

FORMAR EN PSICOTERAPIA: UN DESAFÍO, UNA ILUSIÓN, UN COMPROMISO

*TRAINING IN PSYCHOTHERAPY:
CHALLENGES, EXPECTATIONS, COMMITMENT*

*APRENDIZAGEM EM PSICOTERAPIA:
ILUSÃO, DESAFIO, COMPROMETIMENTO*

Denise Defey

Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: denisedefey@vera.com.uy

ORCID: 0000-0002-5963-525X

Recibido: 14/3/2022

Aceptado: 24/4/2022

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

DEFEY, D. (2022). Formar en psicoterapia: un desafío, una ilusión, un compromiso. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 3(1), 65-79. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/e3.1.5

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

La formación en psicoterapia adopta múltiples formatos en diversos contextos. Una investigación reciente ha mostrado que puede tener efectos deletéreos en la autoestima y capacidad de empatía, pese a proveer conocimientos académicos pertinentes. A partir de la experiencia de formación de personal de salud basada en el aprendizaje procedural, de la capacidad de cuidar a partir de la experiencia de ser cuidados en la vulnerabilidad de los inicios de la formación, se presenta un modelo de formación que jerarquiza el sostén y contención de quienes se forman, especialmente a través de un sistema de supervisiones grupales y la complementación de la formación académica con instancias vivenciales de exploración de la construcción del *self* terapéutico y las ansiedades inherentes al inicio de la práctica clínica.

Palabras clave: psicoterapia, formación, supervisión, apoyo.

Abstract

In different contexts, countries and institutions, training in psychotherapy varies greatly. Recent research has shown that it can have negative effects on trainees' self-esteem and capacity for compassion and sympathy towards others, even though it may provide academic inputs. Taking as a model training of health care personnel, this paper presents a training model based on procedural learning of the capacity to care for others gained through the experience of being cared for during the training experience. This paper presents a training model which combines academic knowledge with experiential workshops aimed at exploring feelings of fear and incompetence in the face of the start of clinical practice, thus contributing to the construction of a psychotherapeutic self. Group supervision conducted in a friendly, horizontal style is an essential complement.

Keywords: training, psychotherapy, supervision, support.

Resumo

A formação em psicoterapia é apresentada de múltiplas formas em contextos diversos. Uma pesquisa recente demonstrou que pode ter efeitos deletérios na autoestima e na capacidade de empatia, mesmo oferecendo conhecimento acadêmico apropriado. Partindo da experiência de treinamento de pessoal de saúde, com base na aprendizagem processual, da capacidade de cuidar após a vivência de receber cuidados na vulnerabilidade do início da formação, propõem-se um modelo que prioriza o suporte e a contensão dos formandos. Isso é feito especialmente através de um sistema de supervições grupais, e complementando a formação acadêmica com vivências que exploram a construção do *self* terapêutico e as ansiedades próprias do início da prática clínica.

Palavras-chave: psicoterapia, formação, supervisão, apoio.

Ante todo, explicaré el título: la formación en psicoterapia (en general y en especial en psicoterapia psicoanalítica) constituye una de las áreas sobre las que menos se ha investigado, que menos se ha sistematizado y sobre la cual los controles han sido más exiguos (hay códigos de ética, por ejemplo, sobre el ejercicio, pero no sobre la formación). Es más, algunas investigaciones (Evers et. al, 2021, es un caso) no son nada alentadoras sobre los efectos que producen en quienes se forman. Por otra parte, la supervisión es una tarea que —en nuestro medio y muchos otros— se hace en forma autodidacta, pues no existe la posibilidad de formarse como supervisores.

