

T.F.I.

LA SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA

Autor: Márquez Liliana francisca

Tutor: Lic. Valeria Wittner

Universidad de Palermo



Indice

La supervisión en psicoterapia.....	3
1. Introducción.....	3
2. Objetivos:.....	4
3. Marco Teórico:.....	4
.....	23
4. Metodología.....	23
5. Tipo de estudio: Descriptivo.....	24
6. Desarrollo.....	25
7. Conclusión:.....	42
Bibliografía.....	46

La supervisión en psicoterapia.

1. Introducción

El presente trabajos se realiza como parte de la Práctica de Habilitación Profesional V. Dicha práctica fue realizada en un centro psicoterapéutico de orientación sistémica que se ocupa de la atención de pacientes , organizaciones empresariales y a la formación profesional.

La práctica constó de 320 hs. que se realizaron con un promedio de 20hs semanales, como integrante del Equipo de Seguimientos de la institución, coordinado por la Lic. M. La función de este equipo fue realizar seguimiento telefónico a pacientes que no se encuentran en este momento en tratamiento en la institución con el objeto de evaluar el proceso terapéutico a través de un breve cuestionario en el que se le solicita la opinión y el estado actual del paciente atendido. Además se participó de un curso de formación en DBT para pacientes Borderline de 10 clases dictado por el equipo especializado en este método. Sumada a estas actividades se fue parte de las reuniones del equipo de supervisión coordinado por la Dra. S y el Dr. C se participó de las reuniones de supervisión en cámara Gessell coordinadas por el Lic. H. Y de las reuniones de formación realizadas por medio de la proyección de videos de casos de supervisión . Actividades que dieron origen a la elección del tema del presente trabajo, debido a que la supervisión terapéutica a lo largo del tiempo, la evolución y desarrollo de las diversas teorías y enfoques en psicoterapia, fue cobrando una real importancia en la práctica terapéutica, ya que fue evolucionando a la par que lo hacían dichas teorías, y se fue transformando en uno de los eslabones trascendentes a la hora de fundamentar y corregir la practica terapéutica. En particular el enfoque Sistémico de Terapia Breve Estratégica Focalizada ha hecho de la supervisión, un real instrumento del trabajo terapéutico y de formación profesional.

Si bien existe gran cantidad de material teórico acerca del modelo. Parecen aun escasos, los trabajos realizados sobre el tema específico, su función e importancia. Es intención de este desarrollo presentar el tema, recorriendo la mayor cantidad de información pertinente, entendiendo que el modelo sistémico parte de premisas que se describen desde la interacción de los sistemas, la supervisión del espacio terapéutico genera diversas perspectivas de observación y consecuentemente requiere de una

descripción y análisis, que la coloque en un lugar preponderante para el desarrollo de la tarea específica del terapeuta sistémico y la profundización del modelo, generando la inquietud y los interrogantes que particularmente provoca la descripción del rol de la supervisión en un modelo que por sí mismo representa un nuevo paradigma, y cuya base teórica es la comunicación de los sistemas complejos. Desde esta perspectiva el trabajo terapéutico, produce un giro trascendental que coloca al terapeuta dentro del sistema y en consecuencia es intención de este trabajo describir el lugar que ocupa la supervisión en dicho sistema.

2. Objetivos:

2.1. Objetivo general:

- Analizar la función del espacio de supervisión en el proceso psicoterapéutico sistémico del Modelo de Terapia Breve Estratégica Focalizada

2.2. Objetivos específicos:

- Describir la función de la supervisión en el entrenamiento del terapeuta sistémico.
- Analizar el rol de la supervisión en el diagnóstico de circuito y planificación del proceso terapéutico.
- Analizar la función de la supervisión en vivo y el uso de la tecnología en el circuito terapéutico sistémico.

3. Marco Teórico:

El abordaje de las funciones que cumple la supervisión en el proceso terapéutico sistémico, requiere, de una breve descripción de los orígenes y fundamentos teóricos del Modelo Sistémico de Terapia Breve Estratégica Focalizada, para puntualizar, a partir de allí, en el tema central del presente trabajo, describiendo los diversos modelos de supervisión y específicamente su función en la práctica terapéutica sistémica.

La formulación del modelo sistémico, surge como resultado del aporte de diversas disciplinas y nuevos conceptos que revolucionaron la ciencia y que dieron origen a un nuevo paradigma.

Tal como describen Wittezaele y Garcia (1994), hacia finales de los años treinta y a partir de las necesidades de la guerra, se emprenden en EEUU un gran número de investigaciones, con el fin de mejorar entre otras cosas, la efectividad de las piezas de artillería antiaéreas. A partir de una de esas investigaciones se llega a la conclusión de que un factor muy importante de la actividad voluntaria es lo que los ingenieros llaman feed-back o retroacción. Este concepto junto a otros revolucionó la ciencia de la época.

Winkin (1994), describe cómo a partir de la idea de retroacción, la explicación lineal tradicional queda anticuada ya que todo efecto retroactúa sobre su causa, todo proceso debe ser concebido según un esquema circular. La idea es simple pero genera implicaciones muy importantes. Y hacia 1948, se realizan las célebres conferencias de Macy, en las cuales se fundó la Cibernética. En el mismo año, Wiener publica su obra *Cybernetics*, que trata de una síntesis de numerosas investigaciones y los principales resultados de las discusiones de la primera conferencia Macy. Y cuyo punto central trata a cerca de la causalidad circular de los fenómenos complejos.

Wittezaelle y García (1994), puntualizan que a partir del aporte de Claude Shannon, basado en el estudio del paso de la información entre emisor y receptor, observa que había que establecer un vínculo entre el grado de incertidumbre de un mensaje y la información que éste podía transmitir. Concluye con la idea de que toda información solo existe en la medida que el emisor dice algo que cambia el conocimiento del receptor, es decir reduce su incertidumbre. Wiener concluirá planteando que: “Igual que la cantidad de información de un sistema es una medida de su grado de organización, la entropía de un sistema es una medida de su grado de desorganización: la una es simplemente el negativo de la otra”. (Wiener, 1948)

Wittezaelle y García (1994), describen como, simultáneamente, se revisa un concepto, descubierto por Claude Bernard a principios del siglo XX, referido al proceso de la estabilidad del medio interno de los sistemas, como una de las condiciones indispensables de la vida, que posteriormente Cannon denominará homeostasis.

3.1. La teoría de los sistemas y la Cibernética:

Wainstein (2006) refiere que la Teoría de los Sistemas y la Cibernética, surgieron como modelos matemáticos referidos a conexiones de elementos entre los que ocurrían fenómenos interactivos.

Siguiendo la referencia de Witezaele y García (1994) y tomando los conceptos de cibernética y las propiedades de los sistemas, se puede deducir que en el estudio de los fenómenos complejos, desde la perspectiva del conjunto del sistema, la causalidad lineal ya no es válida. Cuando sus elementos están en interacción en cualquier punto del sistema, el comportamiento es causa para el elemento que lo sigue en el circuito de interacción. La causalidad es entonces circular. La línea recta de causa-efecto, se convierte así, en un ciclo de influencia mutua.

3.2. MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto:

Es aquí donde el recorrido de la ciencia de la época, junto al surgimiento de el espacio del MRI de Palo Alto logran unir los aportes de los diversos campos científicos que impactan en el campo de la psicología, el estudio de la mente y la conducta. Y tal como refieren Witezaele y García (1994), reunió a nombres como Gregory Bateson, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish, Don Jackson, Milton Erikson, Heinz von Foerster y Jay Haley entre otros. Los conceptos con los que tanto Bateson, como el equipo del MRI fundaron sus trabajos tuvieron los mismos orígenes, cibernéticos y sistémicos, con una misma mirada interaccional del comportamiento humano. Este grupo fue generador de una metáfora que dio origen a una nueva concepción del hombre, es decir un nuevo paradigma.

Witezaele y García (1994), plantearán cómo Bateson, quien será uno de los pilares fundamentales en la elaboración de la nueva epistemología, dirá que, con el descubrimiento de la Cibernética, la teoría de los sistemas y la teoría de la información, se comienza a contar con una base formal que habilita a pensar sobre la mente. Definirá la información como la capacidad de una diferencia de generar otra diferencia y la primera Cibernética, que define la estabilidad de los sistemas en general, cumplirá así con la función de control de los mecanismos hacia la desorganización, como cambio natural de la entropía, y la retroalimentación negativa o negentropía, cumplirá la función de mantener un sistema dentro de sus parámetros estables. Entenderá la mente como un sistema de interacción flexible entre el organismo y el ambiente.

Wainstein (2006) describe cómo, a partir del objetivo fundante de esta nueva epistemología, Bateson definirá que la mente tiene las propiedades de un sistema, que llega a sintetizar mediante un alto grado de abstracción, con propiedades muy específicas, que deberán cumplirse para que un suceso pueda ser considerado como

mental. Alguno de estos conceptos, representan una de las puertas de entrada a la versión de los procesos mentales definidos por Bateson:

-El concepto de Isomorfismo: Este concepto, fue llevado a la ciencia de la conducta, a partir de que L. von Bertalanffy (1968), especificará la existencia de sistemas que si bien son materialmente diversos, pueden ser formalmente idénticos.

-El concepto de Analogía: Esta noción se relaciona con los conceptos de estructura e isomorfismo, referida al plano del lenguaje y en consecuencia del pensamiento. Este concepto promueve la visión transdisciplinaria, es decir la búsqueda de una unificación del conocimiento, en tanto sostiene que las propiedades generales que se pueden estudiar en los objetos abstractos que son los sistemas, son aplicables a distintos campos de la experiencia.

-La noción de pattern: Esta noción que etimológicamente refiere a patrón o modelo que guía algo, desde la epistemología batesoniana de la comunicación, se vincula con la idea de forma o pattern de una comunicación. En el campo específico de la comunicación refiere a las reglas características en los intercambios de mensajes y a todo lo relacionado con el pensamiento en cuanto a modelo de proceso mental. Existen cuatro niveles relevantes de patrones: 1) Patrón de pensamiento: referido a los patrones cognitivos y anticipaciones. 2) Patrón de expresión: referido a los patrones del sistema comunicacional. 3) Patrón de comportamiento: que refieren a los sistemas interactivos o actos y 4) Patrón de observación: referido al sistema observante

-Mapa y territorio: La lógica del pensamiento humano es propia del mapa e inmanente al territorio. Entre el nombre y la cosa nombrada. Existe una identidad lógico-simbólica entre lo que ordena la materia y lo que ordena el conocimiento, lo cual refiere a la cuestión del significado. La intersección entre estas realidades es lo que constituye la significación. Este será un tema central para la psicología clínica. Bateson (1970) dirá que “el trastorno mental es visto como una transformación expresada en el lenguaje, entendido como pensamiento, de la lógica de la interacción, es decir de la conducta”. (Bateson, 1970)

-La significación: será para Bateson asimilable a la información, en tanto organización o negentropía ya que actúa como restricción de otras posibles significaciones.

3. 3. La clínica y el Modelo de Palo Alto:

Tal como refiere Watzlawick (1982), el pasaje conceptual de energía a información, ha sido esencial para el desarrollo de la filosofía y la ciencia desde fines de la Segunda Guerra Mundial. Llevó a postular la cibernética como una nueva epistemología, pero además ofreció una visión totalmente nueva a cerca de los sistemas complejos interactuantes que se encuentran en la biología, la economía y en la psicología.

Watzlawick (2000), profundizando estos conceptos, planteando que la última raíz del constructivismo es la cibernética ya que se ha centrado en los organismos autorregulados y autoorganizados. Por lo que un estudio serio de la autorregulación debe preguntarse sobre la actividad del conocimiento y valorar si no será el resultado de la autorregulación. Fue la respuesta afirmativa a esta pregunta, el punto de partida de la que se conoce como cibernética de segundo orden, que se interesa por el observador más que por las cosas observadas.

Von Foerster (1974) describe detalladamente la circularidad autorreferencial de la mente que se somete a sí misma a un estudio cibernético y plantea que existe la evidencia de que una descripción del universo implica a una persona que lo describe u observa. Y en consecuencia, lo que ahora se necesita es la descripción del descriptor o en otras palabras, una teoría del observador.

