atención de un caso en vivo con consiguiente supervisión. Los participantes, al igual que Ceberio, Moreno y Des Champs (2000) y Cruz Fernández (2009), enfatizaron en la necesidad de un entrenamiento teórico-práctico para convertirse en buenos psicoterapeutas sistémicos, entendiendo, en concordancia con diversos expertos en la temática, que la formación exclusivamente teórica no es suficiente (Cruz Fernández, 2009). Del mismo modo, hicieron hincapié en la pertenencia a un equipo psicoterapéutico y en las ventajas del trabajo co-terapéutico (Roldán Henao, Castaño Montoya & Schnitter Castellanos, 2012) argumentando que promueve no sólo el aprendizaje por feedback respecto de las tareas específicas de la labor (Mendoza, Herskovic, Vásquez & Quevedo, 2009), sino también una revisión sobre la persona del terapeuta, siendo ambas significativamente influyentes en la adquisición y posterior autopercepción de competencias para la psicoterapia (Garzón, 2008; Cruz Fernández, 2009).

Es así, que a fin de analizar la autopercepción de competencias profesionales para la psicoterapia, se les administró una entrevista y una escala de autoevaluación de competencias a los psicólogos en formación. Se encontró que los mismos perciben al vínculo terapéutico y al manejo de la entrevista como fortalezas, argumentando que la primera se debe a una cuestión relacionada a rasgos de personalidad previos a la iniciación profesional, en concordancia con Laurito (2019) y la segunda al entrenamiento realizado que enfatiza en la realización de preguntas y la focalización hacia el cambio, tal como lo expusieron Hernández Córdoba (2007) y García Martínez (2013). Asimismo, percibieron al diseño, las intervenciones y las técnicas como su competencia más débil, entendiendo que se debe a la falta de experiencia en el modelo aplicado a la terapia, por lo que atendieron a la necesidad de seguir entrenándose, cuestión regulada en Argentina por el código de ética profesional de psicología (Fe.P.R.A, 2013). En cuanto al resto de las competencias, se encontraron diferencias entre las respuestas espontáneas en las entrevistas y las respuestas a partir de la administración de la escala. Considerando que ambos instrumentos

corresponden a una autoevaluación, surgió el interés en indagar respecto de las diferencias en las respuestas analizadas.

Para la elaboración del presente trabajo, se han encontrado facilitadores así como limitaciones. En cuanto a los factores que facilitaron su realización, se puede destacar la predisposición de todos los participantes del estudio para contestar a las entrevistas y escalas así como el trato ameno e igualitario que se vivenció durante los cuatro meses en los que se asistió a la institución. En relación a la muestra, se han encontrado limitaciones así como fortalezas. La limitación se relaciona a que el grupo de psicoterapeutas constó de solo seis personas, pero a su vez, se considera que este grupo reducido logró ser heterogéneo dado que los participantes van desde los 23 hasta los 45 años de edad, provienen de universidades públicas y privadas, poseen distintos niveles de experiencia profesional, y han realizado o se encuentran realizando diversas especializaciones en distintos ámbitos de la psicología además de su formación en la institución.

Igualmente, el trabajo ha contado con limitaciones a nivel teórico y metodológico. En cuanto a la teoría, aún hay muy pocas investigaciones respecto de las competencias profesionales para la psicoterapia sistémica, lo cual resultó un obstáculo para el análisis de los datos provenientes de las entrevistas y la escala administrada. Asimismo, no se han encontrado estudios que analicen las competencias profesionales para la psicoterapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas, que corresponde a la formación específica que brinda la institución analizada. A nivel metodológico, se encontró que los tiempos para la realización del trabajo y el límite de extensión del mismo, llevaron a que no se pueda ahondar más respecto de las competencias profesionales del grupo de terapeutas, ya que hubiera resultado favorecedor para el análisis administrarles a los mismos la parte 3 de la ECCBP (Crocamo, 2019) relacionada a los indicadores asociados al desarrollo de las competencias, así como una evaluación de competencias para contrastar con los resultados obtenidos a partir de la autoevaluación.

Siguiendo este punto, el hecho de que la escala administrada consista en una autoevaluación de competencias, abre la posibilidad a que las respuestas de los participantes hayan estado sesgadas en pos de brindar una imagen positiva. Es por esto que se consideraría favorecedor en futuras investigaciones incluir escalas de evaluación por competencias, así como sumar escalas de impresión positiva a las autoevaluaciones para un mejor análisis de los resultados.