Sin embargo, quienes formamos en psicoterapia desde hace varias décadas sabemos del peso que significa la responsabilidad de tener en nuestras manos (aunque sea «en diferido») la salud mental de tanta gente que se atenderá con nuestros alumnos, y ni que hablar del peso que nos significa compartir en la supervisión la responsabilidad y las angustias por un paciente que atiende nuestra persona supervisada. A esto se suman las preocupaciones y angustias propias de quien ejerce la función terapéutica, especialmente dadas las inseguridades y temores de quienes toman sus primeros pacientes bajo nuestra *supervisión*. Pocos estudios abordan, asimismo, los fenómenos transferenciales y contratransferenciales entre supervisor y supervisado, así como los complejos juegos de poder entre ellos. Además, entre los terapeutas en formación y sus pacientes se establece, en estas condiciones, un tipo especial de relación terapéutica (incluyendo la dimensión de la contratransferencia). El novel terapeuta debe, por un lado, *atender* (en el sentido asistencial) los mensajes y requerimientos del paciente, mientras, por otro, debe *atender* los

mensajes y requerimientos de quien lo supervisa (en un sentido cognitivo, no exento de connotaciones emocionales). Esto se ve aún más complejizado cuando el supervisor tiene, también, una función de evaluador en el marco de la formación, por lo cual decidirá si el supervisado llegará a su meta de convertirse en un terapeuta *con todas las de la ley*. Decimos que formar en psicoterapia es una ilusión: poder legar nuestros aprendizajes y experiencias, contribuyendo de esta forma a la salud mental de la población. Representa también la esperanza de poder trascender los límites de nuestra capacidad, disponibilidad y tiempo real de ejercicio directo de la asistencia. No deja de ser un desafío, a la misma vez, el no excedernos en la tentación narcisística y el lugar de poder que implica formar y, en especial, supervisar. No resulta tan obvio que podamos mostrar nuestros propios errores como terapeutas, aceptar percepciones y estilos diferentes, mostrar las limitaciones de la línea que postulamos, así como tolerar errores y fracasos de nuestras orientaciones o consejos. En definitiva, mostrar las propias vulnerabilidades como terapeutas y como supervisores.

Las formas de conceptualizar y conducir la formación admiten múltiples modalidades y variantes. A estas las hemos llegado a conocer por tener varias décadas de experiencia ofreciendo formación, por el contacto con otros colegas en la misma tarea y por la pertenencia a sociedades científicas (especialmente SPRSTAD, el grupo de trabajo sobre el tema de la SPR de la Sociedad Internacional para la Investigación en Psicoterapia). En lo que hemos visto, la formación puede estar centrada casi exclusivamente en conocimientos académicos o, por el contrario, jerarquizar experiencias vivenciales (como el tener una mascota a cargo durante el tiempo en que dura la formación). Puede estar centrada solo en la psicopatología o procurar una visión más amplia y eludir las clasificaciones nosológicas del continuo salud-enfermedad. La supervisión y validación del trabajo clínico puede basarse en relatos del terapeuta en formación

sobre su trabajo clínico o incluir práctica con pacientes en cuyos procesos se debe participar en persona (ya sea teniendo a cargo el tratamiento, en otras acompañando en sesión a un terapeuta experimentado, aun en otras observando en vivo o video a los docentes conduciendo el tratamiento). Por otra parte, el lugar de paciente para la práctica puede ser ocupado por personas reales o con robots programados para responder de acuerdo con lo esperado en un determinado cuadro psicopatológico.¹ Se ha enfatizado que lo fundamental de la formación es desarrollar sensibilidad clínica y también lo que se conoce como habilidades comunicacionales y sociales: escucha activa, buen manejo de la comunicación no verbal, respeto y a la vez visión optimista sobre los problemas del paciente, así como *cultivar* personas que funcionen mejor en tanto tales, es decir, cuidar la salud mental de los futuros terapeutas (Norcross y Goldfried, 2005). Carlevaro insistía en formar personas, no técnicos.

La formación también puede tener características de formación de posgrado, con sus correspondientes evaluaciones y exigencias académicas, o ser una formación al estilo del aprendiz de un oficio: sin instancias regulares de clase, sin necesidad de una formación de grado previa, sin una formalidad que permita a la persona presentarse como psicoanalista. Sin embargo, durante décadas en muchos países (incluido Uruguay) el equivalente a la formación fue la supervisión, en un formato que a muchos hoy no nos parece válido desde el punto de vista ético: el profesional recién recibido se iniciaba en el trabajo terapéutico sin ninguna formación técnica específica (tal vez grupos de estudio centrados en aspectos conceptuales o teóricos) y, a través de las supervisiones, iba corrigiendo el rumbo de su labor. Esta no recibía ningún control o evaluación más que la opinión del supervisor que, en encuentros privados y en general fuera de toda institución, opinaba sobre la probidad del trabajo terapéutico del

1 Kristin Osborn, comunicación personal (febrero de 2022).

novel profesional, en una especie de evaluación posevento de los errores cometidos, a expensas del paciente sometido al ensayo y error del nuevo terapeuta.