Watzlawick (1997), al respecto refiere que, es necesario incorporar algunas consideraciones epistemológicas fundamentales, tales como, la definición de normalidad.

Plantea que, a diferencia de las ciencias médicas, nuestra ciencia no posee una definición de normalidad definitiva y universalmente aceptada. Ya que todos los intentos de la mente humana por estudiarse a sí misma plantean el problema de la autorreflexibilidad o autorreferencialidad.

De este postulado se desprende, que toda condición de vida, sea sana o insana, es el producto de una relación activa entre la persona y lo que vive. En otras palabras, la realidad es una construcción producida por esa interacción.

Wainstein (2006) planteará que para Bateson, el conocimiento es una propiedad del sistema, inmanente a la naturaleza de las cosas. Por lo que conocer no es privativo de los individuos ya que éstos son parte de sistemas más amplios que incluyen otras personas, otros elementos, otras especies y redes que son propias de la naturaleza. Lo

cual conduce a una idea fundante de la nueva epistemología que plantea que, mientras para el constructivismo y la perspectiva cognitiva el mundo es el resultado del individuo que conoce, para la perspectiva sistémica el mundo es el resultado de las interacciones entre los individuos portadores de su propio mundo. De lo que se deduce que, el mundo cognitivo es intrapsíquico, en tanto el mundo sistémico es transpsíquico.

Y citando a Sluzki (1995), planteará que, cuando en el estudio de la conducta humana, se desplaza el foco de las intenciones a los efectos de los actos, se produce un cambio de tipo cualitativo. Se pasa de una perspectiva esencialmente retrospectiva e introspectiva, basada en la lógica causal y lineal, a una predictiva, centrada en observaciones consensuales, con una lógica recursiva o dialéctica.

Como corolario de estas definiciones Watzlawick(1995) propone criterios que serán enunciados como los Axiomas de la comunicación, referidos a las propiedades de los mismos y que sienta una de las bases más importantes de este nuevo paradigma:

1. No es posible no comunicarse.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tal que el segundo clasifica al primero y es en consecuencia una meta-comunicación.
3. La naturaleza de una relación depende la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
4. Los seres humanos se comunican de forma tanto digital como analógica, en la que el lenguaje digital cuenta con una sintaxis compleja, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Mientras que el lenguaje analógico, posee la semántica, pero no la sintaxis adecuada para la definición de la naturaleza de las relaciones.
5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Al respecto, Watzlawick, Bavelas y Jackson (1995), refieren que, cuando los elementos interactuantes son seres humanos, los atributos son sus conductas comunicacionales. En cuanto al término relación, plantean que siempre existe alguna clase de relación entre dos elementos cualesquiera y en consecuencia lo importante en

un sistema, no es el contenido de la comunicación, sino el aspecto relacional o conativo de la comunicación humana.

Watzlawick (1982), refiere que, lo que era radicalmente nuevo en la forma en que Bateson enfocaba el problema psiquiátricos, es la mirada antropológica que trata de ver lo que los portadores de cada cultura están haciendo, sin ideas a priori, es expliquen por qué hacen lo que hacen. Esto difiere de los enfoques psiquiátricos ortodoxos, que para comprender un comportamiento perturbado, parten de ideas pre-concebidas, relativas a lo que pasa en el interior del espíritu y entendida como la unidad última de su estudio. En tanto el enfoque introducido por Bateson, va a tener en cuenta lo que pasa entre los sujetos y cómo influye esto en el comportamiento. El modelo que sostiene la terapia sistémica es cibernético, se funda en el intercambio de información y no se plantea la cuestión de por qué las personas se comportan como lo hacen, sino más bien, cómo se comportan aquí y ahora y cómo se influyen mutuamente.

Al respecto Wainstein (2006), describe el circuito sistémico de la conducta humana y plantea que, cualquier tratamiento terapéutico requiere incorporar información, es decir incorporar una diferencia en diferentes niveles o circuitos. Por lo cual destaca que el modelo cibernético de Bateson, no está preocupado por las entradas y salidas sino por los acontecimientos del conjunto de circuitos que participan y del que el investigador forma parte. La interacción del hombre con su entorno, en el sentido más amplio se realiza por medio de la comunicación, como una forma específica de intercambio de información, que se da en múltiples niveles, tanto cerebrales como diadas, familiares, el mundo simbólico y de la cultura.

Wainstein (2006) en relación a la cuestión del cambio, dirá que la teoría del cambio surgió de la necesidad de representar fenómenos biológicos y sociales, con gran diversidad, complejidad y transformación de estructuras. Los sistemas pueden cambiar de dos maneras: manteniendo sus valores necesarios constantes, oscilando en ciertas variaciones cuantitativas, lo que Ashby (1952-1956) llamó cambio de primer orden o bien, tal como lo describió el mismo autor, existen cambios que producen una alteración en la estructura, es decir en sus elementos o leyes de composición. Lo que significa un cambio del sistema en sí, sin cambiar su coherencia interna, su identidad.

Las primeras investigaciones que vinculan esta nueva epistemología de la comunicación, con el campo clínico, se realizan desde la Macy Foundation, de la que Bateson es parte. Y que según relatan Witezaele y García (1994), trata a cerca de la

comunicación en los esquizofrénicos. De la cual derivan algunas nociones que, hablan de la complejidad de la comunicación, de la que pueden descubrirse al menos cuatro canales de comunicación: la palabra, la voz, los movimientos corporales y el contexto. Donde cada mensaje califica a otro y es de un tipo lógico diferente. Por lo que los meta-niveles parecían infinitos. Hacia 1955, se esbozan las primeras aproximaciones, que giran en torno al modelo comunicacional de los esquizofrénicos y sus madres. Se instala en el debate de la psicología la noción de doble vínculo desarrollada por Bateson, que plantea que cuando una persona comunica a otra unos mensajes de niveles diferentes, que se descalifican el uno al otro y que están en conflicto, la persona que recibe el mensaje, se encuentra en una situación tal que no puede responder a ellos sin violar una u otra orden, estando siempre en un error. La situación entonces es tal que la víctima no puede ni huir de la situación, ni responder a ella. De este modo inaugura una mirada sistémica de los problemas psiquiátricos.

La noción de doble vínculo y su relación con la génesis de la esquizofrenia, será cuestionada por el mundo clínico de la época, debido a que no será comprobable que el origen de dicho trastorno, esté vinculado a este modelo comunicacional. Pero es a partir de estas primeras aproximaciones que el grupo de Palo Alto profundiza sus investigaciones en el terreno clínico y Watzlawick (1982), tomará la doble coacción o doble vínculo, como un instrumento conceptual y con valor como instrumento terapéutico, debido a que no solo muestra un pattern de comunicación sino que tiene implicaciones terapéuticas.

En relación al síntoma Cade & Hutson O'Hanlon (1993), definen que la aplicación repetida de soluciones erróneas conlleva a pautas de auto-refuerzo que mantienen el statu quo.

Al respecto Haley (1996), planteará que una nueva teoría del origen de los síntomas postula que la familia es un sistema, auto-correctivo, mantenido por la conducta de sus miembros. Lo cual implica que desde esta perspectiva, cada conducta de cambio en un sistema, activa reguladores automáticos que lo impiden. Por lo que, la conducta sintomática es una respuesta a algún elemento del sistema familiar. Y agrega que toda conducta que se dice, que no se puede evitar, manifiesta una reacción de impotencia ante las acciones de otros. De este modo plantea que los síntomas son una secuencia repetitiva de conductas que el terapeuta debe tratar de cambiar. Por lo que haciendo referencia a Don Jackson, define a la familia como un sistema homeostático,

en el que la conducta sintomática es adaptativa en la situación presente y su modificación requerirá de un cambio en el sistema. Y planteará entonces, que con esta idea nacería la terapia familiar.

3.4. Terapia estratégica:

Según Hernández Córdoba (2007), la terapia estratégica no es una teoría, sino una postura por la cual el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes. Postura por la cual Milton Erickson es considerado el maestro del enfoque estratégico, debido a su experiencia en hipnosis, como un modelo especial de comunicación y su capacidad de influencia.

Del mismo modo, Haley (1973), plantea que, cuando un terapeuta se encuentra con una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa, corresponde al terapeuta. Es quien debe identificar el problema soluble, diseñar intervenciones, fijar metas, corregir el enfoque, y evaluar el resultado y eficacia. Si bien el terapeuta debe ser sensible hacia el paciente, debe determinar la forma de proceder.

Al respecto Navarro Góngora (1995), diferencia entre las estrategias como reglas de actuación y como feedback, planteando que cuando son utilizadas como regla determinan la línea de trabajo del terapeuta en la entrevista, determinando que tiene o no que hacer. En un segundo momento el terapeuta analizando la información que el cliente le da, decide cómo llevar a cabo las reglas en función del contenido de esa información. De tal modo que estos dos aspectos son inseparables, por lo cual, define que es correcto afirmar que la construcción de estrategias, en lo que tiene de feedback, es una labor conjunta entre el paciente y el terapeuta, en la que el terapeuta guiará las líneas de actuación sujetándose a las líneas del cliente. Y es en ese sentido que las estrategias implican el ejercicio del poder.

3.5. Terapia Breve Focalizada:

De Shazer y otros (1975), plantean que, la teoría y la práctica de la terapia breve se desarrollaron significativamente, como consecuencia del trabajo realizado en el Centro de Terapia Breve del MRI. Por el que se realizaban en un período de diez sesiones y su clave central es utilizar lo que los clientes llevan consigo para responder a sus propias necesidades y hacer que sus vidas sean satisfactorias. Se parte de algunos principios tales como: Que la mayoría de los trastornos se desarrollan y mantienen en el

contexto de la interacción humana, cuya persistencia es a causa de los intentos de solución inadecuadas. La tarea de la terapia breve, es ayudar a los clientes a hacer algo diferente. Por lo que como objetivo, se buscará producir un cambio que pueden provocar otros, una secuencia de cambios. Y dado que el cambio en una parte del sistema lleva al cambio en el sistema como conjunto, no siempre es necesaria la participación directa de todos los miembros del sistema.

En relación a este tema Navarro Góngora & Beybach (1995), plantean que se han de evaluar las conductas concretas, estableciendo lo que define como conducta-línea base o conducta problema. Es decir las conductas concretas que suponen un compromiso para el cliente, de modo tal que cuando esa conducta desaparece o se modifica, producirá en el cliente la evidencia de que el cambio es posible y evitará la prolongación de la terapia una vez extinguida la conducta-línea base o conducta-problema.

Desde el modelo de Palo Alto, Szpachman de Hubscher (2003), describe la manera de operar en terapia breve y sus etapas partiendo de: 1) Presentación del encuadre, 2) Presentación y definición del problema, 3) Valoración de las pautas de conducta que mantiene el problema, 4) Fijar las metas del tratamiento, 5) Selección y elaboración de intervenciones, 6) Cambio, 7) Uso de la motivación y de la característica idiosincrática: conocimiento de la posición y lenguaje del consultante, 8) Cambio de conducta dirigido, 9) Instrucciones paradójales, con el objeto de demostrar al consultante que puede controlar el síntoma. 10) Utilización de las relaciones interpersonales y cuestionamiento a la presunta objetividad y neutralidad del terapeuta, entendiendo que, la influencia es un elemento inherente a todo contacto humano, y que el terapeuta es un especialista en influir sobre las personas, 11) Finalización, que incluye una revisión de logros y metas y por último 12) Evaluación y resultado obtenido, teniendo como base a) lo planificado, b) el alivio del problema en cuestión y c) el nivel de cambio producido.

Wainstein (2006) define el sistema consultante, constituido por consultor y consultante. Lo cual implica que se entiende la consulta como un sistema, compuesto por un consultante que solicita ayuda y un consultor, que facilita la exploración y la resolución de problemas.

En relación a las intervenciones, Wainstein (2006), refiere que desde la perspectiva planteada, que identifica comunicación y conducta, cualquier conducta:

motora, cognitiva, o psicofisiológica debiera ser entendida como un acto de influencia sobre sí mismo o sobre otros. Plantea que, los modelos estratégicos utilizan procedimientos directivos. Y cualquier comunicación verbal o no verbal se constituye en un mensaje cuyo fin es impactar en la otra persona. Es en este sentido que el modelo comunicacional entiende que no puede no comunicar. La consulta terapéutica es en sí un procedimiento estratégico, por lo que se entiende que es imposible no intervenir. Para que estas intervenciones tengan impacto, el lenguaje del consultor deberá adaptarse al del consultante es decir a su patrón idiosincrático de comunicación. Manteniendo siempre su capacidad de maniobra. Desde esta perspectiva, las tareas serán consideradas un medio para provocar cambios.

