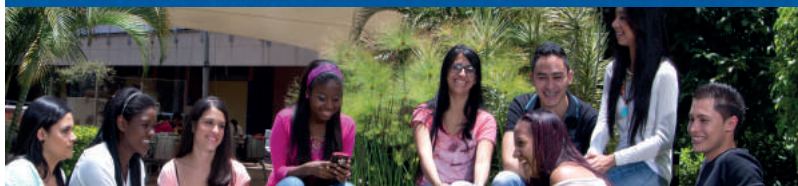


Sede Principal
Bogotá



Sede
Medellín



Seccional
Bucaramanga



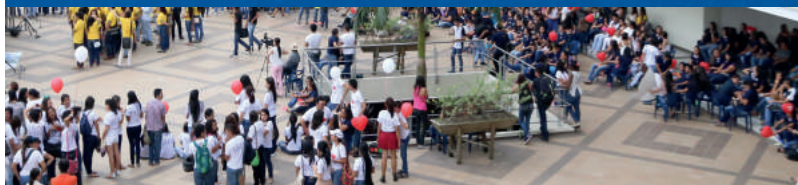
VUAD



Seccional
Tunja



Sede
Villavicencio



LINEAMIENTOS PARA LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SUPERVISADAS DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL
DE ALTA CALIDAD
MULTICAMPUS

Res. MEN No. 01656 del 20 de enero de 2010

LINEAMIENTOS PARA LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SUPERVISADAS DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA

Universidad Santo Tomás
División Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología
Primera edición: Bogotá, D.C., Colombia, 2011
Segunda edición: Bogotá, D.C., Colombia, 2015



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA



CONSEJO DE FUNDADORES

Fray Said LEÓN AMAYA, O. P.
Presidente del Consejo de Fundadores

Fray Juan Ubaldo LÓPEZ SALAMANCA, O. P.
Rector General

Fray José Arturo RESTREPO RESTREPO, O. P.

Fray Jaime MONSALVE TRUJILLO, O. P.

Fray José Antonio GONZÁLEZ CORREDOR, O. P.

Fray Luis Francisco SASOQUE, O. P.

CONSEJO SUPERIOR

Fray Juan Ubaldo LÓPEZ SALAMANCA, O. P.
Rector General

Fray Mauricio Antonio CORTÉS GALLEGO, O. P.
Vicerrector Académico General

Fray Diego Orlando SERNA SALAZAR, O. P.
Vicerrector Administrativo - Financiero General

Fray Tiberio POLANÍA RAMÍREZ, O. P.
Vicerrector General Universidad Abierta y a Distancia

Fray Samuel Elías FORERO BUITRAGO, O. P.
Rector Seccional Bucaramanga

Fray Jorge Ferdinando RODRÍGUEZ RUIZ, O. P.
Rector Seccional Tunja

Fray Alberto René RAMÍREZ TÉLLEZ, O. P.
Representante de los Decanos de División Sede Principal

María Ligia Herrera Navarro
Representante de los Decanos de Facultad Sede Principal

Germán Enrique Patiño Plata
Representante de los Docentes Seccional Bucaramanga

Julio Paola Becerra Sánchez
Representante de los Estudiantes
Vicerrectoría de Universidad Abierta y a Distancia

Cindy Zarella Hernández Bernal
Representante de los Egresados Seccional Tunja

Héctor Fabio Jaramillo Santamaría
Secretario General y del Consejo Superior

CONSEJO ACADÉMICO GENERAL 2016-2018

Fray Juan Ubaldo LÓPEZ SALAMANCA, O. P.
Rector General

Fray Mauricio Antonio CORTÉS GALLEGO, O. P.
Vicerrector Académico General

Fray Tiberio POLANÍA RAMÍREZ, O. P.
Vicerrector General Universidad Abierta y a Distancia

Fray Óscar Eduardo GUAYÁN PERDOMO, O. P.
Vicerrector Académico Seccional Bucaramanga

Fray Javier CASTELLANOS, O. P.
Vicerrector Académico Seccional Tunja

Fray Fernando CAJICÁ GAMBOA, O. P.
Director Académico Sede Villavicencio

Fray Esneider CLAROS CASTRO, O. P.
Representante de los Decanos de División Sede Principal

Fray Inael SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, O. P.
Representante de los Decanos de División Seccional Bucaramanga

Fray Jesús Israel POBLADOR POBLADOR, O. P.
Representante de los Decanos de División Seccional Tunja

Mónica Yasmin Rueda Pinto
Representante de los Decanos de Facultad Sede Principal

Edwar David Ramírez Castellanos
Representante de los Decanos de Facultad Seccional Bucaramanga

María Inés Álvarez Burgos
Representante de los Decanos de Facultad Seccional Tunja

Félix Hernando Barreto Junca
Representante de los Decanos de Facultad
Vicerrectoría de Universidad Abierta y a Distancia

Ricardo Alberto Forero Rubiano
Representante de los Docentes Sede Principal

Olga Janeth Peña Ordóñez
Representante de los Docentes Seccional Bucaramanga

Otto Nelson Ospina
Representante de los Docentes Seccional Tunja

Álvaro Andrés Hernández Vargas
Representante de los Docentes
Vicerrectoría de Universidad Abierta y a Distancia

Duván Alexis Franco Mendoza
Representante de los Egresados

Sergio Ávila Cárdenas
Representante de los Estudiantes

Olga Lucía Ostos Ortiz
Directora de la Unidad de Investigación

Julián Alberto Becerra García
Secretario del Consejo Académico General

ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Fray Mauricio CORTÉS GALLEGO, O. P.
Vicerrector Académico General

Fray Alberto RENÉ RAMÍREZ, O. P.
Decano de División de Ciencias de la Salud

Julio Abel Niño Rojas
Decano de la Facultad de Psicología

Fabiola Hernández
Directora Unidad de Desarrollo Curricular y Formación Docente

María Cristina Corrales
Profesional Unidad de Desarrollo Curricular y Formación Docente

Luz Marina Moncada Torres
Directora de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia

ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Julio Abel Niño Rojas
Rosa Elena Duque García
María Piedad Rojas Gil
Dora Isabel Garzón de Laverde
Juan Carlos Fonseca Fonseca
Orlando González Gutiérrez
Raúl Felipe Parra Benavides
Olga Elena Suárez Basto
María Cristina Riveros Reina
Jairo Gustavo Estupiñán Mojica
Mónica Ivonne Polo Rodríguez

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN 9

PRESENTACIÓN DE LA PRIMERA EDICIÓN 10

INTRODUCCIÓN 12

Objetivos de los lineamientos para la práctica
clínica y la supervisión 13

Algunos principios epistemológicos sobre lo clínico 14

REFERENTES PEDAGÓGICOS DE LA SUPERVISIÓN Y LAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS 17

Formación de terapeutas y de consultores
sistémicos complejos 18

La modelización como dispositivo estratégico en la construcción de
escenarios psicoterapéuticos 19

La supervisión: contexto pedagógico para la formación del
psicoterapeuta 22

Aspectos generales de la formación por competencias 25

ORIENTACIONES ESPECÍFICAS PARA EL DESARROLLO DE LAS
PRÁCTICAS CLÍNICAS SUPERVISADAS 33

Sobre la supervisión 34

Dimensiones y fases para el desarrollo de las prácticas 35

La supervisión y los equipos de formación 37

ROLES Y FUNCIONES EN LOS ESCENARIOS DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SUPERVISADAS 39

Rol del docente supervisor 40

Rol del terapeuta-consultor en formación 41

DISPOSICIONES PARA EL ENTRENAMIENTO 43

Responsabilidades académicas 44

Responsabilidades clínicas 44

Responsabilidades relacionales 45

Responsabilidades éticas 45

Responsabilidades administrativas 47

Características del entrenamiento según ruta de formación 48

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO CENTRO INVESTIGACIÓN-INTERVENCIÓN 53

Misión 55

REDES DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y CONVENIOS DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL 57

Protocolo de apertura de prácticas en contextos diferentes a los servicios de atención psicológica, universidad santo tomás 59

Propósito 59

Definición del proceso 59

Descripción de procedimientos 59

CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA 63

Guía única general de intervención psicológica 64

Objetivo 66

Definición y aspectos conceptuales 66

Factores de riesgo: ambientales e individuales 69

Complicaciones 71

Universo o población objeto 72

Características de la atención 72

Sobre la construcción de los diagnósticos 73

Tratamiento 75

PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMATO DE RECEPCIÓN ESTUDIO Y ENCUADRE DE LA DEMANDA 76

Propósito 76

Definición del proceso 76

Descripción de procedimientos 77

PROTOCOLO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 79

Propósito 80

Definición del proceso 80

Descripción de procedimientos 80

PROTOCOLO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ASENTIMIENTO INFORMADO 81

Propósito 82

Definición del proceso 83

Descripción de procedimientos 83

PROTOCOLO PARA EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA 84

Propósito 84

Definición del proceso 85

Descripción de procedimientos 85

PROTOCOLO PARA EL REGISTRO DE EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN-INTERVENCIÓN 94

Propósito 94

Definición del proceso 95

Descripción de procedimientos 95

PROTOCOLO PARA EL REGISTRO DEL CIERRE DEL PROCESO DE EVALUACIÓN-INTERVENCIÓN 97

Propósito 97

Definición del proceso 97

Descripción de procedimientos 97

PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA 100

Propósito 100

Definición del proceso 100

Descripción de procedimientos 101

PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE REMISIÓN 103

Propósito 103

Definición del proceso 103

Descripción de procedimientos 104

PROTOCOLO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO DE CASOS 106

Propósito 106

Definición del proceso 106

Descripción de procedimientos 107

PROCESO DE EVALUACIÓN 109

Modalidades de la evaluación 110

Autoevaluación 111

Hetero-evaluación 111

Coevaluación 112

Evaluación de la atención de casos en la práctica clínica supervisada 113

Evaluación de la supervisión en el equipo docente 113

Evaluación de impacto social o eco-evaluación 113

REFERENCIAS 115

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de modelización 21

Tabla 2. Estrategias para el desarrollo de los procesos de supervisión 24

Tabla 3. Matriz de formación de las competencias del terapeuta investigador 28

Tabla 4. Objetivos, preguntas y competencias de formación por semestre 29

Tabla 5. Fases y dimensiones para la definición de los contextos de supervisión 36

Tabla 6. Horas de entrenamiento de la ruta de formación en profundización 49

Tabla 7. Horas de entrenamiento de la ruta de formación en investigación 51

Tabla 8. Horas de atención por validar cada semestre 61

Tabla 9. Formato de reporte de casos 62

Tabla 10. Niveles de evaluación del perfil de generatividad vulnerabilidad 86

Apéndice 1. Retroalimentación para el desarrollo de competencias – I semestre práctica supervisada (auto- hetero-evaluación: formato para estudiantes y supervisores) 119

Apéndice 2. Retroalimentación para el desarrollo de competencias – II semestre práctica supervisada (auto- hetero-evaluación: formato para estudiantes y supervisores) [122](#)

Apéndice 3. Retroalimentación para el desarrollo de competencias – IV semestre práctica supervisada (auto- hetero-evaluación: formato para estudiantes y supervisores) [127](#)

Presentación de la segunda edición

Este documento actualiza los avances y transformaciones que la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia ha trazado en términos de las rutas de formación de psicoterapeutas sistémicamente orientados y de los aspectos técnicos de la atención clínica.

En primer lugar, la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia se ha proyectado como un programa con dos rutas de formación, que proponen una flexibilidad coherente con los intereses académicos de los estudiantes en relación con las competencias clínicas e investigativas. En este sentido, tanto la ruta de profundización como la de investigación poseen unas particularidades en términos de horas de entrenamiento y énfasis en los procesos académicos asociados a la práctica clínica supervisada, que es fundamental especificar a la luz de la actual propuesta de formación de la Maestría.

En segundo lugar, se considera importante resaltar los avances técnicos que los docentes de la Maestría han logrado en términos del desarrollo de los protocolos de atención clínica, que especifican las características propias de la intervención sistémicamente orientada (*Guía única general de intervención psicológica*) y los procesos y procedimientos asociados al desarrollo de las evaluaciones propias de la historia clínica como dispositivo sistémico complejo de comprensión-intervención. Igualmente, se exponen los procesos y procedimientos propios del desarrollo de prácticas clínicas en diferentes contextos, lo cual redundará en la consolidación de redes interinstitucionales asociadas a los procesos formativos de los estudiantes, a las posibilidades interventivas en distintas organizaciones y a la atención de diversas poblaciones.

Finalmente, el texto es una ampliación enriquecida de la primera edición, que mantiene en esencia los aspectos de las prácticas clínicas supervisadas, en general, y del proceso de entrenamiento clínico, en particular.

Presentación de la primera edición

Este texto es el resultado de la experiencia y el esfuerzo del equipo de docentes y supervisores de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, en el marco de la supervisión y de las prácticas psicoterapéuticas. En este instrumento se decantan los referentes generales que orientan a supervisores, psicólogos practicantes, administradores y consultantes en los modos de operar los procesos de las prácticas de psicoterapeutas en formación. Es una herramienta que guía los contextos pedagógicos en que los equipos de psicólogos practicantes desarrollan y potencian sus competencias desde los contextos de la supervisión y las prácticas en la Maestría.

El texto recoge la experiencia de más de treinta años del programa, en la tarea de formar psicólogos clínicos e investigadores en el campo de la salud mental, y plasma articuladamente los principios orientadores y operadores que sustentan el entrenamiento supervisado para la formación y desarrollo de competencias como investigadores, interventores y psicoterapeutas, desde la perspectiva del paradigma sistémico constructivista-construccionista y de la complejidad.

Los lineamientos bosquejan los escenarios clave para el entrenamiento y, a su vez, exponen los protocolos de formación idóneos para garantizar a los futuros psicólogos el logro de los objetivos de preparación profesional, así como el cumplimiento de la función social que le compete a la academia: servir con ética, eficacia, eficiencia y calidad a las personas, familias y demás sistemas sociales que los consultan.

Los lineamientos se constituyen en una herramienta fundamental, en tanto son comprendidos como derroteros, mapas de ruta o sistemas de principios generales, en los cuales los usuarios encontrarán aspectos básicos y generales para operar en los consultorios, como contexto y organización social prestadora de servicios en el campo de la salud mental en la ciudad de Bogotá.

El texto está organizado en seis capítulos que hacen parte integral de un modelo de investigación-intervención. Una descripción del texto nos refiere, primero, a una presentación contextual del documento; luego continua con la presentación de los objetivos de la práctica clínica; después presenta la des-

cripción de los principios epistemológicos en los que se funda el proceso de formación e intervención, y continua con la descripción de los escenarios de intervención y las estrategias pedagógicas propias para el entrenamiento en la acción de los psicoterapeutas. Luego, se adentra en las orientaciones para la configuración de la supervisión como contexto privilegiado de formación y de los mecanismos que atraviesan la evaluación de los procesos, y finalmente en los escenarios de las prácticas, consultorios como centro de investigación-intervención social y convenios de cooperación, código de ética y disposiciones reglamentarias para las prácticas clínicas.

Para culminar, deseo hacer un amplio reconocimiento al equipo de docentes y supervisores de la Maestría, por su ingente contribución al diseño y consolidación del presente texto, y manifestar a todos los posibles usuarios que, a partir de ahora, cuentan con una herramienta esencial, que orienta concretamente la forma como se lleva a cabo la práctica y la supervisión en la Maestría, como marco invaluable para la formación integral de nuestros terapeutas interventores investigadores.

Jairo G. Estupiñán Mojica
Director del Programa de Maestría (2011)

Introducción

La Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás, a lo largo de su existencia, ha venido perfeccionando, a través de los procesos de construcción y deconstrucción del conocimiento en el contexto de la salud mental, un bagaje experiencial que le ha permitido enriquecer permanentemente su manera de abordar, comprender, reflexionar, interpretar, explicitar e intervenir los fenómenos bio-psico-sociales. En este devenir ha logrado armonizar de forma sinérgica sus dominios conceptuales con los principios organizadores de la investigación y la intervención sistémica, constructivista, -construccionista compleja, sus dimensiones pragmáticas en el orden de la supervisión, las prácticas y las estrategias propias de los procesos de formación, así como estructurar claramente los sistemas y la forma de operar con base en dichos procesos y su forma de evaluarlos.

El marco para la comprensión de los procesos operativos de formación de psicoterapeutas obedece a un contexto definido, desde una visión del programa como una organización de conocimiento, de tal manera que la gestión de los procesos explicativos y comprensivos de los fenómenos clínicos se conecta de modo permanente con la configuración de las competencias como investigadores, interventores y psicoterapeutas, en el campo de la psicología clínica, desde una perspectiva sistémica, construccionista, constructivista y compleja del método clínico. Estos desarrollos coevolutivos han enriquecido y favorecido la configuración de la arquitectura de los lineamientos para la formación de psicoterapeutas en la Maestría. La importancia de estos lineamientos para la formación en el proceso de la supervisión y las prácticas expresa:

- El reconocimiento de los avances de la práctica de la psicoterapia, desde los principios del pensamiento ecosistémico y complejo, que se han desarrollado y se desarrollan actualmente en la Maestría.
- Un carácter técnico-operativo y procedimental que representa el “cómo” se opera de manera secuencial, intencionada y progresiva, en la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, desde los contextos formativos de la intervención-investigación y la supervisión.

- Un reconocimiento y visualización, de forma integral, de la manera como operan coherentemente los procesos de supervisión y prácticas en la Maestría, y de cómo se encuentran integrados, organizados, conectados y correlacionados, en función del engranaje formativo de los terapeutas y la solicitud de ayuda de los consultantes. Los lineamientos develan la complejidad de los modos como en la Maestría operan familias, consultores, terapeutas, equipos e instituciones y organizaciones humanas dentro del contexto del aprendizaje.
- Convertirse en un dispositivo estratégico operador, útil como herramienta orientadora e imprescindible, tanto para el equipo de docentes supervisores como para los terapeutas en formación, por cuanto describe sistemáticamente en un solo documento los elementos esenciales para la formación en la supervisión y las prácticas.
- La necesidad de unificar en un solo documento las especificaciones técnicas, en relación con cómo se lleva a cabo el entrenamiento en equipos de supervisión, la creación de los contextos de coaprendizaje y la forma estructurada en cómo se desarrollan las competencias de los terapeutas en formación en los procesos de supervisión y las prácticas en la Maestría.

Objetivos de los lineamientos para la práctica clínica y la supervisión

1. Contar con un documento orientador que contenga las especificaciones y los principios orientadores y operadores propios del entrenamiento supervisado, establecido en la Maestría para la formación de investigadores-interventores, psicoterapeutas y consultores sistémicos.
2. Aportar al equipo de supervisores y a los psicoterapeutas en formación una herramienta orientadora que evidencie los principios operativos propios del desarrollo de los procesos de la supervisión y las prácticas en el contexto de la psicología clínica.

3. Poner en circulación entre los actores de las diferentes instituciones que conforman la red de la Maestría, los docentes y los estudiantes, los principios paradigmáticos, epistemológicos, conceptuales y éticos propios de la práctica clínica y de la supervisión, en los contextos en los que se desarrolle, dentro del marco de una psicología clínica sistémica compleja.

Algunos principios epistemológicos sobre lo clínico

La concepción de lo *clínico* en la contemporaneidad ha sufrido cambios trascendentales como consecuencia de transitar de un modelo positivista de la salud mental hacia un pensamiento complejo integrador, que visualiza al hombre desde una mirada multidimensional. Ello ha implicado dejar de definir la salud desde una perspectiva negativa para considerar a la persona y a los sistemas consultantes a partir de la convergencia de una serie de factores que permiten visualizar procesos que integran las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y antropológicas, entre otras, referenciados en los contextos históricos, políticos y culturales en los que se desarrollan.

La adopción de nuevas miradas de lo clínico, desde la perspectiva sistémica y compleja, ha propiciado que el programa se referencie en unos principios que atraviesan su pensamiento:

- *Un cambio de paradigma.* Este cambio habla del paso de una mirada positivista hacia una mirada constructivista, construccionista social y compleja; es decir, de una mirada única, como causa final, a una comprensión de los sistemas humanos que integra, recursivamente, la sensibilidad a los aspectos más singulares y una visión holista de los aspectos contextuales y procesuales (Hernández y Morales, 2003).
- *El reconocimiento de la complejidad de la vida humana.* La idea de que los fenómenos humanos son multidimensionales y autoorganizados, junto con la consideración expuesta por Prigogine (1991) acerca de la implicación del hombre en “la corriente de irreversibilidad como fenómeno

constitutivo del universo” (p. 25), remiten a la importancia del tiempo como tiempo múltiple o tiempo complejo. La complejidad habla del tiempo creativo y, por lo tanto, de la naturaleza siempre cambiante de los sistemas complejos, que se relaciona con sus posibilidades adaptativas para afrontar la incertidumbre en clave coevolutiva (Duque, 2015).

- *El reconocimiento de las limitaciones de cada disciplina frente a la complejidad humana.* Se reconoce una creciente necesidad de complejizar la comprensión de los fenómenos humanos, lo que ha promovido procesos de cambio que han generado la revisión del abordaje desde lo disciplinar. Ello implica que si los problemas humanos son multidimensionales, su abordaje y conocimiento avocan a intervenciones transdisciplinarias. En consecuencia, lo disciplinar se vuelve parcial e insuficiente para una comprensión compleja de las problemáticas (Hernández y Morales, 2003).
- *Las lógicas no clásicas como heurística para la comprensión de la complejidad humana.* Se entiende que ciertos fenómenos de comportamiento complejo no se pueden estudiar con base en lógicas bivalentes o clásicas. Afrontar los comportamientos complejos de sistemas como los sociales y humanos es asumir información indeterminada, imprecisa o ambigua, frente a la cual la lógica difusa, el pensamiento borroso o la lógica abductiva resultan heurísticas para su explicación y comprensión (Duque, 2015).
- *Una redefinición de lo psicopatológico.* Esta redefinición está asociada a la consideración del contexto interaccional para la comprensión de lo psíquico, al integrar dimensiones de orden bio-psico-social, histórico y cultural. En este sentido, la comprensión del problema permitió la emergencia de una mirada vinculante dirigida a la conexión de los diversos factores presentes en el surgimiento del fenómeno.

[inicio de cita] El síntoma del paciente identificado no es un problema individual exclusivamente, sino que tiene sentido dentro de un sistema de referencia y obedece a una lógica circular en cuanto a su origen y mantenimiento, de lo cual todos los participantes obtienen una pérdida y una ganancia al mismo tiempo. (Hernández y Morales, 2003, p. 38) [fin de cita]

- *Un cambio en la relación entre terapeuta y consultantes.* Este cambio habla de la redefinición de una relación de experticia por una relación dialógica, en la que los actores participan en las decisiones sobre el proceso por seguir, sobre la base de una dinámica interactiva y constructivista. El cambio propicia la participación abierta y activa de la familia y los sistemas significativos con los equipos terapéuticos, en cuya lógica, el investigador-interventor actúa como facilitador de conversaciones que construyen comprensiones útiles al entendimiento y superación de la problemática (Hernández y Morales, 2003).
- *La comunicación dialógica como base del trabajo psicoterapéutico.* Una de las bases más importantes de este modelo de trabajo es la comunicación abierta, clara y dialógica, que lleva a la deconstrucción del principio de autoridad. En esta perspectiva, el proceso terapéutico es una continua retroalimentación y calibración de la intervención a partir de sus efectos, como clave principal para que la intervención clínica sea coherente con los principios en que se fundamenta y, al mismo tiempo, relevante para los consultantes (Hernández y Morales, 2003).

REFERENTES PEDAGÓGICOS DE LA SUPERVISIÓN Y LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

1.

El modelo pedagógico de formación para psicoterapeutas y consultores sistémicos complejos promueve el desarrollo de competencias para la construcción de contextos conversacionales reflexivos que favorezcan la emergencia de procesos autorreferenciales, creativos, innovadores y éticos, reconociendo el efecto que sus comprensiones y acciones tienen en el aquí y en el ahora, en el marco de una lógica del pensamiento abductivo. Igualmente, el modelo pedagógico busca favorecer en los psicoterapeutas y consultores sistémicos una visión crítica con proyecciones históricas y políticas, así como una comprensión ecológica de las intervenciones sociales.

Los principios pedagógicos de la supervisión y formación de psicoterapeutas hablan de un enfoque coherente con la investigación-intervención, que se centra en los procesos de coaprendizaje basados en la cibernética de segundo orden. En este sentido, el conocimiento es concebido como un proceso constructivista construccionista y recursivo entre los diferentes contextos de aprendizaje y de formación. Como acto eminentemente humano, se construye en la convivencia, es un acto social relacional que se forja en la interacción, en la comunicación, en el lenguaje y en la experiencia de la vida.

Formación de terapeutas y de consultores sistémicos-complejos

El proceso de formación de terapeutas y de consultores, desde una perspectiva sistémica-compleja, comprende que el conocimiento es un proceso que se construye relacionalmente y de manera progresiva. El desarrollo de la comprensión se asume como la posibilidad de lograr un repertorio de desempeños complejos, en los que se considera la naturaleza humana como ambigua, contradictoria, fluctuante e incierta.

Esta postura permite a los terapeutas en formación, un rol de facilitadores o posibilitadores, con el reto de la construcción conjunta, que amplía y enriquece permanentemente los niveles de comprensión de consultantes, terapeutas y docentes-supervisores, mediante la polifonía de voces y las múltiples perspectivas. De lo anterior, emergen las siguientes ideas orientadoras:

- El conocimiento se produce principalmente por medio de un proceso interactivo-reflexivo de desarrollo de comprensiones y acciones posibilitadoras para el sistema conformado.
- Las nuevas comprensiones emergen a partir de comprensiones previas y de la nueva información generada por el entorno.
- Aprender un conjunto de conocimientos y habilidades para la comprensión exige una cadena de desempeños de comprensión de variedad y complejidad crecientes.
- El aprendizaje para la comprensión se desarrolla a partir de la participación activa de la relación estudiante-grupo de supervisión - supervisores.
- La comprensión es un proceso de construcción contextual y holista, que parte de lo simple a lo complejo en una permanente dinámica de *feedback*.