La formación en términos institucionales y pautados toma en el mundo uno de los siguientes formatos: como formación de posgrado para algunas profesiones (generalmente de la salud mental, con apertura a otras o ningún límite, según los países, líneas terapéuticas e instituciones), o bien como formación de grado, obteniéndose el título de psicoterapeuta en primer lugar y profundizando en una línea después. El concepto de la psicoterapia como profesión por sí misma es la postura del Consejo Mundial de Psicoterapia y fue transformada en Plan de Estudios y formalizada por primera vez por la Universidad Sigmund Freud, en Viena. En Alemania se está instaurando, al momento de escribir este trabajo, un sistema similar, con la peculiaridad de que la formación de base en psicoterapia cubre cinco años y se requieren otros cinco para afinar los estudios y entrenamiento en la línea terapéutica que se haya elegido. Al igual que en otros países, como Suecia, los terapeutas completan sus estudios cuando ya tienen cerca de treinta años. En la Universidad Sigmund Freud, no obstante, alcanzan tal título con edades entre los veintidós y veintitrés años. En ambos modelos, se considera un problema el tema de la edad a la hora de completar la graduación.

El tema del pago por la formación es otro asunto que admite múltiples variantes, fue un tema de agria discusión en nuestro medio, en el cual es posible obtener un cierto nivel de formación sin pago de aranceles, pero donde la formación sigue siendo paga (si bien el costo se mantiene dentro de niveles muy inferiores a los de otros países). Esto representa en varios países un problema sumamente importante, pues la psicoterapia corre el riesgo del sesgo de la extracción social de quienes la ejercen. La otra consecuencia inherente a esta situación es que estimule el ejercicio sin ninguna formación específica, agravado en nuestro medio por la

inexistencia (al momento de escribir este trabajo) de una reglamentación de la psicoterapia (que, en realidad, queda validada por ley dentro de las potestades profesionales de todos los psicólogos, tengan o no formación específica). Se ha trabajado mucho (con resultados muy magros) por lograr una formación universitaria de acceso universal, habiendo trabajado para ello muchos de quienes ofrecen la formación a través de instituciones que —sin aportes financieros del Estado— no tienen otra opción que cobrar aranceles por la formación. Es útil tener en cuenta que prestigiosas instituciones como la Universidad Autónoma de México confían la formación en psicoterapia a las instituciones y sociedades científicas, a las cuales terceriza esta formación específica.

El tema de la calidad de la formación, más allá de la línea terapéutica en que se trabaje, ha sido motivo de los desvelos desde la primera hora de su existencia de la Federación Uruguaya de Psicoterapia, que ha establecido normas mínimas en cuanto a contenidos y extensión de la formación (360 horas de formación teórico-técnica, la inclusión de evaluaciones formales, 100 horas de supervisión grupal o individual, dos procesos terapéuticos completos conducidos por el terapeuta en formación, y un espacio de reflexión sobre la propia práctica y la implicación personal en esta).

La pregunta fundamental que subyace a todas estructuras y normativas es el grado real de utilidad de la formación para la asistencia de quienes precisan nuestro trabajo, así como los efectos profundos y duraderos sobre el terapeuta en formación, tanto en relación con sus habilidades y destrezas profesionales como con las cualidades personales imprescindibles para el encuentro profundo con un otro que precisa de nuestra comprensión y empatía como cualidades esenciales.