En cuanto a la capacidad de maniobra, Fisch, Weakland & Segal (1994), la define como la libertad de actuar en la forma que el terapeuta considere más adecuada, es decir de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el trascurso del tratamiento. Entienden que el terapeuta debe mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, puesto que la capacidad de maniobra del terapeuta depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra del consultante. Ajustando la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas del paciente.

En relación a la definición del motivo de consulta, Casabianca y Hirsch (2009), plantean que a partir de la queja inicial del consultante, la construcción de buenos problemas implica siempre, posibilidades de ser resueltos. Por lo cual el objetivo inicial de una consulta es definir esos problemas a partir de los relatos de las personas que consultan. Desde esta perspectiva, es importante definir: *qué* información debe recoger el terapeuta: Al respecto, existen diferentes posturas, pero lo esencial pasa por contar con aquellos datos que sean significativos para el consultante, con el objeto de definir *el motivo de consulta*, que sea visto tanto por el consultor como por el consultante. Por otro lado, definiendo la capacidad de influir, es decir la jerarquía del consultante para producir el cambio. Quien junto con el terapeuta definirá un problema que sea solucionable, una meta alcanzable y una orientación para producir el cambio de las soluciones intentadas.

3.6. La supervisión y el proceso terapéutico:

Algunos autores definen a la supervisión como uno de los temas más controversiales del campo psicoterapéutico, que proviene del terreno médico y que suponía la presencia de un profesional experto capaz de evaluar el curso de los

tratamientos y la pericia de los profesionales a cargo de ellos. (Fernández Álvarez, 2008).

Hernández Córdoba (2007), considera que la psicoterapia y la supervisión, son dos modos deliberados de generar cambio. Plantea que en psicoterapia, la necesidad de cambio surge de la insatisfacción de los consultantes con alguna situación vital. En la supervisión, visto como proceso formativo, surge de la necesidad de los terapeutas de disponerse a practicar una forma particular de psicoterapia. En consecuencia define que, si la supervisión es vista como un proceso generativo y transformador, por medio del cual el terapeuta desarrolla sus competencias, la psicoterapia también puede definirse del mismo modo, debido a que en ambos contextos se identifica el curso del cambio como un proceso de aprendizaje.

En relación a la supervisión plantea que, por un lado es una forma de enseñar un enfoque específico de terapia y por otro, es una práctica reflexiva sobre la propia práctica terapéutica. Haley (1997), ampliará estos conceptos y dirá que esta clase de terapia no se puede aprender leyendo textos, escuchando disertaciones o haciendo debates, sino que entiende que la terapia es un tipo de encuentro personal que solo puede aprenderse practicándola, bajo la guía de un supervisor. El estudiante deberá aprender a impartir órdenes directas así como sutiles, indirectas y metafóricas. El supervisor deberá enseñarle a pensar en términos estratégicos, a construir diagnósticos de una estructura y una secuencia e idear directivas que produzcan el cambio que él desea.

Haley (1996), define tres situaciones en las que un supervisor guía al terapeuta en el tratamiento de un caso: 1) Como supervisión didáctica; referida a la función de formación de los terapeutas. 2) Como recurso de asistencia a colegas que tiene dificultades con un caso y 3) Por último, la supervisión de un terapeuta que aprende a supervisar.

Según Haley (1996), desde la década del 1950, con el desarrollo de la teoría de la comunicación y las ideas conductuales emergen una cantidad de enfoques terapéuticos, que afecta el campo terapéutico y la formación profesional. En terapia el instrumento de cambio es el terapeuta. El supervisor debe enseñar al terapeuta en formación a ser un táctico diestro, y al mismo tiempo responder con sensibilidad a la aflicción del cliente. Y plantea que, el proceso de supervisión, de enseñanza y aprendizaje se da en tres formas:

1) Por medio de la discusión de un caso con un supervisor con sus anotaciones: Este tipo de supervisión tiene la ventaja de ser más fácil y más barata, ya que no requiere equipamiento alguno y su programación se limita a que supervisor y supervisado concierten una agenda de conversaciones. Pero, se le han marcado algunas falencias: en la supervisión conversacional, ante la imposibilidad de observar la interacción del sistema consultante en el espacio terapéutico, es inevitable que el supervisado dé su versión del caso, y tenderá a describir la entrevista de una manera tal vez completamente distinta de cómo podría haberla percibido el supervisor, si hubiera podido observarla de manera directa. Lo cual impedirá evaluar que intervenciones diferentes podrían haberse realizado. Entendiendo que, tal como define Wainsten (2000), el constructivismo ha hecho que los terapeutas sistémicos se dieran cuenta que, lo que examinaban en los pacientes no era otra cosa que sus convicciones, o premisas subjetivas sobre las personas y sobre sus problemas, por lo que han comenzado a reflexionar sobre la realidad de sus propias descripciones y examinar su correspondencia con las realidades presentadas por los clientes.

2) Por medio de la grabación de una entrevista, en casete o video: con el uso de la tecnología, se incorpora un nuevo modo de realizar la supervisión, a través de la filmación de las entrevistas clínicas. Este método permitió inmovilizar una escena, volver una y otra vez a determinado momento de la entrevista, para estudiarlo proveyendo abundante información sobre la relación entre el consultante y el terapeuta. Además, permitió, por medio del examen de una videocinta, en proyección lenta o acelerada, ver secuencias difícilmente perceptibles en la velocidad normal.

En cuanto a esta modalidad Flichman (2007), define que la posibilidad de un registro de audio y video de la entrevista, promueve una meta-escucha para el terapeuta y el o los consultantes. En algunos casos resulta de gran utilidad entregar como tarea la cinta o el video de lo conversado, con el fin de que lo vea y/o escuche antes de la siguiente entrevista, con el objetivo de que pueda escucharse y/o verse en otros contextos, en la condición y lugar que él elija para el ejercicio y de este modo encuentre una manera novedosa de lo que dijo. Este recurso permite que otra vía de entrada, otro *input* genere una conciencia de lo conversado. Plantea que, en algunas oportunidades, lo que el propio equipo de terapeutas supone que aconteció durante la entrevista y los propios guiones del equipo, no coinciden con lo sucedido en las conversaciones del sistema consultante. Por otro lado, el registro audio-video, permite al terapeuta

escucharse a sí mismo y trabajar sobre su propio estilo, sin la presión que produce el estar expuesto ante la familia, el supervisor y o el equipo. Teniendo en cuenta el tono, la inflexión y la cadencia de su voz, ya que la terapia breve es un modelo eminentemente verbal y en consecuencia se ejerce influencia básicamente a partir de la voz.

3) Por medio de una entrevista en un consultorio con cámara Gesell, mientras el supervisor lo observa y guía la terapia telefónicamente, sea mediante sugerencias o haciéndolo salir a discutir algún punto: sostiene que el modo más eficaz de formar a un terapeuta es viéndolo hacer terapia a través de un espejo unilateral o en un monitor. Ya que la mejor manera de enseñar destrezas clínicas es instruir al terapeuta, mientras se observa lo que ocurre en la entrevista.

En relación a esta última forma de supervisión, De Shazer (1989), describe el modo en que la cámara Gesell se incorporó a la práctica de terapia breve focalizada estratégica. Plantea que la utilización de la cámara Gesell se generó en principio con fines formativos. La función del instructor consistía en corregir en el momento los errores que el terapeuta pudiera cometer, en lugar de esperar una sesión de supervisión que el autor define como post-mortem, cuando ya es demasiado tarde para corregir el error.

Al respecto Flichman (2007), refiere que la cámara Gesell es, en sí misma un instrumento que permite observar la conducta humana, a través de un vidrio de visión unilateral y que según refiere Haley, se comenzó a utilizar en el grupo de trabajo del Proyecto Bateson, como un instrumento considerado parte de la terapia familiar, que entre otras posibilidades, permite del trabajo en equipo en interacción con el terapeuta y el sistema consultante. Entendiendo por equipo a un grupo de profesionales que participan en la elaboración de, lo que define, como receta. Y agrega que lo que habitualmente se conforma es un grupo de trabajo, ligado a la supervisión/docencia en vivo, ya que un equipo requiere de una evolución histórica conjunta de sus integrantes. En esta modalidad alguien ocupa el lugar de líder y el resto de los integrantes del grupo de trabajo intervienen esporádicamente y dichas intervenciones son tenidas o no en cuenta de acuerdo con las características del supervisor y lo pertinente del aporte. Y mencionando el artículo de Selvini & Selvini Palazzoti (1990), refiere que la gran revolución de la supervisión directa es la creación de un doble nivel simultáneo de observación e interacción, que permite producir un sistema auto correctivo, mucho más eficaz que el conformado por un solo terapeuta o díada terapeuta-supervisor indirecto.

Agrega, que es esa posición-meta, la que permite al terapeuta que se encuentra del otro lado del espejo, involucrarse con el sistema consultante sin correr el riesgo de caer en sus garras. Desde esta perspectiva, plantea que, el equipo o grupo de trabajo funciona como un factor protector para que el terapeuta pueda navegar sin perder el rumbo.

En cuanto a la presentación del equipo, Flichman (2007), plantea que puede operar como una herramienta para la inducción del cambio y debería ser ofrecida al consultante o familia consultante, como una oportunidad de que un grupo de expertos, evalúe el problema que los trae y se debería resaltar su importancia, invistiéndolo de la máxima autoridad posible y marcando el privilegio que conlleva el contar con ese recurso especial.

En relación al uso del intercomunicador Flichman (2007), plantea que su utilización, guarda estrecha relación con el estilo del supervisor. Define que es conveniente que los llamados sean concretos y breves, no interrumpiendo el discurso de quien esté hablando en el cuarto, excepto que el llamado busque deliberadamente ese objetivo, cuidando siempre que el terapeuta no se sienta inhibido, para conversar a través del teléfono con el supervisor, sobre todo cuando duda del contenido de ese mensaje. De igual modo el terapeuta puede llamar por el intercomunicador al equipo cuando lo considere necesario, por ejemplo para consultar sobre determinada idea antes de plantársela a los consultantes.

De igual modo cuando sale del cuarto, para reunirse con el equipo, es aconsejable, que antes de volver al cuarto, se tome unos segundos para ensayar el mensaje en el lenguaje propio.

Desde la perspectiva sistémica Haley (1997) plantea que la ventaja de la supervisión en vivo esta en la posibilidad de discutir un problema específico en el momento en el que el terapeuta en formación y el grupo de colegas se debaten con él.

Y agrega que en la supervisión en vivo, lo que ocurre detrás del espejo es tan importante como lo que sucede frente a él. El comportamiento del grupo de terapeutas en formación detrás del espejo corre en paralelo a lo que pasa en el consultorio. De allí que la cuestión de la jerarquía es igualmente importante de ambos lados del espejo; así como el terapeuta debe establecer una relación de jerarquía frente a su consultante, detrás del espejo el supervisor tendrá esa jerarquía ante los terapeutas que compongan el equipo; ya que tanto en terapia como en la supervisión, es necesario definir responsabilidades, en la terapia el responsable del éxito o fracaso del tratamiento es el

terapeuta, en la supervisión es el supervisor quien tiene dicha responsabilidad y será entonces la autoridad máxima detrás del espejo .

Al respecto Hernández Córdoba (2007), plantea que, la supervisión en vivo es una manera particular de hacer terapia, en el que el equipo conformado por el supervisor y los estudiantes, son a la vez un equipo terapéutico. En ese contexto interactúan diversos actores que desempeñan distintos roles sociales, con variados intereses y expectativas a cerca de lo que ocurre en el espacio de la psicoterapia bajo supervisión, lo que lo constituye en sí en un sistema complejo. Y agrega que, como en toda situación de interacción, la dinámica relacional del sistema de supervisión surge de entrelazamiento de la construcción individual y de la co-construcción. Ambos procesos son simultáneos y recursivos y en consecuencia todos los participantes son coautores de la coordinación de acciones y significados, dentro de los cuales se generan los procesos individuales. Esto implica que en la supervisión se ponen en juego, las teorías, los prejuicios, los valores, las ideologías y las vivencias previas del terapeuta, relevantes para el adecuado manejo del caso, y al mismo tiempo se meta-observan los patrones de interacción entre los distintos actores y se reflexiona sobre las formas de conducir la conversación en la terapia y en la supervisión.