Asimismo, la elaboración del presente trabajo abrió diversos interrogantes. En primer lugar, considerando que las competencias profesionales son esenciales para el ejercicio de la psicología y la calidad de los servicios que prestan los psicólogos (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016; Ruiz, Jaraba & Santiago, 2008), ¿por qué no se contemplan en la formación de grado de Psicología en Argentina? Siguiendo esta línea, en el 2016 se presentó la Declaración Internacional sobre Competencias Profesionales Fundamentales en Psicología Profesional (Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, 2016) la cual buscó propiciar un marco para la formación y el entrenamiento en psicología pero no es una condición para el egreso en

Argentina, ¿no debería tomarse dicha declaración como punto de partida para seguir investigando al respecto e incluir una formación por competencias en las carreras de grado? A modo de hipótesis, teniendo en cuenta que la carrera de Psicología engloba todas las áreas en las que un psicólogo puede desarrollarse (clínica, laboral, jurídica, educacional, entre otras), podría resultar inviable entrenar a los alumnos en las competencias específicas correspondientes a cada área, por lo que resultaría interesante pensar en que el grado concluya con la elección de una especialización en alguna de las distintas áreas para que los alumnos egresen con un mayor entrenamiento en el área que deseen desarrollarse, más allá de que realicen especializaciones al finalizar el grado.

En segundo lugar, y siguiendo lo anteriormente expuesto, se encontró en las entrevistas a los psicoterapeutas la necesidad de realizar una formación que enfatice en la práctica y en la persona del terapeuta puesto que no contaron con la misma a lo largo de la carrera de grado de Psicología. Atendiendo a la importancia de la práctica y el trabajo sobre la persona del terapeuta para la adquisición de competencias para la praxis (Cruz Fernández, 2009; Garzón, 2008), ¿deberían las universidades incluir más práctica y trabajo sobre la persona de los alumnos? Siguiendo el planteamiento anterior, la existencia de una especialización dentro de la carrera de grado podría ser la oportunidad para enfatizar en la práctica y el trabajo personal específico del área a entrenar.

En tercer lugar, surgieron preguntas relacionadas a los participantes en particular. Así como se evidenciaron a lo largo del trabajo los beneficios del trabajo co-terapéutico y la supervisión (Hernández Córdoba, 2007; Roldán Henao, Castaño Montoya & Schnitter Castellanos, 2012) se observó también cierta dependencia de los terapeutas en formación para con las autoridades, de modo que no realizaban intervenciones ni proponían objetivos de trabajo sin indicación de las mismas. Entonces, considerando que muchos de los terapeutas ejercen de forma privada por fuera de la institución, ¿están preparados para brindar una psicoterapia eficaz sin la ayuda del equipo psicoterapéutico? Dicho interrogante se correlaciona con lo anteriormente expuesto sobre la carrera de grado de Psicología, dado que al obtener la matrícula, los psicólogos están legalmente autorizados para ejercer en el ámbito clínico, ¿no debería haber una acreditación específica para ejercer la psicoterapia en Argentina?

En cuarto lugar, y en relación a lo anteriormente expuesto, se observó durante los meses en los que se asistió a la institución que los pacientes atendidos por los terapeutas en formación eran adultos sin patologías graves. Esto podría deberse a algo circunstancial, pero del mismo modo, en las clases teóricas, no se han encontrado referencias en cuanto a la atención a pacientes de distintas edades y patologías. Considerando que los psicólogos están habilitados para atender a personas de cualquier rango etario y diagnóstico, ¿es suficiente la formación brindada por la institución para la atención de niños, adolescentes y adultos sea cual sea su diagnóstico?

Tras esta serie de interrogantes, se considera que el presente trabajo podría aportar evidencia en relación a los beneficios de una formación por competencias que incluya tanto la

práctica como el trabajo sobre el sí mismo, ya que a partir de los comentarios de todos participantes del estudio y los datos derivados de la observación del proceso de formación, se halló que el entrenamiento práctico y el trabajo sobre el sí mismo favorecen a la adquisición de competencias para la praxis y entonces a la autopercepción de los alumnos como competentes, la cual los llevará a sentirse más seguros y eficientes en su labor.

Siguiendo este punto, y en relación a la institución analizada, se considera que resultaría favorecedor que los alumnos contaran con más autonomía para el diseño y las estrategias a utilizar en sus casos ya que, tal como se mencionó anteriormente, se encontró cierta dependencia para con las autoridades. Dicha cuestión no representaría un problema para el trabajo dentro de la institución dado que las autoridades están presentes del otro lado de la cámara gesell. Sin embargo, considerando que la formación analizada es una herramienta para la atención clínica por fuera de la institución, y teniendo en cuenta que todos los psicólogos se autopercebieron como menos competentes e inseguros en el diseño, las intervenciones y las técnicas, se considera que esta falta de autonomía podría representar un obstáculo a la hora de atender pacientes en otros contextos. Además, se estima que resultaría beneficioso para los alumnos que la institución los entrenara también en la atención a pacientes de distintas edades y diagnósticos.