En este contexto, la supervisión implica un proceso complejo que requiere reconocer el estilo individual de cada terapeuta y consultor, la aplicabilidad e impacto de los diferentes modelos de formación de terapia y de consultoría, y las características de las familias, los sistemas humanos y las instituciones, en la especificidad de sus demandas.

En este marco ideológico, la formación de terapeutas debe priorizar la posibilidad de permitir al estudiante reflexionar sobre sus propias acciones, el impacto de las mismas y, por lo tanto, la capacidad de construir su “propio modelo” para desarrollar procesos efectivos de intervención psicoterapéutica.

La modelización como dispositivo estratégico en la construcción de escenarios psicoterapéuticos

Situados en la perspectiva sistémica, la modelización aparece como una metodología de investigación con fines de intervención clínica, la cual plantea que la terapia versa sobre cómo cambian las personas o sobre cómo aprenden a cambiar. Se parte de la idea de que el cambio es inevitable, una variante en los sistemas humanos, y que la labor de los terapeutas es generar el contexto para posibilitarlo y poder comprender la manera como los sistemas humanos cambian.

La modelización y la terapia, desde los enfoques sistémicos, ecológicos y complejos, parten de las primeras modelizaciones que tuvieron en común la consideración de la familia como una unidad susceptible de cambiar, en función de la implicación directa de los miembros que la componen. Los síntomas clínicos que presenta son interpretables a partir del examen de sus modos de funcionamiento, sea que se trate de su organización psíquica, de sus modos de interacción social o de los procesos que la constituyen. Hernández (2005) enuncia cómo la epistemología de la modelización está basada en tres componentes:

1. La teoría del conocimiento-proyecto, por oposición al conocimiento-objeto, pues la modelización rechaza la disyunción sujeto-objeto. Por ello, la acción de modelizar no es neutra ni la representación del fenómeno es independiente de la acción del modelizador. En este sentido, los proyectos del sistema de modelización no están dados, ellos se construyen. La tarea del modelizador no es descubrir un problema, sino formular con el sistema un problema por trabajar.
2. Un método sistémico, axiomático-inferencial, por contraste con un método analítico, hipotético-deductivo-experimental. Es decir, la modelización sistémica de la complejidad guía sus razonamientos con diferentes lógicas, como son los razonamientos abductivos y los razonamientos autorreferenciales.
3. Una concepción del proceso de modelización en cuanto producción inteligible de representaciones operatorias que tienen una función teleológica parte del modelizador-actor. En esta perspectiva, el modelo es un instrumento de producción y de exposición del conocimiento, activo, multidimensional y complejo.

Los modelos evolucionan y adquieren variantes que los enriquecen, como puede verse en la transformación hecha de la primera sistémica que introdujo a la familia en los síntomas, en la ecología de los contextos sociales atravesados antropológicamente, y en la complejidad de los procesos de la vida humana, social e íntima, sincrónica y diacrónica, ajustada y en crisis. Esta evolución también tiene que ver con la adaptación. Son los modelos terapéuticos los que deben amoldarse al contexto, y no a la inversa. Los modelos terapéuticos nacen como emergentes de los contextos, razón por la que expresan el perfil de la sociedad y la situación que los vio emerger.

Dentro de las modelizaciones del cambio y los modelos terapéuticos, se percibe como aspecto central la concepción del tiempo, el cual no es diacrónico (exploración profunda del pasado), sino más bien sincrónico, en la medida en que reflexiona sobre formas y sentidos comunicativos presentes. Estas modelizaciones, junto con los aspectos centrales que caracterizan los modelos terapéuticos (directrices centrales en los procesos de formación de terapeutas), se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Tipos de modelización

Tipo de modelización	Características centrales de los modelos de terapia sistémica para el desarrollo del proceso de modelización
Modelizaciones sistémicas diacrónicas	Los clínicos referencian una masa de yos indiferenciados, ondas de choque emocional, una gravedad creciente en la indiferenciación de los selfs sobre varias generaciones, triangulaciones y proyecciones sobre terceros, en los casos de problemas psicóticos, como se observa en el modelo de Murray Bowen. Además se encuentran otros recorridos teóricos en autores como Theodore Lidz, I Boszormenyi Nagy y Luigi Cancrini. Las intervenciones terapéuticas están orientadas a la comprensión de estos factores históricos y el desenvolvimiento de circunstancias encriptadas, susceptibles de generar sentimientos de culpabilidad o vergüenza.
Modelizaciones ecosistémicas	Están caracterizadas por el trazado de triángulos que unen a las familias a instancias sociales, que corresponden a la proyección de conflictos fuera de la familia, cuando esta es incapaz de gestionarlos en su interior. Algunos de los autores centrales en estos aspectos de la terapia son Maurizio Andolfi, Patricia Minuchin y Evan Imber Black.
Modelos comunicacionales	Donde se considera como posible enunciar el contexto, considerando las situaciones de psicopatología clínica como un conjunto de informaciones verbales y no verbales que connotan la toma de la palabra, el discurso, tal como es interpretado por los interlocutores de una conversación o los observadores de una interacción, es aquello que rodea la comunicación, un conjunto de actos del lenguaje que se sitúa en una comprensión pragmática. Al respecto, véanse los trabajos de Gregory Bateson y la escuela de Palo Alto en California (EE.UU.).
Modelizaciones narrativas y humanistas	Se entiende la familia como una comunidad que desarrolla visiones singulares y relativas del mundo. La terapia no se ocupa tanto de suprimir los síntomas, sino de desarrollar las potencialidades de cada uno, teniendo en cuenta sus fuerzas y fragilidades, sus ritmos de evolución propios y sus proyectos de vida. Favorece el desarrollo de la autonomía al suponer que clientes y terapeutas se descubren en sus singularidades sin precipitación ni intentos de emprender o controlar la situación. Los terapeutas hacen referencia a lo que son y a su existencia, sin pretender crear contextos transferenciales o contratransferenciales. En las terapias narrativas, la elaboración de la realidad será el producto de las interacciones y las conversaciones. En esta perspectiva encontramos a autores como H. Anderson, H. Goolishian, M. White y D. Epston.

Fuente: elaboración propia con base en revisión bibliográfica de los modelos de terapia sistémica.

La supervisión: contexto pedagógico para la formación del psicoterapeuta

El contexto pedagógico de los procesos de formación en las competencias clínicas interventivas-investigativas está constituido por el equipo de supervisión, conformado por el supervisor y los psicoterapeutas-consultores en formación. En estos equipos, el supervisor es fundamentalmente un animador de procesos auto y heterorreferenciales de metaobservación de y entre los participantes, en relación con las visiones y relaciones entre el psicoterapeuta-consultor, el sistema consultante y el equipo de supervisión.

Para la Maestría, los equipos de supervisión son la herramienta por excelencia para operar paradigmáticamente con la complejidad, la construcción social de la realidad, las narrativas, las pautas, las dinámicas relacionales y los dilemas humanos. El concepto de *trabajo en equipo* permite, entre otras cosas, hacer visibles los principios de recursividad, reflexividad y conectividad. Desde ellos se conoce y se reconoce al observador como sistema observante, lo que implica que se funde en la colaboración y en la ayuda, en el compromiso y en la ética.

Cabe señalar que el trabajo en equipo es un modo de aportar coherencia a la formación, articulado entre la metódica y las ideas que lo impregnan. Entendemos la ética como el compromiso con el otro y consigo mismo, el compromiso con la transformación y con la formación, principios que constituyen la base del trabajo en equipo.

De igual manera, el contexto de la supervisión se constituye en un espacio privilegiado para establecer conexiones entre los diferentes aprendizajes de los distintos escenarios pedagógicos de formación de la Maestría, en la medida en que estos se conectan directamente con la experiencia del ser, el pensar y el hacer clínico de los terapeutas-consultores en formación, en relación con sus propios procesos de intervención o los de sus compañeros de equipo.

Así, semanal o quincenalmente, el supervisor y un grupo de no más de cinco estudiantes se reúnen a lo largo de un semestre, con objetivos formativos claros por nivel de formación, ajustados para cada terapeuta-consultor en formación y a las necesidades de los procesos interventivos que se estén llevando a cabo. En este sentido, en el contexto de la supervisión, desde una comprensión ecosistémica de los dilemas humanos y de los procesos de intervención, se discu-

ten y se diseñan acciones contextuales, que reconocen, convocan y movilizan los recursos de los sistemas significativos que hacen parte de la construcción de consensos (lo que incluye al mismo interventor), en relación con la presencia de una dificultad o una demanda de ayuda, que también puede formar parte de las soluciones.

En este sentido, no todos los terapeutas-consultores en formación son iguales; si bien se trabaja desde los nuevos paradigmas y los problemas epistemológicos y metodológicos involucrados en la praxis de la intervención, se trabaja también en las singularidades y recursos de los terapeutas en formación y del supervisor. Nos referimos a este fenómeno con el término de *estilo terapéutico*. La ampliación y conocimiento del estilo propio de cada miembro del equipo es una labor importante a lo largo de toda la Maestría.

Es por ello que los equipos terapéuticos se ajustan semestral o anualmente, a fin de dinamizar las relaciones entre los formadores y los terapeutas-consultores en formación, lo que posibilita la coconstrucción de contextos particulares, donde distintas singularidades hallan espacios posibles para su emergencia y desarrollo. De este modo, resulta útil para el psicoterapeuta-consultor en formación dialogar con diversos estilos de supervisión, por lo que en el transcurso de la educación se tiene la posibilidad de rotar con diferentes supervisores, y en la supervisión conjunta, con las voces de los equipos de supervisión convocados.

Las supervisiones se llevan a cabo en salas de espejos unidireccionales, dotadas de elementos de videograbación. Las características de estos escenarios permiten que la supervisión sea un proceso interactivo y de operar isomórfico a las acciones en la intervención. En este sentido, lo que suceda de un lado del espejo entre supervisor, terapeuta-consultor en formación y equipo ocurre de manera similar en el otro lado entre terapeuta-consultor y sistema consultante. Así, la supervisión, centrada sobre las relaciones entre interventores y consultantes, aborda al terapeuta-consultor en sus prejuicios, sus historias, sus significados y sus formas de interacción en relación con sus consultantes, y los dilemas, historias, significados y pautas de interacción de los consultantes. Se trata de órdenes recursivos, que se movilizan desde la reflexión, la conversación y la coconstrucción.

El supervisor y el equipo de supervisión pueden participar en los procesos de formación-transformación a partir de diversas modalidades, por ejemplo:

el equipo reflexivo como estrategia interventiva; la promoción de espacios de consultoría para la intervención durante los espacios de intercesión, y la realización de procesos de metaobservación o implementación de acciones de co-terapia.

Con el fin de generar acoplamientos emocionales que aseguren un escenario óptimo para el coaprendizaje y para el desarrollo de los procesos de intervención-investigación, se crea la relación entre el equipo de interventores y el supervisor.

A medida que transcurre el semestre, se van ajustando los objetivos del equipo de supervisión y otros individuales que permitan reconocer y potenciar las singularidades de cada terapeuta-consultor en formación. Se pretende de esta relación la consolidación de un equipo de supervisión que pueda profundizar en las conceptualizaciones sobre los dilemas humanos, la clínica, la salud mental y la intervención, así como en el diseño de hipótesis y de estrategias para la intervención de los motivos de consulta en sus contextos. Para el logro de los objetivos formativos, interventivos e investigativos en la supervisión, se han desarrollado y definido las estrategias pedagógicas planteadas en la tabla 2.

Tabla 2. Estrategias para el desarrollo de los procesos de supervisión

Estrategia	Definición
Redes conversacionales	Esta estrategia se basa en las conversaciones para la acción, que implican construir acuerdos y compromisos, que nos sitúan en una postura de editores de nuestras propias historias. En los contextos de entrenamiento-supervisión, la red conversacional incluye a los interventores-investigadores en formación, el supervisor, las familias, las organizaciones y los contextos implicados en los motivos de consulta. Conversamos acerca de los modos como conversamos sobre nuestros dilemas, reconocemos las narrativas que sustentan nuestra praxis del vivir, y entre todos creamos historias en las que podamos reconocer nuestras fortalezas para crear lo deseado.
Equipos reflexivos	Como estrategia para y desde la metaobservación de procesos, el equipo reflexivo posibilita conversar sobre lo observado, a partir de la definición de focos y niveles de análisis en las interacciones bajo estudio de un sistema, al tiempo que los participantes de este escuchan y luego conversan de manera reflexiva sobre lo que el equipo comentó, a fin de lograr diversas apreciaciones sobre un mismo sistema en interacción y, así, problematizar, diversificar y complejizar comprensiones y posibilidades de actuación. Como supervisores e interventores, operar desde la conformación de equipos nos permite redefinir la idea de “los expertos”, que imparten comprensión y conocimiento a estudiantes y familias. En su lugar, participamos en conversaciones en las que entre todos construimos la comprensión, tomando en cuenta las presunciones, creencias y experiencias, tanto de los docentes como de los estudiantes y las familias.
Supervisión conjunta	Esta estrategia favorece el trabajo conjunto entre los diferentes equipos de supervisión, del mismo u otro semestre. El trabajo se organiza en torno a temáticas y procesos para el desarrollo de competencias de intervención, definidos y agendados previamente, con la guía y modelización de parte de los supervisores.

Supervisión directa	La supervisión directa se define como una estrategia basada en la planeación de una sesión de intervención clínica, por parte del supervisor y del equipo de estudiantes, en la cual el supervisor interviene activamente cada vez que su participación sea necesaria. Esta estrategia permite observar de diferentes maneras, pensar de diferentes maneras y, por ende, complejizar la comprensión de las demandas y la construcción de guiones interventivos y de estrategias que movilicen los contextos y sus narrativas.
Trabajo sobre video: grabaciones de sesiones de consulta	Esta estrategia permite avanzar en el desarrollo de competencias y habilidades de los estudiantes, fortalecer los estilos personales y complejizar y potenciar los procesos de intervención requeridos en cada situación. El propósito es la revisión y análisis de casos atendidos y que fueron videograbados para la micro-observación y congelamiento de interacciones, a fin de generar reflexiones acerca de las hipótesis que sustentaron las acciones, sus efectos y retroacciones sobre el interventor y el sistema consultante. Permite el microanálisis de la conversación psicoterapéutica, el análisis de los procesos de resignificación generados, la conexión entre el guion interventivo, las lecturas y estrategias diseñadas para potenciar el escenario de transformación.
Modelamiento	Es la puesta en escena de las competencias y habilidades de investigación-intervención del supervisor, desde ejercicios simulados o desde la intervención en situaciones en vivo. Permite la reflexión y análisis de dominios de observación y acción, con el fin de mostrar las conexiones entre los principios paradigmáticos, la lectura de contextos y la intervención en escenarios clínicos.
Sesiones simuladas	Esta estrategia permite estimular el desarrollo de habilidades y competencias en los psicoterapeutas-investigadores en formación, desde la simulación de contextos y demandas de ayuda. Permite generar conexiones entre los principios paradigmáticos y las estrategias para intervenir, de acuerdo con los procesos de hipotetización construidos. Estimula y favorece el entrenamiento de las habilidades conversacionales desde el desarrollo de preguntas y guiones para la intervención.
Elaboración y construcción de protocolos	Los protocolos son textos que invitan a un análisis reflexivo por parte del autor; por su naturaleza, complejizan, desde los diferentes niveles y puntos de observación, la experiencia vivida y narrada. Se construyen en cada uno de los encuentros en los distintos escenarios formativos por los estudiantes y pretenden dar cuenta del conocimiento construido en la experiencia. Pueden comprenderse como las huellas dejadas a lo largo del recorrido, por lo cual permiten "recorrer sus pasos", es decir, coconstruir, deconstruir, reconocer, repensar, proyectar y proponer distintas versiones frente a las comprensiones y propuestas tejidas en los equipos.

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2007).

Aspectos generales de la formación por competencias

Pensar la formación de psicoterapeutas en la Maestría, en términos del desarrollo de competencias, implica asumir los procesos de enseñanza aprendizaje no en términos de la transmisión pragmática de los saberes y de la preconcepción del conocimiento, sino del tránsito hacia el desarrollo significativo de la evolución de las ideas y del conocimiento en un contexto específico. De acuerdo con el paradigma que orienta la Maestría, los estudiantes deben adquirir competencias para el desarrollo de un aprendizaje autónomo y de coaprendizaje, por encima de conocer algunas técnicas o saber desarrollar ciertos procesos. Es decir, el estudiante en la Maestría debe promoverse hacia un aprendizaje cada vez más curioso, reflexivo, autorreferencial, sistemático y sistémico, que al tiempo que potencia la operaciones intelectuales es capaz de interrelacionar saberes y prác-

ticas que hacen parte de la comprensión holista y global del conocimiento. En este orden, es necesario precisar que para desarrollar las competencias, es indispensable integrar al menos tres dimensiones de la educabilidad de toda persona:

- *Aprender a aprender*, que supone el desarrollo de operaciones analíticas, relacionales e integradoras, de acuerdo con los niveles de desarrollo y la complejidad, para transitar hacia aspectos del conocimiento que pasen de nociones a categorías.
- *Aprender a hacer*, lo cual implica poner en juego operaciones efectivas de planeación, actuación, modelización, ejecución, transformación y cambio.
- *Aprender a ser y convivir*, lo que supone capacidad de expresión, interacción, comunicación, valoración, participación, concertación y afectividad; flexibilidad y adaptación en los diferentes contextos.

En este marco referencial, el propósito es entender, de entrada, que en la Maestría toda competencia supone la integración de saberes y destrezas en la construcción de una identidad que integra las dimensiones del perfil del investigador-interventor sistémico. Es decir, las competencias son el producto o el resultado de la integración dinámica de diversos tipos de conocimientos y prácticas: el saber hacer, el saber ser, el saber convivir y el saber conocer dentro de un contexto determinado.

En este orden, para el desarrollo de las competencias, la Maestría ofrece escenarios y contextos que permiten valorar experiencias pertinentes, significativas y de crecimiento, en el entendido de que no hay formación de competencias si el contexto no aporta experiencias demostrativas, articuladas y apropiadas al paradigma de comprensión de los sistemas humanos. Por lo tanto, toda competencia debe ser desarrollada mediante experiencias diversas de coaprendizaje, a través de estrategias metodológicas y didácticas, también amplias y diversas, que conjuguen escenarios de conocimiento experiencial, interaccional, conversacional y pragmático en permanente construcción.

Es así como el modelo pedagógico de la Maestría contribuye a la formación de competencias, con un carácter interactivo y un sentido comunicativo, para recrear el conocimiento y la vida, a través del otro y con el otro. El carácter inte-

ractivo de la pedagogía le da fuerza a la comunicación, al lenguaje y a la socialización. La pedagogía se transforma en un motor de construcción de lo social.

Con base en lo anterior, la Maestría enfatiza su quehacer en tres dimensiones o dominios competenciales: la *dimensión cognitiva*, dada en el pensar y el conocer; la *dimensión experiencial*, que conjuga lo emocional y el sentir, y la *dimensión pragmática*, fundamentada en el hacer y el operar. Tales dimensiones están desarrolladas a luz de un proceso de realimentación y evaluación, y orientadas a generar los redireccionamientos y ajustes necesarios para el mejoramiento y optimización del proceso de formación.

- *La dimensión cognitiva*, en la especificidad de la Maestría, se fundamenta en el desarrollo de procesos interactivos de coaprendizaje, que se nutren de paradigmas y conocimientos propios de una visión sistémica y compleja, en diálogo permanente con diversos saberes y disciplinas. El estudiante debe reconocer las diferentes voces, experiencias y condiciones contextuales que emergen de los escenarios de intervención-investigación. A partir de este conocimiento, debe estar en condiciones de plantear contextos de transformación de los fenómenos, desde una perspectiva sistémica compleja. El bagaje conceptual aporta las herramientas adecuadas y necesarias para una comprensión sistémica, holista y compleja de los fenómenos y dilemas humanos.
- *La dimensión experiencial* se asume desde la autorreferencia generativa propia, en interacción consigo misma y con otros ante los fenómenos y procesos de intervención. Las emociones y experiencias propias son asumidas como recursos para la comprensión integral y el desarrollo de contextos de intervención-investigación.
- *La dimensión pragmática* se plantea en términos de la operatividad, es decir, en la manera como se articulan coherentemente en la acción los procesos de intervención- investigación. En esta dimensión, la interacción no se limita a los escenarios o contextos de intervención, sino que, como recurso, la interacción se enriquece con contextos y autores, simultáneamente, que permiten generar comprensiones y explicaciones de los fenómenos de investigación-intervención (véase tabla 3).

Tabla 3. Matriz de formación de las competencias del terapeuta-investigador

Dominios Dimensiones	Cognitivo: pensar- conocer	Experiencial: emocionar- Experiencial: emocionar- sentir	Pragmático: hacer- operar	Evaluar - retroalimentar
Postura del investigador-interventor	Explicita y articula los paradigmas y conocimientos propios y de otros desde donde define la postura asumida en la investigación-intervención.	Autorreferencia la propia postura, en conexión con la historia personal y experiencia en contexto, reconociendo sus efectos en la vivencia, comprensión e interacción consigo mismo y con otros, ante los fenómenos y procesos de la investigación-intervención.	Opera coherentemente los procesos de investigación-intervención, con la postura asumida.	Puede ajustar la postura y el estilo propio de interacción asumidos en los procesos y contextos de investigación-intervención, según las retroacciones de aquellos.
Construcción de los fenómenos y procesos abordados en la investigación-intervención	Conceptualiza los fenómenos y dilemas humanos desde una visión sistémica y compleja, en diálogo con saberes disciplinares.	Utiliza la autorreferencia generativa en la construcción de los fenómenos y procesos abordados en la investigación-intervención.	Construye en la interacción con los contextos y sus autores comprensiones experienciales y contextuales de los fenómenos y procesos de la investigación-intervención.	Anticipa y se corresponsabiliza por los posibles efectos conceptuales, pragmáticos y éticos de las construcciones propuestas de los fenómenos y procesos de la investigación-intervención.
Construcción y conducción de contextos-escenarios y procesos de investigación-intervención	Reconoce y puntúa las diferentes voces, experiencias y condiciones contextuales en el análisis, concertación, diseño y desarrollo de escenarios y procesos de investigación-intervención.	Actualiza generativamente las experiencias y emociones propias como recursos para la comprensión, concertación, diseño y desarrollo de escenarios y procesos de investigación-intervención.	Convoca las experiencias, conocimientos, recursos e intencionalidades propias y de otros para la comprensión, concertación, diseño y desarrollo de escenarios y procesos de investigación-intervención.	Reconoce y aprecia el proceso y efecto de las intervenciones en su ecología, con lo cual facilita los ajustes necesarios para la generación y sostenibilidad del cambio (a partir de la concertación de las intencionalidades y de los recursos de los participantes y de los contextos implicados en la investigación-intervención).
Comprensión y explicación de los procesos de transformación	Conceptualiza los procesos implicados en la generación y transformación de los fenómenos de investigación-intervención desde una visión sistémica y compleja.	Da cuenta, reflexiva y apreciativamente, de la relación recursiva entre las transformaciones de los fenómenos y contextos y las transformaciones en la comprensión y vivencia del terapeuta, en relación con tales fenómenos, procesos y contextos de investigación-intervención.	Utiliza el conocimiento y la experiencia propia y de otros, emergente en los procesos y escenarios para la comprensión y explicación de los procesos de transformación.	Reconoce y somete a crítica los alcances y limitaciones de los efectos de las propuestas de investigación-intervención.

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2007).

Los de cambio y aprendizaje emergen en la convergencia y articulación de las anteriores dimensiones, dominios y desarrollo de competencias, que atraviesan la formación competencial del terapeuta-interventor.

Para la supervisión y las prácticas, se definen objetivos integrados por semestre, de acuerdo con las competencias esperadas, con un foco de trabajo específico y con el terapeuta en cada nivel de la formación. Los objetivos y las competencias semestrales para la supervisión y las prácticas están articulados a preguntas generales orientadoras y transversales de formación, comunes a todos los espacios académicos (seminarios) de cada semestre, como se puede observar a continuación, en relación con los contenidos y propósitos por desarrollar durante cada uno de los semestres en que está organizado el programa (véase tabla 4).

Tabla 4. Objetivos, preguntas y competencias de formación por semestre

Semestre I
<p>Objetivo general de formación para el I semestre</p> <p>Comprender la intervención terapéutica e investigativa de los problemas humanos objeto de la psicología clínica (procesos psicopatológicos y dilemas relacionales), a partir de los principios paradigmáticos del enfoque sistémico-constructivista-construccionista y complejo.</p>
<p>Preguntas orientadoras generales de formación del I semestre</p> <p>¿Cómo comprendemos la construcción y la deconstrucción de los problemas humanos en el contexto de la psicología clínica desde un enfoque sistémico-constructivista-construccionista y complejo?</p> <p>¿Cómo construir contextos y procesos conversacionales terapéuticos que permitan movilizar historias, patrones de relación y recursos para el cambio en las diversas dimensiones de la vida humana?</p>
<p>Indicadores de logro específicos para la formación en el I semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Argumenta y aplica adecuadamente conceptos y principios sistémicos para la comprensión de los sistemas consultantes, sus dificultades y su cambio en la intervención en general. • Comprende ecosistémicamente las demandas de ayuda. • Integra lecturas interaccionales y contextuales de la problemática consultada. • Anima comprensiones coconstruidas y solucionables de los problemas con el sistema consultante. • Genera encuadres terapéuticos negociados y consistentes con las comprensiones construidas. • Organiza y utiliza la información generada, integrando a los procesos de atención la historia clínica, para generar planes de inicio, ajustes y continuidad del proceso psicoterapéutico. • Establece contacto emocional y promueve relaciones de colaboración con los consultantes y otros posibles profesionales o equipos asociados al proceso de los casos. • Utiliza la autorreferencia para la comprensión de la propia postura y su efecto en el proceso interventivo. • Genera y moviliza información relevante, a través de competencias comunicativas como preguntar, clarificar, sintetizar, reflejar, confrontar, connotar, redefinir y realimentar. • Propone y ajusta planes de intervención, focalizando la promoción y el uso de recursos.