Según Haley (1976), el tipo de supervisión más eficaz, es el que se realiza en vivo a través de una pantalla unidireccional, debido a que permite al supervisor instruir durante la entrevista y juzgar el procedimiento según diversos criterios. Aclarando que, antes de la entrevista el supervisor y el terapeuta deben aclarar su relación y el propósito de la supervisión, cuyo objetivo puede ser formar terapeutas, perfeccionar un equipo profesional o simplemente asistir a un colega. Esto es así, debido a que otorga la posibilidad de observar en forma directa, las diversas modalidades de mensaje , ya que plantea que los clientes transmiten mensaje no solo en forma verbal, sino también por ejemplo en la forma de ubicarse en el consultorio, por lo cual en general, en una entrevista familiar define que lo mejor es que el terapeuta deje que los miembros se sienten donde quieran, transmitiendo de este modo un mensaje al terapeuta. Si los padres sientan al hijo en medio de ellos, le dicen algo al terapeuta.

También plantea que el uso de monitores que se conectan de forma directa entre el supervisor con un equipo de terapeutas y el o los consultantes con la terapeuta a cargo en el consultorio, permite afirmar que, es posible realizar supervisión en vivo a

cualquier distancia geográfica y aún entre dos países, concluyendo que con el uso de la tecnología se puede guiar el trabajo de los terapeutas en cualquier lugar del mundo

Por otro lado, marca un hecho problemático a tener en presente cuando se realiza supervisión a través del espejo, vinculado al efecto de tamiz emocional que éste produce. Agrega que en ocasiones, al supervisor le cuesta juzgar el grado de perturbación de un cliente y en consecuencia sugerir al terapeuta una intervención que tropiece con la resistencia del mismo. En cuyo caso el supervisor deberá preguntarse si el terapeuta percibe alguna información del cliente que él no posee o si el terapeuta subestima la capacidad de tolerancia del cliente. Agrega que la información que maneja el terapeuta en el consultorio, es diferente de la que pueden tener los que están detrás del espejo. Motivo por el cual el supervisor deberá ser claro en lo que propone y definir si sugiere algo y el terapeuta puede decidir aceptarla o no, o bien dejar claro cuando el terapeuta tiene que hacer algo, en cuyo caso éste deberá hacerlo, de modo tal que quede clara la autoridad del supervisor ante los terapeutas en formación, pero comprometiendo su responsabilidad.

Haley (1997), por su parte define las características que debería tener un supervisor y plantea que lo ideal es que sea una persona de cierta edad, experimentado en la vida y en la práctica terapéutica. Ya que tanto en la terapia como en la supervisión, es preciso definir las responsabilidades, en la práctica clínica, el terapeuta es responsable del resultado de un tratamiento. En la supervisión, particularmente en vivo, si el caso fracasa, el responsable es el supervisor.

En cuanto a la función formativa de la supervisión, Haley (1997) plantea que la tarea primordial de quien enseña terapia es dotar al terapeuta de una capacidad innovadora e imaginativa para abordar los diversos problemas de la práctica clínica. Y define dos etapas importantes en esa formación: la primera es formar entrevistadores competentes, ya que es básicamente en lo que consiste la terapia. Deberán aprender a entrevistar de manera tal que se definan los problemas, se destaquen las soluciones y se definan los objetivos.

En la segunda etapa deberán aprender a anticipar las reacciones que sus intervenciones provocarán en los clientes. Y para evitar las recaídas sugiere dos técnicas: 1) Alentar la recaída: con el objeto de que el cliente o la familia derroten el poder del terapeuta no recayendo. Y 2) Evitando que le atribuyan el logro del cambio positivo, evitando explicar con qué recurso o intervención el terapeuta promovió el

cambio, evitará que se le atribuya su resultado y de este modo serán los o el consultante quienes se lo atribuyan y en consecuencia lo defiendan.

Desde esta perspectiva, es frecuente que los terapeutas inviten a las familias a participar de la terapia, ya que se la considera un recurso para promover el cambio. El supervisor deberá enseñar a definir el diagnóstico del síntoma y el circuito que lo sostiene.

En cuanto a las intervenciones, Haley (1997) refiere que es fundamental diferenciar en la manera de intervenir, la tendencia a enseñar de los terapeutas y la tarea clara de promover el cambio de un sistema. Plantea que existe una tendencia a querer enseñar a los clientes, cómo deben resolver los problemas acorde la perspectiva del terapeuta. Parten de la premisa de que una vez educados, los clientes se sobrepondrán al sistema y de este modo adquirirán libertad de optar para responder de otra manera. Olvidando que, aunque la mayoría de nosotros, prefiere creer que toma decisiones personales, lo cierto es que el sistema determina nuestra conducta y en consecuencia nuestros pensamientos y nuestros sentimientos.

Por otro lado plantea una serie de aspectos a tener en cuenta cuando se supervisa y se hace terapia sistémica:

-El ciclo vital de la familia: la vida familiar evoluciona por etapas, por lo que tanto los síntomas como las metas terapéuticas deben situarse en ese marco de referencia. Y plantea que si una familia o una persona llegan a una etapa del ciclo vital y no pueden avanzar, la meta terapéutica será asistirlos hasta que logren alcanzar la siguiente etapa evolutiva. Esas etapas pueden describirse a partir de algunos acontecimientos que lo determinan tales como: El casamiento y los primeros años de matrimonio, el nacimiento de los hijos, el comienzo de su escolaridad, su adolescencia, su partida del hogar cuando llegan a ser jóvenes adultos, y la vejez. Concluye planteando que en la vida familiar, los síntomas y los problemas psicológicos, no aparecen por azar, sino por el devenir de estas etapas, que a veces se transforman en crisis.

-Centrarse en el problema: Plantea que enseñar al terapeuta a centrarse en el problema, lleva al cliente a cooperar al máximo, evitando lo que desde otros enfoques definen como resistencia y que no es más que el resultado de abordajes que ponen el acento en encontrar las causas ocultas del problema, antes de definir y acordar con los consultantes, en la definición de su problema.

-La importancia de la secuencia: Todas las interacciones familiares se componen de secuencias, por lo que los terapeutas deben aprender a reconocerlas y cambiarlas. Es decir la idea no es cambiar a los miembros de una familia, sino cambiar la secuencia de conductas que siguen, de tal modo que como consecuencia, cambiarán los sentimientos y pensamientos del sistema familiar. Un modo de enseñar a los terapeutas a identificar las secuencias es por ejemplo, mostrando videocintas proyectadas en cámara lenta.

-La jerarquía: Una visión social de los problemas psicológicos obliga a pensar en términos de organizaciones que incluyen a los individuos. Existen muchas jerarquías y redes complejas: pero la tarea básica del supervisor será enseñar a los terapeutas en formación, la jerarquía simple de una familia en terapia. En esa jerarquía en la cúspide están los expertos a los que la familia ha pedido ayuda. Le siguen los abuelos, los padres y los hijos. Y como en toda organización hay diferencias de posición y de poder entre los miembros. También hay jerarquía entre los terapeutas que integran una organización o un sistema.

-La importancia de la motivación: Debemos tener hipótesis a cerca de lo que motiva las conductas de las personas. Desde la teoría de los sistemas, cada integrante del sistema lo estabiliza. Un sistema es autocorrectivo y la corrección surge de las interacciones entre los individuos. Ante una crisis, los miembros de un sistema aúnan fuerzas para afrontar la crisis y durante ese proceso el sistema se estabiliza. Y de no resolverse el problema desestabilizador, el proceso se repetirá sistemáticamente. En muchos casos sosteniendo el síntoma.

Haley (1997), hace referencia a partir del uso de la tecnología de un nuevo modo de supervisión, planteando que podemos hacer supervisión en vivo a cualquier distancia geográfica y aún entre dos países. Y recuerda que a comienzos de la década de 1980, en Washington DC, realizó una supervisión en vivo del trabajo de un terapeuta en Luisiana, observando la sesión en un monitor y haciendo sugerencias por teléfono. Concluye planteando que con la tecnología satelital se puede guiar el trabajo de los terapeutas en cualquier lugar del mundo.

4. Metodología

4.1. Participantes:

- Videos: Un caso supervisados por el Lic. H.en España:
 - C (Mujer): 33 años, separada. Con un hijo de su primera pareja.
 - Motivo de Consulta (M.C.): Malestar con su segunda pareja con la que convive hace 6 años. Deseo permanente de irse de su casa

- Equipo de supervisión de la Lic. P: Un caso de familia compuesta por:
 - A: (Madre) 42 años.
 - B: (Padre) 48 años.
 - C: (Hijo mayor) 19 años.
 - D: (hijo menor) 16 años.

 - M.C.: Familia con padres separados, hijos que consumen drogas y el padre que vive en Rosario. Hijo mayor con miedo a viajar y moverse solo, protegido por la madre, que es quien realiza la consulta. Hijo menor también consume drogas: Todos hablan mal de los otros miembros de la familia y dicen que son psicópatas.

- Cámara Gesell: Un caso supervisado por el Lic. H
 - Familia compuesta por:
 - H: (hijo-varón): 12 años.
 - P: (Padre): 47 años.
 - M: (Madre): 43 años.
 - M.C.: Consulta M (la madre) para dejar de pegar a su hijo.

4.2. Instrumentos:

- Observación de supervisión de casos por medio de proyección de videos coordinado por la Lic. M.
- Observación del equipo de supervisión de la Dra. S
- Observación de la supervisión de casos en cámara Gesell. coordinada por el Lic. H.
- Las Historias Clínicas de los consultantes.

4.3. Procedimiento:

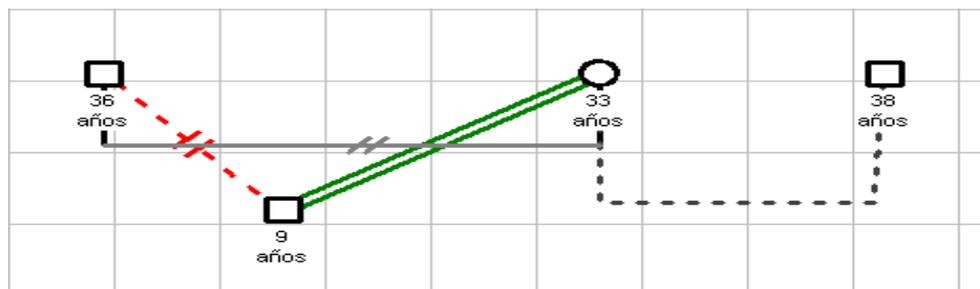
- Observación de tres reuniones de supervisión de tres casos, con una frecuencia de una reunión semanal de dos horas de duración cada una.
- Un caso individual en video de supervisión del Lic. H. Con un equipo de formación compuesto por dos terapeutas que coordinan un grupo de cuatro pasantes universitarios de la carrera de psicología.
- Un caso, de una familia del equipo de supervisión de la Dra. P. compuesto por cinco terapeutas y tres psiquiatras, Dicha supervisión se realiza con la lectura de la Historia Clínica del paciente y la descripción de las sesiones volcadas en el sistema y proyectadas en pantalla y comentadas por el terapeuta a cargo del caso.
- Un caso en cámara Gesell con el equipo de supervisión que coordina el Lic. H., compuesto por ocho terapeutas que trabajan en la institución de los cuales uno de ellos previa solicitud de supervisión, presenta el caso utilizando la proyección de la Historia Clínica y luego que el equipo elabora alguna estrategia para abordar la sesión, dicha sesión se realiza en vivo.

5. Tipo de estudio: Descriptivo

6. Desarrollo

Con el fin de describir el desarrollo de los objetivos para este trabajo se han seleccionado 3 casos de supervisión representativas de las diversas metodologías utilizadas para describir las funciones que la supervisión cumple en cada caso.