Es interesante detenerse en un estudio realizado en amplitud y profundidad que evalúa el efecto de la formación en toda Alemania, relevando en forma longitudinal a 219 profesionales mientras transitaban

su formación de posgrado en psicoterapia en el régimen tradicional de capacitación de posgrado (Evers et al., 2021). Los resultados son bastantes contundentes en mostrar un claro mejoramiento en conocimientos y destrezas técnicas, junto con un marcado deterioro de la capacidad de empatía y de la autoestima. Un segundo estudio de tipo cualitativo (en fase de revisión para su publicación, por parte del mismo equipo) identifica, por un lado, como causas de este deterioro patologías profundas en los candidatos (basadas especialmente en traumas tempranos) y, además, un estilo de formación puramente académico combinado con un estilo de supervisión siempre individual, normativo y percibido muchas veces como humillante e invalidante.²

Esto remite a varias reflexiones sobre la clásica discusión de la formación versus transmisión como formas idóneas para preparar para el trabajo dentro del psicoanálisis. En nuestra opinión, introduce en este terreno el tema de cómo se produce la construcción del *self* terapéutico a través de la formación, en especial en relación con la supervisión. El supervisor se transforma, en los hechos, en figura de identificación a la vez que de valor normativo para el supervisado que (en el marco de la institución) lo alberga y sostiene, pero que tiene también una palabra final para darle su validación como terapeuta. Se ha comenzado a estudiar cómo el peso de la relación (y alianza) con el supervisor va mucho más allá de los aspectos formales, se entronca con patrones de apego de ambos y genera en quien se forma componentes de memoria implícita, definida como aquello que queda en nosotros de lo que hemos vivido (Velasco, 2011), que harán a su identidad y estilo como terapeuta. Se reproduce en el vínculo terapéutico, de modo no consciente, lo que se ha vivido en la relación con el supervisor, con quien el vínculo está marcado por una

2 Oliver Evers, comunicación personal (febrero de 2022).

vivencia de vulnerabilidad similar a la de aquellos que atenderá luego en su vida profesional.

Podríamos decir que los terapeutas aprenden a cuidar (o no) según como son (o no) cuidados. También podríamos invocar al gran científico uruguayo Alejandro Zaffaroni (Axial, 2022), que decía que la mejor manera de aprender es equivocarse en condiciones de seguridad.

Quisiéramos, en este punto, relatar la experiencia del proyecto Mujeres Sin Voz que condujimos en la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina entre 2001 y 2010, que abarcó a diez generaciones de ingreso. Este programa se desarrolló teniendo en cuenta que la obstetra-partera ejerce una profesión que aborda a las personas siempre en situación de vulnerabilidad, aunque sea pasajera y debida a hechos naturales como la gestación y el parto, lo cual hace esencial desarrollar su capacidad de empatía y cuidado. Así como otros aspectos específicos de la profesión, una serie de componentes del proyecto estuvieron centrados en cobijar, escuchar y sostener a estos grupos de ingreso, compuestos por 150 estudiantes; en el 80% de los casos provenían del interior y el 50% pertenecían, además, a hogares pobres. Múltiples intervenciones de *amadramiento* buscaban cobijarles en el desarraigo de sus hogares familiares, en el tránsito evolutivo a vida universitaria, así como la dolorosa y difícil inserción en la amenazadora y anónima capital. Un sistema de *madrinas* procuraba unir a alumnas de años anteriores con compañeras recién llegadas (en especial en los difíciles fines de semana en soledad). Una red de contactos unía a las alumnas del mismo departamento. Un contacto personal y privado de cada alumna con la coordinación docente buscaba subsanar el anonimato de la masividad de la docencia universitaria. Un trabajo sostenido en muy pequeños grupos con ayudantes de clase buscaba remedar la conversación y cercanía de la vida en el hogar. Una exploración del entorno (salas del hospital, consultorios, salas de espera) en esa misma compañía buscaba ser una guía confiable en un mundo desconocido y amenazador.

Este proyecto (supervisado por Bernhard Strauss de la Universidad de Gena, Alemania) fue evaluado —culminado cada año de trabajo— en sus efectos sobre la capacidad de empatía y mostró que la preservaba quien ya disponía de esta capacidad, incrementando de forma notoria en aquellas estudiantes que, en la evaluación de ingreso al proyecto, habían mostrado claras dificultades. Por otra parte, también se modificaba el grado de atribución de significados negativos a la conducta del otro, en general asociada a maltrato por parte del personal de salud.