Semestre II

Objetivo general de formación para el II semestre

Construir lecturas y guiones interventivos-investigativos a partir de constructos paradigmáticos, metodológicos, teóricos y experienciales, con base en procesos de auto y heterorreferencia y en los principios del enfoque sistémico-constructivista-construccionista y complejo.

Objetivo general de la supervisión en el II semestre

Desarrollar competencias para la creación de contextos terapéuticos, desde la construcción de lecturas ecológicas y guiones interventivos —con diversidad de estrategias y poniendo en juego la auto y heterorreferencia—, que permitan generar experiencias de cambio terapéutico.

Pregunta orientadora general de formación del II semestre

¿Cómo comprendemos lo psicopatológico en las demandas de ayuda en el contexto de la investigación-intervención?

Indicadores de logro específicos para la formación en el II semestre

- Como terapeuta, logra coherencia entre la comprensión, comunicación y operación de principios y conceptos del enfoque.
- Define un contexto claro y concertado con el sistema consultante para desarrollar el proceso interventivo.
- Establece un contacto emocional adecuado con los consultantes, profesionales o equipos asociados al proceso de los casos.
- Realiza lecturas interaccionales y contextuales de la problemática motivo de consulta y del sistema terapéutico.
- Propone y ajusta cursos y estrategias sistémicas para la intervención mientras monitorea sus efectos.
- Utiliza habilidades lingüísticas pertinentes al enfoque y a las necesidades del proceso interventivo, como preguntar, sintetizar, reflejar, realimentar, redefinir, confrontar, recurrir a analogías y metáforas y dar directrices.
- Focaliza la ayuda en la generación y utilización de recursos disponibles útiles para la intervención, desde una mirada apreciativa, que trasciende posturas centradas en las limitaciones y el déficit.
- Utiliza generativamente la autorreferencia, ejercitándose en el chequeo propio, para dar cuenta de sus efectos en las comprensiones, relaciones y contextos construidos.
- Integra un guion interventivo desde la auto y la heterorreferencia, que le posibilita comprender, operar y dar cuenta de elementos y procesos involucrados en la problemática, la intervención y el cambio emergente en la terapia.

Semestre III

Objetivo general de formación para el III semestre

A partir de la reconceptualización de lo psicopatológico, desarrollar habilidades para diseñar propuestas de intervención transdisciplinar en contextos con presencia de pautas severas, desde la comprensión de dominios explicativos generados por la postura sistémico-constructivista-construccionista.

Objetivo general de la supervisión en el III semestre

Comprender y operar en casos con pauta severa en la diversidad de contextos sociales, desde una perspectiva sistémico-constructivista-construccionista y compleja.

Pregunta orientadora general de formación del III semestre

¿Cómo comprendemos y operamos en los casos con pauta severa en la diversidad de contextos sociales?

Indicadores de logro específicos para la formación en el III semestre

- Desarrolla lecturas complejas y ecológicas, incorporando tanto las reconceptualizaciones de la pauta severa y de la intervención clínica, como las emergencias contextuales de los sistemas consultantes y terapéuticos, y las autorreferencias del terapeuta.
- Despliega posturas y estrategias para promover la conversación e interacción coconstructiva en procesos de cambio, aportando lecturas diversas, procesos autorreferenciales y habilidades interventivas diferenciadas, según los momentos de los procesos interventivos en curso, que posibiliten nuevos sentidos, recursos y modos de actuar.
- Opera principios, posturas y estrategias para el trabajo en equipos y redes, que posibiliten desarrollar contextos conversacionales y reflexivos que tejan coordinaciones con el fin de movilizar pautas severas.
- Comunica adecuadamente, de manera gestual, verbal y escrita, las comprensiones sobre los casos y los procesos terapéuticos.

Semestre IV

Objetivo general de formación para el IV semestre

Consolidar el estilo personal e integrarlo a los procesos de investigación e intervención. Ampliar el contexto de la intervención a partir del diseño de procesos de intervención compleja y en red, desde una lectura ecológica de los fenómenos y procesos interaccionales.

Objetivo general de la supervisión en el IV semestre

Consolidar y dar cuenta del estilo terapéutico y de sus efectos en la intervención psicoterapéutica.

Pregunta orientadora general de formación del IV semestre

¿Cómo articulamos, conceptual y operativamente en los sistemas complejos, el abordaje de los fenómenos que son objeto de intervención psicoterapéutica e intersistémica desde una perspectiva ecológica?

Indicadores de logro específicos para la formación en el IV semestre

- Construye y moviliza hipótesis ecológicas e interaccionales de los casos y de la intervención.
- Diseña, implementa y ajusta planes y estrategias que convocan e impactan a diversos actores de la ecología social, implicados en la construcción y resolución del problema, y da cuenta del efecto de las mismas.
- Facilita la construcción de equipos para la intervención.
- Autorreferencia, ajusta y utiliza generativamente las propias características actitudinales y comportamentales a lo largo de los procesos interventivos, a la vez que da cuenta del efecto de la propia participación en los procesos creados.
- Desarrolla, reconoce y opera el propio estilo terapéutico en la integración creativa entre las características de los contextos de intervención y los recursos personales del terapeuta.
- Opera el escenario terapéutico como escena investigativa-interventiva, desde los principios organizadores y operadores del paradigma.

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2007)

ORIENTACIONES ESPECÍFICAS
PARA EL DESARROLLO
DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS
SUPERVISADAS

2.

2

Las prácticas que realizan los estudiantes de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia permiten el desarrollo de competencias de investigación-intervención, de acuerdo con los principios paradigmáticos sistémico-construccionistas de la terapia. El entrenamiento se lleva a cabo en equipos de supervisión coordinados por un docente-supervisor, quien hace las veces de consultor en todos los procesos psicoterapéuticos asignados a los estudiantes. Además es corresponsable de la creación de un contexto de coaprendizaje, que favorezca el desarrollo de las competencias esperadas para cada uno de los semestres.

Durante la formación se privilegia el entrenamiento en la comprensión e intervención de los dilemas consultados desde una perspectiva compleja, que permita redefinir los fenómenos humanos y trascender en los contextos sociales. La intervención se desarrolla a partir de la creación de equipos terapéuticos, donde permanentemente se chequea, desde la autorreferencia, el efecto de lo creado, es decir, las nuevas posibilidades construidas desde la habilidad de conversar con otros con base en los siguientes principios orientadores de la estrategia interventiva:

- Construcción de una comprensión ecosistémica de los dilemas atendidos y de los procesos de intervención.
- Autorreferencia generativa: reflexividad sobre los procesos de la intervención a partir de la experiencia.
- Priorización, ante los fenómenos y el proceso interventivo, de las necesidades contextuales de aquellos.

Sobre la supervisión

La supervisión, en su concepción y práctica actual, se ha distanciado de las comprensiones del entrenamiento instructivo al redefinir la relación supervisor-supervisado, en términos de una relación recíproca de colaboración. Esta manera de pensar la supervisión hace que se viva como una relación de colaboración reconocida en la experiencia de los terapeutas supervisores y supervisados. En cuanto a los principios orientadores de los escenarios de supervisión, es importante mencionar los siguientes:

- Autorreferencia: dar cuenta de la participación de los propios marcos (individuales, del equipo de supervisión) en los contextos y procesos del aprendizaje y la intervención.
- Corresponsabilidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje del escenario de la supervisión y la intervención.
- Coaprendizaje a través del proceso participativo y reflexivo del equipo de supervisión.
- Acople emocional entre los participantes del equipo: escenario de confianza y tranquilidad que facilite la emergencia de recursos de los terapeutas.
- Potencialización de los estilos y recursos propios de la persona del terapeuta.
- Relativización creativa de las teorías: reflexión en contexto.
- La ética como decisión en el contexto emergente de la acción.
- Asunción, por parte del supervisor, de diferentes roles y patrones en la relación de enseñanza-aprendizaje: modelizador, consultor, participante reflexivo, coterapeuta.

Dimensiones y fases para el desarrollo de las prácticas

El proceso de la práctica se refiere a diversas dimensiones que se encuentran en conexión permanente con los objetivos específicos de la formación para cada semestre, y a varias fases que dan cuenta de la creación progresiva de consistencia en cada una de ellas. Las dimensiones definen tres procesos que se construyen durante la práctica supervisada.

El primero inaugura las dimensiones de creación y conocimiento del contexto de supervisión. La práctica se inicia con un proceso de inducción para que el estudiante conozca las reglas y procedimientos del contexto institucional de prácticas. La segunda da cuenta de la creación de la relación entre el grupo de estudiantes y el supervisor, a fin de generar acoplamiento emocional que aseguren un escenario óptimo para el coaprendizaje y el desarrollo de procesos de investigación-intervención. Se pretende que de esta relación se consolide un equipo terapéutico.

La tercera dimensión, creación e intervención en contextos terapéuticos, se concreta en el inicio de las acciones de atención. Cada estudiante participa en el proceso de atención, desde su configuración inaugural, con la recepción de casos —en los Servicios de Atención Psicológica IPS USTA—, para lo cual debe realizar una lectura contextual a través del estudio de la demanda. A partir de ello creará los contextos de intervención pertinentes para dar curso al proceso psicoterapéutico, si así se requiere.

Cada proceso de atención a los consultantes reenlaza la dinámica relacional en y entre estas tres dimensiones, que configuran el proceso de formación y el aprendizaje de las labores propias del oficio del psicoterapeuta, como la elaboración de registros sobre los encuentros y procesos desarrollados en los formatos de evolución de los casos y de la historia clínica correspondientes y de los dos informes para el sistema que hace la remisión del caso. A continuación se presenta la matriz establecida para precisar los objetivos y logros en cada una de las dimensiones señaladas en su progresión en las diversas fases (véase tabla 5).

Tabla 5. Fases y dimensiones para la definición de los contextos de supervisión

Fases y dimensiones	I	II	III	IV
Creación y conocimiento del contexto de supervisión: relaciones entre terapeuta en formación, supervisor y contexto de práctica.	Reconocimiento del contexto institucional y de las reglas para operar; creación de condiciones para la supervisión-intervención.	Reconocimiento de los macrocontextos y desarrollo de lecturas contextuales.	Movilización de lecturas y estrategias de intervención desde los principios paradigmáticos.	Consolidación de equipos para potenciar el efecto de la intervención.
Creación de la relación equipo-supervisor-supervisado: relaciones entre el terapeuta en formación, el supervisor y los consultantes.	Definición de la relación y acoplamiento emocionales.	Creación de dinámicas relacionales y reconocimiento de estilos y singularidades.	Lectura y potenciación de recursos y competencias investigativas-interventivas.	Narrativas e historias de las experiencias vividas en el contexto de la supervisión.
Creación e intervención en contextos terapéuticos: Relaciones entre terapeutas en formación, supervisor, consultantes, instituciones remitentes y contexto en el que se desarrolla la práctica.	Procesos de recepción y remisión.	Creación de contextos y encuadres terapéuticos.	Evolución de los procesos de intervención y retroalimentación con la fuente de remisión.	Cierre del proceso e informe.

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2007)

Como se puede observar, se establece un proceso formativo que va ampliando la capacidad de los participantes para relacionarse, interactuar e integrar la complejidad de los diversos sistemas implicados en los procesos de atención psicoterapéutica.

La supervisión y los equipos de formación

Comúnmente, los contextos institucionales de las prácticas cuentan con dos equipos: el primero corresponde al equipo profesional o administrativo de la institución, como los Servicios de Atención Psicológica IPS USTA, y el segundo, al grupo de terapeutas en formación y supervisores (docentes del posgrado).

Los contextos de la práctica son llamados de manera más bien clásica: la supervisión. Ello, debido a que un formador acompaña a los terapeutas en formación con una postura particular de metaobservador, en relación con una visión común de las relaciones entre terapeuta, consultante y terapeuta-equipo de supervisión, por lo cual la denominación corresponde al contexto. Se trata entonces de un docente supervisor y su grupo de estudiantes, que se reúnen semanal o quincenalmente, a lo largo de un semestre, con objetivos formativos claros por nivel de formación, y ajustados para cada terapeuta en formación, según su nivel de desarrollo, sus propios dilemas y búsquedas como terapeuta. Las supervisiones se llevan a cabo en salas de espejos unidireccionales, dotadas de elementos de audio, videograbación y reproducción.

Las maneras en que se supervisa son isomórficas a la intervención, una característica reconocida en las diversas escuelas de formación. Es decir, lo que ocurre de un lado del espejo entre supervisor, terapeuta y equipo ocurrirá de manera similar en el otro lado, entre terapeuta y sistema consultante. Se trata de órdenes recursivos, que se movilizarán desde la reflexión, conversación y coconstrucción. El supervisor interviene sobre el terapeuta que interviene sobre los consultantes, y el equipo colabora en el proceso de formación–transformación de distintas maneras: equipos reflexivos, consultoría, metaobservación, coterapia. Es importante mencionar que operar en equipo implica reconocer los siguientes aspectos:

- Se participa de manera coresponsable en la construcción de recursos y estrategias para la resolución de los dilemas y dificultades.
- El sistema consultante (familia, institución, estudiante, docente) siempre será parte del equipo terapéutico y, por lo tanto, reflexiona permanentemente con el sistema consultor (equipo de terapeutas-supervisores).
- Los focos de la intervención emergen del proceso conversacional.
- Las comprensiones se tejen entre todos los participantes, y siempre serán develadas como un mecanismo de creación colectiva.
- Lo que se hace juntos es conversar, a partir de posturas de curiosidad respetuosa del saber, experiencia y recurso contextual del otro, así como propositiva en la exploración de alternativas satisfactorias y viables.
- No existen ideas exclusivas para los interventores; todas estas serán parte de lo creado en el proceso reflexivo entre consultantes y equipo de supervisión.
- Cuando se inician los procesos de intervención se reconoce que las historias con las que se conversa no han comenzado allí, ya han empezado tiempo atrás.
- Los acoplamientos emocionales son la base para crear contextos que permitan la emergencia de ideas alternativas.
- Más allá de los conceptos y las teorías está la experiencia que narra los dilemas.

Si bien los diferentes objetivos de formación están presentes a lo largo del programa, cada semestre de formación define un objetivo central que da cuenta de un foco específico por desarrollar.

ROLES Y FUNCIONES EN LOS ESCENARIOS DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS SUPERVISADAS

3.

3

Rol del docente supervisor

El supervisor es un docente modelizador del entrenamiento directo del profesional psicoterapeuta en formación, que guía, orienta y hace seguimiento del clínico en formación, de los casos tratados por este, de la dinámica de los equipos de estudiantes bajo su cargo y de los contextos generados en los Servicios de Atención Psicológica IPS USTA. Este carácter de supervisor le demanda una responsabilidad académica y ética con relación a los efectos de formación en el psicoterapeuta, en los resultados logrados con los consultantes y en las implicaciones interinstitucionales y sociales del ejercicio de la psicoterapia.

Bajo esta premisa, el supervisor debe promover el desarrollo de competencias de intervención clínica en los terapeutas-consultores en formación, en contextos psicoterapéuticos y de consultoría, a través de estrategias pedagógicas y guiones vinculados al campo de la atención de casos, desde una perspectiva sistémica compleja. En este sentido, las principales funciones de los supervisores son:

- Participar en la consolidación y construcción activa de equipos reflexivos, con el objeto de facilitar el diseño de estrategias y guiones vinculados a los procesos consultados.
- Acompañar y realimentar al terapeuta-consultor en formación frente a los casos que tiene bajo su responsabilidad, en relación con las necesidades del caso y las estrategias para el manejo de aquel, con el fin de garantizar el óptimo desarrollo del proceso interventivo.
- Realimentar a los terapeutas-consultores en formación, en función de los objetivos de aprendizaje y de formación previstos para el nivel en el que se encuentren, y en relación con las particularidades del estudiante, con el fin de promover la adquisición o potencialización de las competencias necesarias para un abordaje adecuado y pertinente de las diferentes problemáticas objeto de la intervención profesional.
- Realizar asesoría en grupos pequeños, para intervenir en los casos que manejan los terapeutas en formación y desarrollar las competencias en el nivel en que se encuentre el estudiante.

- Construir un espacio donde la reflexión sobre la acción sea un elemento generativo y transformador, que posibilite la activación de los recursos de los terapeutas-consultores, consultantes, equipo terapéutico y supervisor, en pro del cambio o la disolución de los problemas planteados.
- Realimentar y evaluar cualitativa y cuantitativamente a los terapeutas-consultores en formación, en cuanto a su proceso de cualificación en competencias clínicas. Para ello tendrá en cuenta la articulación de tres modalidades de evaluación: la autoevaluación, la coevaluación y la heteroevaluación.
- Verificar que el terapeuta-consultor en formación de la Maestría cumpla con el número de casos y horas asignadas para su proceso formativo.
- Revisar las historias clínicas, informes u otros documentos de registro a los que haya lugar, de acuerdo con las disposiciones de los escenarios de prácticas.
- Verificar el adecuado diligenciamiento y el oportuno cierre de los casos, con el fin de que pueda completar las horas de entrenamiento, manteniendo constante las horas efectivas de atención de casos.
- Elaborar un informe final, de síntesis, con el fin de dar cuenta del proceso formativo de los equipos de supervisión a su cargo.
- Atender y velar por el cumplimiento de las normas del espacio de prácticas.
- Preservar las relaciones interinstitucionales entre la Maestría y las instituciones en las cuales los terapeutas-consultores en formación llevan a cabo las prácticas clínicas.

Rol del terapeuta-consultor en formación

Es responsabilidad de los psicoterapeutas en formación asumir, en el marco legal, deontológico y ético de la profesión, y con base en las premisas reglamentarias de la institución donde se realicen las prácticas clínicas, los procesos terapéuticos y de consultoría que se programen en el correspondiente horario de atención. Entre las funciones de los terapeutas-consultores en formación se encuentran las siguientes:

- Atender a los sistemas consultantes y a las instituciones remitentes.
- Elaborar informes, registros, historias clínicas, guiones comprensivos y mapas interventivos de los procesos a su cargo.
- Coconstruir procesos conversacionales reflexivos de segundo orden, sabiéndose partícipe de ellos, convocando a las personas o sistemas involucrados, y que sean pertinentes al sistema de ayuda construido.
- Realizar encuentros con los sistemas consultantes para construir información, clarificar la problemática y establecer el plan de acción para definir el contexto de ayuda.
- Mantener actualizada la historia clínica de los consultantes a su cargo.
- Utilizar las técnicas y estrategias que considere más adecuadas y pertinentes, a la luz del asunto que se esté atendiendo. En caso de hacer uso de pruebas psicológicas u otro material de evaluación, adjuntar el informe de la evaluación como parte de los documentos de la historia clínica.
- Diseñar guiones de seguimiento interventivo y contextual, desde una perspectiva ecológica, sistémica, constructivista, construccionista y compleja, con miras a facilitar la autonomía de los sistemas implicados en el cambio, a partir del reconocimiento del efecto social de la intervención.
- Preservar y responder por el material fílmico de las sesiones desarrolladas, bajo el principio de la reserva profesional y de la confidencialidad.

DISPOSICIONES PARA EL ENTRENAMIENTO

4.

4

Cada equipo de supervisión, durante el desarrollo de la práctica, debe dar cuenta de responsabilidades de índole académica, ética, administrativa, clínica y relacional.

Responsabilidades académicas

Estas refieren al cuidado y cumplimiento de las condiciones de entrenamiento que procura la Maestría, las cuales se entienden como condición para asegurar la práctica clínica. Entre ellas están el número de horas de entrenamiento y el seguimiento de los procedimientos de tipo clínico administrativo en los contextos institucionales. Las horas de entrenamiento están calculadas con base en el tiempo dedicado a la atención a los consultantes, más las horas de atención en el contexto de la supervisión, según sea la ruta de formación de investigación o de profundización que haya tomado cada estudiante (Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, 2014, p. 64).

Es responsabilidad de cada supervisor desarrollar sesiones de entrenamiento con sus estudiantes, en relación con los procesos de recepción, remisión y diligenciamiento de las historias clínicas, formatos de evolución y de cierre de cada caso atendido. Los estudiantes trabajan en todo el proceso de atención, desde la recepción, ya que esta se entiende como un proceso fundamental para el desarrollo de la creación de contextos psicoterapéuticos.

Responsabilidades clínicas

El contexto de práctica exige del estudiante el desarrollo permanente de sus competencias para la comprensión de lo psicopatológico y la intervención psicoterapéutica, desde una perspectiva sistémica compleja. Se anima a que el estudiante, a partir del reconocimiento de los convenios interinstitucionales en el contexto de práctica, esté en capacidad de convocar las redes necesarias para generar los procesos de intervención pertinentes.

De acuerdo con lo anterior, el terapeuta en formación debe responder por los efectos contextuales de la intervención, y se busca que esté en capacidad de proponer y desarrollar proyectos de investigación-intervención que complejicen los dominios explicativos para la práctica psicoterapéutica.

Responsabilidades relacionales

Las relaciones que se construyen entre el equipo de estudiantes, el supervisor, el contexto institucional para la práctica y los usuarios de la atención psicoterapéutica están basadas en el respeto, la cooperación y la confianza. Desde el comienzo de la relación, se acuerdan las diferencias, complementariedades y responsabilidades de cada rol participante en el proceso de la supervisión. La creación, consolidación y desarrollo de la relación entre los miembros del equipo se propone en el principio de la autorreferencia, como mecanismo básico para dar cuenta de la propia participación en los logros alcanzados y en los cambios y ajustes necesarios para el óptimo desarrollo del proceso de entrenamiento.

Responsabilidades éticas

La Maestría en Psicología Clínica y de la Familia considera de vital importancia tener en cuenta el Reglamento General de Posgrados (Universidad Santo Tomás, 2008), la normatividad contemplada en la Ley 1090, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología y se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones (Ministerio de la protección social, 2006), y las normas internacionales sobre ética y valores del psicoterapeuta. Este acopio normativo constituye un dominio fundamental de la formación de todo profesional en psicología clínica (en todo caso se presupone un conocimiento previo para el ejercicio de las profesiones). Por lo concerniente y en razón a tenerlos presentes, se recomienda leer los documentos anteriormente señalados.

En la Maestría, la mayor pretensión ética en la formación es que el estudiante asuma responsablemente sus acciones y anticipe, dándole cabida a la incertidumbre y al azar, los efectos de ellas en los otros y en la interacción, desde una mirada recursiva que le permita integrar escenarios de acción y de diversos contextos de desarrollo.

La formación ética es asumida como el compromiso que se tiene con el otro y consigo mismo, el compromiso con la transformación y la formación, que constituye la base del equipo de trabajo. Las prácticas profesionales parten del reconocimiento de un compromiso social de estudiantes y supervisores

frente a los contextos en los que un interventor genera procesos de investigación-intervención. Esto exige dar cuenta permanente de los planes y procesos desarrollados, tanto al supervisor como a la institución, de manera oportuna y pertinente; exige, además, acudir puntualmente al lugar de práctica, de acuerdo con los horarios y sitios convenidos para el desarrollo de la atención y de la supervisión. Toda la información generada en los contextos de práctica —en cuanto a los usuarios y desarrollo de la intervención— tiene un carácter confidencial y solo podrá ser utilizada por el equipo de supervisión, de manera consensuada, para efectos de la planeación del proceso o para la formación.

Dentro del contexto de formación, de construcción y de organización de conocimiento, el programa ha venido perfilando su marco axiológico, el cual se encuentra en coherencia con la propuesta humanista institucional. En ese sentido se privilegian los siguientes valores durante la formación de los terapeutas y consultores:

- Respeto por la vida y por el bienestar de las personas que participan en los escenarios de formación, de intervención y de investigación.
- Capacidad de tomar decisiones de manera socialmente responsable, en consonancia con el paradigma de formación.
- Reconocimiento del otro como sujeto, en la diversidad y en su contexto, respetando y tolerando las diferencias que se puedan dar en los diferentes escenarios de participación. Se considera la diferencia como una posibilidad de crecimiento y de enriquecimiento mutuo.
- Una postura ética basada en procesos autorreferenciales y reflexivos, que posibilita en todo momento que se estén revisando los efectos de las acciones personales en un contexto relacional.
- Consideración de las personas como sujetos de aprendizaje y de cambio, en permanente coevolución.
- Solidaridad, reflejada en una postura de colaboración y de apoyo permanente al interior de los diferentes equipos de trabajo.
- El trabajo con poblaciones vulnerables, entendiendo la vulnerabilidad como una circunstancia de la vida de las personas, privilegiando el reconocimiento de sus recursos para crecer y salir fortalecidas de las situaciones adversas.

- Apropiación de los principios y valores de la deontología profesional de la psicología y lo específico para ejercer la psicoterapia.
- Disposición para el trabajo en equipo, para el coaprendizaje y para tomar posturas de corresponsabilidad permanente en los diferentes ejercicios de intervención-investigación.
- Ética, el compromiso con el otro y consigo mismo, el compromiso con la transformación y la formación, que constituye la base del equipo de trabajo.
- Una comunicación abierta, directa y clara entre todos los participantes, en los diferentes contextos de formación, intervención e investigación.
- Autonomía y coevolución de los sistemas consultantes.

Responsabilidades administrativas

Al iniciar cada semestre académico, se lleva a cabo una jornada de inducción con toda la comunidad de estudiantes que inician su práctica en los contextos institucionales. El propósito es dar a conocer todas las disposiciones de carácter administrativo necesarias para el óptimo funcionamiento del proceso de atención a la comunidad de usuarios del servicio y dar información acerca de los formatos de registro que son condición en cada caso atendido.

Cada equipo de supervisión debe reconocer y cooperar con el cumplimiento de las reglas de funcionamiento organizacional del contexto de práctica en el que desarrolla su entrenamiento. Es indispensable mantener al día el registro de la historia clínica de cada proceso asignado y solicitar la información pertinente acerca de los procesos inherentes al óptimo funcionamiento de las relaciones entre la institución en la que se desarrolla la práctica y los consultantes.