Caso 1: Genograma



El caso fue presentado ante un grupo de estudiantes avanzados de diferentes universidades de Capital Federal, coordinado por la Lic. M, por medio de la proyección en video de una sesión realizada en una institución de salud pública de España, a cargo de una psicoterapeuta española que solicitó la supervisión directa del Lic. H. Cabe en este punto destacar, lo que Haley (1997) define como las características que debería tener un supervisor y define que en lo posible deberá ser una persona de cierta edad, con experiencia en la vida y en la profesión. Cualidades que son cubiertas por el Lic. H. En este caso el Lic. H se encontraba en España. La sesión se realizó en una institución de salud pública de ese país, con la presencia y participación directa del supervisor en la sesión. Y el motivo por el cual se solicitó la supervisión fue determinar con claridad, el problema de la consultante, que hasta allí parecía estar estancada en su queja.

Antes de iniciar la proyección de la sesión, se proyectó ante los estudiantes, la Historia Clínica de la consultante.

El caso se trató de una mujer a la que denominaremos C, de 33 años, divorciada de un matrimonio de 5 años, que trabajaba como empleada administrativa en una dependencia estatal y con un hijo de 9 años fruto de ese matrimonio. Al momento de la supervisión convivía con una pareja de 38 años, cuya actividad laboral era la carpintería, y el hijo de C, desde hacía 6 años. C se había separado 8 años atrás cuando su hijo tenía 1 año. El motivo de la separación y posterior divorcio se debió a que su ex marido estableció una relación paralela con otra mujer con la que finalmente termina

estableciendo una nueva pareja y separándose de C. A partir de lo cual, también, según relata C, no visita tampoco a su hijo y solo efectuó algunos intentos de contactarlo, en algún cumpleaños, para luego desaparecer nuevamente.

El Motivo de Consulta expuesto en la Historia Clínica de C, describía: Angustia por deseos permanentes de la consultante de huir de su casa. Conflicto en la relación de pareja. Queja de la consultante por la relación descrita como distante de su actual pareja, hacia ella y hacia su hijo, al que califica como especial porque se quedó sin padre.

Objetivo 1: Describir la función de la supervisión en la formación del terapeuta sistémico.

Cuando comienza la proyección se destaca que el sistema consultante estaba compuesto por la consultante C, la terapeuta a cargo del caso y el Lic. H como supervisor participante de la sesión. Dicha sesión se inicia con la presentación del Lic. H por parte de la terapeuta a cargo, quien resalta la calidad de experto del supervisor y la importancia que esto tenía para la resolución del problema de C. Al respecto es importante destacar, tal como refiere Flichman (2007), la presentación puede operar como una herramienta para la inducción del cambio y debería ser ofrecida al consultante o familia consultante, como una oportunidad de que un grupo de expertos, o en este caso un experto, evalúe el problema que los trae y se debería resaltar su importancia, invistiéndolo de la máxima autoridad posible y marcando el privilegio que conlleva el contar con ese recurso especial.

A continuación en dicha proyección, la terapeuta a cargo le pide a la consultante que cuente por qué está allí. C describe, que desde hace aproximadamente un año se siente angustiada porque tiene deseos intensos de huir de su casa. Dice que no se siente contenida por su pareja actual y que tampoco su pareja entiende a su hijo, que es especial ya que fue abandonado por su padre. Dice que no comprende que el niño es un niño sin padre. La primera intervención del Lic. H buscó profundizar, en alguna de las afirmaciones de la consultante. Pero antes de proyectar dicha intervención la coordinadora, detiene la proyección y pide al grupo de estudiantes, que proponga preguntas que les parecería importantes para continuar la sesión. A partir de lo cual se sugieren preguntas tales como, a qué se refería cuando decía no ser entendida ni ella ni su hijo por parte de su actual pareja y pedirle que aclarara el tema del abandono de su hijo, si se refería a que no vio nunca más a su padre. En este punto es importante señalar

que tal como refiere Haley (1997), la grabación y proyección de sesiones de supervisión, aportan una gran herramienta para el entrenamiento de profesionales sistémicos ya que permite detener e incluso repetir secuencias de la sesión, proveyendo abundante información sobre la relación entre el consultante y el terapeuta. En este caso esto se hizo evidente en la posibilidad de detener la imagen y poder debatir y aportar formas de intervenir, lo cual ejerce una función formadora, para los terapeutas o estudiantes avanzados.

La coordinadora continuó con la proyección y el Lic. H pidió a la consultante que especifique a qué se refería cuando afirmaba no sentirse contenida ni ella ni su hijo por su actual pareja y si consideraba que era una relación agresiva. La consultante responde que en realidad no había agresiones, que su pareja no dialogaba ni con ella ni con su hijo, que era una relación distante y que aunque él no era malo, ellos no se comunicaban, y ella tampoco tenía ganas de hablar con él cuando llegaban de sus respectivos trabajos. El Lic. H, le pregunta si siempre es así, o existen algunos momentos en los cuales no se siente angustiada y con ganas de huir. Ante lo que la consultante responde que a veces no pasa. El Lic. H le pide que describa esos momentos y C dice que algunos fines de semana cuando ambos están relajados han estado bien y ella no sintió deseos de huir.

En este momento la coordinadora vuelve a detener la proyección y pregunta al grupo de estudiantes, por qué el Lic. H realizó esa intervención. El grupo contesta que lo que está buscando el supervisor es definir el problema, por lo cual indaga a cerca de la excepción de la queja de C. Haciendo referencia a lo que Casabianca y Hirsch (2009), definen, la conducta-problema en contexto, es mantenida por la interacción de un sistema que al intentar resolver una situación problemática, la fijan transformándola en un intento fallido de solución. En el caso planteado, la excepción al problema permite al terapeuta, comenzar a estructurar tanto el problema como las posibles conductas generadoras del cambio.

Del mismo modo Wainstein (2006) refiere, describiendo los diferentes modos de intervención que, las excepciones asociadas al problema, pueden actuar como palanca de cambio, en la medida que se tornen por su éxito, significativas para el consultante.

En cuanto a la función formadora de esta secuencia Haley (1997) plantea que la tarea primordial de quien enseña terapia, es dotar al terapeuta de una capacidad innovadora e imaginativa para abordar los diversos problemas de la práctica clínica,

aprendiendo a entrevistar de manera tal que se definan los problemas, se destaquen las soluciones y se definan los objetivos. Esto, de hecho, es lo que se estaba desplegando en el grupo de estudiantes, que muy activamente participaban de la sesión, interactuando con la coordinadora e incorporando técnicas para el abordaje clínico.

La coordinadora luego del aporte grupal, continuó con la proyección del caso y en ese tramo de la sesión el Lic. H pregunta a C por qué decía que su hijo era un chico especial y de qué modo sentía que su pareja no comprendía. La consultante responde que su hijo era especial porque no tenía padre, ya que éste los había abandonado a ambos, cuando era muy pequeño y no se había preocupado por verlo.

Describe que solo una o dos veces, lo saludó para el cumpleaños y que eso hacía de su hijo un chico retraído, que no manifestaba problemas escolares, pero al que su pareja actual no entendía y al que no se acercaba. O cuando lo hacía no lograba comunicarse adecuadamente con él. Manifiesta que solo ella podía entender lo que le sucedía a su hijo ya que ella había sufrido mucho la traición y abandono de su marido.

Aquí la coordinadora vuelve a detener la proyección y pregunta al grupo, cómo continuaría. Ante lo cual, el grupo toma un tiempo para responder y algunos proponen traer al resto del núcleo familiar, otros, continuar indagando a cerca de de lo que C describe como doloroso para ella y que se notaba, había transferido a su hijo. El grupo debate sobre la afirmación de C a cerca de su hijo y su pareja se preguntan si la incomunicación de su pareja con su hijo, no podía deberse a que ella se interponía entre ambos, impidiéndola. La coordinadora contesta que es probable pero vuelve a preguntar, cómo continuarían con la sesión. Al no aparecer nuevas respuestas, continúa con la proyección y el Lic. H, toma un camino totalmente distinto al referido en el grupo, y pregunta a C si cuando vivía con su anterior pareja, alguna vez se había sentido igual o parecido a como se sentía ahora. Ante esta pregunta, C cambia su expresión y dice que no, casi con una sonrisa, que ella con su marido se había sentido muy bien, que estaba muy enamorada hasta que él la traicionó y la abandonó con un hijo muy pequeño. El Lic. Hirsch, hace un pequeño silencio y la mira fijamente y le dice que él pensaba que debía divorciarse de su pareja anterior. C, lo mira asombrada y le responde, un tanto perpleja, que ella ya estaba divorciada. El Lic. H, aceptando su respuesta le repite que opinaba que debía divorciarse. Es allí donde C, entiende lo que le están diciendo y contesta –Sí, usted dice que realmente no me he divorciado de él, que en realidad tampoco deseaba separarse de su actual pareja y por eso estaba confundida y

angustiada y en ese momento comienza a llorar. Ante lo cual el Lic. H asintiendo, completa su intervención, diciéndole a C que, aunque en los papeles ella estaba divorciada, en realidad en su vida no estaba clara su separación y le pregunta si puede proponerle una tarea, cosa que C acepta. Le propone que escriba dos cartas, una a su anterior pareja, diciéndole, por qué se separaría de él y otra a su actual pareja en la que explique por qué se separaría de él. La consultante, aún emocionada acepta y se pregunta cómo no se había dado cuenta de lo que le estaba pasando. El Lic H, propone a la terapeuta a cargo que en la siguiente sesión trabajen con las cartas que C va a escribir en la semana.

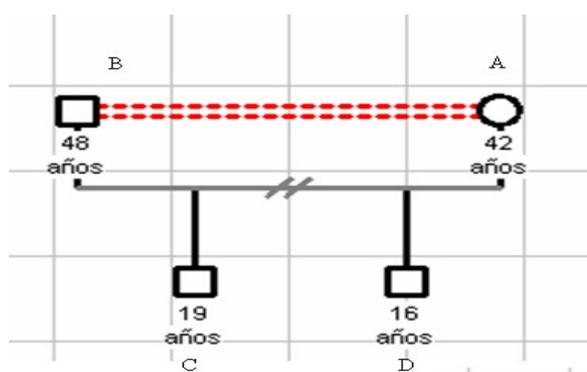
Al finalizar la proyección la Lic. M pide una evaluación de la sesión observada, ante lo cual el grupo de estudiantes plantea dos ejes centrales: por un lado la pericia que mostró el supervisor, Lic. H, para definir y co-construir el problema con C, cuando a partir de lo expuesto por la consultante, el supervisor propone una vía alternativa de explicación del problema, hablando de su divorcio. Y por otro al proponerle una tarea que necesariamente será generadora de cambio. En este sentido tal como plantea Haley (1997), desde la perspectiva estratégica, es el supervisor cuando interviene en forma directa, quien es responsable de lo que sucede en la sesión y quien debe tener la iniciativa de promover el cambio en el consultante.

En relación a la función formadora de la proyección de sesiones, es importante destacar que la proyección del video de la sesión, tal como refiere Flichman (2007), posibilita una meta-escucha, otra vía de entrada o imput, para el terapeuta en formación, que promueve una conciencia a cerca de lo que se ha conversado en una sesión. También es posible trabajar, sin la exposición frente al consultante o al supervisor, el estilo del terapeuta, evaluando el tono, la inflexión y la cadencia de su voz.

Por último es necesario destacar que, en el trabajo de formación realizado por medio de la proyección de esta sesión de supervisión directa, hubieron factores importantes que no fueron destacados, ni tenidos en cuenta, tales como la importancia del ciclo vital de las personas, ya que C, habiéndose casado y tenido su hijo muy joven, y habiendo vivido conflictivamente su separación parecía estar detenida en el desarrollo de la etapa de su ciclo vital, que tal como refiere Haley (1997), evoluciona por etapas, y por lo cual tanto los síntomas como las metas terapéuticas deben situarse en ese marco de referencia. Y plantea que si una familia o una persona llegan a una etapa del ciclo

vital y no pueden avanzar, la meta terapéutica será asistirlos hasta que logren alcanzar la siguiente etapa evolutiva. Esas etapas pueden describirse a partir de algunos acontecimientos que lo determinan tales como: El casamiento y los primeros años de matrimonio, el nacimiento de los hijos, el comienzo de su escolaridad, su adolescencia, su partida del hogar cuando llegan a ser jóvenes adultos, y la vejez. Concluye planteando que en la vida familiar, los síntomas y los problemas psicológicos, no aparecen por azar, sino por el devenir de estas etapas, que a veces se transforman en crisis. Situación que parece ser parte del problema que C traía consigo, y que la mantenía detenida en la evolución hacia la siguiente etapa, ligada al comienzo de la adolescencia de su hijo.