Se considera relevante además mencionar que durante el tiempo en el que se asistió a la institución, se encontró que el modo en el que trabajan y enseñan, se corresponde justamente con el modelo que enseñan. Como se ha desarrollado a lo largo del trabajo, la psicoterapia sistémica y específicamente la breve estratégica centrada en la resolución de problemas, se basan en el constructivismo o construccionismo, por lo que entienden a la realidad como una construcción propia de cada individuo y su sistema relacional (García Martínez, 2013; Watzlawick & Nardone, 1997/2000). Desde esta misma premisa es que forman a sus alumnos, promoviendo que sean los constructores de su propio aprendizaje a través de la posibilidad de abrir debates, expresar opiniones, cuestionar constructos y ensayar modos de resolver problemas. Se ha evidenciado que esta modalidad de enseñanza produce aprendizaje significativo así como el desarrollo de profesionales reflexivos y creativos (Larraín & González, 2007; Ruiz, Jaraba y Santiago, 2008; Garzón, 2008), por lo que resultaría beneficioso pensar al proceso de aprendizaje desde el constructivismo tanto en la carrera de grado de Psicología como en las instituciones formadoras en las distintas áreas de la praxis.

A modo de cierre, el presente trabajo podría aportar nuevas líneas a investigar. Por un lado, la relevancia de la consideración de las competencias profesionales para la formación de psicólogos podría llevar a realizar más investigaciones al respecto, y a su inclusión en los programas de formación. Además, en relación a la institución en particular, los resultados obtenidos a partir de las entrevistas y las autoevaluaciones de competencias por parte de los alumnos podrían servir de orientación para seguir indagando al respecto y reforzar los factores que promueven la adquisición de competencias, así como trabajar sobre el fortalecimiento de las competencias que los alumnos perciben como débiles.

Por último, considerando que se encontró que las técnicas de role playing, el entrenamiento a través del dispositivo de cámara gesell con consiguientes supervisiones, la pertenencia a un equipo psicoterapéutico y la edición y visualización de videos de casos favorecen significativamente al proceso de aprendizaje así como a la adquisición de competencias para la clínica (Ceberio, Moreno & Des Champs, 2000; Cruz Fernández, 2009; Hernández Córdoba, 2007; Mendoza, Herskovic, Vásquez & Quevedo, 2009; Roldán Henao, Castaño Montoya & Schnitter Castellanos, 2012; Salamea Nieto, 2015; Salgado García, 2012) resultaría enriquecedor extender este tipo de estrategias a más instituciones formadoras.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica (2016). Declaración Internacional de Competencias Fundamentales en Psicología Profesional. Recuperado de <http://www.cienciapsicologica.org/alianzas/competencias>
- Beyebach, M. (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Mark\\_Beyebach2/publication/285593752\\_Beyebach\\_M\\_2015\\_La\\_Terapia\\_Sistemica\\_Breve\\_como\\_terapia\\_de\\_tercera\\_generacion\\_Prologo\\_a\\_Garcia\\_FE\\_y\\_Schaefer\\_H\\_Manual\\_de\\_tecnicas\\_de\\_psicoterapia\\_breve\\_Santiago\\_de\\_Chile\\_Mediterraneo\\_pp\\_13-23/links/5661714908ae192bbf8a0fa6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mark_Beyebach2/publication/285593752_Beyebach_M_2015_La_Terapia_Sistemica_Breve_como_terapia_de_tercera_generacion_Prologo_a_Garcia_FE_y_Schaefer_H_Manual_de_tecnicas_de_psicoterapia_breve_Santiago_de_Chile_Mediterraneo_pp_13-23/links/5661714908ae192bbf8a0fa6.pdf)
- Bisquerra Alzina, R. & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82.
- Camacho, J. M. (2006). Panorámica de la terapia sistémica. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59-90.
- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.
- Ceberio, M., Moreno, J. & Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas sistémicas*, (60).
- Crocamo, L. N. (2019). *Evaluación de Competencias Clínicas Básicas en Psicoterapeutas Argentinos* (tesis doctoral). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/2124>
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia psicológica*, 27(1), 129-142.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) (2013). Código de Ética.
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- García Martínez, F. E. G. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: RIL editores.
- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 4(1), 159-171.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas psychologica*, 6(2), 285-293.
- Juan, L. C. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Club Universitario.
- Larraín, A. M. & González, L. E. (2007). Formación universitaria por competencias. *Seminario internacional CINDA. Currículo universitario basado en competencias*, 4-41.
- Laurito, M. J. (2019). *Ajuste entre las competencias que se buscan enseñar, las que se aprenden y las que se consideran importantes: la percepción de los estudiantes, graduados, académicos*