Los horarios para la supervisión son preferiblemente después de las 4:00 p.m., y los de atención de casos podrán registrarse de acuerdo con la disponibilidad del estudiante.

Características del entrenamiento según ruta de formación

El Documento Maestro del programa (Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, 2014, pp. 64-65) muestra dentro del nuevo plan estudios dos rutas de formación, que se caracterizan por perfilar énfasis, uno de profundización y otro, de investigación, lo cual facilita que el estudiante tome una elección acorde con sus proyecciones e intereses académicos dentro del programa. Estas rutas se organizan a través de créditos y espacios académicos específicos, que permiten proyectar las competencias dentro del proceso de formación.

En el primer año de formación, el proceso académico es común en cuanto a las competencias en investigación y profundización. En el segundo año, el estudiante elige cualquiera de los dos énfasis. En cuanto al énfasis de profundización, el estudiante incrementará el número de horas de entrenamiento en relación con las prácticas clínicas supervisadas, y en cuanto al énfasis de investigación, habrá una dedicación intensiva en las horas de trabajo autónomo, propio de los seminarios de investigación-intervención.

Es importante mencionar que se consideran como horas de entrenamiento todo el tiempo dedicado al trabajo efectivo para la preparación, ejecución, seguimiento y registro de los procesos psicoterapéuticos en desarrollo. Es decir, las horas de supervisión, atención de casos, recepción de nuevas solicitudes de consulta, diligenciamiento de historias clínicas, elaboración de informes para los contextos de remisión y convocatorias al trabajo en red. Para cada semestre se estipula la distribución de horas de entrenamiento, siguiendo las diferentes acciones que la conforman. A continuación, en las tablas 6 y 7, se exponen las especificaciones de las horas de entrenamiento según el énfasis, el semestre y la frecuencia (estudiantes semanales o quincenales) de formación.

Tabla 6. Horas de entrenamiento de la ruta de formación en profundización

ENTRENAMIENTO SEMANAL						
SEMESTRE/ NÚMERO DE CASOS	Composición del entrenamiento	Horas proyectadas de entrenamiento Semanal	Horas proyectadas de entrenamiento semestral			
			Total de semanas	Rango de horas		
				100%	80%	70%
I (4 CASOS)	Atención de consulta	4	X 12	48	38	34
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	1	X 12	12	10	7
	Recepción	4	X 16	64	51	36
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	13	-	188	150	113
II (5 CASOS)	Atención de consulta	5	X 12	60	48	42
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	4	X 16	64	51	36
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	14	-	200	160	121
III (7 CASOS)	Atención de consulta	7	X 12	84	67	47
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	5	X 16	80	64	45
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	17	-	240	192	134
IV (7 CASOS)	Atención de consulta	7	X 12	84	67	47
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	5	X 16	80	64	45
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	17	-	240	192	134

ENTRENAMIENTO QUINCENAL						
SEMESTRE/ NÚMERO DE CASOS	Composición del entrenamiento	Horas proyectadas de entrenamiento quincenal	Horas proyectadas de entrenamiento semestral			
			Total de semanas	Rango de horas		
				100%	80%	70%
I (8 CASOS)	Atención de consulta	8	X 7	56	45	39
	Recepción	1	X 7	7	6	4
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	13	-	147	118	90
II (8 CASOS)	Atención de consulta	8	X 8	64	51	45
	Recepción	1	X 9	9	7	5
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	18		157	125	97
III (9 CASOS)	Atención de consulta	9	X 8	72	58	50
	Recepción	2	X 9	18	14	10
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	10	X 8	80	64	45
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	25	X 9	206	165	125
IV (9 CASOS)	Atención de consulta	9	X 8	72	58	50
	Recepción	2	X 9	18	14	10
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	10	X 8	80	64	45
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	25	X 9	206	165	125

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2014)

Tabla 7 Horas de entrenamiento de la ruta de formación en Investigación

ENTRENAMIENTO SEMANAL						
Número de casos por semestre	Composición del entrenamiento	Horas proyectadas de entrenamiento semanal	Horas proyectadas de entrenamiento semestral			
			Total de semanas	Rango de horas		
				100%	80%	70%
I (4 CASOS)	Atención de consulta	4	X 12	48	38	34
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	4	X 16	64	51	36
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	13	-	188	150	113
II (5 CASOS)	Atención de consulta	5	X 12	60	48	42
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	4	X 16	64	51	36
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	14	-	200	160	121
III (3 CASOS)	Atención de consulta	3	X 12	36	29	20
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	2	X 16	32	26	18
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	10	-	144	115	81
IV (3 CASOS)	Atención de consulta	3	X 12	36	29	20
	Recepción	1	X 12	12	10	7
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	2	X 16	32	26	18
	Supervisión	4	X 16	64	51	36
	TOTAL	10	-	144	115	81

ENTRENAMIENTO QUINCENAL						
Número de casos por semestre	Composición del entrenamiento	Horas proyectadas de entrenamiento quincenal	Horas proyectadas de entrenamiento semestral			
			Total de semanas	Rango de horas		
				100%	80%	70%
I (8 CASOS)	Atención de consulta	8	X 7	56	45	39
	Recepción	1	X 7	7	6	4
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	13	-	147	118	90
II (8 CASOS)	Atención de consulta	8	X 8	64	51	45
	Recepción	1	X 9	9	7	5
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	18		157	125	97
III (4 CASOS)	Atención de consulta	4	X 8	32	26	22
	Recepción	1	X 9	9	7	5
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	15		125	100	74
IV (4 CASOS)	Atención de consulta	4	X 8	32	26	22
	Recepción	1	X 9	9	7	5
	Diligenciamiento H. Cl. e informes	6	X 8	48	38	27
	Supervisión	4	X 9	36	29	20
	TOTAL	15		125	100	74

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2014)

SERVICIOS DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA COMO CENTRO
INVESTIGACIÓN-INTERVENCIÓN

5.

5

Los consultorios de psicología de la Universidad Santo Tomás nacen en 1973, como un espacio de formación clínica con el fin de ofrecer asesoría psicológica a la comunidad tomasina, principalmente. A raíz de la apertura de la Maestría en Psicología Clínica y del Programa de Pregrado en Psicología, el servicio se ofreció a la comunidad en general. El 8 de mayo de 1978, el Consejo Superior de la Universidad, según Acta No. 3, aprueba el reglamento interno de los consultorios de psicología para garantizar un servicio idóneo y de calidad. Los Servicios de Atención Psicológica IPS dependen y son coordinados por la Facultad de Psicología. Actualmente, hace parte de la red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP), pertenecientes a las facultades de psicología, lo cual le permite integrarse al propósito de unificar criterios en torno a la calidad en la prestación del servicio, la formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.

Para desarrollar la labor de los servicios de atención psicológica, la Universidad dispone de una sede específica, organizada con la infraestructura necesaria para la atención de casos y su constitución como espacio de formación para futuros psicólogos (estudiantes de grado de últimos semestres) y psicoterapeutas (profesionales estudiantes de maestría), que se entrenan en el área clínica. Desde 2003, se encuentran habilitados como Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) por la Secretaría de Salud de Bogotá, y desde el 11 de septiembre de 2009, están certificados con el sello de calidad ISO 9001:2008.

Los Servicios de Atención Psicológica IPS prestan el servicio de orientación y asesoría psicológica individual, familiar o grupal a beneficiarios pertenecientes de los estratos socio-económicos 2, 3 y 4, primordialmente (de las diferentes localidades de Bogotá), y a los integrantes de la comunidad tomasina, junto con sus familias. Igualmente, han establecido un número significativo de acuerdos con instituciones gubernamentales y privadas, que le derivan casos constantemente, y son encargadas de trabajar con diversas de poblaciones, servicios a la familia y problemáticas psicosociales. Entre esas instituciones se encuentran las comisarías de familia, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y numerosas instituciones educativas del Distrito de Bogotá, entre otras.

Misión

Los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás son un centro de investigación y de formación que presta sus servicios de alta calidad a la comunidad tomasina y extra universitaria, en razón de la comprensión, interpretación e intervención, a escala psicológica, de los dilemas que presenta el individuo en diferentes organizaciones humanas. Con esto, responde al compromiso de proyección social de la Universidad.

Es importante mencionar que los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás permiten la articulación de los procesos académicos relacionados con la investigación formativa de los estudiantes de la Maestría, con base en los siguientes aspectos:

- Como centro de investigación, intervención, invención, con familias y demás sistemas sociales, se considera dentro del marco de lo académico, por lo tanto, está articulado a los procesos propios de los contextos de formación de los postgrados, al servicio social, a la docencia, y en especial a la recreación del conocimiento de la familia y las organizaciones sociales.
- Como centro de exploración, de coordinación e integración de los procesos investigativos e interventivos, formativos y de servicio social, que se desarrollan en los espacios de práctica y de servicio institucional donde se han suscrito convenios con diferentes redes, como las de salud mental, y en los contextos laborales institucionales de los profesionales en formación.
- Como centro de integración de diversos aspectos de la vida universitaria (la docencia, la investigación y la proyección social), se concibe como un espacio de acciones profesionales, de generación y construcción de conocimiento, de formación y entrenamiento de terapeutas y consultores, y de servicio a las familias y las organizaciones humanas.
- Como centro de investigación de las problemáticas que convocan la situación política, los conflictos, las crisis sociales y económicas por las que atraviesan el país y las diferentes organizaciones o sistemas, que demandan respuestas innovadoras en términos de investigación e intervención por parte de los centros de educación superior, como focos de la recreación y construcción del saber y del desarrollo de nuevas maneras de abordar la realidad.



REDES DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y CONVENIOS DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

6.

6

Para ampliar las relaciones con el entorno, y con ello favorecer la diversidad en el entrenamiento clínico, la Maestría se sirve de *convenios de cooperación interinstitucional*, que suscribe la Universidad con las diferentes organizaciones, los cuales tienen como objetivo favorecer el entrenamiento, la investigación y la práctica clínica de los terapeutas y consultores en formación.

De igual manera, la Maestría coordina relaciones con otras instituciones, a través de las denominadas *cartas de intención de prácticas*, las cuales son documentos que especifican los acuerdos entre la Maestría y las instituciones donde laboran los estudiantes, para homologarles el 40% de las prácticas clínicas que realizan en dicho escenario, como parte de su entrenamiento como terapeutas y consultores.

El objetivo de establecer estos acuerdos de cooperación interinstitucional es facilitar la participación y el mantenimiento de relaciones académico científicas entre la comunidad académica que constituye la Maestría y otras comunidades, a fin de promover redes de conocimiento en el campo de la psicología clínica y de la salud mental, desde una perspectiva ecológica, sistémica, constructivista y construccionista compleja, para, de esta manera, compartir colaborativa y asociativamente nuevos campos de conocimiento. Los presupuestos que orientan los convenios son:

- Configurar una sociedad de conocimiento, animada en los procesos de investigación y de construcción de saberes expandidos con rapidez por los desarrollos tecnológicos, lo cual permite inscribirse de manera intencional en ella y delimitar acciones estratégicas para la gestión de este dominio.
- Concebirse como una organización de conocimiento que se construye a partir de las relaciones de intercambio e impacto mutuos con otras comunidades, grupos e instituciones científicas.
- Enriquecer y promover nuevas posibilidades de construir, comprender, explicar e intervenir los fenómenos en el campo de la psicología clínica y de la salud mental.
- Participar en diversas redes gremiales, profesionales y disciplinares, donde la Maestría comparta los avances y desarrollos investigativos y formativos alcanzados, y realice los intercambios necesarios para consolidar diferentes tipos de convenios académicos, investigativos y de intercambio de docentes y estudiantes.

Protocolo de apertura de prácticas en contextos diferentes a los Servicios de Atención Psicológica, Universidad Santo Tomás

Este protocolo establece los criterios generales para el desarrollo de las prácticas en contextos institucionales diferentes a las IPS, en articulación con el proceso general de formación de psicoterapeutas y el entrenamiento en el contexto de las prácticas clínicas supervisadas del Programa de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia.

Propósito

Determinar el procedimiento de apertura y homologación de prácticas en contextos diferentes a los Servicios de Atención Psicológica IPS, Universidad Santo Tomás.

Definición del proceso

Las prácticas clínicas desarrolladas en contextos diferentes a los Servicios de Atención Psicológica IPS USTA están definidas con base en cartas de intención de prácticas, que buscan la homologación hasta del 40% de las horas de atención en consulta, las cuales hacen parte del entrenamiento semestral. Esta estrategia corresponde al fortalecimiento de las redes de intervención social y convenios de cooperación interinstitucional, en tanto facilitan la ampliación de las relaciones con el entorno y el favorecimiento de la diversidad en el entrenamiento clínico.

Descripción de procedimientos

1. Aprobación de la práctica en contextos diferentes a los Servicios de Atención Psicológica IPS Universidad Santo Tomás:
 - a.) El estudiante debe pasar la propuesta a la Dirección de la Maestría y anexar el certificado laboral, con las especificaciones de los lineamientos para este tipo de acuerdos.
 - b.) La dirección de la Maestría realizará el estudio de la solicitud, teniendo en cuenta los criterios del presente protocolo.

- c.) La decisión será comunicada por escrito al supervisor y al estudiante, para hacer viable el proceso dentro del contexto de supervisión, de ser aprobada la solicitud.
2. Firma de carta de intención de prácticas como acuerdo interinstitucional:
 - a.) La carta será firmada desde la Dirección de la Maestría, con el representante legal de la Institución.
 - b.) El psicólogo en formación deberá cumplir funciones clínico-terapéuticas en el contexto institucional.
 - c.) La institución debe avalar la intervención desde el enfoque propuesto por la Maestría para el entrenamiento.
 - d.) La institución asumirá la afiliación y pago en materia de riesgos laborales (ARL), y la coordinación de las actividades de promoción y prevención en seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con las horas de dedicación de la práctica por desarrollar.
 - e.) La institución debe definir un profesional idóneo para que certifique el número de casos atendidos y las horas de atención.
 - f.) Los consultantes deben autorizar al terapeuta para llevar sus casos en informes escritos, videos o de manera presencial al contexto de la supervisión (consentimiento informado).
 3. Las horas de atención de casos que se validan por semestre, según la ruta de formación, se exponen en la tabla 8.

Tabla 8. Horas de atención por validar cada semestre

Ruta de formación en profundización					
SEMESTRE	Composición del entrenamiento	Convenio de prácticas en otros contextos (Hasta el 40% del total de casos)			
		Estudiantes por semana		Estudiantes por quincena	
		Horas	Semestre 100%	Horas	Semestre 100%
II	Atención de consulta	2	24	3	36
III		3	36	3	36
IV		3	36	4	48
TOTALES		8	96	10	120

Ruta de formación en investigación					
SEMESTRE	Composición del entrenamiento	Convenio de prácticas en otros contextos (Hasta el 40% del total de casos)			
		Estudiantes por semanal		Estudiantes por quincenal	
		Horas	Semestre 100%	Horas	Semestre 100%
II	Atención de consulta	2	24	3	36
III		1	12	2	24
IV		1	12	1	12
TOTALES		4	48	6	72

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2014)

4. Contexto de supervisión:

- a.) Se debe entregar el formato de registro de atención de casos, firmado por el profesional encargado de certificar dicha atención.
- b.) Se debe hacer presentación de casos en informes escritos, en video o de manera presencial, de acuerdo con las agendas de supervisión.
- c.) Las horas de atención totales serán contabilizadas con las horas desarrolladas en la IPS.

5. Instrumento:

El registro de casos se realiza en el formato que se expone en la tabla 9.

Tabla 9. Formato de reporte de casos

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS / DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD / FAULTAD DE PSICOLOGÍA / MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA (Formato de reporte de casos para supervisión IPS / I SEMESTRE DE 2012)											
Nombre del estudiante: _____						Semestre: _____					
Nombre del superior: _____						Período académico : _____					
Número de H C	Nombre del consultante	Número telefónico	Fecha de recepción	Remisión		Sesiones			Fecha de cierre	Fecha de Seguimiento	Firma del funcionario
				Referencia (no o sí/ Nombre organización)	Contra-referencia (no o sí/ Nombre organización)	Asignadas	Realizadas	Inasistencias			

Fuente: elaboración propia con base en Maestría en Psicología Clínica y de la Familia (2014)

CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA

7.



Dentro de las consideraciones técnicas para la atención clínica, se encuentra la definición de procesos y procedimientos, fruto de los avances en intervención que la Maestría ha tenido a lo largo de su historia, y que organizan los modos de operar de los psicoterapeutas en formación, dentro de sus prácticas clínicas supervisadas.

En este sentido, se presenta la guía única general de intervención psicológica y los protocolos de atención clínica, que dan cuenta de cada momento de la intervención con los sistemas consultantes. De este modo, los protocolos establecen los procedimientos que tienen relación con la dimensión del desarrollo de las prácticas clínicas supervisadas, denominada *creación e intervención en contextos terapéuticos*, la cual exige protocolizaciones de las acciones de atención que conforman la totalidad de los procesos llevados a cabo por los estudiantes en los Servicios de Atención Psicológica IPS, Universidad Santo Tomás, y que se conectan recursivamente con las dimensiones asociadas, en primer lugar, a la creación y conocimiento del contexto de supervisión y, en segundo lugar, a la creación de la relación entre el grupo de estudiantes y el supervisor.

Guía única general de intervención psicológica

La guía única de atención presenta una orientación general del trabajo clínico por parte de los Servicios de Atención Psicológica IPS, con el apoyo de sus psicólogos y psicoterapeutas en formación. Este documento muestra los elementos centrales para la identificación de un método clínico particular, desde la perspectiva sistémica constructivista y construccionista, enmarcado dentro de los principios de la psicología compleja, y como herramienta central para la intervención psicológica.

Teniendo en cuenta que se asumen los avances logrados por parte de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia en la formación de psicoterapeutas e investigadores-interventores sistémicamente orientados, la atención clínica en la IPS está fundamentada con base en los principios de la perspectiva sistémica, compleja, constructivista y construccionista, desde una epistemología de segundo orden.

Esta perspectiva ubica a los psicólogos clínicos como facilitadores o posibilitadores de la construcción conjunta, que permite ampliar permanentemen-

te los niveles de comprensión de consultantes, terapeutas y sistemas amplios, mediante la polifonía de voces y las múltiples perspectivas. Por lo tanto, las comprensiones acerca de los motivos de consulta y las acciones consecuentes se construyen constantemente en relación con la generatividad, el bienestar humano y las necesidades contextuales de cambio, asociadas a los motivos por los cuales las personas, las familias, las organizaciones, los sistemas humanos y la sociedad en general consultan en un momento determinado (Maestría en Psicología Clínica y de Familia, 2007).

Bajo estos principios se asume que la atención clínica se enfoca en la comprensión de los dilemas humanos que conllevan a la coconstrucción del cambio, y no solamente en los motivos de consulta o en los diagnósticos tradicionales, que vinculan los problemas a comprensiones individuales de estas situaciones. Se trata de una mirada multidimensional que redefine lo psicopatológico; el contexto interaccional determina un viraje en la concepción y comprensión de lo psíquico, al integrarse en el abordaje de los problemas humanos, las dimensiones de orden bio-psico-social, histórico y cultural para la comprensión del problema.

En este sentido, la perspectiva paradigmática que se adopta refiere el carácter contextual, complejo y procesual de las experiencias humanas comprendidas sistémicamente, postura que permite una comprensión y movilización particular de los dilemas humanos, así como una forma de intervenir con las familias y con los sistemas sociales más amplios, creando campos explicativos para la intervención en la emergencia y transformación de los fenómenos clínicos vinculados a las demandas de ayuda y de atención en el campo de la salud mental, lo cual se realiza a través de la aplicación de la epistemología sistémica-compleja (2007).

Este marco paradigmático y epistemológico organiza y opera el conocimiento desde principios que le confieren al trabajo investigativo-interventivo cualidades facilitadoras del diálogo participativo movilizador en el contexto interventivo, dando cuenta del cambio y del aprendizaje, en la posibilidad permanente de metaobservar el proceso de formación-intervención-investigación de los psicólogos y psicoterapeutas.

Por lo tanto, se presentan los siguientes elementos para el desarrollo y ejecución de la guía única de atención.

Objetivo

Ofrecer un documento guía que permita establecer los procedimientos relacionados con la creación de contextos terapéuticos, con el fin de definir las especificaciones y los principios orientadores y operadores propios de la intervención clínica, en relación con la formación de psicólogos y psicoterapeutas, para generar recursos de cambio con los consultantes que asisten a los Servicios de Atención Psicológica IPS.

Definición y aspectos conceptuales

Según el Documento Maestro del programa de Maestría (2007), las nociones de cambio y aprendizaje son los ejes centrales de los procesos de atención clínica. El *cambio*, como el aprendizaje, es entendido como un proceso discontinuo que implica la emergencia de novedad, a partir de la interacción de los actores del contexto psicoterapéutico; opera por saltos, por lo que no se vincula solamente a programas o pasos establecidos de antemano. El cambio se posiciona desde lo fenoménico, por ser un proceso experiencial de orden individual y colectivo.

El paradigma ecológico forma parte del espacio epistemológico y metodológico de la atención clínica, es un referente imprescindible para la comprensión de los fenómenos de la existencia humana asociados a los motivos de consulta. Su comprensión de la realidad, vista a la luz de los procesos de intervención, es significativa, pues alude a que el contexto debe convocar una mirada de red compleja, de relaciones, procesos, niveles y componentes, entre los cuales, evidentemente, se encuentran los psicoterapeutas y psicólogos en formación. De acuerdo con Rodríguez y Serna (2008), los enfoques ecológicos asumen el papel relevante del entorno en las formas de organización, convirtiéndolo en un medio para la superación de distintas dicotomías, pues permite la conexión entre estructura y contexto, sincronía y diacronía, proceso y acontecimiento, entre otras. Lo ecológico no solamente evidencia connotativamente el entorno, y las entidades con este, sino aquello que subyace: categorías de observación, análisis relacionales de los fenómenos, abordajes holistas, contextuales e interdependientes, en forma no extrapolable; incorpora el complejo entramado de interrelaciones que se dan en la dinámica de lo humano emergente, en el campo de la salud mental. Por ello pensar ecológicamente no es solo estar atento al entorno, sino a cómo este provoca la conexión entre lo estructural y lo contextual; a cómo en el tiempo experiencial se realiza de forma específica

el tiempo procesual; a cómo el acontecimiento es la emergencia de un estado específico de la experiencia humana, asociada a los problemas y motivos de consulta. Esto implica reconocer los diferentes órdenes de aprendizaje, que, de conformidad con el paradigma que orienta la Maestría, son los que mayor afinidad plantean.

[inicio de cita] [...] estos órdenes son practicados de manera permanente y buscan conquistar ritmos y regulaciones emocionales (acoplamientos emocionales) entre los actores de los procesos terapéuticos e investigativos; tendemos siempre a buscar crear órdenes innovativos de conocimiento [...]. Este ejercicio permanente supone la aplicación entre otros de los siguientes principios: el de la relatividad de los saberes, que nos permite respetar la diversidad y hacerla creativa; el de la incertidumbre que nos viabiliza la incesante búsqueda y la aceptación permanente de nuestros puntos ciegos; y el distributivo y equitativo del poder mediante la aplicación de las reglas heterárquicas en las relaciones entre investigadores / interventores / consultores terapeutas y familias. (Estupiñán, 2003, p. 62) [fin de cita]

En relación con los aportes del paradigma sistémico y de la complejidad, la importancia del cambio y el aprendizaje se asume en el proceso de pensar sobre los hechos del mundo. Por ejemplo, la ciencia clásica se asocia al determinismo, el orden y la estabilidad, contrario a la nueva forma de hacer ciencia, que se asocia a la incertidumbre, las fluctuaciones y la inestabilidad, en un proceso dinamizador y fluyente. Ninguna realidad satisface totalmente estas descripciones idealizadas, por lo que los nuevos puntos de vista comportan una reformulación de las leyes de la naturaleza y de la comprensión del individuo. Dentro de nuestra comprensión se entiende que abordar hoy las situaciones fenomenológicas del cambio y el aprendizaje implica necesariamente incorporar la perspectiva dialógica, asumida por el paradigma de la complejidad en la forma de concebir sus comprensiones.

Dicha perspectiva obliga a estudiar los fenómenos en clave de diálogo, entre antagonicos, contemplando los procesos de interacción como diálogo entre medio interno y medio externo, de *autoorganización*, cómo diálogo entre orden y desorden, y de dinamismo, como diálogo entre equilibrio y cambio.

La visión dialógica también conlleva resaltar la importancia del diálogo entre disciplinas. Supone reflexionar sobre la importancia de no aislar los fenómenos asociados a los problemas y motivos de consulta que posibiliten explicarlos desde una perspectiva abierta y dialogante con otras aportaciones disciplinares y su transferencia a diferentes contextos (transdisciplinariedad). Al mismo tiempo, esta visión hace imprescindible considerar en la actividad clínica la simultaneidad entre razón y emoción.

Incorporar la perspectiva de la acción planteada por el paradigma de la complejidad a la didáctica de las ciencias conlleva a que esta contemple la importancia de formular preguntas sobre los fenómenos problémicos y la búsqueda de respuestas mediante un juego de pensamiento y acción, potenciando a la vez todos aquellos elementos asociados a una gestión de contexto incentivador del trabajo colaborativo, cooperativo y de la argumentación; de la autorregulación, de la autonomía y la incorporación del entorno como fuente de información y contexto de acción.

Por otro lado, la visión sistémica es uno de los paradigmas en que se articula el proceso interventivo desde una óptica relacional, procesual no lineal. Es decir, que los procesos de atención clínica se abordan desde una mirada circular (recursividad), unida a los nuevos principios científicos que explican la emergencia de estructuras nuevas o más complejas (orden), a partir de lo imprevisible o aparentemente aleatorio (caos), así como aquellos fenómenos dinámicos (sistemas dinámicos) que ocurren en el mundo social.