Caso 2: Genograma:



El caso se presentó ante un equipo compuesto por cinco terapeutas y tres psiquiatras, coordinado por la Dra. P y el Dr. C, Psiquiatra responsable de área de Psiquiatría del centro donde se realiza la reunión de supervisión. Este equipo por su composición se ocupa de casos que por diferentes motivos son derivados debido su complejidad y que, si así se evalúa podrían requerir medicación, y en consecuencia se le indicará al consultante, una inter-consulta con el psiquiatra.

La terapeuta a cargo del caso, pertenece a dicho equipo, que se reúne una vez por semana con el fin de supervisar los tratamientos de los clientes que son atendidos por los terapeutas componentes de este equipo. La modalidad de supervisión no es directa. Se realiza por medio de la proyección de la Historia Clínica del consultante, la lectura de las sesiones que son volcadas por los terapeutas en el sistema de la institución y el relato del terapeuta a cargo del caso.

La reunión de supervisión se inició con la presentación del caso, por medio de la proyección de la Historia Clínica de la consultante A de 42 años, de profesión Arquitecta, divorciada desde hace cinco años de B de 48 años, contador, y dos hijos varones, C de 19, estudiante de quinto año de la escuela secundaria y D, de 16 años estudiante de tercer año de escuela secundaria. Ambos viven con su madre, en tanto el padre se ha mudado, por motivos laborales, desde hace 1 año en otra ciudad, y realiza viajes una o dos veces por mes para visitar a sus hijos y realizar gestiones laborales.

El Motivo de Consulta descrito en la Historia Clínica, refiere la queja de A, por las conductas de sus hijos, quienes, según su relato, consumían drogas, motivo por el cual el mayor C, había tenido problemas escolares, retrasando la finalización de la escuela secundaria y si bien la consultante relata que su hijo mayor C, había accedido a realizar tratamiento y ya no se drogaba, padecía de pánico y no podía viajar solo hasta el consultorio donde debía continuar su tratamiento. En relación al hijo menor, la consultante, lo describe en muy malos términos, como rebelde y adicto y con el que tiene una muy mala relación, por lo cual no puede hacer nada por él, y solicita a la terapeuta que intervenga para obligarlo a tratarse. Por otro lado plantea un reproche permanente hacia su ex marido al que se refiere con insultos, si bien aclara que fue ella quien determinó la separación, se queja de la falta de apoyo de éste hacia ella y hacia sus hijos. La relación con su ex marido es descripta como conflictiva desde siempre, con agresiones que determinaron la separación y el divorcio. Sus contactos actuales son telefónicos y con agresiones constantes y reclamos de índole económicos, de parte de la consultante hacia su ex marido B, por lo cual no se reúnen ni conversan a cerca de la situación de sus hijos. La terapeuta ha realizado reuniones por separado con los dos hijos, en las que ambos refieren que la relación familiar es desastrosa, el mayor, parece sentirse protegido por su madre, en tanto el menor, describe a su madre como psicótica y con la que no se puede comunicar. En relación a las drogas, ambos dicen que consumen marihuana de vez en cuando y que en esa familia nadie puede hablar con nadie. Con respecto al padre, ambos dicen que creen que se fue a vivir a otra ciudad para escaparse de la madre, y de ese modo evitar el contacto con ella.

La terapeuta a cargo se ha comunicado telefónicamente con el padre B, y se ha entrevistado con él. Como resultado de esa sesión la terapeuta describe que es un hombre sereno, que dice no saber cómo ayudar a sus hijos, ya que se siente permanentemente presionado y agredido por su ex-esposa A. Plantea que es conciente

de que sus hijos necesitan de alguna autoridad que los contenga, pero que la distancia en la que viven y la actitud de la madre, dificultan la relación.

Objetivo 2: Analizar el rol de la supervisión en el diagnóstico de circuito y planificación del proceso terapéutico.

Cuando finaliza la proyección de la Historia Clínica, la terapeuta a cargo explica el motivo de la supervisión del caso. Relata que si bien ha intentado reunir en una sesión a los hijos y a su madre, no ha logrado concretarlo y asistieron solo la madre con el hijo mayor, a quien parece proteger y con el cual establecen una alianza, cuestionando al hermano menor y al padre. Refiere, también, que como el padre suele venir, convocó a toda la familia a una sesión y A se negó a asistir, argumentando que no compartiría ningún espacio con su exmarido. Por lo cual la terapeuta quiere evaluar el circuito sostenedor del problema y sus posibles intervenciones.

En relación a este motivo de supervisión, se puede definir que tal como plantea Haley (1997), existen diferentes situaciones por las cuales se realiza una supervisión, entre ellas, como recurso de asistencia a colegas que tiene dificultades con un caso. Esta es la situación planteada en este equipo, conformado por profesionales de mucha experiencia, que semanalmente presentan las dificultades que algunos casos les plantea, con el objeto de evaluarlos y diseñar las estrategias más adecuadas.

En cuanto al circuito sostenedor del problema, el equipo de terapeutas planteó algunas cuestiones que se evalúen como elementales para definir dicho circuito, y que son indispensables de evaluar cuando se supervisa y se hace terapia sistémica. Una de estas cuestiones es El Ciclo Vital de la Familia, que tal como lo describe Haley, evoluciona por etapas por lo cual tanto los síntomas como las metas terapéuticas deben situarse en ese marco de referencia. En el caso de la familia citada, el equipo de terapeutas evalúa, que se encuentran en la etapa de adolescencia de los hijos, que también deja en evidencia la salida de la etapa de juventud de los padres. Haley (1997) también plantea que, si una familia o una persona, llegan a una etapa del ciclo vital y no pueden avanzar, la meta terapéutica será asistirlos hasta que logren alcanzar la siguiente etapa evolutiva. En consecuencia el equipo evalúa que esta familia está, por un lado, en una crisis del ciclo vital que tal como describe Haley (1997), tanto los síntomas, como los problemas psicológicos, surgen por el devenir de estas etapas que a veces se transforman en crisis. La familia consultante parece estar en medio de una crisis del ciclo vital, en la que no pueden comunicarse, sin quejarse el uno del otro y en la que los

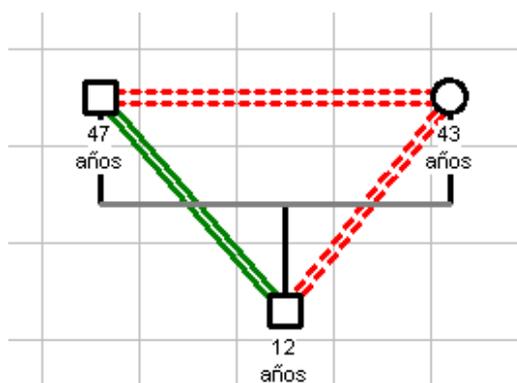
hijos, profundizan sus conductas desafiantes, con las drogas, ante padres que producto de su propia crisis vital parecen no poder dar otra respuesta y en consecuencia, tal como describe Haley (1997), cada conducta de cambio en un sistema, activa reguladores automáticos que lo impiden, por lo que, la conducta sintomática es una respuesta a algún elemento del sistema familiar. Y agrega que en toda conducta que se dice, que no se puede evitar, se manifiesta una reacción de impotencia ante las acciones de otros. De este modo plantea que los síntomas son una secuencia repetitiva de conductas que el terapeuta debe tratar de cambiar. Por lo que haciendo referencia a Don Jackson, define a la familia como un sistema homeostático, en el que la conducta sintomática es adaptativa en la situación presente y su modificación requerirá de un cambio en el sistema.

El otro aspecto que el equipo de terapeutas, evalúa como importante a tener en cuenta desde la perspectiva estratégica, tal como definen Casablanca & Hirsch (2009), esta vinculada con la capacidad de influir, es decir la jerarquía del consultante para producir el cambio, quien junto con el terapeuta definirá un problema que sea solucionable, una meta alcanzable y una orientación para producir el cambio de las soluciones intentadas. En el caso planteado, tal como refiere la terapeuta a cargo, la consultante no parece poseer dicha capacidad, ya que su respuesta al problema es parte del sostenimiento del mismo, buscando que la terapeuta avale sus conductas y sus demandas. Por lo cual, el equipo de terapeutas y la supervisora a cargo, plantean la necesidad de generar un cambio en el circuito sostenedor del problema y le proponen que hable con el padre de los adolescentes, que, por lo referido por la terapeuta a cargo podría ocupar ese rol y junto a la terapeuta producir el cambio. Se le propone a la terapeuta que se conecte telefónicamente con el padre, y que, si no puede viajar semanalmente, lo asista telefónicamente hasta lograr reunirlo, en algún momento en una sesión, al menos con los hijos y desde allí accionar el cambio del circuito. También se le sugiere que, si fuera posible, cuando se realice dicha sesión se les proponga una sesión de toda la familia en cámara Gesell, de tal modo que con esta intervención estratégica accione sobre lo que Haley, define como secuencia de las interacciones, cuya importancia radica en que todas las interacciones familiares se componen de secuencias, por lo que los terapeutas deben aprender a reconocerlas y cambiarlas. Es decir la idea no es cambiar a los miembros de una familia, sino cambiar la secuencia de conductas que siguen, de tal modo que como consecuencia, cambiarán los sentimientos

y pensamientos del sistema familiar. Agrega como fundamenta a tener en cuenta, ya que desde la teoría de los sistemas, cada integrante del sistema lo estabiliza. Un sistema es autocorrectivo y la corrección surge de las interacciones entre los individuos. Ante una crisis, los miembros de un sistema aúnan fuerzas para afrontar la crisis y durante ese proceso el sistema se estabiliza. Y de no resolverse el problema desestabilizador, el proceso se repetirá sistemáticamente. En muchos casos sosteniendo el síntoma. Situación que por el relato de la terapeuta a cargo, parece estar sucediendo en esta familia, en la que las conductas de los hijos mantiene atentos a los padres y en consecuencia, sosteniendo un modelo de interacción familiar.

Por último y tal como plantea Haley (1997), a la supervisión conversacional, se le han marcado algunas falencias, ya que ante la imposibilidad de observar la interacción del sistema consultante en el espacio terapéutico, es inevitable que el supervisado dé su versión del caso, y tenderá a describir las entrevistas de una manera tal vez completamente distinta de cómo podría haberla percibido el supervisor, si hubiera podido observarla de manera directa. Lo cual impedirá evaluar que intervenciones diferentes podrían realizarse. Por lo cual se le propondrá a la familia que dicha sesión se realice en cámara Gesell, lo cual permitirá observar con mayor claridad el patrón comunicacional entre los miembros.

Caso 3: Genograma:



El caso fue presentado ante un equipo de profesionales y alumnos que realizan su pasantía en la institución, que es coordinado por el supervisor a cargo, Lic. H.

La terapeuta a cargo ha atendido a la madre y al hijo de esta familia en su consultorio y se citó a toda la familia para una sesión en cámara Gesell, que además será simultáneamente gravada para su posterior uso en formación terapéutica. El objetivo de dicha supervisión fue definir el circuito sostenedor del problema y elaborar una

estrategia a seguir. Por lo cual media hora antes de dicha sesión el equipo de terapeutas en formación, la terapeuta a cargo del caso y el supervisor, se reúnen con el fin de que la terapeuta a cargo presente el caso al equipo y que luego de un breve debate el supervisor sugiera y acuerde con la terapeuta a cargo la intervención inicial.

La terapeuta presenta el caso por medio de la proyección de la Historia Clínica de los consultantes. Se trata de una familia compuesta por (M) de 43 años, ama de casa, su esposo (P) de 47 años, contador, y el hijo de ambos (H) de 12 años, que esta en el último año de la escuela primaria.