- y empleadores de psicólogos (tesis doctoral). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
- Maristany, M. (2007). Reseña de "Qué y cómo prácticas en psicoterapia estratégica" de D. Kopec-J. Rabinovich (compiladores). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 187-190.
- Martínez Miguélez M. (2011). El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa. *REDHECS: Revista electrónica de humanidades, educación y comunicación social*, 6(11), 6-27.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American psychologist*, 28(1).
- Mendoza, L., Herskovic, P., Vásquez, A., & Quevedo, F. (2009). Uso de modelos simuladores como metodología docente para la carrera de Medicina. *Rev. Hosp. Clín. Univ Chile*, 20, 355-59.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991/1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Roldán Henao, M. C., Castaño Montoya, S. H. & Schnitter Castellanos, M. (2012). Entrenamiento en configuraciones vinculares de familia y pareja bajo la modalidad terapeuta-coterapeuta. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 63-75.
- Ruiz, M., Jaraba, B. & Santiago, L. R. (2008). La formación en psicología y las nuevas exigencias del mundo laboral: Competencias laborales exigidas a los psicólogos. *Psicología desde el Caribe*, (21), 136-157.
- Salamea Nieto, R. M. (2015). Utilidad de la cámara de Gesell en el desarrollo de las competencias profesionales del Psicólogo en la Universidad Técnica de Machala. *Memoria de Artículos del Primer Congreso de Ciencia y Tecnología UTMACH 2015*, 55-63.
- Salgado García, E. (2012). Muybridge y Gesell: Pioneros de los métodos de investigación visual en Psicología. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1-2), 191-210.
- University College London (2019). Systemic Therapy. Recuperado de <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks-1>
- Von Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los sistemas; fundamentos, desarrollos, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica. (Trabajo original publicado en 1968).
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1997).
- Watzlawick, P., Beavin, H. & Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1967).
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. A. U. L. & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-68.

## 8. Anexos

### 8.1 Anexo 1. Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP) – versión abreviada

Indique su nivel de competencia utilizando la siguiente escala Likert:  
Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

#### VÍNCULO TERAPÉUTICO

Indique su nivel de competencia para..

##### **Establecer alianza terapéutica**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Transmitir aceptación e incondicionalidad de las vivencias que relata el paciente**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Reconocer y comprender las intenciones del consultante**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Reconocer y comprender el estado emocional del consultante**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Detectar y resolver amenaza o ruptura del vínculo terapéutico**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

#### ROL PROFESIONAL

Indique su nivel de competencia para..

##### **Mostrar coherencia entre sus sentimientos, pensamientos y conductas frente al paciente**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Reconocer y manejar implicaciones personales durante el proceso terapéutico**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Señalar al paciente actitudes o conductas que transgreden el encuadre pautado**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Finalizar la entrevista en el horario planificado**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

#### VARIABLES CONTEXTUALES Y DIVERSIDAD

Indique su nivel de competencia para..

##### **Utilizar lenguaje accesible considerando las características del paciente y contexto donde se desempeña**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Comprender el lenguaje de pacientes de diversas características vitales, sociales, culturales, políticas y económicas**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

##### **Trabajar con pacientes de diferente origen étnico y cultural**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Adaptar la tarea a la normativa de la institución de trabajo (Ej. duración y cantidad de sesiones disponibles)**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**MANEJO DE ENTREVISTA**

Indique su nivel de competencia para..

**Realizar preguntas durante el proceso terapéutico**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Generar motivación y esperanza**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Estimular la participación activa del entrevistado**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Observación y comprensión del lenguaje no verbal del paciente (gestos y tono de voz)**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Realización de entrevistas vinculares/familiares**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**EVALUACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL PROCESO**

Indique su nivel de competencia para..

**Reconocer limitaciones personales y profesionales**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Comprender y monitorear las expectativas del paciente**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Definir posibilidades, limitaciones, contraindicaciones y riesgos de la psicoterapia aplicada en un paciente en particular**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Determinar si se cumplen los objetivos prefijados**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Finalizar el proceso terapéutico cuando corresponde**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**DISEÑO, INTERVENCIONES Y TÉCNICAS**

Indique su nivel de competencia para..

**Elaborar un plan de tratamiento**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Considerar recursos, potencialidades y fortalezas del paciente en el curso de la psicoterapia**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Tomar decisiones durante el curso de un proceso terapéutico**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**Seleccionar las técnicas adecuadas**

Muy incompetente 1--2--3--4--5 Muy competente

**8.2 Anexo 2. Resumen gráfico de los puntajes obtenidos por los psicoterapeutas en cada una de las competencias analizadas en la versión abreviada de la ECCBP**