Un referente organizador y operador de los contextos de intervención clínica es la autorreferencia, sinónimo de autoorganización y autopoiesis, lo que hace referencia a la organización mutua entre el sistema terapéutico y su contexto. Los sistemas terapéuticos son autorreferenciales, lo cual implica no solo el sistema conformado por las relaciones entre consultantes y terapeutas, o participantes de la investigación e investigadores, sino las relaciones entre terapeutas y su equipo de supervisión; entre estos y los consultantes; entre los investigadores-interventores y el sistema conformado por los equipos de investigación-intervención.

Factores de riesgo: ambientales e individuales

Esta guía trabaja sobre la matriz del perfil de vulnerabilidad-generatividad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007), considerando que la familia y los sistemas consultantes oscilan en un continuo de vulnerabilidad y generatividad. Estas dos dimensiones de los sistemas vivos constituyen el contexto de su ecodependencia y su adaptabilidad, donde se conjugan la acumulación de riesgos a los que la familia está sometida en un momento dado, con su capacidad para afrontar y aprovechar las vicisitudes para avanzar en su curso vital. Aquí se entiende la adaptabilidad como *coevolución*, es decir, como la forma en que los sistemas consultantes y el entorno social se colaboran mutuamente para su supervivencia y su desarrollo, y no como el ajuste a unos estándares preestablecidos por un agente externo. La magnitud de la vulnerabilidad es igual a la razón entre los riesgos a los que está expuesto el sistema y su capacidad de apropiación de los recursos necesarios para afrontar los riesgos.

En general, se asume que la vulnerabilidad es proporcional a las limitaciones para enfrentar y recuperarse del impacto de eventos que implican una amenaza a la supervivencia como sistema; por lo tanto, esas amenazas pueden provenir de cualquiera de los parámetros de la vida familiar, internos y externos, y corren paralelas con las amenazas y limitaciones del entorno. Por ejemplo, la actual aceptación de la diversidad de las formas de vinculación conyugal ha ido a la par de la liberalización y desacralización del matrimonio en el último siglo en Occidente, y el aparente aumento de la negligencia de los padres parece proporcional al empobrecimiento de los ciudadanos, desempleados y con escasas garantías para satisfacer sus necesidades básicas. No obstante, la adaptabilidad familiar, entendida como dinámica compleja, implica que es el interjuego entre todos los parámetros de la vida familiar el que determina el nivel de generatividad-vulnerabilidad de una familia en cada momento.

La ecodependencia y la adaptabilidad operan gracias a los mecanismos de autoorganización inherentes a las familias como sistemas. Como dice Heinz von Foerster (1996), la autoorganización de los sistemas complejos obedece al “principio del ruido”, por el cual se entiende que en ellos el orden parte del desorden. En otras palabras, la familia, como sistema abierto, evoluciona gracias a las perturbaciones que surgen de su interior y de su entorno, y se reorganiza permanentemente en virtud de sus propios mecanismos redundantes, inherentes a su naturaleza.

Este planteamiento, consonante con el paradigma de la resiliencia, asume que no son los eventos en sí mismos los que hacen a una familia o sistema consultante más o menos vulnerable, sino la forma como la familia conjuga, en cada momento, el sentido que les asigna a sus circunstancias, la acumulación de eventos perturbadores y la capacidad para activar los recursos internos y externos de afrontamiento. Esto se puede entender asociado a la generatividad humana, asumida como la capacidad de los sistemas humanos para gestionar sus recursos creativamente y producir novedades adaptativas asociadas al lenguaje y a los procesos conversacionales y vinculares característicos de la intervención clínica. Este planteamiento parte de cuatro supuestos:

1. Todas las familias, como sistemas vivos, enfrentan dificultades y cambios de manera natural y predecible.
2. Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades básicas para promover su crecimiento y para protegerse en los momentos de transición y cambio.
3. Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades específicas para protegerse de los eventos inesperados y para promover la adaptación después de las crisis.
4. Paralelamente, las familias se benefician y contribuyen a la red de relaciones y recursos de la comunidad, en especial en los momentos de estrés y crisis.

Por lo tanto, para comprender los problemas de las familias y de sus miembros, es necesario contemplar tanto las explicaciones basadas en la interacción, las representaciones y las historias de los miembros, como las explicaciones basadas en las relaciones del grupo familiar con el entorno. Esto implica que mientras más de una familia esté confrontada a perturbaciones masivas, más será necesario constituir dispositivos amplios de atención que se apoyen mutuamente.

Todo lo anterior y el análisis del perfil es tomado del documento “Lineamientos técnico administrativos misionales y herramientas metodológicas para la inclusión y la atención de familias en los programas del ICBF (2006)”, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). A partir de estas claridades, y teniendo en cuenta la escala de los niveles de evaluación de 1 a 6 (ICBF, 2007 p. 155), se describe finalmente este perfil, que se define con el sistema consultante, según los parámetros expuestos a continuación.

1. Caracterización de los niveles de evaluación:
2. Factor de alto riesgo de disolución, de desprotección o de conflicto.
3. Factor de riesgo moderado.
4. Factor de ligero riesgo.
5. Incipiente factor de generatividad.
6. Importante factor de generatividad.
7. Es su principal factor de generatividad.

Complicaciones

El proceso de intervención clínica es objeto de reconfiguración constante, emergente en el diálogo con los sistemas consultantes, lo que implica una re-orientación permanente dentro del contexto de supervisión. Por ello, es claro que las intervenciones psicoterapéuticas representan riesgos mínimos de afectación negativa, en tanto los psicoterapeutas y psicólogos en formación, mediante el proceso auto-hetero-referencial, están chequeando permanentemente los efectos de la intervención con el sistema consultante, desde una postura ética y estética que define el paradigma sistémico, constructivista-construccionista. En todo caso, las intervenciones terapéuticas se basan en el principio rector de no-maleficencia, contemplado en el Manual deontológico y bioético del psicólogo (Ministerio de la protección social, 2006)

[inicio de cita] Este principio demanda del psicólogo la activa protección de potenciales efectos nocivos, evitando intervenciones cuya pertinencia o eficacia no comprobada coloque al cliente en situación de riesgo de efectos adversos sin una razón proporcionada. En ese sentido, el profesional debe interrumpir cualquier intervención o procedimiento ante la evidencia de que los efectos negativos superan los límites considerados por la doctrina del doble efecto, así como la participación en investigación cuando el sujeto hace evidente efectos negativos. ((Ministerio de la protección social, 2006, p. 11) [fin de cita]

Universo o población objeto

Los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás prestan el servicio de orientación y asesoría psicológica individual, familiar o grupal a beneficiarios pertenecientes de los estratos socioeconómicos 2, 3 y 4, primordialmente (de las diferentes localidades de Bogotá) y a los integrantes de la comunidad tomasina, junto con sus familias. Esta institución ha establecido un número significativo de acuerdos con instituciones gubernamentales y privadas, que le derivan casos constantemente y están encargadas de trabajar con diversas poblaciones, servicios a la familia y problemáticas psicosociales. Entre estas instituciones se encuentran las comisarías de familia, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y numerosos entes educativos del Distrito de Bogotá, entre otras.

Características de la atención

El proceso de atención en la IPS de la Universidad Santo Tomás se caracteriza por la conjunción de la investigación y la intervención clínica con sistemas humanos. Esto permite plantear que los procesos de atención clínica se caractericen a partir de los dominios inscritos en la historia clínica, y que entonces sea posible modelizar el proceso de atención clínica.

Se asume la investigación-intervención como una acción-reflexión entre el quehacer clínico y la comprensión de los dilemas humanos desde perspectivas sistémico complejas, constructivistas y construccionistas, las cuales son asumidas como principios centrales del psicólogo y psicoterapeuta para el abordaje de los dilemas clínicos. El siguiente es el proceso de atención clínica en la IPS:

1. La recepción es un proceso llevado a cabo por un psicólogo o por un psicoterapeuta en formación, quien de forma personal o telefónica realiza un primer análisis de la demanda para orientar la ayuda (solicitud voluntaria o institucional). De acuerdo con el motivo de consulta planteado y la pertinencia de iniciar un proceso de intervención, quien realiza la recepción asigna el primer encuentro para los sistemas consultantes con uno de los estudiantes del pregrado o de la maestría.
2. El psicoterapeuta o el psicólogo asumen como proceso de atención clínica los dominios centrales propuestos en la historia clínica (producto central de un modelo de investigación-intervención de la Maestría en Psicología

Clínica y de la Familia), los cuales se orientan a partir de los siguientes criterios: comprensión del motivo de consulta y estudio de la demanda desde una perspectiva compleja y ecosistémica, la cual puede definirse desde la elaboración de un familiograma, la descripción de aspectos sociodemográficos de los consultantes, la elaboración del perfil de vulnerabilidad-generatividad y de las cualidades de la vinculación; construcción de una lectura desde la postura narrativa conversacional, con fines de establecer una comprensión ecosistémica, una hipótesis interaccional, unos objetivos y estrategias terapéuticas de abordaje, además de una lectura autorreferencial para el abordaje del proceso terapéutico.

Sobre la construcción de los diagnósticos

Frente a la elaboración de las definiciones centrales de los problemas de intervención clínica, se advierte un cambio radical en el rol y en la relación entre interventores y consultantes. Se pasa de una relación vertical de experto a otra donde todos los participantes comparten la información de manera abierta, clara, biunívoca o múltiple, diezmando la jerarquía de la fuente como único criterio de validez (desmantelamiento del principio de autoridad).

Trabajar así desarrolla un sentido ético, estético y político, aunque quien lo haga no sea consciente de ello. Desde esta postura se supera la condición tradicional de los psicodiagnósticos, para trascender hacia el camino comprensivo de los problemas ecosistémicos y relacionales.

Más que diagnóstico categorial y multifactorial, se asume una evaluación procesual, contextual y reflexiva, que implica una lectura que tiene en cuenta los principios asumidos y mencionados anteriormente, cuyo resultado parte de una construcción entre psicoterapeuta y consultante. Dicha construcción orienta y constituye una redefinición donde se asumen posibles hipótesis contextuales y reflexivas que permiten la constitución del cambio. Esto implica comprender los fenómenos clínicos desde una lógica de la singularidad o abductiva, que permite la conexión de los sistemas observantes en el abordaje clínico.

Para comprender la psicopatología, se entiende la *competencia clínica* como una postura que contempla al otro como totalidad en tanto sujeto epistémico autónomo que construye realidades sociales diversas. En este sentido, lo

psicopatológico se entiende como una construcción social, que permite organizaciones particulares del sufrimiento.

Desde este punto de vista, y teniendo como foco de discusión la psicopatología y sus características centrales hacia la psicología clínica, se retoma además que hoy en día las grandes agencias internacionales destinadas a la promoción de la salud pública están de acuerdo con dejar de definir la salud de forma negativa, es decir, como ausencia de enfermedad, para definirla como un proceso que integra las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural, en el que se destacan cuatro componentes:

1. Capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente.
2. Una forma de promover el bienestar subjetivo.
3. Una forma de promover el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales.
4. El logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Por lo anteriormente mencionado, y con relación a la psicopatología, la implementación del pensamiento sistémico complejo en el ejercicio de la clínica ha implicado:

1. Cambiar la búsqueda de la causa única, final y preponderante por la generación de explicaciones contextuales y procesuales, cuya vigencia no pretende ser permanente ni universalizable, sino respetuosa de las particularidades de las situaciones, las personas y los tiempos.
2. Ampliar la concepción de lo psíquico al contexto interaccional, incluyendo el entorno en la comprensión y abordaje de los problemas humanos —entre ellos, los llamados trastornos severos—, pues si bien se reconoce que en cualquier situación humana se pueden distinguir las dimensiones biológica, psicológica, social, histórica y cultural, se asume que ninguna de ellas por sí misma puede comprenderse como la causa del problema, sino que la explicación estaría justamente en la pauta que conecta los diversos factores presentes en la emergencia de un fenómeno.

Tratamiento

Dentro de los aspectos generales en el ámbito metodológico para el trabajo psicológico, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

1. Construcción de una comprensión ecosistémica y compleja de los dilemas atendidos y de los procesos de intervención psicológica y terapéutica.
2. Autorreferencia generativa basada en la reflexividad sobre los procesos de la intervención a partir de la experiencia.
3. Priorización, ante los fenómenos y el proceso interventivo, de las necesidades contextuales de aquellos, no en principios y teorías, sino en las construcciones contextuales de la acción.

Teniendo en cuenta que se asumen los principios de la investigación-intervención, se comprende que desde el mismo momento de la recepción, se interviene terapéuticamente y permite que se asuman las siguientes directrices centrales:

- a.) La comprensión de la complejidad de los procesos humanos definidos como “psicopatológicos”, en virtud de la dinámica del sistema familiar y en relación con los sistemas más amplios en su diversidad de contextos.
- b.) La creación de sistemas emergentes para el cambio, como producto de los diseños y neodiseños de las modelizaciones de los procesos investigativos-interventivos de los fenómenos específicos, para obtener transformaciones de los sistemas involucrados en la calidad de la salud mental de personas, familias, organizaciones y equipos.
- c.) La generación de sistemas complejos de redes inter e intrainstitucionales, de tal forma que sean pensadas como organizaciones de intervención hacia la generación de contextos saludables y explicaciones novedosas de los dilemas, problemas y conflictos humanos.
- d.) La generación de comunidades y colectivos promotores de la intervención desde el paradigma sistémico-complejo, como “modelo” innovador de las explicaciones y de nuevas prácticas hacia la psicología clínica y los sistemas humanos.

Protocolo para la elaboración del formato de recepción, estudio y encuadre de la demanda

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con la recepción, como el momento inicial de todo el proceso de intervención, que comienza con la solicitud de una consulta psicológica a los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás. Dicha solicitud puede hacerse por el sistema consultante o por un contexto de remisión (instituciones educativas, judiciales, de salud y empresariales, en convenio con la IPS), que considera pertinente el desarrollo de algún proceso por parte del psicólogo como apoyo a otras intervenciones.

Propósito

Reconocer y dar cuenta de la recepción como momento inicial del proceso interventivo, con el fin de garantizar la orientación eficaz a los sistemas consultantes que solicitan los servicios de la IPS, facilitando el estudio y encuadre de la demanda de atención psicológica.

Definición del proceso

La recepción es un proceso llevado a cabo por un psicólogo o por un psicoterapeuta en formación, quien de forma personal o telefónica realiza un primer análisis de la demanda para orientar la ayuda (solicitud voluntaria o institucional). Se entiende la recepción como un primer contacto con el sistema consultante, que opera como una conversación reflexiva en clave de consultoría, en la que se generan distinciones a propósito de la solicitud de ayuda, la remisión, la situación puntuada como problema o necesidad de cambio, la asistencia a servicios de atención psicológica anteriores y la organización familiar relevante a las comprensiones sobre el problema. En este sentido, quien realiza la recepción actúa como consultor, que determina con el sistema consultante si la consulta puede ser encuadrada dentro de un proceso de evaluación, consultoría o psicoterapia.

Es importante precisar que el principal objetivo de la recepción es la construcción inicial de hipótesis, con base en las cuales se convoca al sistema consultante a un primer encuentro. De este modo, y de acuerdo con el motivo de consulta planteado y la pertinencia de iniciar un proceso de intervención, quien

realiza la recepción asigna el primer encuentro para el sistema consultante, con uno de los profesionales en formación de grado o uno de los psicoterapeutas en formación de la Maestría.

La recepción es la primera intervención del caso, por lo tanto, se incluye en el conteo del número total de sesiones de la historia clínica como la sesión No. 1.

Descripción de procedimientos

1. El psicólogo o el psicoterapeuta en formación, que actúa como consultor, atiende vía telefónica o de forma personal una solicitud de ayuda, que dentro de la conversación emerge como una construcción y marcador del contexto de intervención.
2. Datos de identificación: quien realiza la recepción debe diferenciar si quien llama o acude personalmente es el solicitante, el consultante o el demandante.
 - a.) El solicitante hace parte del sistema consultante, que ha definido la necesidad de la ayuda psicológica y, por lo tanto, del motivo de consulta. Se puede presentar el solicitante que está directamente relacionado con la solicitud de ayuda, y a quien se le puede asignar proceso, según la comprensión que realice quien realice la recepción.
 - b.) El consultante es “la persona que necesita la ayuda”, quien a la vez puede ser solicitante.
 - c.) El demandante es quien hace parte o no del sistema familiar, y da cuenta de una situación problemática en “alguien” (mayor de edad o menor de edad), porque considera que “esa persona necesita ayuda”. Cuando la persona es mayor de edad o menor de edad (pero cuenta con la representación de sus padres), se recomienda al demandante sugerir a la persona llamar directamente a los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás, para solicitar el servicio. No obstante, en caso de anunciar la sospecha de una situación de riesgo (maltrato infantil, sospecha de abuso sexual, abandono, negligencia), se sugiere revisar el protocolo interno de la IPS.

Es importante tener en cuenta la edad del consultante, su número de identificación, lugar y dirección de vivienda, teléfonos de contacto y la relación que

existe entre este y el solicitante. En caso de que el motivo de consulta esté asociado a una situación de pareja, el número de historia clínica es la cédula del solicitante, quien a su vez se tomará como consultante.

3. Datos relacionados con la solicitud:

- a.) Desde el proceso de la recepción se hace un primer estudio acerca de cómo fue creada la necesidad de la atención psicológica. Quien realiza la recepción debe generar la información relacionada con el contexto general de la solicitud, es decir, debe conocer los diferentes actores que hacen parte de la solicitud, quién sugirió la ayuda, y si la solicitud se hace de forma voluntaria o por el requerimiento de alguna entidad que remite el proceso. De acuerdo con lo anterior, el solicitante debe explicitar el motivo de la consulta y las razones por las cuales eligió los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás, para recibir el servicio.
- b.) Quien hace la recepción debe tener en cuenta aspectos relevantes para el abordaje del proceso en el primer encuentro. Dichos aspectos tienen que ver con otros contextos antes consultados, motivos de consulta anteriores, personas que conocen la situación actual, aspectos que motivan la realización del proceso de atención, entre otros.
- c.) El psicólogo o el psicoterapeuta en formación, que actúa como consultor en la construcción del proceso de recepción, devela sus comprensiones en relación con la demanda, con el motivo de consulta y los sistemas de relación que están vinculados en la solicitud.
- d.) El consultor y el solicitante establecen los acuerdos pertinentes para el desarrollo de una primera entrevista. Estos acuerdos están relacionados con la lectura inicial de la demanda por parte del entrevistador y con los sistemas convocados a un primer encuentro y todas las consideraciones clínicas relacionadas con ello (no se debe consignar los acuerdos de carácter administrativo).
- e.) En caso de evaluarse que la situación puntuada como problema o necesidad de cambio no puede ser atendida en la IPS, el consultor debe proporcionar la información pertinente sobre la red de instituciones a las cuales puede acudir el consultante para el servicio que requiere (se recomienda

apoyarse en las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica [ISUAP], pertenecientes a Facultades de Psicología).

4. Asignación del proceso:

El consultor debe informar de manera clara al solicitante la fecha del primer encuentro que tendrá con un psicólogo en formación o el psicoterapeuta en formación en los consultorios de la IPS, la hora en la que será atendido y el nombre de quien lo atenderá. De igual manera, solicitar las fotocopias de los documentos de identificación que deberá traer y los costos de la atención. Es importante que se explique claramente que el espacio asignado (día de la semana, hora, consultorio y frecuencia del encuentro, cada 7 o 15 días) será permanente, por lo menos, para la programación del semestre en curso.

5. El consultor debe consignar en el formato de “Recepción, estudio y encuadre de la demanda”, de forma clara, toda la información que puntúe como relevante y pertinente para la construcción inicial de hipótesis generadas en la conversación durante el proceso de la recepción. Al final del formato debe anotar su nombre, y desde el sistema se consignará la fecha en la que realizó la recepción y la firma.
6. Al finalizar la recepción y el diligenciamiento del formato, este quedará registrado en el sistema y, por ende, será parte de la historia clínica del consultante.

Protocolo para el diligenciamiento del consentimiento informado

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el consentimiento informado, en el que el terapeuta debe dar cuenta de los lineamientos y principios ético-legales que orientan las acciones psicológicas, clínicas y administrativas del equipo de profesionales y terapeutas en formación de los Servicios de Atención Psicológica.

Propósito

Determinar el procedimiento para el diligenciamiento del Consentimiento Informado, con el fin de compartir y ajustar con el sistema consultante el marco de intervención propuesto por la IPS, Universidad Santo Tomás, como Servicio de Atención Psicológica y Centro de Investigación de la Universidad Santo Tomás, y así precisar las reglas de la relación interventiva que van a orientar el proceso psicoterapéutico o de consultoría.

Como Servicio de Atención y Centro de Investigación, todos los procesos de sean atendidos en la IPS deben contar con el Consentimiento Informado firmado, esto, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, que establece las normas de investigación en salud que se realicen con seres humanos.

Definición del proceso

Teniendo en cuenta que los Servicios de Atención Psicológica IPS Universidad Santo Tomás son un escenario de formación en psicología clínica y en investigación, resulta fundamental para la definición del contexto interventivo consensuar con el sistema consultante las condiciones particulares que de ello se derivan y contar legalmente con su consentimiento informado, para proseguir con el proceso de intervención.

Descripción de procedimientos

1. Durante el encuentro de la primera sesión, como parte de los acuerdos que se llevan a cabo entre consultantes y terapeutas, se requiere que de manera dialogada, el terapeuta estudie con los consultantes el documento de consentimiento informado, con el fin de que las condiciones y requerimientos de este contexto queden claras y consensuadas en el encuadre del proceso interventivo o investigativo. Pueden leerlo conjuntamente, animando preguntas por parte de los consultantes, para que el terapeuta haga las aclaraciones a que haya lugar, cerciorándose de que todos los participantes —adultos, niños y jóvenes— hayan comprendido la información que está consignada en el formato.
2. El psicólogo o terapeuta en formación invitará al consultante, o a quien ejerza la patria potestad o la representación legal (en caso de que el consultante sea

menor de edad o una persona discapacitada mentalmente), a firmar el consentimiento informado, asumiendo que este documento no es simplemente un registro de información y firmas, sino un dispositivo para el ejercicio de la clínica, éticamente orientada desde relaciones de respeto y coconstrucción, que de igual manera permitirá que los datos de la historia clínica puedan en un momento dado, si fuera el caso, ser utilizados en alguna investigación, siempre guardando la confidencialidad de los participantes.

3. Con las personas menores de edad o discapacitados, se deberá obtener, además del consentimiento informado, firmado por su representante legal, el asentimiento informado del menor o del discapacitado.
4. En caso de que el consultante (o su acudiente) no firme o no esté de acuerdo con lo determinado en este documento, se aceptará tal decisión y el proceso no será abierto. El terapeuta deberá aclarar que la regla fundamental con la cual se trabaja en los consultorios se basa en estos acuerdos mínimos, generados con un carácter protector, tanto para los consultantes como para quienes ejercen la clínica, y en este sentido debe quedar abierta la posibilidad de que en otro momento, en que puedan asumir estos acuerdos, se dé apertura al proceso interventivo en los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad.

Protocolo para el diligenciamiento del asentimiento informado

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el Asentimiento Informado, donde el terapeuta debe dar cuenta de los lineamientos y principios ético-legales que orientan las acciones psicológicas, clínicas y administrativas del equipo de profesionales y terapeutas en formación de los Servicios de Atención Psicológica. Al respecto, es importante mencionar que el Ministerio de Salud de la República de Colombia establece lo siguiente, en la Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de salud, 4 de octubre de 1993, Capítulo 3, artículo 25):

[inicio de cita] Para la realización de investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, certificación de un neurólogo, siquiátra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto. [fin de cita]

Igualmente en la Resolución 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993, Capítulo 3, artículo 26, se refiere:

[inicio de cita] Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer.” Esta aceptación es el Asentimiento Informado donde consta, la aceptación del menor o del incapacitado, es decir su asentimiento a participar en el proceso. [fin de cita]

Dado que la IPS es un contexto de atención psicológica atendido por profesionales en esta disciplina, la certificación sobre la capacidad de entendimiento del menor o discapacitado la hace el profesional mismo que atiende el caso.

Propósito

Determinar el procedimiento para el diligenciamiento del Asentimiento Informado, con el fin de compartir y ajustar con el sistema consultante el marco de intervención propuesto por la IPS, Universidad Santo Tomás, como Servicio de Atención Psicológica y Centro de Investigación de la Universidad Santo Tomás y, así, precisar las reglas de la relación interventiva que van a orientar el proceso psicoterapéutico o de consultoría.

Como servicio de Atención y Centro de Investigación, todos los procesos que sean atendidos en la IPS deben contar con el Asentimiento Informado, esto, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, que establece las normas de investigación en salud que se realicen con seres humanos.

Definición del proceso

Teniendo en cuenta que los Servicios de Atención Psicológica IPS Universidad Santo Tomás son un escenario de formación en psicología clínica y en investigación, resulta fundamental para la definición del contexto interventivo consensuar con el sistema consultante las condiciones particulares que de ello se derivan y contar legalmente con su Asentimiento Informado, para proseguir con el proceso de intervención.

Descripción de procedimientos

1. Durante el encuentro de la primera sesión, como parte de los acuerdos que se llevan a cabo entre consultantes y terapeutas, se requiere que de manera dialogada, el terapeuta estudie con los consultantes el documento de consentimiento informado, con el fin de que las condiciones y requerimientos de este contexto queden claras y consensuadas en el encuadre del proceso interventivo o investigativo. Pueden leerlo conjuntamente, animando preguntas por parte de los consultantes, para que el terapeuta haga las aclaraciones a que haya lugar, cerciorándose de que todos los participantes —adultos, niños y jóvenes— hayan comprendido la información que está consignada en el formato.
2. El psicólogo o terapeuta en formación invitará al consultante o a quien ejerza la patria potestad o la representación legal (en caso de que el consultante sea menor de edad o una persona discapacitada mentalmente) a firmar el consentimiento informado, asumiendo que este documento no es simplemente un registro de información y firmas, sino un dispositivo para el ejercicio de la clínica, éticamente orientada desde relaciones de respeto y coconstrucción, que permite, de igual manera, que los datos de la historia clínica puedan en un momento dado, si fuera el caso, ser utilizados en alguna investigación, siempre guardando la confidencialidad de los participantes.
3. Con las personas menores de edad o discapacitados, se deberá obtener, además del consentimiento informado, del menor o del discapacitado, un asentimiento informado. En este sentido se le explicará al menor o al discapacitado, en palabras sencillas a su alcance, el proceso psicológico que se establecerá y la posibilidad de participar también en alguna investigación, siempre guardando la confidencialidad de los participantes.