El Motivo de Consulta descrito por la terapeuta, refiere a la queja de (M), que plantea que quiere dejar de pegar a su hijo. (M), relata que tiene una relación conflictiva con su marido (P), con gritos y violencia física. Y su hijo (H), les pega a ambos padres. (H), solo ejerce esa violencia en su hogar, ya que en el colegio es muy adaptado y un excelente alumno. (M), se describe como víctima, que se irrita con su hijo debido a que éste no acepta sus indicaciones; el padre la desautoriza frente al hijo y ella se desborda. Por lo cual, dice que, se llama al silencio, no hace nada y duerme.

La terapeuta refiere que este es el circuito que sostiene el problema, que es una familia violenta, por lo cual propuso reunir a la familia en cámara Gessell y conocer al padre (P) que hasta ese día, nunca había asistido a una sesión.

En la reunión previa a la sesión en la cámara, el equipo le propone a la terapeuta que inicie la sesión consultando acerca de las excepciones del problema. Es decir, situaciones en las cuales han podido resolver sus conflictos sin violentarse y que cada uno describa qué hizo para que fuera así. La terapeuta acepta el aporte y sale del salón donde se encuentra el equipo, para buscar a la familia, que espera en la recepción, y la invita a ingresar al consultorio contiguo al salón del equipo, entre los cuales media el espejo unidireccional y da comienzo a la sesión.

La terapeuta se ubica frente a la familia y de espaldas a espejo. Los padres se ubican a cada lado de su hijo, es decir el hijo se sienta en el medio de ambos y hace comentarios a su padre en voz baja y sonrío, mientras se ubican.

La terapeuta se presenta ante el padre (P) y da comienzo a la sesión haciendo firmar a los adultos la autorización, para que la sesión sea filmada y observada por el equipo y se les explica que del otro lado del espejo hay un equipo de terapeutas, que podrá intervenir para hacer alguna consulta y que si se requiriese, también podrá

ingresar a la sesión el coordinador del equipo y director de la institución, para intervenir en forma directa con ellos.

Finalizadas estas explicaciones, la terapeuta le explica a la familia los motivos por los que los ha convocado con esta modalidad. Realiza una síntesis del problema que trajo a (M) y a su hijo (H) a la consulta. Les refiere que parecería que existe un problema en la forma en que se vinculan, en particular con su hijo y les pregunta a todos, si recuerdan alguna situación en la que pudieron resolver un conflicto sin desbordarse y qué hizo cada uno en esa situación.

El que habla es el padre (P), describe una situación en la que le dieron la orden de dejar de jugar con la playstation a su hijo y éste no hizo caso. Dice que la culpa es de su mujer, porque irrita al hijo. Que es histérica y como consecuencia altera a su hijo y entonces éste se violenta y pega. Plantea que él a veces puede ignorarlo y a veces no o lo calma haciéndole cosquillas.

En tanto la madre (M), calla y solo afirma que tiene miedo de quedarse sola con su hijo y (H) se sonríe irónicamente durante toda la sesión. (P), continúa, diciendo que él cree que la única manera de cambiar lo de su mujer es que ella retome las actividades que abandonó, tales como el club. Y que retome las actividades de su casa, ya que dice que no limpia y que él se tiene que hacer cargo del hijo, de acompañarlo al colectivo para que vaya al colegio.

En este punto, del otro lado del espejo, el Lic. H y el equipo evalúa que es necesario intervenir, para volver el foco a la secuencia en la que su hijo le pegó a su padre cuando le ordenó que dejara de jugar con la play. Ya que estratégicamente es importante que no se evadan del problema que los trajo a la consulta y que por el momento es la única secuencia de violencia que han descripto.

El Lic. H, llama por el teléfono intercomunicador a la terapeuta, y le plantea que le pida al padre que describa dicha secuencia. Mientras la terapeuta atiende el llamado del Lic. H, el hijo (H), habla en voz baja con su padre y se ríe irónicamente.

(P) comienza el relato, describiendo que su hijo estaba jugando con la play y ya era hora de ir a dormir. Dice que él le ordenó que dejara de jugar y que su hijo no obedeció. Pero a continuación, vuelve a interrumpir su relato, diciendo que su hijo ya estaba irritado, porque, su madre (M) lo alteraba con su permanente reclamo.

La terapeuta, le pide que describa la secuencia y relate qué hizo (P) ante esto. Ante lo cual (P) dice que llevó a su hijo al dormitorio y le hizo cosquillas hasta que se calmó. Y agrega que (M), es el motivo de irritación de su hijo, ya que lo molesta con sus reclamos permanentemente y de este modo provoca su reacción violenta. Todo esto lo dice frente a su hijo. Y no hace referencia alguna a sus propias reacciones.

En el salón el Lic. H, dice que (P) tiró la pelota afuera, es decir, no asume su control en la secuencia y coloca el problema fuera de él, en este caso en su mujer. También plantea, que toda la familia es igual. Se vinculan con violencia, pero nadie habla de ella. El equipo debate a cerca de la necesidad de cambiar el circuito con el que se sostiene el problema, para lo cual el Lic. H plantea que hay que ubicar a (P) en el lugar del agente de cambio. Ya que parece ser el que posee esa capacidad en la familia ya que habla en su nombre y en consecuencia estratégicamente se lo colocaría en el lugar de responsabilidad del cambio.

El Lic. H, plantea la necesidad de entrar a sesión, con una intervención para todos los miembros de la familia. La idea es indagarlos a cerca del grado de esperanzas que cada uno de los miembros tiene, a cerca de la solución del problema y su disposición al trabajo terapéutico. Para lo cual se espera el momento adecuado para no interrumpir lo que la terapeuta está realizando en el consultorio. Llama por el intercomunicador a la terapeuta y le anuncia que va a entrar a la sesión. La terapeuta explica a la familia que un miembro responsable del equipo de supervisión va a entrar a sesión con el fin de transmitir las inquietudes que se han planteado del otro lado del espejo. Ambos padres aceptan la intervención, en tanto (H), se inquieta, le habla al oído a su padre y sonríe, siempre con gesto irónico.

El Lic. H entra a la sesión, se presenta y se ubica en una silla al lado de la terapeuta. A continuación introduce su intervención diciendo que, el equipo ha notado que tiene algunos problemas de vinculación y que, aunque todos quieren resolverlo, parecen no encontrar la forma de hacerlo. En consecuencia les pregunta si están dispuestos a trabajar juntos para encontrar esas formas. Ambos padres, contestan que sí, que por supuesto están dispuestos a hacerlo. En tanto el hijo (H), no contesta y se sigue sonriendo. Ante esto el Lic. H, lo mira y le pregunta en forma directa a (H) su opinión. (H), se sigue sonriendo, se mueve en su silla y mira a su padre y luego contesta con displicencia y casi haciéndole frente y dice, que no sabe de qué le está hablando. El Lic. H, le dice sin moverle la mirada, que ya tiene edad para entender y opinar a cerca del

problema y le repregunta si está dispuesto a trabajar junto a su familia para mejorar la forma en que se vinculan. (H), se inquieta, se mueve en su silla y mira a su padre buscando apoyo a su conducta, y al no ocurrir, deja de sonreír y contesta afirmativamente con un gesto con la cabeza. A continuación consulta a los padres acerca del grado de esperanza que tienen para la resolución del problema. (P) dice que depende de que (M) cambie su actitud, (M), llora y (H) sonríe. El Lic. H concluye diciendo que, si tal como han definido, están dispuestos a trabajar juntos, a partir de ese momento, deberán asistir los tres a las sesiones y trabajar para encontrar una forma más funcional de vincularse. Ambos padres aceptan la propuesta, y el Lic. H se despide y se retira del consultorio.

La terapeuta, entonces, cierra la sesión, convocando a los tres miembros de la familia a que a partir de allí concurren todos a las sesiones. Condición que ambos padres aceptan y organizan la siguiente sesión en el consultorio.

Cuando la familia se retira del consultorio, la terapeuta a cargo se une al equipo y con la conducción del Lic. H se realiza una evaluación del caso, en la que participan todos los miembros del equipo. Se hacen aportes en relación a los roles de cada miembro de la familia, y cómo estos roles eran claramente los que sostenían ese circuito vincular. Una madre con rol de víctima que actúa sosteniendo y replicando la violencia que ejercen su esposo y su hijo y estos últimos se sienten liberados del tema adjudicándose a (M). Esto se observó en la conducta de alianza e ironía, que manifestaron el padre y su hijo durante toda la sesión.

El Lic. H le marca a la terapeuta dos aspectos importantes. Por un lado la necesidad de ubicar al hijo (H) en el lugar jerárquico que le corresponde en el sistema familiar. Por otro la importancia que como hecho positivo tuvo la asistencia de toda la familia a la sesión en Cámara y la aceptación de los miembros de la familia de la propuesta de continuidad del tratamiento con los tres miembros en todas las sesiones, ya que se evalúa que será necesario intervenir en forma directa en la interacción del circuito sostenedor del problema. Estrategia que sin la presencia de todos los miembros sería imposible. Se le sugiere que, del mismo modo que (P) propone una forma de calmar a su hijo. Proponga qué forma diferente podría usar para que no ocurra lo que él describe como irritante de parte de (M). Partiendo de la base que la respuesta dada hasta el momento no ha logrado cambiar la situación- problema. La terapeuta acepta la

sugerencia y preparará la próxima sesión de la familia con estas orientaciones estratégicas.

Objetivo 3: Analizar la función de la supervisión en vivo y el uso de la tecnología en el circuito terapéutico sistémico.

El análisis de este caso de supervisión y su realización en cámara Gesell, puede ser abordado desde dos aspectos esenciales. Por un lado en cuanto a su función, la amplia perspectiva que abre la supervisión en vivo, la interacción que se produjo a ambos lados del espejo que tal como refiere, Hernández Córdoba (2007), es una manera particular de hacer terapia, en la que el equipo conformado por el supervisor y los estudiantes, son a la vez un equipo terapéutico. Y que, como en toda situación de interacción, la dinámica relacional del sistema de supervisión surge del entrelazamiento de la construcción individual y de la co-construcción. Ambos procesos son simultáneos y recursivos y en consecuencia todos los participantes son coautores de la coordinación de acciones y significados, dentro de los cuales se generan los procesos individuales.

Al mismo tiempo se meta-observan los patrones de interacción entre los distintos actores y se reflexiona sobre las formas de conducir la conversación en la terapia y en la supervisión. Cada gesto, tales como la ironía de (H), el llanto de (M), la aparente alianza entre padre (P) e hijo (H), y cada palabra, tanto de la familia como de la terapeuta a cargo, produjo una respuesta del equipo y del supervisor a cargo, lo cual permitió comenzar a configurar una idea del patrón interaccional de esta familia con sus respectivos roles.

En relación a la función de la supervisión en vivo, el caso permitió evaluar otra arista de la misma vinculada a la función correctiva y que tal como refieren Selvini & Selvini Palazzoti (1990), en su artículo citado por Flichman (2007), la gran revolución de la supervisión directa es la creación de un doble nivel simultáneo de observación e interacción, que permite producir un sistema auto correctivo, mucho más eficaz que el conformado por un solo terapeuta o díada terapeuta-supervisor indirecto. Agrega, que es esa posición-meta, la que permite al terapeuta que se encuentra del otro lado del espejo, involucrarse con el sistema consultante sin correr el riesgo de caer en sus garras. Desde esta perspectiva, plantea que, el equipo funciona como un factor protector para que el terapeuta pueda navegar sin perder el rumbo. De este modo, fue posible que el Lic.H interviniera en forma directa en la sesión, previo acuerdo con el equipo, con un doble objetivo. Por un lado respaldar el lugar jerárquico de la terapeuta y por otro mostrando

y enseñando en forma directa tanto al terapeuta como al grupo de terapeutas detrás del espejo, una maniobra que reorientó el proceso terapéutico, confrontando a (H), con el fin de reestablecer las jerarquías del sistema familiar. En este caso el hecho problemático mencionado por Haley (1996), referido al tamiz emocional que produce el espejo, fue aprovechado eficazmente para ese reestablecimiento.