Retomemos acá el tema del aprendizaje procedimental o implícito en el marco de la formación en psicoterapia, complementario a la tradicional discusión sobre formación versus trasmisión. La tarea fundamental del terapeuta es *cuidar* del otro y la experiencia de *ser cuidado* en la formación adquiere una dimensión de gran trascendencia. Esto se relaciona concretamente en la planificación y conducción de la formación con tres elementos centrales, que discutiremos de forma separada y en los que buscaremos compartir nuestra experiencia: a) el clima institucional, b) el plan de estudios y c) la modalidad de supervisión.

a) Clima institucional. Como la psicoterapia es —aun en sus formatos multipersonales— un proceso en que las investigaciones cada vez más indican como necesariamente *de medida (tailored)*, *idiosincrático* o *personalizado*, es contradictorio que la formación no lo sea. A nuestro modo de ver, la formación debe estar atenta al terapeuta en formación como persona, con sus momentos personales complejos, sus limitaciones y dificultades para el rol y la tarea. Tampoco debería dejar de atender y sostener los avatares de su relación con sus pacientes de la práctica clínica. Este sostén atento, cercano e igualmente personalizado constituye una experiencia vivida de ser cuidado que ayuda a aprender a cuidar a otros. Asimismo, la posibilidad contar con el respaldo institucional en situaciones extremas o de gran dificultad para resolver problemas clínicos o pacientes difíciles es otra

experiencia de presencia continente para ser registrada, más allá de los contenidos teóricos o conceptuales de la formación.

- b) Plan de estudios. La inclusión de estas dimensiones a la hora de construir un plan de estudios para formar terapeutas obliga a insertar componentes de apoyo en momentos fundamentales de la formación: al completar el ciclo introductorio, al acercarse al momento de la práctica clínica, así como acompañando el proceso de supervisión con talleres sobre fortalezas y vulnerabilidades propias, puestos en juego por la tarea terapéutica. Los temas de estos componentes de apoyo deben vincularse a la construcción del *self* terapéutico: los temores inherentes al inicio de la práctica clínica, las múltiples incertidumbres y resonancias del trabajo en la realidad concreta del trabajo con cada paciente, las necesidades de sostén en los fracasos y momentos de transferencia negativa de los pacientes, así como el cierre de los procesos.
- c) Modalidad de supervisión. Parece capital en lograr no solo aprendizajes técnicos, sino una autovaloración y un grado de confianza en sí mismos que resulta esencial para la tarea de ayudar al otro a conducir su vida. La experiencia de la supervisión grupal (eventualmente combinada con supervisión individual para temas que requieren privacidad), apoyada con la transcripción de las sesiones, resulta extraordinaria para cumplir estos fines. El hecho de compartir los casos en un grupo pequeño multiplica las posibilidades de aprendizaje al *seguir* varios casos por la escucha pasiva del relato de sesiones, así como también por la participación activa de la discusión de cada sesión de cada caso en la supervisión, precedido por la lectura minuciosa (y obligatoria para todos) de las sesiones antes del encuentro. Las múltiples miradas sobre el material enriquecen las intervenciones desde diferentes perspectivas de edad, género, experiencias de vida y de inserción profesional por parte del resto del grupo. El poder compartir

la responsabilidad de la conducción de los casos alivia enormemente el peso de los primeros casos, permitiendo catectizar con mayor intensidad el encuentro con el paciente, mientras se siente internamente la presencia del *coro griego* que acompaña en el camino. El clima distendido en el encuentro grupal, con lugar para el humor, permite compartir errores y temores. El funcionamiento en *asamblea* entre el grupo y el supervisor a la hora de decisiones clínicas importantes empodera al terapeuta y a sus compañeros y también entrena para la posición activa en la toma de decisiones clínicas pasada la etapa de formación.

Otro asunto importante en relación con la formación en psicoterapia psicoanalítica es el lugar de la realidad externa tangible, que trasciende la subjetividad del paciente, a la hora tanto del diagnóstico como de la intervención. La tradición dentro del psicoanálisis ha sido la supremacía e incluso la validación exclusiva de la «verdad» subjetiva. Sin embargo, creemos firmemente que no es equivalente, ni para el diagnóstico ni para la intervención, el «sentirse abandonado» por la propia madre en la infancia que el haberlo sido efectivamente. Otro tanto sucede con asuntos trascendentes como la violencia dentro de la pareja, el fracaso escolar o la posibilidad de aceptar una enfermedad importante propia, cuyos riesgos reales consideramos que el terapeuta debe conocer.