4. En caso de que el consultante (o su acudiente) no firme o no esté de acuerdo con lo determinado en este documento, se aceptará tal decisión y el proceso no será abierto. El terapeuta deberá aclarar que la regla fundamental con la cual se trabaja en los consultorios se basa en estos acuerdos mínimos, generados con un carácter protector tanto para los consultantes como para quienes ejercen la clínica. En este sentido, debe quedar abierta la posibilidad de que en otro momento, en que puedan asumir estos acuerdos, se dé apertura al proceso interventivo en los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad.

Protocolo para el registro de la historia clínica

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con la historia clínica, donde el terapeuta en formación debe dar cuenta de las comprensiones propias para su elaboración, desde las primeras sesiones hasta la culminación de los procesos, junto con los consultantes, las cuales aparecen descritas en el formato central denominado *historia clínica*.

Propósito

Orientar el procedimiento para la utilización de la historia clínica como dispositivo clave en la organización del contexto y del sistema terapéutico, desde las comprensiones iniciales que hace el terapeuta en la relación que establece con los consultantes, organizando así su lectura ecosistémica y los planteamientos centrales de abordaje psicoterapéutico. En este sentido, se busca brindar un apoyo en el proceso de diligenciamiento de la historia clínica manejada en los servicios de atención psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás, en tanto herramienta de conceptualización disciplinar y epistemológica de los casos trabajados en las prácticas, desde una perspectiva sistémica-constructivista-construccionista-compleja. Del mismo modo, la historia clínica constituye la posibilidad de realizar una lectura de los casos que facilite los procesos de evaluación-intervención, dentro del marco de la generatividad y las miradas apreciativas.

De este modo, se espera facilitar que tanto el psicólogo como el psicoterapeuta en formación afinen la comprensión de los conceptos propuestos en la historia

clínica y logren articularlos con las lecturas contextuales que realicen, en el marco de un proceso de cambio concertado.

Definición del proceso

El registro y la utilización de la historia clínica se entiende a partir de la estructuración de comprensiones que establece el psicoterapeuta en formación, a través de la elaboración de un familiograma; la descripción de aspectos sociodemográficos de los consultantes, del perfil de vulnerabilidad-generatividad y de las cualidades de la vinculación; la elaboración de una lectura desde la postura narrativa conversacional, con el objetivo de establecer una comprensión ecosistémica, una hipótesis interaccional, unos objetivos y estrategias terapéuticas de abordaje, además de una lectura autorreferencial para el planteamiento del proceso terapéutico.

Es importante comprender que la historia clínica es un dispositivo para un proceso, que no termina con el cierre de la historia misma. En todo caso, este protocolo orienta la forma de configurar la historia como herramienta del contexto especializado de la ayuda.

Descripción de procedimientos

1. Junto a los datos básicos y de identificación, se diligencia el apartado donde se describen las “Versiones actuales del sistema consultante”. Es importante tener en cuenta que el registro debe ser de modo textual, sobre la manera como los diferentes miembros del sistema consultante definen inicialmente el motivo que los lleva a buscar apoyo psicológico.
2. Frente al familiograma vincular, se retoman los elementos descriptivos de los genogramas, sociogramas y ecomapas, con el fin de describir las diferentes relaciones que circulan en los sistemas o contextos implicados frente al motivo de consulta inicial. Para tal fin, se hace necesario que el psicólogo o terapeuta en formación haga uso de las revisiones documentales sobre el tema.
3. Para realizar la correspondiente descripción dentro de la matriz del perfil de vulnerabilidad-generatividad, es necesario retomar el documento “Lineamientos técnico administrativos misionales y herramientas metodológicas para la inclusión y la atención de familias en los programas del ICBF (2006)”. A partir de estas claridades, y teniendo en cuenta la escala de los niveles de

evaluación de 1 a 6 (ICBF, 2006 p. 155), se describe finalmente este perfil, que se define con el sistema consultante, según los parámetros expuestos en la tabla 10.

Tabla 10. Niveles de evaluación del perfil de generatividad-vulnerabilidad

Nivel de evaluación	Caracterización de los niveles de evaluación
1	Factor de alto riesgo de disolución, de desprotección o de conflicto
2	Factor de riesgo moderado
3	Factor de ligero riesgo
4	Incipiente factor de generatividad
5	Importante factor de generatividad
6	Es su principal factor de generatividad

Fuente: elaboración propia con base en “Lineamientos técnico administrativos misionales y herramientas metodológicas para la inclusión y la atención de familias en los programas del ICBF (2006)”

4. Frente al apartado “Dinámica vincular”, de la historia clínica, es necesario revisar el texto Vínculos, individuación y ecología humana, elaborado en la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia por Ángela Hernández y Luis Fernando Bravo (2008). Este texto recoge de manera detallada aspectos centrales frente a la organización de los vínculos, teniendo en cuenta dos categorías centrales y comprensivas: sistemas de significación (mitos y epistemes) y sistemas que organizan la ritualización de la organización humana (ritos y pautas). Desde los elementos mencionados, es importante tener en cuenta la matriz explicativa de las cualidades de vinculación y “los referentes para comprender las configuraciones vinculares” (Hernández y Bravo, 2008, pp. 281-282). En cuanto a las cualidades de la vinculación, y con base en los planteamientos de Hernández (2010), se tienen los siguientes criterios:
 - 1) *Función de supervivencia*: mide hasta qué punto la supervivencia está relacionada con el vínculo. Si la relación es muy estrecha, se dirá que es “vital”, de lo contrario podría estar en el orden de lo contingente.
 - 2) *Función evolutiva*: hace referencia al desarrollo de los sujetos, dentro de las posibilidades que ofrecen los contextos en los que se

encuentran. De esta manera, puede plantearse que algunas formas de organización familiar promuevan y faciliten cambios de tipo evolutivo (movilizante), mientras que otras tiendan más hacia la estabilidad (contenedora).

- 3) *Función creativa*: se refiere a qué tanto permite el vínculo la organización de procesos de adaptación, frente a las necesidades evolutivas en momentos particulares, ya sea que impliquen cambios de orden normativo y no normativo.
- 4) *Libertad*: dar cuenta de si, en el momento actual, los miembros del sistema mantienen un vínculo de manera voluntaria o si se ven forzados a hacerlo; por ejemplo, si mantienen un vínculo por motivos económicos o porque lo consideran enriquecedor en una o varias áreas de la vida.
- 5) *Propósito consciente*: tiene que ver con el reconocimiento legal de la relación, por ejemplo, si se trata de una unión libre o de un matrimonio civil o religioso.
- 6) *Consistencia*: hace referencia a los términos del vínculo. ¿Está siempre organizado de la misma manera? (es decir, las personas saben a qué atenerse en una relación particular); ¿acaso las interacciones pueden cambiar de momento a momento? (en ocasiones, el vínculo posibilita una relación de apoyo, mientras que en otras, una relación de descalificación).
- 7) *Fuerza del vínculo*: qué tan firme es la unión a través de tiempo o qué tanto lo sería ante las dificultades vitales.
- 8) *Permanencia*: ¿Están los miembros de un sistema constantemente vinculados entre sí? O ¿aparecen y desaparecen las relaciones entre los miembros en diferentes momentos de la vida? (por ejemplo, cuando el padre está en la casa, los hijos saben que recibirán apoyo y afecto, pero el padre no permanece siempre en la casa, ya que se ausenta frecuentemente y los hijos no saben nada de él, lo que puede ocurrir también en presencia física).
- 9) *Presencialidad*: dar cuenta de si el vínculo se mantiene cuando los miembros del sistema comparten el mismo espacio o si se mantiene

a través de medios de comunicación, o incluso a través de las voces de los actores dentro del sistema (por ejemplo: “Aunque mis abuelos murieron, me siento muy pegado a ellos”).

- 10) *Ritualización*: dar cuenta de si el vínculo está en conexión con rituales en los que participan los miembros del sistema (por ejemplo, sentarse a comer todos en la noche, ver TV juntos los fines de semana) o si es independiente de estos.

En cuanto a la comprensión de la vinculación, se espera que exista una descripción final de esta de los sistemas implicados en el motivo de consulta. El terapeuta debe hacer una lectura resumida del caso, a partir de las comprensiones de las cualidades de la vinculación. No es indispensable traer todos los referentes de todas las cualidades, sino los que se consideren relevantes para una aproximación inicial al caso.

5. Con relación al apartado “Dominios narrativos conversacionales asociados al motivo de consulta y al cambio, se espera que los psicólogos y terapeutas en formación elaboren una descripción frente a cómo se organizan las narraciones en los contextos vitales de los consultantes y en las secuencias interaccionales específicas asociadas al motivo de consulta. Desde este punto de vista, es importante retomar los aspectos centrales del pensamiento narrativo para la intervención psicológica, dentro de los cuales se espera que el texto de Estupiñán y González, *La narrativa conversacional: un aporte en el campo de la psicología clínica*, oriente el desarrollo y trabajo con los consultantes e historias clínicas.

En este apartado se debe proponer la elaboración de una comprensión narrativa del caso, en la cual haya un acercamiento a la construcción, en el lenguaje, de las posibles discursivas del sistema que organizan (y son organizadas por) el problema. Esta comprensión se basa en las siguientes conceptualizaciones de la narrativa:

Narraciones privilegiadas: posibles discursos dominantes (White, 1994; White y Epston, 1993; White, 2002) en los que se organiza la experiencia de dificultad vital. Pueden estar encarnados en algún miembro del sistema (por ejemplo el padre), por lo que sus voces serán traídas repetidamente al contexto clínico o se presentarán como verdaderas. Sin embargo, pueden corresponder también

a discursos de orden social-cultural (Linares, 1996) (ejemplo: “Eso no lo haría una buena madre”; “Determinado acto es inmoral”, etc.) o incluso disciplinar (ejemplo: diagnósticos según DSM IV, opiniones de “expertos”, etc.). Es importante tener presente si este tipo de narraciones dominantes ofrecen un sentido para el malestar del consultante.

Narraciones emergentes: en tanto que el psicólogo escucha atentamente el relato que coconstruye con el consultante, comienza a hacer conexiones entre la versión dominante del problema (relato saturado) y posibles versiones subdominantes, periféricas y marginales. Las versiones subdominantes son las que reconocen el discurso dominante, pero articulan experiencias que no están completamente saturadas por este, o que incluso lo cuestionan (Estupiñán, González y Serna, 2006) (ejemplo: “En mi familia todas las mujeres han sido sumisas y han surgido gracias al apoyo de los demás, pero yo he tenido que luchar sola para salir adelante”). Pueden emerger con preguntas de influencia relativa (Payne, 2002, White, 1994; White y Epston, 1993; White, 2002).

Versiones periféricas y marginales: hacen referencia a historias que podrían no estar vinculadas directamente con el discurso dominante, pero que pueden posibilitar la articulación de capacidades, recursos o acciones que faciliten el cambio. Este tipo de narraciones puede emerger también con las preguntas de influencia relativa (ejemplo: ¿Cómo era su vida cuando el problema no estaba? ¿Cómo podrías usar tu capacidad para brindarles apoyo tanto a los demás como a ti mismo?).

Contextos interaccionales: hacen referencia a las relaciones particulares que posibilitan la emergencia de unas u otras formas de narración (Estupiñán, González y Serna, 2006); por ejemplo, podemos narrarnos como personas capaces frente a nuestros amigos, pero podemos cambiar la narración si estamos frente a nuestros padres. Esto es coherente con la comprensión del relato identitario como construcción contextual.

Secuencia interaccional: hace referencia al momento de interacción (posiblemente dentro de los rituales en los que participa el sujeto o la familia) en el que emergen las narraciones, ya sean privilegiadas, dominantes, emergentes, etc. (ejemplo: “Siempre que estamos comiendo, mi padre habla de lo exitoso que es mi hermano, y entonces yo siento que no he hecho nada con mi vida”).

6. Frente al apartado denominado “La prospectiva vital del sistema consultante (Narraciones alternas y posibles que vinculan aspectos temporales y espaciales frente al motivo de consulta)”, se establece una descripción generativa y prospectiva del sistema consultante, incluyendo sus expectativas con el proceso. Es importante tener en cuenta que una perspectiva generativa supone comprender la situación del sistema consultante en su potencial creativo, lo cual implica la idea de una perspectiva heurística del tiempo como potencial innovador abierto a posibilidades por construir.

Esta perspectiva nos permite desplazarnos desde una visión del mundo como predecible y ordenado hacia otra en la que eventos particulares en momentos particulares ofrecen la posibilidad de crear, de incorporar la innovación y el aprendizaje en distintos ámbitos del quehacer humano (Fried y Schnitman, 2000, p. 332).

Por lo tanto, pensar en una descripción generativa y prospectiva del sistema consultante implica articular las consideraciones asociadas a sus posibles aperturas en relación con los recursos y posibilidades temporales múltiples para la emergencia de novedades adaptativas, que incorporan lo nuevo y lo inesperado.

De este modo, se espera que en este apartado se dé cuenta de qué tan articulado se encuentra el futuro dentro del relato que trae el sistema consultante. Un relato saturado por el problema difícilmente puede incluir planes a futuro, puesto que es posible que se haya roto la continuidad narrativa y las personas no puedan seguir narrándose como venían haciéndolo. En otros casos, el futuro es reconstruido de manera coherente con la historia saturada, con lo cual se convierte en un futuro sombrío y sin posibilidades. Por otro lado, las historias de vida ricas incluyen historias futuras que articulan proyectos, planes, sueños, de forma satisfactoria, y de este modo reorganizan la experiencia presente (y hasta la pasada). Sabemos que un proceso de intervención clínica está llegando a su fin cuando el relato del consultante puede incluir el futuro (Payne, 2002, White y Epston, 1993).

7. Frente al apartado “Portador de los síntomas (breve descripción clínica y psicológica de la persona definida como paciente identificado)”, se establece una descripción de las características del self relacional, el estilo personal o los modos y pautas de interacción de quien se define como persona portadora de los síntomas. Se espera una construcción, por parte

del psicólogo o del psicoterapeuta en formación, en relación con el consultante, cuya identidad es inicialmente igualada al problema. Se trata de la comprensión construida acerca de cómo es el consultante en términos intelectuales, interpersonales, emocionales, así como lo referente al proyecto de vida.

8. En el apartado “Lectura ecosistémica del problema acordado con los consultantes como objeto de la intervención”, se espera una descripción clara, por parte del terapeuta, que articule las comprensiones elaboradas con las partes anteriores de la historia clínica. Se trata entonces de la construcción de un problema, que se comprende a partir de las explicaciones que invitan a una redefinición de los problemas con el sistema consultante.

En este sentido, la lectura consiste en una descripción no centrada exclusivamente en lo individual, no dormitiva y, por ende, no patologizante, en relación con el motivo de consulta. Se supone que el problema es una construcción que se realiza con el consultante, donde no interesa que la identidad siga estando equiparada a este, por lo que se incluyen las relaciones con otros, las pautas, los discursos dominantes, entre otros. Este apartado puede ser una buena oportunidad para dar cuenta de un problema externalizado (no necesariamente bautizado, aunque puede ser), donde se articulan las posibles respuestas a las preguntas de influencia relativa, en términos de dobles descripciones (Keeney, 1987). Asimismo, puede entenderse en términos de una re-definición del problema, donde el interés se dirige a una comprensión del dilema humano en términos solucionables.

9. En los “Objetivos terapéuticos acordados con el sistema consultante”, se especifica la manera como el terapeuta y los consultantes consensuan los objetivos centrales de intervención. Es importante no confundir este apartado con la estrategia de intervención, ya que una cosa es lo que el consultante y el psicólogo acuerdan respecto a lo que quieren lograr con los encuentros (objetivos), y otra, lo que el psicólogo considera pertinente llevar a cabo en las sesiones, para lograr lo acordado con el sistema consultante (estrategias).

Los objetivos pueden construirse tanto en términos del motivo de consulta (por ejemplo, disminuir la frecuencia de las discusiones en la pareja),

como en términos del problema construido (por ejemplo, poder ponerle un alto a la “depresión” cuando intente aparecer). Pueden organizarse también en términos de cambios mínimos y meta final (Navarro, 1992), para motivar a los consultantes en relación con su papel activo en la configuración del cambio.

10. En las hipótesis, se construye y se plasma la lectura ecosistémica elaborada entre los psicólogos o los psicoterapeutas en formación y los consultantes, a través de descripciones relacionales que soportan dicha lectura. La hipótesis se entiende como la comprensión (o comprensiones) construida del caso, desde la propuesta sistémica compleja. Puede basarse en los modelos de vinculación (ritos, mitos y epistemes), narrativo (discursos dominantes culturales, familiares, relatos saturados, rupturas en la continuidad narrativa), estructural (límites, roles, jerarquías, reglas, ciclo vital), estratégico (soluciones intentadas, comunicación, ciclo vital), de Milán (juegos familiares), entre otros. Estas lecturas deben ser circulares y hacer una propuesta útil para la intervención del caso (Navarro, 1992). Es importante recordar que las hipótesis no describen verdades absolutas y no deben asumirse de manera rígida, sino que son comprensiones posibles, siempre negociables, que se reformulan cuando dejan de ser útiles dentro del proceso del cambio.
11. En cuanto a la “Estrategia concertada”, se establecen los procedimientos interventivos propuestos en relación con las lecturas ecosistémicas e hipótesis implicadas en el proceso, las cuales han sido claramente consensuadas con los sistemas consultantes. En este sentido, corresponden al plan, por seguir en el manejo del caso para la consecución de los objetivos. Deben ser coherentes con el motivo de consulta, los objetivos acordados y la construcción de la hipótesis (una lectura estratégica de un caso podría chocar con una intervención narrativa).

La estrategia puede articular diferentes técnicas que posibiliten el cambio hacia los objetivos: connotación positiva, focalización, intensificación, bautizo del problema, prescripciones paradójicas, lenguaje externalizador, uso de documentos terapéuticos, uso de esculturas, entre otros. Es importante incluir los niveles de abordaje (individual, pareja, familia, etc.) que se van a trabajar.

12. En la “Evaluación del proceso por parte del terapeuta”, se debe dar cuenta de los procesos autorreferenciales del terapeuta y de los consultantes, los cuales, a su vez, orientan los procesos interventivos de manera reflexiva y contextual. En este sentido, este apartado debe ofrecer un panorama amplio de la evaluación procesual propia del caso, en la cual se revele la recursión entre los procesos psicológicos identificados, el modo como se comprenden en el contexto de la evaluación entre terapeutas y consultantes y las implicaciones éticas para todas las partes, incluyendo los contextos amplios.

Se trata entonces de una comprensión acerca de la dinámica del sistema terapéutico (lo que implica dar cuenta de procesos autorreferenciales) y de qué tanto permite la aproximación hacia los objetivos. En este sentido, puede contener una reflexión acerca de la postura de los actores del contexto clínico (incluido el psicólogo), que posibilitan o no el desarrollo del proceso interventivo.

13. Se menciona a los diferentes participantes que asisten a la sesión, aparte de los consultantes y psicólogos o terapeutas en formación. En este apartado, debe mencionarse la sesión a la que asistieron, y si fueron como observadores o si participaron en conversaciones en distintos niveles de observación. De igual manera, pueden anotarse los aportes relevantes de estos actores para el abordaje del caso. Si no hay invitados, debe mencionarse que no se convocó a otros actores en el proceso.
14. En cuanto a los “Aportes del equipo de supervisión”, en este apartado es importante tener en cuenta que siendo el contexto de la supervisión definido como una relación de colaboración entre los terapeutas supervisores y los supervisados (Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, 2011), las reflexiones, consideraciones y redefiniciones que de este espacio emerjan deben ser descritas como contribuciones frente a los escenarios interventivos de los psicólogos o psicoterapeutas en formación, sea que se hayan construido a partir de un trabajo de equipo de intervención, como un compromiso de los participantes del sistema de ayuda o como emergencia de los equipos reflexivos, si dieron lugar.

Es importante tener en cuenta que en este apartado pueden incluirse las comprensiones construidas en el contexto de la supervisión, cuando se

consulta directamente por un caso; sin embargo, también pueden incluirse las comprensiones construidas a partir de la discusión de otros casos, las cuales hacen aportes para el manejo del caso planteado en la historia clínica.

Finalmente, un principio fundamental para la aplicación de la historia clínica como dispositivo sistémico es el de establecer siempre el contexto apropiado para redefinir sus contenidos en relación con los procesos en marcha; así, tanto en la supervisión como en las evaluaciones del proceso con las familias, se hace necesario observar la coherencia de los diferentes dominios de la historia clínica —por ejemplo, estudiar la coherencia entre las hipótesis, el familiograma y las estrategias implementadas—, lo cual exige una utilización de la historia como herramienta de estudio permanente. Para este aspecto, se puede consultar los capítulos sobre la construcción del contexto terapéutico, la emergencia de los sistemas observantes y los sistemas de significación como dispositivos para generar el metacontexto terapéutico, en el texto *La terapia como campo semiótico*, de J. Estupiñán (2010, pp. 18-36). Es importante que dentro de la construcción de la historia clínica, se reconozcan los procesos, procedimientos y contenidos síntesis de la ayuda psicoterapéutica, del proceso de consultoría instaurado o de evaluación llevada a cabo.

Protocolo para el registro de evolución del proceso de evaluación-intervención

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con la evolución del proceso terapéutico, donde el terapeuta en formación debe dar cuenta de los cambios y novedades observadas durante los encuentros con los consultantes, así como registrar los aspectos más relevantes que emergen en cada sesión.

Propósito

Determinar el procedimiento para el registro, monitoreo, ajuste y evolución de los procesos interventivos convenidos con el sistema consultante, que contemplan los objetivos y estrategias para la participación de diversos actores y contextos amplios, y así contribuir a los procesos de cambio y transformación dentro del sistema de ayuda.

Definición del proceso

El registro de evolución del proceso terapéutico se entiende como la acción que permite dar cuenta de los guiones interventivos, las estrategias y técnicas a las que recurre el terapeuta para posibilitar el cambio, de acuerdo con su postura y su marco comprensivo. En este sentido, el registro de evolución facilita el chequeo del proceso instaurado, del logro de los objetivos convenidos, de los órdenes de cambio apreciados por los integrantes del contexto de ayuda y su sostenibilidad en relación con el trabajo propuesto y desarrollado para cada encuentro con el sistema consultante.

Descripción de procedimientos

1. El primer formato de evolución diligenciado corresponde a la sesión No. 3, teniendo en cuenta que la recepción se cuenta como primera intervención, mientras que el primer encuentro con el psicólogo o psicoterapeuta en formación se cuenta como la segunda intervención, dedicada al inicio del diligenciamiento del protocolo de historia clínica y a la definición del contexto de ayuda.
2. El formato de evolución, que lleva el consecutivo de las sesiones asignadas, se diligencia para todos los encuentros programados. En este sentido, si el sistema consultante no asiste, las observaciones asociadas a la inasistencia y a la nueva programación se registran en un formato de evolución con las lecturas clínicas correspondientes. Si un caso debe continuar el siguiente semestre, el consecutivo de las sesiones con las que se hizo el cierre semestral será preservado una vez se reabra la historia.
3. Se deben registrar claramente los datos de identificación: número de historia clínica (documento de identidad del consultante), fecha en la que se realiza el encuentro y número correspondiente de la sesión (de acuerdo con las sesiones programadas).
4. En el espacio denominado “Asisten a la sesión”, se debe anotar con claridad los nombres de todos los participantes (consultantes, terapeuta y otros sistemas implicados) y sus respectivos roles.
5. En el espacio denominado “Valoración de efectos y curso del cambio”, se deben retomar los efectos de los acuerdos de la sesión anterior, en

relación con los objetivos de evaluación-intervención, y dar cuenta de las novedades referidas al cambio. Comprender es una labor conjunta con los consultantes, por lo cual son fundamentales las dimensiones vinculares y narrativas que se han movilizadas en relación con la intervención anterior.

6. En el espacio denominado “Dinámica de la sesión”, se debe hacer recuento del proceso conversacional (auto y heterorreferencial) llevado a cabo, teniendo en cuenta el mantenimiento o los cambios y novedades en relación con criterios de vulnerabilidad y generatividad y cualidades de la vinculación, de los contextos implicados y la transformación narrativa (deconstrucciones, resignificaciones, emergencia de narrativas alternas) que se da en la conversación, explicitando el guion interventivo y las estrategias llevadas a cabo en el encuentro por el terapeuta.
7. En el espacio denominado “Estrategias”, el terapeuta da cuenta de los escenarios planeados y los recursos técnicos utilizados en el horizonte operativo, para conectar los diversos órdenes de evaluación-intervención, con el fin de facilitar movilizaciones complejas hacia el cambio.
8. En el espacio denominado “Hipótesis”, el terapeuta debe dar cuenta de la actualización y evoluciones de las hipótesis circulares, contextuales y complejas desde las líneas de vínculos y narrativas, en relación con el rumbo del cambio y a la luz de la labor auto y heterorreferencial.
9. En el “Cierre”, se deben registrar las apreciaciones y reflexiones en torno al cambio, a los órdenes de participación, al proceso interaccional vivido y los objetivos acordados con los consultantes por trabajar en próximas sesiones. Es importante anotar las impresiones, los acuerdos, las prescripciones y las reflexiones finales de todos los actores con respecto a la sesión en particular y al proceso terapéutico en general.
10. En “Observaciones del terapeuta”, este debe dar cuenta de su postura y comprensiones del problema y del proceso de interacción del sistema terapéutico, de los logros obtenidos en relación con los dominios a los que hace referencia la historia clínica, las limitaciones y los alcances del cambio.
11. En “Personas convocadas a la próxima sesión”, se debe concertar con los consultantes la pertinencia de convocar para el próximo encuentro

a determinadas personas, teniendo en cuenta su conveniencia para el proceso, en relación con los propósitos y estrategias establecidas.