En cuanto a función formadora, el caso presentado en vivo, permitió a todo el equipo de terapeutas en formación experimentar en forma directa las secuencias, cuando se le solicita al padre (P) que describa la secuencia en la que le pide a su hijo (H), que deje de jugar con la Play, y que tal como refiere Haley (1996), todas las interacciones familiares se componen de secuencias, por lo que los terapeutas deben aprender a reconocerlas y cambiarlas. Aclarando, que la idea no es cambiar a los miembros de una familia, sino cambiar la secuencia de conductas que siguen, de tal modo que como consecuencia, cambien los sentimientos y pensamientos del sistema familiar. Las intervenciones, cuando se le pide a la familia que defina su grado de esperanza y compromiso para trabajar en el espacio terapéutico, que tal como refiere Wainstein (2006), ante la perspectiva planteada, que identifica comunicación y conducta, cualquier conducta: motora, cognitiva, o psicofisiológica debiera ser entendida como un acto de influencia sobre sí mismo o sobre otros. Plantea que, los modelos estratégicos utilizan procedimientos directivos en los que cualquier comunicación verbal o no verbal se constituye en un mensaje cuyo fin es impactar en la otra persona. Y aclara que es en este sentido que el modelo comunicacional entiende que no puede no comunicar.

Y por otro lado los diferentes niveles comunicacionales tales como los corporales, con la inquietud de (H), su sonrisa irónica, el llanto y llamado a silencio de la madre (M), y la descripción de los hechos problemáticos por parte del padre (P), que coloca permanentemente las responsabilidades en su mujer y oculta los hechos que lo involucran como parte de ese circuito-problema, marcado por el supervisor cuando, ante el pedido de descripción de la secuencia de interacción con su hijo, se escapa hablando de la culpa de (M). Que tal como refiere Haley (1997), en relación a lo que se define como mensaje, plantea que los clientes transmiten mensajes no solo en forma verbal sino también al ubicarse en el consultorio. Y agrega que, por lo general en una entrevista familiar, lo mejor es que el terapeuta deje que los miembros se sienten en donde quieran, dando de este modo un mensaje no-verbal al terapeuta, que nunca lo comentará, aunque sí podrá modificar más adelante si así lo considera. Esto se vio claramente cuando la familia supervisada se ubicó en el consultorio, y los padres se

sentaron a ambos lados del hijo, quedando éste en medio de sus padres. Esto es así, dada la posibilidad de asistir en forma directa y recibir esos mensajes, lo cual activa un aspecto de la función formativa, que sin la observación directa, no sería posible, ni permitiría la intervención directa.

Por último desde el abordaje de la efectividad del uso de la tecnología en el espacio terapéutico, cabe señalar que, tal como plantea Haley (1976), el tipo de supervisión más eficaz, es el que se realiza en vivo a través de una pantalla unidireccional, debido a que permite al supervisor instruir durante la entrevista y juzgar el procedimiento según diversos criterios. En el caso expuesto se abrió la posibilidad tanto a la terapeuta, como al equipo de terapeutas en formación de interactuar con el supervisor, evaluando cada situación generada del otro lado del espejo, lo cual reafirma lo que Haley (1997) define respecto a la formación profesional, . Al respecto es válido mencionar la referencia de Haley (1997), cuando hace mención al uso de la tecnología y dice que, hoy es posible realizar supervisión en vivo desde cualquier distancia geográfica, incluso entre diferentes países, para guiar la tarea del terapeuta en cualquier parte del mundo. Al respecto cabe señalar que la sesión descripta fue grabada, con el fin de ser utilizada como recurso de formación profesional con posterioridad. Lo cual abre una nueva y amplia perspectiva en la formación profesional y en el enriquecimiento del espacio terapéutico.

7. Conclusión:

Como conclusión, se puede definir que para el enfoque sistémico estratégico focalizado, la supervisión se ha transformado en un instrumento esencial, que constituye parte del bagaje sistémico.

El gran giro epistemológico producido por el enfoque sistémico, tiene que ver con el lugar del observador, entendiendo que toda conducta es comunicación y que toda comunicación es producto de la interacción y viceversa, la supervisión en este modelo, se transforma en una parte fundamental del espacio terapéutico. No solo desde la función de corrección y formadora que históricamente se le ha atribuido a la supervisión, sino

como un instrumento que va más allá del espacio de los profesionales y que se sitúa dentro de espacio de la terapia, con mecanismos de intervención que han producido un verdadero giro epistemológico.

Tal como postula el enfoque sistémico, la incorporación de la cibernética como modelo comunicacional, ha transformado el esquema unidireccional, transformándolo en recursivo, la supervisión es en sí misma la expresión de este postulado. Cuando en una supervisión se meta-observa una sesión y se interviene, queda plasmada la circularidad de la comunicación que va a incluir, como sistema, tanto al consultante como al observador en sus diversos niveles comunicacionales.

En relación a los diversos modos de supervisión descritos en el trabajo planteado se puede concluir que, el formato que ofrece las mejores perspectivas relacionadas con la función dentro del modelo estratégico, es el que se realiza en vivo con la utilización del espejo unidireccional, debido a que es el único que permite la interacción directa entre los miembros ubicados a cada lado del espejo, transformando así la composición del sistema consultante, que de este modo incluirá al equipo de terapeutas que se encuentran del otro lado del espejo.

En cuanto a la función formadora, es claro que, no se puede aprender a hacer terapia leyendo técnicas o intervenciones en los libros. Los profesionales en formación requieren una acción directa. Tanto la cámara Gessell como las filmaciones, permiten vivenciar en forma muy directa lo que los pacientes comunican. Entendiendo que existen diferentes niveles de comunicación, verbales, corporales, emocionales etc., es casi imprescindible para quien se esta formando, contactarse con ellos en forma más directa.

En las supervisiones que se realizan con el relato del profesional, este contacto no es posible, por lo que solo se observarán los niveles comunicacionales que el terapeuta transmite en su relato, que como tal es parte del sistema consultante, y en consecuencia, el equipo y el supervisor solo podrán trabajar y aportar sobre la construcción que el terapeuta haya elaborado.

Este tipo de supervisión tiene algunas falencias que están vinculadas con la imposibilidad de intervenir en forma directa, que a partir de la observación de un equipo podría enriquecer las intervenciones y generar nuevas estrategias. Pero, por otro lado, tiene la ventaja de ser mucho más simple en su ejecución, ya que no requiere de ninguna tecnología, lo que la hace mucho más viable en sus costos y en consecuencia accesible a un mayor numero de profesionales, que no es un dato menor en un

paradigma signado por la comunicación en el que la supervisión se transforma casi en parte del encuadre terapéutico sistémico.

A partir de la experiencia relevada, se puede concluir que la modalidad que cumple más efectivamente con las funciones tanto terapéuticas como formadora, es la supervisión en vivo, a través de un espejo unidireccional, debido que es la única modalidad que genera una real interacción comunicacional. Tanto la comunicación verbal, como la no-verbal, son meta-observadas por quienes componen el equipo de terapeutas en formación y a su vez las intervenciones que emanan de ellos impactan en el sistema consultante por medio del supervisor, produciendo efecto tanto de un lado como del otro del espejo. Esto, a nivel de la formación profesional, genera un bagaje importante de experiencia, que no podrá compararse con ningún otro modelo de formación. Sin embargo, enfrenta el inconveniente de lo dificultoso que resulta, debido a los recursos que requiere, por lo que hasta el momento, solo se hace posible en algunos formatos institucionales, limitando su accesibilidad al conjunto de los terapeutas.

En relación a la función del supervisor es importante destacar que es esencialmente la de un experto que, a partir de su experiencia, orienta tanto al terapeuta, como al equipo, en la tarea de amalgamar la teoría y la práctica terapéutica. Enseñando, de esa manera y con su propio ejemplo, cómo se construye el lugar jerárquico dentro del espacio terapéutico. Por lo que no podrá ser un terapeuta, con poca experiencia, tanto terapéutica como de vida, ya que su meta-mirada, deberá contener tanto los aspectos técnicos como de contenido en la interacción terapéutica.

En consecuencia, entendiendo que en la actualidad, la comunicación es el paradigma dominante, la tecnología, se ha transformado en uno de los vehículos más importante de esa comunicación. Hoy el mundo entero se comunica por diferentes medios, celulares, Internet, etc. al punto que se puede percibir que han cambiado los modelos comunicacionales. La interacción comunicación-tecnología trae aparejada, grandes cambios en la comunicación humana. De allí que su incorporación al espacio terapéutico y en particular a la supervisión, da cuenta de ese cambio e impulsa a los terapeutas a sumarse a ese nuevo modelo comunicacional para poder seguir siendo efectivos a la hora de producir los cambios que las personas o familias necesitan.

La supervisión, como tema central de este trabajo, no escapa a esta tendencia marcada por la tecnología, y en consecuencia su utilización multiplica la potencialidad

formadora y generadora de cambio del modelo sistémico, llegando a lugares que sin su incorporación sería imposible.

Desde una perspectiva crítica, se puede afirmar que, en la institución en la que se realizó la experiencia, la supervisión por su demanda, no da lugar a un aspecto que es fundamental a la hora de formar profesiones en la actividad terapéutica, y que refiere a la continuidad de seguimiento de los casos presentados en supervisión. No se hacen sesiones de supervisión de seguimiento de los casos y en consecuencia, se diluye la formación de los profesionales y posiblemente también la consecución de las estrategias diseñadas para el espacio terapéutico consultante, lo cual impide verificar sus resultados.

Esto deja un vacío tanto al equipo como a los terapeutas a cargo de los casos y coloca a la actividad supervisora, en una dimensión que la empobrece y la transforma en una acción mecánica más dentro del formato institucional, limitando su función correctiva y formadora.

Desde la perspectiva terapéutica, es importante plantear que tanto los enfoques como los formatos, deberían adaptarse a la necesidad de los pacientes y no a la inversa.

Por lo cual, que sería de gran utilidad modificar algunos formatos de supervisión, proponiendo que sean de más de una sesión consecutiva. De tal modo que al cabo de, por ejemplo 3 sesiones en cámara se pueda tener evidencia del recorrido que han realizado y si la estrategia y sus consecuentes intervenciones han sido efectivas o no.

De este modo estaríamos, cumpliendo como mínimo con la función formadora, en un nivel que enriquecería en mucho la tarea terapéutica. Y se profundizaría la interacción entre los equipos de terapeutas y los consultantes, constituyendo así nuevos sistemas consultantes que incluyan a los equipos de supervisión.

El sistema humano es ciertamente complejo y en consecuencia, ya no alcanza con una única mirada de esa realidad. La supervisión en Cámara Gessell, o con uso de monitores, hoy permite incorporar esas otras mirada-meta, que amplían el universo terapéutico y pueden dar mejor cuenta de esa complejidad.

Salvo algunas excepciones, hasta la fecha se ha elaborado muy poco material al respecto de la supervisión y su alcance y potencialidad en el espacio terapéutico sistémico. Es intención, también, de este modesto trabajo, dejar planteada la inquietud, para que sea desarrollada y tenida en cuenta a la hora de evaluar los cambios que la psicología y el enfoque sistémico-estratégico en particular, deberán plantearse ante un

mundo en permanente movimiento de cambio y un sistema humano que produce y sobre el cual impactan esos cambios. Los terapeutas hoy, deben estar atentos a esos cambios, para no correr el riesgo de estancarse y en consecuencia no saber cómo responder a ellos y de este modo desdibujar su función.

Bibliografía

- Cade, B. y Hutson O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Casabianca, R & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas y Asociados.
- De Schazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Fernández Álvarez, H. (2008). *Supervisión en Psicoterapia*. Buenos Aires: Revista de APRA, 1. Recuperado el 5 de mayo de 2011 de http://www.revistadeapra.org.ar/ant_mayo08.htm
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- Haley, J. (1996). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Navarro Góngora, J. & Beybach, M. (Comp.) (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Selvini, M & Selvini, M. (1990). Citado en: Flichman (2007). *Qué y Cómo. Práctica en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Editorial Dunken.

Szprachman de Hubscher, R. (2003). *Terapia Breve, Teoría de la Técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Von Foerster, H. (1974). Ética y Cibernética de Segundo Orden. En *terapia breve Estratégica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Wainstein, M. (2006). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Waslawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.

Winki, Y. (1982). *La Nueva Comunicación*. Barcelona: Editorial Kairós.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Editorial Herder