A partir de los primeros trabajos de Bleger (1967) sobre la situación analítica, hemos aprendido junto con Fiorini (1979) el concepto de diagnóstico y abordaje situacionales en psicoterapia, enriquecidos y profundizados por el paradigma de complejidad propuesto por Edgar Morin (2001). Si bien la opción terapéutica pueda indicar el abordaje prioritario o exclusivo de los aspectos subjetivos de la problemática, nos resulta un imperativo tanto técnico como ético el diagnóstico situacional desde una perspectiva de complejidad que incluya la perspectiva del paciente y además otros elementos de su realidad y su contexto que hacen a su

diagnóstico y su pronóstico. En términos de formación de futuros terapeutas, esto implica especiales desafíos en el entrenamiento de las capacidades de observación y relevamiento de información (como, por ejemplo, la interconsulta con un médico tratante en un paciente que niega su condición en una enfermedad grave o terminal, o con el abogado a cargo en un juicio sobre el cual el paciente tiene una percepción totalmente distorsionada). Esto introduce también la adquisición de técnicas y destrezas para la inclusión en la etapa diagnóstica de entrevistas a referentes afectivos cuya perspectiva sobre el paciente puede ser esencial para lograr un diagnóstico afinado de su situación de vida y sus riesgos antes de poder ambos (terapeuta y paciente) internarse en el viaje interior por sus subjetividades y vivencias.

Somos conscientes de que los planteos antedichos pueden resultar controversiales o incluso contrapuestos a lo que muchos entienden como psicoterapia psicoanalítica. No obstante, entendemos que la nuestra es, ante todo, una profesión asistencial y que nuestra perspectiva sobre el paciente y sus riesgos debe, de forma inevitable, incluir la dimensión de la realidad objetivable, justamente para poder velar por esos riesgos mientras lo acompañamos en la exploración de su mundo interior.

Finalmente, la inclusión de la reflexión ética sobre el quehacer psicoterapéutico nos parece un componente esencial de la formación, haciéndolo no solo en términos abstractos de la disciplina, sino llevándolo a la discusión en la supervisión grupal y otras instancias de los aspectos éticos implícitos en el manejo de los casos a cargo del terapeuta en formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AXIAL (2022). *Eight lessons from Alejandro Zaffaroni* (ALZA Corporation).
https://axial.substack.com/p/eight-lessons-from-alejandro-zaffaroni?s=r&utm_campaign=post&utm_medium=web
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Paidós.
- CARLEVARO, P. (1998). *El rol de la Universidad y su relación con la sociedad*. *Cuadernos de Política Universitaria*, 1(1), 20-32.
- DEFEY, D. (2021). *El diagnóstico y abordaje situacionales en psicoterapia como imperativo ético y técnico*. Manuscrito inédito.
- DEFEY, D., SABAH, B. y STOLOVICH, B. (2010). *Vidas difíciles. Maternidad y discapacidad: una mirada desde adentro*. Facultad de Medicina (Udelar) y Comunidad Israelita del Uruguay.
- EVERS, O., SCHRÖDER-PFEIFER, P., MÖLLER, H. y TAUBNER, S. (2021). The competence development of German psychotherapy trainees: A naturalistic, longitudinal and multidimensional outcome study. *Psychotherapy Research*, 32(4), 539-553. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1950939>
- FIORINI, H. (1979). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- FIORINI, H. (2000). *Estructuras y abordajes en psicoterapia psicoanalítica*. Nueva Visión.
- GARBARINO, H. (1980). *La formación del psicoterapeuta psicoanalítico* [conferencia]. Posgrado en Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo.
- MORIN, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- NORCROSS, J. y GOLDFRIED, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.
- NORCROSS, J. y WAMPOLD, B. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 67(2), 127-32. <https://doi.org/0.1002/jclp.20764>

RÖNNESTAD, H. y ORLINSKY, D. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.

VELASCO, R. (2011). Memoria y conocimiento relacional implícito. *Temas de Psicoanálisis*, 1, 1-18. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2010/12/memoria-y-conocimiento-relacional-implicito.pdf>