12. Fecha programada para la próxima sesión.
13. Todo formato de evolución del proceso debe ser revisado firmado por el terapeuta y su supervisor (cuyas firmas deben estar acompañadas del número de registro de la Secretaría de Salud de Bogotá).

Protocolo para el registro del cierre del proceso de evaluación-intervención

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el cierre del proceso terapéutico, en el que el terapeuta en formación debe exponer los principales elementos que configuran la situación del caso, al finalizar el proceso interventivo y sus posibilidades en relación con la sostenibilidad del cambio.

Propósito

Determinar el procedimiento para la elaboración del informe de cierre de caso, con el fin de generar lecturas finales que promuevan la proyección del sostenimiento del cambio en el tiempo.

Definición del proceso

Dado que la relación interventiva es temporal y transitoria, y está definida por unos objetivos de cambio, acordados y ajustados a lo largo del proceso con el sistema consultante, resulta muy importante definir el cierre del proceso como el último momento de la intervención y espacio central del proceso mismo.

Descripción de procedimientos

1. Este apartado de la historia clínica se diligencia cuando se ha establecido el cese de la atención del caso.
2. En relación con el “Motivo del cierre”, se debe identificar el motivo por el cual el caso ha dejado de ser atendido. Para su definición se deben tener en cuenta las siguientes opciones (distinciones):
 - a.) Acuerdo entre el consultante y el psicólogo por logro de objetivos tera-

péuticos: se ha acordado con el sistema consultante que los propósitos con los cuales se estableció el sentido del sistema de ayuda se han cumplido de manera satisfactoria, y que el cambio se ha logrado en relación con los objetivos acordados entre el sistema consultante y el terapeuta.

- b.) Acuerdo entre el consultante y el psicólogo por cierre semestral: tanto el terapeuta como el sistema consultante reconocen la importancia de continuar con el proceso interventivo luego del cese de actividades académicas, propias de los periodos intersemestrales de la Universidad.
- c.) Retiro por decisión del consultante, sin considerar razones terapéuticas: el terapeuta realiza el cierre del proceso interventivo, una vez el consultante comunica que no desea continuar, aunque no se hayan logrado los propósitos acordados.
- d.) Abandono de las sesiones por parte de los consultantes, sin avisar al psicólogo: el consultante deja de asistir a las sesiones programadas sin ninguna comunicación con el terapeuta a cargo.
- e.) No asistencia a la primera entrevista. En relación con este motivo, no se espera que algún funcionario de la IPS entre en contacto con este sistema consultante; aunque pueden existir diversos factores asociados a esta inasistencia, se hipotetiza de manera generativa que la recepción fue suficiente para que la persona haya decidido si asiste o no al primer encuentro, o si es el momento oportuno o no para iniciar un proceso interventivo.
- f.) Decisión del terapeuta o del equipo terapéutico: se decide el cierre, una vez se ha determinado que las condiciones de configuración del sistema de ayuda no son coherentes con los propósitos, naturaleza o necesidades de cambio del sistema consultante, y, por lo tanto, se concluye que el abordaje psicoterapéutico o de consultoría psicológica no resulta pertinente para la situación del sistema consultante.
- g.) Otra: indica cualquier motivo que no está contemplado en las posibilidades anteriores. El espacio está dispuesto para explicar el motivo.

3. En cuanto a la “Evaluación de los resultados del proceso”, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

Logros alcanzados, según el consultante: es importante retomar textualmente el relato del sistema consultante acerca de los logros alcanzados, en relación con sus expectativas de cambio y los objetivos acordados al iniciar el proceso. No se hacen inferencias o interpretaciones por parte del terapeuta, es un registro de la evaluación que hace el sistema consultante del proceso y del cambio, así como de sus posibilidades para continuar y afrontar otros desafíos de la vida. Es importante reconocer los aprendizajes directamente reportados por este sistema, para seguir con su proceso de crecimiento y desarrollo libre y autónomo.

Descripción de los cambios emergentes, según el terapeuta (lecturas comprensivas y explicativas): En este espacio se debe describir los cambios alcanzados que considera más significativos en el proceso interventivo, a la luz de los objetivos propuestos, teniendo en cuenta las hipótesis planteadas y las lecturas comprensivas y explicativas del caso, y sus posibilidades en relación con la sostenibilidad del cambio.

Observaciones y apreciaciones del supervisor: este espacio será utilizado en caso de que el supervisor considere necesario hacer alguna aclaración o aporte específico y oportuno para una mejor comprensión del caso, su lectura o el proceso llevado a cabo, o cuando considere necesario hacer algún tipo de recomendación para el seguimiento o manejo posterior.

Resumen del proceso (descripción del motivo de consulta, lecturas acerca del problema, objetivos de la intervención, niveles de abordaje, situación actual): en este espacio se debe hacer una síntesis del caso en su totalidad, comenzado con una descripción del motivo inicial de la consulta, las lecturas acerca del problema y los objetivos interventivos planteados con el sistema consultante. Se deben también exponer los niveles de abordaje y los contextos implicados (individual, pareja, familia, colegio, etc.), los cambios más relevantes, una descripción de la situación actual y los acuerdos o sugerencias finales.

4. Todo formato de la historia clínica debe ser revisado y firmado por el terapeuta y su supervisor.

Protocolo para la elaboración del informe de evaluación psicológica

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el informe de evaluación psicológica, donde el estudiante sistematiza y sintetiza el conocimiento construido con los consultantes y otros actores sociales en torno al motivo de consulta, su estudio, valoración y posibilidades de cambio, a partir de la intermediación de diversos recursos técnicos disciplinares, como manera de evaluar fenómenos y procesos psicológicos en escenarios conversacionales.

Propósito

Delimitar y dar cuenta de los métodos, estrategias y técnicas que se intermedian para la generación de conocimiento en torno a cualidades psicológicas y las características contextuales que los soportan, a través de recursos disciplinares —encuentros conversacionales, pruebas e inventarios psicológicos, observación—, interpuestos con el fin de valorar, de manera apreciativa y propositiva, las cualidades de individuos y contextos vinculares (incluidas las instituciones sociales) que permitan dinamizar los procesos adaptativos, de manera que los informes coadyuven a ello, cumpliendo así con el encargo social y político de la profesión.

Definición del proceso

En el curso de los procesos interventivos, algunos motivados en la solicitud de una evaluación psicológica por una fuente remitora, se valorará y definirá la realización de una evaluación psicológica explícita, a través de los recursos técnicos disciplinares, decisión construida entre el sistema consultante y el psicólogo o psicoterapeuta en formación. Para este proceso, el psicólogo o psicoterapeuta en formación definirá la pertinencia de la aplicación de pruebas, inventarios o procesos observacionales, que serán informados a los consultantes, tanto en sus cualidades técnicas como en los resultados que generan y sus alcances. De la socialización de los resultados y sus interpretaciones con los consultantes, se emitirán informes escritos al contexto de remisión para destacar sus posibilidades de acción, con el fin de dinamizar los procesos adaptativos y solidarios entre individuos, grupos e instituciones. Siguiendo la normatividad colombiana vigente para la psicología como profesión, se hace necesario realizar un informe que dé cuenta del criterio clínico y evaluativo de su uso, de

la interpretación contextual de la información obtenida a partir de estos instrumentos, de las observaciones y comprensiones emergentes en el proceso, de los recursos del sistema y las posibilidades o sugerencias que apreciativamente se derivan del proceso realizado.

Descripción de procedimientos

1. La decisión de realizar una evaluación psicológica explícita, apoyada en recursos técnicos, como pruebas o inventarios, emerge del proceso interventivo mismo y no exclusivamente de la solicitud de una fuente remitora, por lo tanto siempre se concertará con el sistema consultante la pertinencia de su aplicación.
2. Los recursos y estrategias evaluativas serán definidos por el psicólogo, de acuerdo con el dominio evaluado (de aprendizaje, afectivo, social, entre otros), el actor en evaluación (edad, género, procedencia, entre otros), el contexto en el que emerge la evaluación como recurso de cambio y adaptación (educativo, familiar, jurídico, entre otros) y los instrumentos disponibles.
3. Los recursos y estrategias definidos serán socializados e informados a los consultantes, para su participación informada y consensuada, particularizando sus dominios y alcances evaluativos.
4. El psicólogo o psicoterapeuta en formación requiere conocer los criterios de aplicación, los procesos psicológicos evaluados, los resultados que genera y los marcos evaluativos de los mismos, de manera que dé cuenta de los parámetros utilizados para su elección.
5. El psicólogo o psicoterapeuta en formación requiere disponer de las competencias necesarias para integrar los resultados de los recursos interpuestos en el contexto evolutivo de los evaluados —el cual ha sido valorado en el proceso interventivo—, para generar con ello interpretaciones contextuales y procesales pertinentes y útiles para la continuidad adaptativa de los consultantes y otros actores implicados.
6. El informe se entiende como una síntesis de los resultados, disciplinadamente leídos, y las comprensiones construidas con los evaluados. Debe elaborarse de manera propositiva, apreciativa y comprensible para los

consultantes y la fuente remitora, pues su sentido es coadyuvar a los procesos adaptativos en la toma de decisiones que competen a los contextos implicados, así como animar el sano desarrollo de los evaluados.

Además de los datos de identificación del sistema consultante y la fuente remitora, se espera que el informe contenga lo siguiente:

- a.) El nombre de las personas remitidas, el motivo de consulta y el motivo de la remisión, lo que debe coincidir con la información que aparece en la carta de remisión, que es un documento anexo de la historia clínica.
 - b.) La intervención realizada como síntesis general del proceso, donde se resaltan los objetivos evaluativos e interventivos acordados con el sistema consultante, el número de sesiones realizadas, los focos generales trabajados, el nivel de intervención propuesto y el motivo del cierre. Este informe debe conservar las garantías de confidencialidad del proceso.
 - c.) Una presentación de los resultados y acuerdos realizados: se espera que el psicólogo o psicoterapeuta en formación explicita los aspectos relevantes y pertinentes de los resultados de la evaluación y los logros alcanzados en cumplimiento con los objetivos propuestos (articulados con el motivo de la remisión, el motivo de consulta y sus redefiniciones ecológicas). En este sentido, debe revelarse la participación de los diversos sistemas en el proceso de evaluación y su articulación generativa al sistema que remite.
7. Es un derecho del sistema consultante conocer y comprender el informe, por lo que es indispensable integrarlo en el proceso interventivo y hacerlo parte del cambio, en cuya dinámica se pueden generar ajustes al mismo, como parte de su construcción para la remisión a la fuente o la entrega a los consultantes.
 8. El informe contextual de los resultados de las pruebas, inventarios y otros instrumentos de evaluación psicológica requiere contar con el aval y firma del supervisor de prácticas; el psicoterapeuta a cargo es responsable de entregarlo a los consultantes para su respectivo envío a la institución solicitante, según sea el caso.

Protocolo para la elaboración del informe de remisión

A continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el informe de remisión de casos, que resulta la base para que el terapeuta genere acciones que faciliten la comunicación interinstitucional y permita que la fuente de remisión se haga partícipe del proceso desarrollado, compartiendo la redefinición del problema, los logros alcanzados y las sugerencias para continuar o mantener las movilizaciones logradas.

Propósito

Determinar el procedimiento para la construcción del informe de remisión, con el fin de establecer y fortalecer el vínculo entre la fuente de remisión, los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás y el contexto de intervención, así como dar a conocer a la fuente de remisión, los acuerdos definidos con el sistema consultante en relación con el motivo de remisión, las intervenciones realizadas, los logros obtenidos en el proceso y las sugerencias posteriores.

Definición del proceso

La remisión es el proceso mediante el cual instituciones educativas, judiciales, de salud y empresariales, que tienen acuerdos con los Servicios de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás, envían a personal o familias que, de acuerdo con su concepto, requieren atención psicológica. La remisión es entendida como el proceso interaccional mediante el cual alguien observa un problema o una necesidad de cambio, y alguien propone la terapia (o la consultoría) como un recurso que debería ser solicitado (Midori y Brown, 1998).

Teniendo en cuenta que el modelo de intervención sistémico, ecológico y complejo promueve el trabajo y la movilización de las redes de los sistemas consultantes, es importante vincular la fuente de remisión en el proceso de intervención y construir estrategias mancomunadas que redunden en el cambio y en el bienestar de las personas y de las familias que son atendidas en la IPS. En este sentido, el informe de remisión se convierte en una de las acciones que realiza el psicólogo o terapeuta en formación para establecer el contacto con la fuente de remisión, promover la acción conjunta, el cambio y la movilización de los sistemas involucrados generativamente.

Descripción de procedimientos

1. Para el primer encuentro, y como elemento de la definición del contexto, se espera que el terapeuta converse con el sistema consultante acerca de la remisión y las expectativas frente a esta, para redefinir el problema con el fin de acordar las estrategias y objetivos del proceso. Debe informar al sistema consultante que al finalizar el proceso, se elaborará un informe a la institución que derivó el caso; este informe será entregado una vez haya sido consensuado con los consultantes y ajustado con el supervisor (estas aclaraciones se asumirán como acuerdos propios del consentimiento informado).
2. Una vez se define el cierre del caso, e independientemente del motivo, el psicólogo o terapeuta en formación diligenciará el formato que se denomina Informe de remisión.
3. En este informe deben quedar claras la fecha de inicio (apertura de la historia clínica que corresponde a la fecha de la recepción) y la fecha de cierre del proceso (fecha de la última sesión evolucionada).
4. En caso de no asistir a primera entrevista, la fecha de inicio será la de la recepción y la fecha de cierre, la de la primera entrevista.
5. Se debe consignar el nombre de la persona que remite, su cargo dentro de la entidad o institución que remite, los datos básicos de contacto (dirección de la institución, teléfonos o correo electrónico) y el motivo de la remisión, que debe coincidir con la información que aparece en la carta de remisión (documento anexo de la historia clínica).
6. Se debe consignar el nombre de las personas remitidas y sus datos de identificación, y el motivo de consulta, correspondiente a las comprensiones que los consultantes hacen sobre la remisión y sus propios intereses acerca del proceso de evaluación-intervención.
7. El ítem sobre intervención realizada es una síntesis general del proceso, en la que se resaltan los objetivos interventivos propuestos y acordados con el sistema consultante, el número de sesiones realizadas, los focos generales trabajados, el nivel de intervención propuesto y el motivo del cierre. Este informe debe conservar las garantías de confidencialidad del proceso.

8. En el ítem sobre resultados y acuerdos realizados, se espera que el psicólogo o terapeuta en formación enumere de manera muy general los logros alcanzados, en cumplimiento con los objetivos propuestos que se encuentren articulados con el motivo de la remisión, así como los acuerdos generales que den cuenta de la movilización y del cambio del sistema consultante en relación con el motivo de la remisión. En este ítem debe revelarse la participación de los diversos sistemas en el proceso, y todo aquello que no se haya acordado como relevante en relación con el motivo de la remisión no se consignará en el informe.
9. Para el diligenciamiento de este informe, se contará con la información registrada en el Aplicativo de Historias Clínicas SAP-IPS, que deberá tenerse en cuenta en relación con el módulo de cierre de caso. En este sentido, esta información actúa como la base para la elaboración del informe que luego será sometido a revisión.
10. Es necesario que el contenido del informe de la remisión sea consensuado con el sistema consultante, y que una vez conversado con este, sea revisado y avalado por el docente tutor o supervisor de prácticas. En caso de que haya sugerencias y ajustes por parte del docente, estas deben ser compartidas al sistema consultante.
11. Se deben exponer en el informe las sugerencias profesionales del psicólogo o psicoterapeuta, una vez se hayan conversado con el sistema consultante.
12. Si el cierre del proceso se da por alguna razón diferente al acuerdo entre el sistema consultante y el psicólogo o terapeuta en formación, el informe se enviará a la fuente remitora, aunque no se haya tenido la oportunidad de compartir su contenido con el sistema consultante.
13. Todo informe oficial debe ser entregado a la institución de remisión y directamente a los usuarios de Servicios de Atención Psicológica, IPS. En este sentido, es importante tener en cuenta que la responsabilidad de los informes es del equipo terapéutico (psicólogo o psicoterapeuta en formación y supervisor de prácticas clínicas), con apoyo del equipo técnico administrativo de la IPS, en lo que concierne a su envío interinstitucional, en caso de requerirse.

14. Todo informe clínico que salga de la IPS debe contar con la firma del supervisor y del terapeuta, encargados del caso.

Protocolo para el diligenciamiento del formato de seguimiento de casos

El proceso de seguimiento del impacto de la intervención, una vez cerrado el caso, es un factor importante en el desarrollo de estas prácticas clínicas supervisadas, por su asociación a la consolidación y sostenibilidad del cambio. En este sentido, a continuación se presentarán los principales aspectos relacionados con el formato de seguimiento de casos, donde el terapeuta debe presentar las comprensiones construidas con los consultantes frente a su situación actual, luego de haber estado en un proceso interventivo en el Servicio de Atención Psicológica IPS de la Universidad Santo Tomás, en relación con la sostenibilidad del cambio, la disponibilidad y el desarrollo de recursos para enfrentar nuevas situaciones de crisis.

Propósito

Determinar el procedimiento para el diligenciamiento del formato de seguimiento de casos, con el fin de construir lecturas sobre el cambio y su sostenibilidad, luego de haber participado en un proceso interventivo en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás.

Definición del proceso

Si bien se reconoce el cierre del proceso interventivo como el último momento de la intervención, resulta pertinente construir comprensiones frente a la sostenibilidad del cambio, tiempo después de finalizado el proceso, en relación con el motivo de consulta y los objetivos acordados, que sirvieron como indicadores de la finalización del trabajo interventivo. De igual manera, el seguimiento de casos puede ser una herramienta para comprender el impacto del Servicio de Atención Psicológica como institución de proyección social de la Universidad Santo Tomás.

Es importante tener en cuenta que tanto los psicólogos en formación de pregrado como los psicoterapeutas en formación de la Maestría deben realizar

seguimiento de los casos cerrados dentro de su práctica clínica supervisada. En este sentido, los profesionales en formación del pregrado cuentan con un periodo de práctica clínica, correspondiente a los semestres noveno y décimo, mientras que los psicoterapeutas en formación de la Maestría cuentan con los cuatro semestres de formación de posgrado para el desarrollo de los seguimientos de sus casos.

Descripción de procedimientos

1. El seguimiento de casos es un procedimiento que no tiene costo para los consultantes. Se realiza con los casos que hacen parte del archivo activo de historias (es importante tener el número de la historia clínica para solicitarla y registrar allí el encuentro de seguimiento).
2. Los terapeutas en formación de la Maestría deben llevar a cabo este proceso al inicio de cada semestre, con los casos cerrados tanto por cumplimiento de objetivos como por cierre intersemestral, en el periodo inmediatamente anterior. Si los casos se cierran al principio del semestre, el seguimiento se debe realizar al final de este.
3. El formato se diligencia con base en un contacto posterior (ya sea personal o telefónico), luego de haberse realizado el cierre de caso.
4. Se debe registrar el número de historia clínica del caso, así como la fecha de inicio y la fecha de cierre (correspondientes a las registradas en el formato de cierre del caso). Por otro lado, se debe anotar el nombre de la persona (o personas) con quien se realizó el seguimiento, así como el papel (rol) que desempeñó durante el proceso interventivo. Sumado a lo anterior, debe registrarse si el seguimiento se llevó a cabo de manera telefónica o personal, aclarando la fecha del encuentro.
5. Percepción de la situación actual: se trata de la comprensión que hace el consultante, en el momento del seguimiento, acerca de su situación vital, en relación con el motivo que lo llevó a consultar el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás.
6. Cambios esperados y logrados: retomar los objetivos acordados durante el proceso interventivo y revisar su grado de cumplimiento, tanto al momento de finalizar el proceso como en el momento del seguimiento.

7. Otros cambios percibidos: identificar otros posibles cambios facilitados por el proceso interventivo que hayan tenido lugar en la vida del consultante. Estos cambios pueden ser puntuados por el consultante desde su experiencia vivida, después del proceso realizado.
8. Reporte de recursos con los que cuenta para resolver futuras dificultades: explorar la articulación de recursos en la narración del consultante frente a posibles desafíos futuros de la vida. Se recomienda indagar por los recursos personales y familiares con que cuentan hoy los consultantes para enfrentar una nueva crisis.
9. Proyectos futuros: identificar planes y metas del sistema consultante, en coherencia con la percepción de la situación actual, los cambios logrados y los recursos articulados en la narración, como forma de una perspectiva vital.
10. Opinión que les merece el proceso o terapia: recoger las impresiones del sistema consultante acerca del desarrollo y los resultados del proceso interventivo a la luz de los puntos anteriores.
11. Sugerencias acerca del servicio y proceso: recoger las posibles recomendaciones que haga el sistema consultante para mejorar el servicio ofrecido por la IPS de la Universidad Santo Tomás, así como lo referente al proceso interventivo propiamente dicho.
12. Observaciones y apreciaciones del psicólogo: en este apartado, quien realiza el seguimiento recoge brevemente su lectura de la conversación con el sistema consultante en términos psicológicos y clínicos, dentro del marco del proceso interventivo llevado a cabo en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás.
13. El reporte del seguimiento de casos debe ser diligenciado en la historia clínica, una vez se diligencien todos los espacios del aplicativo. Es importante firmar por el psicólogo o terapeuta en formación y por su supervisor actual.

PROCESO DE EVALUACIÓN

8.



Al interior de la Maestría, se entiende la *evaluación* como una estrategia de realimentación fundamental, que contribuye al seguimiento y al logro de los objetivos y los avances que permiten la potencialización de las competencias por desarrollar por los estudiantes en el proceso de las prácticas clínicas supervisadas. En este sentido, la evaluación se entiende como el proceso reflexivo que permite el reconocimiento permanente de las propuestas pedagógicas de la Maestría y sus efectos en el desarrollo profesional de sus estudiantes. En este sentido, se hace inherente al proceso mismo de formación y contribuye al mejoramiento de su calidad: “la evaluación opera como un mecanismo de retroalimentación constante que lo ejecutan conjuntamente estudiantes y docentes entre sí [...] para reconocer el qué, el cómo y el contexto en el cual se desarrollan” (Rodríguez, 2003, p. 120).

El proceso de formación se concretiza a través de la creación de diálogos y el uso de distintas estrategias evaluativas, que permiten construir un entretrejo entre las diferentes dimensiones por evaluar. Dentro de las dimensiones de la práctica evaluativa se encuentran: el *componente teleológico*, que corresponde a la intencionalidad de la evaluación, sus propósitos; el *componente ontológico*, que responde a los criterios desde los cuales se evalúa; el *componente administrativo*, que identifica quién o quiénes y cuándo evaluar, y el *componente metodológico*, que se refiere a la manera en que se va a evaluar.

Modalidades de la evaluación

Los elementos que se tienen en cuenta en este proceso consideran que en la Maestría existe una mediación pedagógica de naturaleza dialogal, en el sentido en que se reconocen las concepciones contextuales de los sujetos de enseñanza y aprendizaje, de los contenidos y de la comunicación en la práctica formativa, donde subyace un principio de universalidad pedagógica que supone que el sujeto en contexto produce el objeto de formación, haciéndolo educable y enseñable, lo que a su vez se afirma en los presupuestos del construccionismo y el constructivismo (Rodríguez y Serna, 2008). Aquí, la modelización en la formación compleja se asocia a la noción ecosistémica que le da sentido contextual al aprendizaje y al cambio, lo que permite entender dicha formación como proceso de naturaleza social que incluye una configuración relacional entre las condiciones biológicas del aprendizaje, la historia de pensamiento,

las posibilidades culturales y las posibilidades educativas del aprendiz, según Rodríguez y Niño (2006).

El procedimiento de evaluación se compone de varios momentos que tienen como objetivo generar comprensiones acerca de la manera como se desarrolló el proceso académico y se cumplieron los objetivos de formación propuestos en los diferentes seminarios planteados para cada semestre de la Maestría. Es importante anotar que para cada momento de la evaluación se cuenta con instrumentos que facilitan la recolección de la información. A continuación se exponen dichos momentos y sus principales elementos.

Autoevaluación

Este momento de la evaluación la realiza cada estudiante para mirarse a sí mismo y reconocer su proceso en relación con las competencias desarrolladas y con sus necesidades de formación. El referente es la experiencia del estudiante en su propio contexto laboral y el de las prácticas supervisadas, con el fin de reconocer avances propios y proyectar dominios y estrategias en el desarrollo de las competencias de intervención-investigación. A través de esta modalidad, el estudiante valora su propio proceso en un acto autónomo y sincero, en el cual reconoce, a partir de la autorreflexión y el autoanálisis, los logros, las limitaciones y la postura asumida en el proceso de la supervisión, con el fin de enfrentar con éxito y calidad las demandas de las familias en los distintos escenarios de la intervención.

Heteroevaluación

Esta modalidad es realizada por el supervisor y hace referencia a las competencias desarrolladas por los estudiantes en el contexto de las prácticas. Si bien, en términos administrativos, la Maestría define dos cortes evaluativos formales al semestre, se espera que la realimentación del proceso de formación de los estudiantes se dé de manera permanente en los diferentes encuentros de supervisión. El referente es el programa académico diseñado para el semestre académico, y pretende generar comprensiones y realimentaciones en relación con los logros alcanzados, y sugerir cursos y estrategias particularizadas para la cualificación del terapeuta en formación.

Esta evaluación ofrece claridades para generar un reporte complejo de los estudiantes, de los diferentes equipos y del proceso de las prácticas y de la

supervisión en general (el apéndice 1 muestra el formato de evaluación de las prácticas clínicas supervisadas por semestre de formación).

Coevaluación

La evaluación como coevaluación es un proceso conversacional que comprende las mutuas apreciaciones que el grupo, incluido el equipo docente, realiza en torno a las experiencias de aprendizaje. Este proceso se entiende como una construcción conjunta docentes-estudiantes, donde se reconoce la percepción del sistema académico acerca de los principales desarrollos de la enseñanza-aprendizaje en los contextos diseñados para tal fin. Es el reconocimiento conjunto de los principales elementos de desempeño contextual del docente y de los logros, alcances o limitaciones de los seminarios, desde la percepción emergente en la interacción docentes-estudiantes, en este momento de la evaluación.

En este sentido, es una modalidad recíproca que realizan conjuntamente los estudiantes y el supervisor, a partir de la experiencia vivida en el contexto de la supervisión. La estrategia propia de este tipo de evaluación es el diálogo con carácter reflexivo, en el cual se invita al estudiante a identificar sus procesos y procedimientos, a centrarse en sus dominios y la forma como han sido contruidos, a reconocer el carácter de sus experiencias y el impacto que generan en el contexto y, a la vez, la forma como está siendo impactado por sus interacciones.

El diálogo reflexivo implica la generación de información sobre algún aspecto en particular y el retorno de esta información con otros componentes que a su vez retroalimentan y realimentan algo nuevo a la persona. Como en la coevaluación el proceso es conversacional, este tiene lugar a través de lenguaje; la pregunta, el comentario, la opinión, el punto de vista, la postura emergen como medios fundamentales en este marco dialógico, el cual se presenta alrededor del examen de experiencias, del análisis y comprensión de textos, de la discusión en torno a una temática o una teoría, etc.

Este diálogo es consecuencia de los procesos conversacionales propios de la Maestría, que se generan en el espacio de la supervisión. Los referentes evaluados son: el desarrollo del programa, la estrategia de la supervisión, el supervisor mismo y la interacción en el equipo de supervisión. En este diálogo se pretende generar comprensiones y realimentaciones en particular para el contexto de la supervisión y de las prácticas.

Finalmente, en este escenario la evaluación se convierte en un mecanismo de autorregulación del proceso frente a la organización del ecosistema y de cada uno de sus elementos. La evaluación garantiza la transferibilidad del conocimiento en la práctica.

[Evaluación de la atención de casos en la práctica clínica supervisada](#)

Este procedimiento busca consolidar la información de la atención de casos y horas de entrenamiento de los psicoterapeutas en formación de la Maestría en Psicología Clínica y de Familia, y está asociado a las disposiciones académicas que refieren al cuidado de las condiciones de entrenamiento. En esta parte de la evaluación se entiende que el cambio deviene como una configuración compleja que implica los modos de desarrollar los procesos de intervención en la práctica del psicoterapeuta, en relación con su proceso de formación y la organización del sistema psicoterapéutico (estudio de la demanda, sesiones desarrolladas, lecturas del caso, estrategias y motivo de cierre). En este sentido, la evaluación se plantea el chequeo constante del impacto asociado a la experiencia de aprendizaje y cambio, en el contexto de la práctica clínica supervisada.

[Evaluación de la supervisión en el equipo docente](#)

Esta evaluación la realiza el equipo de docentes del programa (sean o no supervisores), con base en el reporte que hace el supervisor de su grupo de estudiantes. Para este propósito, se parte de lo planeado con relación a lo alcanzado en el momento del corte evaluativo y las acciones en curso, tomando como referente los procesos y las condiciones particulares del aprendizaje y entrenamiento de cada uno de los estudiantes y de los grupos durante el periodo académico. A través de dicho proceso, se generan recomendaciones específicas por parte del supervisor, con el propósito de cualificar su interacción con los estudiantes y grupos particulares, y proponer los ajustes operativos generales para garantizar el afinamiento de las competencias esperadas en el proceso de las prácticas supervisadas para el semestre académico correspondiente.

[Evaluación de impacto social o ecoevaluación](#)

Esta es una evaluación que realizan las familias y consultantes usuarios, los egresados del programa y organizaciones sociales con las que se entra en contacto a partir de los servicios de atención psicológica de los estudiantes y egresados de la Maestría. Es hecha a fin de generar un proceso de investigación

sobre los efectos y alcances de nuestras prácticas de formación y atención, las necesidades de formación, los efectos de aquella en los desempeños profesionales de los egresados y sus adecuaciones a las necesidades de los contextos organizacionales y sociales más amplios. El referente son los efectos y logros de los procesos terapéuticos con los usuarios, instituciones de remisión de consulta, y la experiencia laboral y profesional del egresado y su impacto en las organizaciones sociales en las que se desempeña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Duque, R. (2015). *La investigación como biosfera autoorganizada. Diálogos entre psicología clínica, ciencias de la complejidad y estética de los mundos posibles*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Estupiñán, J. (2003). "Algunos principios orientadores en los procesos de investigación, intervención y formación de terapeutas y consultores de familia". En *Construcciones en psicología compleja. Aportes y Dilemas* (pp. 49-75). Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., Hernández, Á., Barragán, M., Rodríguez, D., Garzón, D., Polo, M. y Sandoval, H. (2003). *Construcciones en psicología compleja. Aportes y dilemas*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J. y González, O. (2012). *La narrativa conversacional: aportes en el campo de la psicología clínica*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J. (2010). *La terapia sistémica como campo semiótico: un estudio de los sistemas de significación en la construcción del sistema terapéutico*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., González, O. y Serna, A. (2006). *Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Fried, D. y Schnitman, J. (2000). *Resolución de conflictos. Nuevos diseños, nuevos contextos*. Buenos Aires: Granica.

Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

González, O. y Serna, A. (2005). Entre el estilo y el método: el estatuto de la narrativa en la comprensión de los universos psico-socio-culturales. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 1(1): 63-78.

Hernández, Á. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana: hacia una psicología clínica compleja*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Hernández, Á. (2005). *Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: Códice.

Hernández, A., & Bravo, F. (2008). Vínculos, ecología y redes. Dossier No. 1. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Hernández, Á. y Morales, L. (2003). Salud mental, salud pública e impacto social de la formación clínica sistémico-construccionista. En J. Estupiñán, *Construcciones en psicología compleja. Aportes y dilemas* (pp. 35-46). Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2007). *Lineamientos para la inclusión y atención de familias*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Maestría en Psicología Clínica y de la Familia. (2014). *Documento Maestro*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Maestría en Psicología Clínica y de la Familia. (2011). Lineamientos para la Supervisión y la Práctica Clínica de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia. Bogotá: USTA.

Maestría en Psicología Clínica y de la Familia. (2008). *Perspectivas ecológicas del aprendizaje y el cambio. Esbozos conceptuales del aprendizaje y el cambio desde un enfoque complejo*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Maestría en Psicología Clínica y de la Familia. (2007). *Documento Maestro*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

Midori, H. & Brown, J. (1998). *La Práctica de la Terapia de Familia. Elementos Clave en Diferentes Modelos*. España: Descleé de Brouwer.

Ministerio de salud. (4 de octubre de 1993). Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, República de Colombia.

Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

Prigogine, I. (1991). *El nacimiento del tiempo*. Barcelona: Tusquets.

Rodríguez, D. y Niño, J. (2006). Marco comprensivo de los procesos de formación de terapeutas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, vol(número), 42-54.

Rodríguez, D. y Serna, A. (2008). Perspectivas ecológicas de aprendizaje y cambio. Esbozos conceptuales del aprendizaje y el cambio desde un enfoque complejo (informe de investigación). Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Rodríguez, L. (2003). *Construcción del modelo de evaluación de la Maestría en Psicología Clínica y de Familia*. En J. E. Cols., *Construcciones en psicología Compleja* (pp. 109-142). Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Universidad Santo Tomás. (2008). *Reglamento General de Posgrados*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

**RETROALIMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS - I SEMESTRE
PRÁCTICA SUPERVISADA
(AUTO- HETERO-EVALUACIÓN: FORMATO PARA ESTUDIANTES Y SUPERVISORES)**

TERAPEUTA EN FORMACIÓN _____ SUPERVISOR _____

EVALUACIÓN: INTERMEDIA ____ FINAL _____ FECHA _____

OBJETIVO GENERAL DE LA SUPERVISIÓN EN EL I SEMESTRE:

Desarrollar competencias para la conducción de la recepción, la primera entrevista y el guion general del proceso terapéutico, desde una perspectiva sistémico constructivista-construccionista, a través de la apropiación conceptual y el entrenamiento directo y supervisado.

Se recomienda que esta evaluación sea realizada por el terapeuta (T) y retroalimentada por su supervisor (S), teniendo en cuenta la información que pueda aportar el contexto en el que se desarrolla la práctica. Indique en la casilla correspondiente (T o S) el valor numérico dentro del intervalo indicado, respectivo al nivel que considera que se encuentra actualmente el desarrollo de la competencia que se evalúa. Utilice el espacio en blanco para realizar observaciones cualitativas.

Para la calificación de la práctica, se deben promediar los 31 criterios evaluados cuantitativamente, definiendo los promedios de la evaluación del terapeuta y del supervisor. La calificación final será la suma de las ponderaciones de estos promedios, teniendo en cuenta que el peso de la evaluación del supervisor corresponde al 75% y el de la evaluación del terapeuta, al 25%.

Nivel de desarrollo	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente
Valoración	1.0-2.0	2.1-3.0	3.1-4.0	4.1-5.0

1. Competencias específicas del I semestre	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Argumenta y aplica adecuadamente conceptos y principios sistémicos para la comprensión de los sistemas consultantes, sus dificultades y su cambio en la intervención en general.								
	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							
b. Estudia ecosistémicamente las demandas de ayuda	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								
c. Integra lecturas interaccionales y contextuales de la problemática consultada.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								
d. Anima comprensiones coconstruidas y solucionables de los problemas con el sistema consultante.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								

f. Establece contacto emocional y promueve relaciones de colaboración con los consultantes y otros posibles profesionales o equipos asociados al proceso de los casos.	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
h. Utiliza la autorreferencia para la comprensión de la propia postura y su efecto en el proceso interventivo.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
i. Genera y moviliza informaciones relevantes a través de competencias comunicativas, como preguntar, clarificar, sintetizar, reflejar, confrontar, connotar, redefinir y realimentar.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
j. Propone y ajusta planes de intervención focalizando la promoción y uso de recursos.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								

Otras competencias relativas a la práctica:

2. Competencias de evaluación y registro	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Pruebas psicológicas.								
b. Observación de procesos.								
c. Elaboración de informes.								
3. Competencias terapéuticas complementarias	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Investiga y profundiza para la conceptualización de los procesos de intervención.								
b. Genera procesos de acoplamiento emocional del estilo propio frente a los casos para potenciar el efecto de la intervención.								
c. Facilita la creación de contextos conversacionales interaccionales y reflexivos.								
d. Facilita la construcción de equipos para la intervención.								
e. Puede dar cuenta de los procesos de cambio construidos.								
f. Reconoce y evalúa los efectos de la intervención.								
g. Manejo de las propias crisis y de las de otros.								

4. Competencias específicas propias del contexto de la práctica	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Reconoce las características del contexto de las prácticas.								
b. Es capaz de ajustarse y negociar reglas y procedimientos.								
c. Genera información pertinente y oportuna.								
d. Establece y crea contactos interinstitucionales.								
e. Diligencia oportuna y completamente los instrumentos de registro propios del contexto de la práctica.								

5. Competencias para el desarrollo de la coformación	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Presenta disposición y colaboración para el trabajo en equipo.								
b. Asume posturas de acoplamiento y flexibilidad frente al trabajo en equipo.								
c. Asume una actitud proactiva frente a su formación.								
d. Co-participa en la construcción de reglas del contexto de la supervisión.								
e. Produce protocolos con calidad.								
f. Participa activa y creativamente para dinamizar el proceso de la supervisión.								

Motivación y cumplimiento	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
6. Motivación para la práctica								
7. Cumplimiento y responsabilidad								

8. Valoración del terapeuta de los efectos logrados en los casos atendidos (alcances, limitaciones):

9. Autoapreciación del terapeuta del estado actual de su formación y necesidades para su cualificación:

10. Apreciación del supervisor(sobre el estado actual de entrenamiento del terapeuta y necesidades o sugerencias para su cualificación:

Calificación de la práctica: Terapeuta (25%)_____ Supervisor (75%)_____ Calificación final_____

Firmas:

El supervisor _____

El terapeuta en formación _____

**RETROALIMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS - II SEMESTRE
PRÁCTICA SUPERVISADA
(AUTO- HETERO-EVALUACIÓN: FORMATO PARA ESTUDIANTES Y SUPERVISORES)**

TERAPEUTA EN FORMACIÓN _____ SUPERVISOR _____

EVALUACIÓN: INTERMEDIA ____ FINAL _____ FECHA _____

OBJETIVO GENERAL DE LA SUPERVISIÓN EN EL II SEMESTRE:

Desarrollar competencias para la creación de contextos terapéuticos desde la construcción de lecturas interaccionales y contextuales, y guiones interventivos con diversidad de estrategias, poniendo en juego la auto y heterorreferencia para movilizar el cambio terapéutico.

Se recomienda que esta evaluación sea realizada por el terapeuta (T) y retroalimentada por su supervisor (S), teniendo en cuenta la información que pueda aportar el contexto en el que se desarrolla la práctica. Indique en la casilla correspondiente (T o S) el valor numérico dentro del intervalo indicado, respectivo al nivel en que considera que se encuentra actualmente el desarrollo de la competencia que se evalúa. Utilice el espacio en blanco para realizar observaciones cualitativas.

Para la calificación de la práctica, se deben promediar los 30 criterios evaluados cuantitativamente, definiendo los promedios de la evaluación del terapeuta y del supervisor. La calificación final será la suma de las ponderaciones de estos promedios, teniendo en cuenta que el peso de la evaluación del supervisor corresponde al 75% y el de la evaluación del terapeuta, al 25%.

Nivel de desarrollo	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente
Valoración	1.0-2.0	2.1-3.0	3.1-4.0	4.1-5.0

1. Competencias específicas del II semestre	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Logra coherencia entre la comprensión, comunicación y operación como terapeuta, de <i>principios y conceptos del enfoque.</i>	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							
b. Define un <i>contexto claro y concertado</i> con el sistema consultante para desarrollar el proceso interventivo.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							
c. Establece un <i>contacto emocional adecuado</i> con los consultantes, profesionales o equipos asociados al proceso de los casos.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							
d. Realiza <i>lecturas interaccionales y contextuales</i> de la problemática motivo de consulta y del sistema terapéutico.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							

e. Propone y ajusta cursos y <i>estrategias sistémicas</i> para la intervención monitoreando sus efectos.	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
f. Utiliza habilidades <i>lingüísticas</i> pertinentes al enfoque y a las necesidades del proceso interventivo, como preguntar, sintetizar, reflejar, realimentar, redefinir, confrontar, recurrir a analogías y metáforas y dar directrices.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
g. Focaliza la ayuda en la generación y utilización de recursos disponibles útiles para la intervención, desde una mirada apreciativa, que trasciende posturas centradas en las limitaciones y el déficit.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
h. Utiliza generativamente la <i>autorreferencia</i> , ejercitándose en el chequeo propio para dar cuenta de sus efectos en las comprensiones, relaciones y contextos construidos.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
i. Integra un <i>guion interventivo</i> desde la auto y la heterorreferencia, que le permite comprender, operar y dar cuenta de elementos y procesos involucrados en la problemática, la intervención y el cambio emergente en la terapia.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								

2. Competencias de evaluación y registro	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Pruebas psicológicas.								
b. Observación de procesos.								
c. Historia clínica.								
c. Elaboración de informes.								

3. Competencias terapéuticas complementarias	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Investiga y profundiza para la conceptualización de los procesos de intervención.								
b. Facilita la creación de contextos conversacionales interaccionales y reflexivos.								
c. Puede dar cuenta de los procesos de cambio construidos.								
d. Maneja las propias crisis y las de otros.								

4. Competencias específicas propias del contexto de la práctica	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Reconoce las características del contexto de las prácticas.								
b. Es capaz de ajustarse y negociar reglas y procedimientos.								
c. Genera información pertinente y oportuna.								
d. Establece y crea contactos interinstitucionales.								
e. Diligencia oportuna y completamente los instrumentos de registro propios de cada contexto.								

5. Competencias para el desarrollo de la coformación	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Presenta disposición y colaboración para el trabajo en equipo.								
b. Asume posturas de acoplamiento y flexibilidad frente al trabajo en equipo.								
c. Asume una actitud proactiva frente a su formación.								
d. Coparticipa en la construcción de reglas del contexto de la supervisión.								
e. Produce protocolos con calidad.								
f. Participa activa y creativamente para dinamizar el proceso de la supervisión.								

Motivación y cumplimiento	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
6. Motivación para la práctica								
7. Cumplimiento y responsabilidad								

8. Valoración del terapeuta de los efectos logrados en los casos atendidos (alcances, limitaciones):

9. Autoapreciación del terapeuta del estado actual de su formación y necesidades para su cualificación:

10. Apreciación del supervisor(sobre el estado actual de entrenamiento del terapeuta y necesidades o sugerencias para su cualificación:

Calificación de la práctica: Terapeuta (25%) _____ Supervisor (75%) _____ Calificación final _____

Firmas:

El supervisor _____

El terapeuta en formación _____

**RETROALIMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS - III SEMESTRE
PRÁCTICA SUPERVISADA
(AUTO- HETERO-EVALUACIÓN: FORMATO PARA ESTUDIANTES Y SUPERVISORES)**

TERAPEUTA EN FORMACIÓN _____ SUPERVISOR _____

EVALUACIÓN: INTERMEDIA ____ FINAL _____ FECHA _____

OBJETIVO GENERAL DE LA SUPERVISIÓN EN EL III SEMESTRE:

Comprender y operar en casos con pauta severa en la diversidad de contextos sociales, desde una perspectiva sistémico constructivista-construccionista y compleja, a través de la apropiación conceptual y el entrenamiento directo y supervisado.

Se recomienda que esta evaluación sea realizada por el terapeuta (T) y retroalimentada por su supervisor (S), teniendo en cuenta la información que pueda aportar el contexto en el que se desarrolla la práctica. Indique en la casilla correspondiente (T o S) el valor numérico dentro del intervalo indicado, respectivo al nivel en que considera que se encuentra actualmente el desarrollo de la competencia que se evalúa. Utilice el espacio en blanco para realizar observaciones cualitativas.

Para la calificación de la práctica, se deben promediar los 30 criterios evaluados cuantitativamente, definiendo los promedios de la evaluación del terapeuta y del supervisor. La calificación final será la suma de las ponderaciones de estos promedios, teniendo en cuenta que el peso de la evaluación del supervisor corresponde al 75% y el de la evaluación del terapeuta, al 25%.

Nivel de desarrollo	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente
Valoración	1.0-2.0	2.1-3.0	3.1-4.0	4.1-5.0

	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente		
	T	S	T	S	T	S	T	S	
1. Competencias específicas del III semestre									
a. Desarrolla lecturas complejas y ecológicas, e incorpora tanto las reconceptualizaciones de la pauta severa y de la intervención clínica, como las emergencias contextuales de los sistemas consultantes y terapéuticos, y las autorreferencias del terapeuta.									
	Observaciones del supervisor								
	Observaciones del terapeuta								
b. Despliega posturas y estrategias para promover la conversación e interacción coconstructiva en procesos de cambio, aportando lecturas diversas, procesos autorreferenciales y habilidades interventivas diferenciadas, según los momentos de los procesos interventivos en curso, que posibiliten nuevos sentidos, recursos y modos de actuar.									
	Observaciones del supervisor								
	Observaciones del terapeuta								
c. Opera principios, posturas y estrategias para el trabajo en equipos y redes, que posibiliten desarrollar contextos conversacionales y reflexivos, que tejan coordinaciones con el fin de movilizar pautas severas.									
	Observaciones del supervisor								
	Observaciones del terapeuta								
d. Comunica adecuadamente, de manera gestual, verbal y escrita, las comprensiones sobre los casos y los procesos terapéuticos.									
	Observaciones del supervisor								
	Observaciones del terapeuta								

Otras competencias relativas a la práctica:

2. Competencias de evaluación y registro	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Pruebas psicológicas.								
b. Observación de procesos.								
c. Historia clínica.								
c. Elaboración de informes.								

3. Competencias terapéuticas complementarias	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Investiga y profundiza para la conceptualización de los procesos de intervención.								
b. Genera procesos de acoplamiento emocional del estilo propio frente a los casos para potenciar el efecto de la intervención.								
c. Puede dar cuenta de los procesos de cambio contruidos.								
d. Reconoce y evalúa los efectos de la intervención.								
e. Da cuenta del efecto de la propia participación en los procesos creados.								
f. Maneja las propias crisis y las de otros.								

4. Competencias específicas propias del contexto de la práctica	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Reconoce las características del contexto de las prácticas.								
b. Es capaz de ajustarse y negociar reglas y procedimientos.								
c. Genera información pertinente y oportuna.								
d. Establece y crea contactos interinstitucionales.								
e. Diligencia oportuna y completamente los instrumentos de registro propios de cada contexto.								

**RETROALIMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS - IV SEMESTRE
PRÁCTICA SUPERVISADA
(AUTO- HETERO-EVALUACIÓN: FORMATO PARA ESTUDIANTES Y SUPERVISORES)**

TERAPEUTA EN FORMACIÓN _____ SUPERVISOR _____

EVALUACIÓN: INTERMEDIA ____ FINAL _____ FECHA _____

OBJETIVO GENERAL DE LA SUPERVISIÓN EN EL III SEMESTRE:

Comprender y operar en casos con pauta severa en la diversidad de contextos sociales, desde una perspectiva sistémico constructivista-construccionista y compleja, a través de la apropiación conceptual y el entrenamiento directo y supervisado.

Se recomienda que esta evaluación sea realizada por el terapeuta (T) y retroalimentada por su supervisor (S), teniendo en cuenta la información que pueda aportar el contexto en el que se desarrolla la práctica. Indique en la casilla correspondiente (T o S) el valor numérico dentro del intervalo indicado, respectivo al nivel en que considera que se encuentra actualmente el desarrollo de la competencia que se evalúa. Utilice el espacio en blanco para realizar observaciones cualitativas.

Para la calificación de la práctica, se deben promediar los 30 criterios evaluados cuantitativamente, definiendo los promedios de la evaluación del terapeuta y del supervisor. La calificación final será la suma de las ponderaciones de estos promedios, teniendo en cuenta que el peso de la evaluación del supervisor corresponde al 75% y el de la evaluación del terapeuta, al 25%.

Nivel de desarrollo	Deficiente	Insuficiente	Aceptable	Sobresaliente
Valoración	1.0-2.0	2.1-3.0	3.1-4.0	4.1-5.0

1. Competencias específicas del IV semestre	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Construye y moviliza <i>hipótesis ecológicas e interaccionales</i> de los casos y de la intervención.								
	Observaciones del supervisor							
	Observaciones del terapeuta							
b. <i>Diseña, implementa y ajusta planes y estrategias</i> que convocan e impactan a diversos actores de la ecología social, implicados en la construcción y resolución del problema clínico. Igualmente, da cuenta del efecto de dichos planes y estrategias.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								
c. Facilita la <i>construcción de equipos para la intervención</i> .	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								
d. <i>Autorreferencia</i> , ajusta y utiliza generativamente las propias características actitudinales y comportamentales a lo largo de los procesos interventivos, dando cuenta del efecto de la propia participación en los procesos creados.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
Observaciones del supervisor								
Observaciones del terapeuta								

e. Desarrolla, <i>reconoce y opera el propio estilo terapéutico</i> en la integración creativa entre las características de los contextos de intervención y los recursos personales del terapeuta.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								
f. Opera el <i>escenario terapéutico como escena investigativa-interventiva</i> desde los principios organizadores y operadores del paradigma.	Deficiente		Insuficiente		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
	Observaciones del supervisor							
Observaciones del terapeuta								

Otras competencias relativas a la práctica:

2. Competencias de evaluación y registro	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Pruebas psicológicas.								
b. Observación de procesos.								
c. Historia clínica.								
c. Elaboración de informes.								

3. Competencias terapéuticas complementarias	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Aplica los conceptos y principios paradigmáticos a os diferentes contextos de evolución.								
b. Investiga y profundiza para la conceptualización de los procesos de intervención.								
c. Genera procesos de acoplamiento emocional del estilo propio frente a los casos para potenciar el efecto de la intervención								
d. Facilita la creación de contextos conversacionales interaccionales y reflexivos.								
e. Puede dar cuenta de los procesos de cambio contruidos.								
f. Maneja las propias crisis y las de otros.								

4. Competencias específicas propias del contexto de la práctica	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Reconoce las características del contexto de las prácticas.								
b. Es capaz de ajustarse y negociar reglas y procedimientos.								
c. Genera información pertinente y oportuna.								
d. Establece y crea contactos interinstitucionales.								
e. Diligencia oportuna y completamente los instrumentos de registro propios de cada contexto.								

5. Competencias para el desarrollo de la coformación	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
a. Presenta disposición y colaboración para el trabajo en equipo.								
b. Asume posturas de acoplamiento y flexibilidad frente al trabajo en equipo.								
c. Asume una actitud proactiva frente a su formación.								
d. Coparticipa en la construcción de reglas del contexto de la supervisión.								
e. Produce protocolos con calidad.								
f. Participa activa y creativamente para dinamizar el proceso de la supervisión.								

Motivación y cumplimiento	Deficiente		Aceptable		Aceptable		Sobresaliente	
	T	S	T	S	T	S	T	S
6. Motivación para la práctica								
7. Cumplimiento y responsabilidad								

8. Valoración del terapeuta de los efectos logrados en los casos atendidos (alcances, limitaciones):

9. Autoapreciación del terapeuta del estado actual de su formación y necesidades para su cualificación:

10. Apreciación del supervisor(sobre el estado actual de entrenamiento del terapeuta y necesidades o sugerencias para su cualificación:

Calificación de la práctica: Terapeuta (25%) _____ Supervisor (75%) _____ Calificación final _____

Firmas:

El supervisor _____

El terapeuta en formación _____



UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

